

Rafał Skowronek
Anna Skowronek
Marek Krzystanek

Błąd medyczny i przyczyna zgonu w psychiatrii

**Błąd medyczny
i przyczyna zgonu
w psychiatrii**

Monografia została przygotowana na podstawie rozprawy doktorskiej Anny Skowronek pt. *Błąd medyczny i przyczyna zgonu w psychiatrii na podstawie analizy interdyscyplinarnych opinii medyczno-sądowych z lat 2000-2019*, napisanej w Katedrze i Zakładzie Medycyny Sądowej i Toksykologii Sądowo-Lekarskiej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach w 2023 r., gdy p.o. kierownika był dr n. med. Christian Jabłoński.

Błąd medyczny i przyczyna zgonu w psychiatrii

dr hab. n. med. i n. o zdrowiu Rafał Skowronek, prof. ŚUM

dr n. med. i n. o zdrowiu Anna Skowronek

prof. dr hab. n. med. i n. o zdrowiu Marek Krzystanek



Błąd medyczny i przyczyna zgonu w psychiatrii
dr hab. n. med. i n. o zdrowiu Rafał Skowronek, prof. SUM
dr n. med. n. o zdrowiu Anna Skowronek
prof. dr hab. n. med. i n. o zdrowiu Marek Krzystanek

Recenzja naukowa: dr hab. n. med. prof. UM Wrocław Tomasz Jurek

Redaktor prowadzący: dr Paulina M. Wiśniewska

Korekta: dr Anna Surendra

Skład i łamanie: Maciej Torz

Projekt graficzny okładki: Studio Graficzne SILVA RERUM

© by Autorzy

© Copyright by Wydawnictwo Naukowe SILVA RERUM

All rights reserved

978-83-68565-32-4 – książka w miękkiej oprawie

978-83-68565-33-1 – publikacja elektroniczna online lub do ściągnięcia

Wydanie I: Wydawnictwo Naukowe SILVA RERUM

www.wydawnictwo-silvarerum.eu

Poznań 2026

Druk i oprawa:

Zakład Poligraficzny Moś i Łuczak sp.j.

ul. Piwna 1, 61-065 Poznań

Spis treści

Wykaz skrótów	7
Wykaz tabel i rycin	9
1. Wstęp	13
1.1. Wprowadzenie	13
1.2. Kultura winy i represji a kultura bezpieczeństwa	15
1.3. Definicja i klasyfikacja błędu medycznego	16
1.4. Opiniowanie w sprawach z podejrzeniem błędu medycznego ..	17
1.5. Biegli sądowi w Polsce	19
1.6. Wspólne początki medycyny sądowej i psychiatrii sądowej ...	21
1.7. Przyczyny zgonów pacjentów psychiatrycznych	23
1.8. Błąd medyczny w psychiatrii	24
2. Cel pracy i hipotezy badawcze	27
3. Materiał i metody badań	29
4. Wyniki	33
4.1. Zapytania o możliwość sporządzenia opinii	34
4.2. Opinie aktowe	39
4.3. Opinie posekcyjne (wyniki badań pośmiertnych)	41
4.4. Wyniki analizy opinii aktowych i posekcyjnych	42
4.4.1. Opinie aktowe	42
4.4.2. Opinie posekcyjne	52
4.5. Podsumowanie wyników	58
5. Dyskusja	59
5.1. Zapytania o możliwość sporządzenia opinii	59
5.2. Opinie aktowe	60
5.3. Opinie posekcyjne	64
5.4. Ograniczenia pracy	68

6. Wnioski.....	71
7. Piśmiennictwo.....	73
8. Streszczenie.....	83
9. Abstract	85
10. Aneks – charakterystyka poszczególnych spraw włączonych do analizy, uwzględniająca najważniejsze elementy	87

Wykaz skrótów

- ICD-10 – (ang. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) – Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych
- KK – Kodeks karny
- KMS – Katedra i Zakład Medycyny Sądowej i Toksykologii Sądowo-Lekarskiej
- KPK – Kodeks postępowania karnego
- RLS – System raportowania i uczenia się na błędach (ang. *Reporting and learning system*)
- WHO – (ang. *World Health Organization*) – Światowa Organizacja Zdrowia

Wykaz tabel i rycin

Tabele

Tabela I. Liczba zapytań o możliwość sporządzenia opinii, opinii aktowych oraz opinii posekcyjnych w latach 2000-2019, ujawnionych w archiwum KMS.	33
Tabela II. Liczba zapytań o możliwość sporządzenia opinii w latach 2009-2019 z uwzględnieniem spraw, w których niezbędny był udział lekarza psychiatry	34
Tabela III. Liczba zapytań w sprawach, w których według zlecniodawcy niezbędny był udział lekarza psychiatry, z uwzględnieniem rodzaju sprawy (cywilna/karna) i jej charakteru (o błąd medyczny/inna).....	35
Tabela IV. Zapytania o możliwość sporządzenia opinii z udziałem psychiatry w sprawach cywilnych w latach 2009-2019 z uwzględnieniem oczekiwań zlecniodawcy	37
Tabela V. Zapytania o możliwość sporządzenia opinii z udziałem psychiatry w sprawach karnych w latach 2009-2019 z uwzględnieniem oczekiwań zlecniodawcy.....	37
Tabela VI. Okoliczności oraz zarzuty względem personelu medycznego pojawiające się w zapytaniach o możliwość sporządzenia opinii z udziałem psychiatry w sprawach z podejrzeniem błędu medycznego.....	38
Tabela VII. Rozpoznanie schorzeń psychiatrycznych i somatycznych według ICD-10 w poszczególnych przypadkach analizowanych na podstawie opinii aktowych	46
Tabela VIII. Przyczyny zgonów pacjentów stwierdzone w przypadkach analizowanych na podstawie opinii aktowych [n=32]	50

Tabela IX. Przypadki spraw aktowych, w których stwierdzono nieprawidłowości w postępowaniu lekarzy psychiatrów [n=4]	51
Tabela X. Wyniki analizy poszczególnych opinii posekcyjnych	53
Tabela XI. Przyczyny zgonów pacjentów stwierdzone w przypadkach analizowanych na podstawie opinii posekcyjnych [n=12].	57
Tabela XII. Przyczyny zgonów pacjentów w przypadkach analizowanych zarówno na podstawie opinii aktowych, jak i posekcyjnych [n=44]	58

Ryciny

Rycina 1. Przyczyny zgonów w Stanach Zjednoczonych z uwzględnieniem błędów medycznych ([6] w modyfikacji autorów).	14
Rycina 2. Kultura winy i represji vs. kultura bezpieczeństwa	16
Rycina 3. Aktualna klasyfikacja błędów medycznych	17
Rycina 4. Fragment okładki podręcznika psychopatologii sądowej (1923) oraz pierwszej strony jednego z pierwszych polskich opracowań dotyczących homoseksualizmu (1900) autorstwa prof. Leona Wachholza	22
Rycina 5. Liczba zapytań o możliwość sporządzenia opinii w latach 2009-2019.	34
Rycina 6. Liczba zapytań o możliwość sporządzenia opinii w sprawach z podejrzeniem błędu medycznego w latach 2009-2019.	36
Rycina 7. Łączna liczba wszystkich opinii aktowych w poszczególnych latach w okresie 2000-2019	39
Rycina 8. Liczba wytypowanych opinii aktowych z podziałem na organ zlecający opinię	40
Rycina 9. Kolejne etapy selekcji opinii aktowych do badania wraz ze zmniejszającą się liczbą spraw na poszczególnych etapach	40
Rycina 10. Łączna liczba wszystkich opinii posekcyjnych w poszczególnych latach w okresie 2000-2019	41
Rycina 11. Kolejne etapy selekcji opinii posekcyjnych do badania wraz ze zmniejszającą się liczbą spraw na poszczególnych etapach	41

Rycina 12. Liczba przypadków poddawanych analizie z uwzględnieniem roku zdarzenia.	42
Rycina 13. Płeć osób w przypadkach analizowanych na podstawie opinii aktowych.	42
Rycina 14. Wiek pacjentów w poszczególnych sprawach.	43
Rycina 15. Organ zlecający sporządzenie opinii w przypadkach analizowanych na podstawie opinii aktowych	43
Rycina 16. Liczba biegłych w zespole opiniujących w przypadkach analizowanych na podstawie opinii aktowych	44
Rycina 17. Liczba pytań do biegłych w przypadkach analizowanych na podstawie opinii aktowych	44
Rycina 18. Rodzaj placówki, w której przebywali pacjenci, w przypadkach analizowanych na podstawie opinii aktowych	45
Rycina 19. Zakończenie postępowania w przypadkach analizowanych na podstawie opinii aktowych	52
Rycina 20. Zakres zainteresowań współczesnej psychiatrii sądowej z uwzględnieniem oceny prawidłowości postępowania lekarskiego ([20] w modyfikacji autorów)	60

1. Wstęp

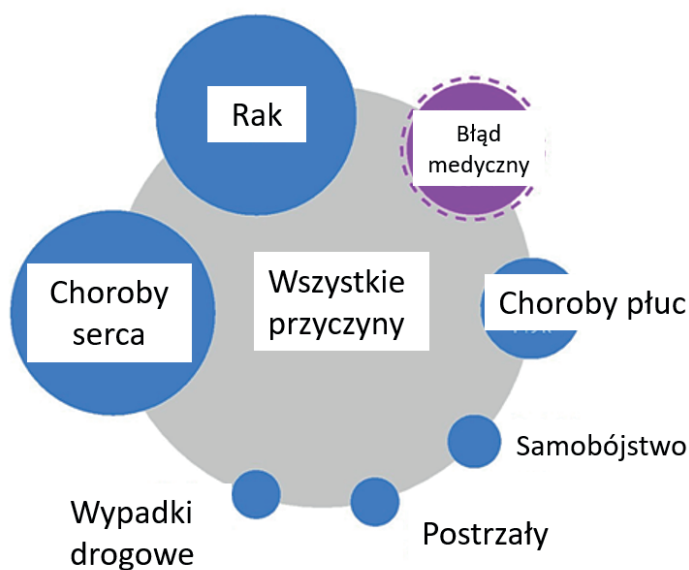
1.1. Wprowadzenie

Popielnianie błędów jest wpisane w ludzką naturę, zatem jest również nieuniknione w medycynie [1, 2], zgodnie z łacińską sentencją *errare humanum est* (mylić się jest rzeczą ludzką). Błędy popielniają przedstawiciele każdej profesji medycznej, nie tylko lekarze, dlatego współcześnie preferuje się używanie terminu „błąd medyczny” (ang. *medical error*) zamiast dawniej stosowanego i wciąż popularnego w kręgach prawniczych zwrotu „błąd w sztuce lekarskiej” [3]. Zresztą medycyna od dawna przestała być traktowana tylko jako sztuka, a coraz częściej jest postrzegana jako rzemiosło oparte na gruncie nauki. Już w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 8 grudnia 1953 r. w sprawie II K 811/53 stwierdzono, iż medycyna, będąca nauką ścisłą, zasadniczo nie różni się od innych dziedzin naukowych badających rzeczywistość materialną i w związku z tym nie można jej ujmować jako sztuki, a lekarza jako artysty. Skądinąd leczenie jako rzemiosło może być zarówno powtarzaniem wypróbowanych wcześniej metod, jak i tworzeniem nowych, stąd leczenie, jak każde rzemiosło w rękach kreatywnych, może sięgać rangi sztuki leczenia. W innym przypadku w medycynie nie byłoby postępu metod leczenia.

W ostatnich latach można zauważyć wzrost liczby roszczeń ze strony pacjentów i ich rodzin oraz częstości doniesień medialnych, zarówno telewizyjnych, prasowych, jak i internetowych, sugerujących nieprawidłowe postępowanie personelu medycznego, które miało się przyczynić do pogorszenia stanu zdrowia, a nawet śmierci chorego. Wynika to najpewniej z jednej strony z większej świadomości prawnej pacjentów i ich rodzin, a z drugiej z nadmiernych oczekiwań co do możliwości rozpoznawania i skutecznego leczenia chorób spowodowanych niezaprzeczalnymi postępami medycyny. Na gruncie cywilnym do najczęściej pozywanych specjalizacji lekarskich

w Polsce należą: chirurgia ogólna, ortopedia i traumatologia oraz ginekologia i położnictwo [4].

W szerokim rozumieniu przywołane sytuacje określa się alternatywnie jako zdarzenia niepożądane (ang. *adverse event*). Jest to termin bardziej pojemny, obejmujący takie sytuacje, jak niekorzystny rezultat leczenia, niepowodzenie, powikłanie, nieszczęśliwy wypadek czy też wady organizacji pracy. Za Światową Organizacją Zdrowia (ang. World Health Organization, WHO) przez zdarzenie niepożądane rozumie się szkodę związaną z postępowaniem medycznym, a nie wynikającą z samoistnego przebiegu zachorowania [5]. Według danych amerykańskich błąd medyczny może stanowić nawet trzecią przyczynę zgonów po chorobach układu sercowo-naczyniowego i chorobach nowotworowych (ryc. 1) [6]. Prowokacyjne doniesienie zwracające uwagę na ten problem zostało opublikowane na łamach „British Medical Journal” w 2016 r. Na razie błąd medyczny nie jest jednak wpisywany w kartach zgonu jako jego wyjściowa przyczyna, choć autorzy niniejszej rozprawy spotkali się z kartą, w której w tejże rubryce widniały podpis i pieczęć lekarza prowadzącego.



Rycina 1. Przyczyny zgonów w Stanach Zjednoczonych z uwzględnieniem błędów medycznych ([6] w modyfikacji autorów)

Dlatego też na całym świecie coraz częściej wysiłki przedstawicieli nauk medycznych i prawnych zmierzają do wdrożenia odpowiednich systemów monitorowania i profilaktyki tego rodzaju sytuacji niebezpiecznych zarówno dla bezpieczeństwa zdrowotnego pacjenta, jak i dla bezpieczeństwa prawnego personelu medycznego [7, 8]. Jednym z kluczowych elementów poprawy bezpieczeństwa jest systemowe gromadzenie odpowiednich informacji, ich rzetelne analizowanie i uczenie się na błędach (ang. *reporting and learning systems*, RLS).