

Odpowiedzialność karna lekarzy za błąd medyczny prowadzący do śmierci pacjenta – opis przypadku i analiza prawna sytuacji

Criminal liability medical doctors for failure leading to death of patient – case and legal analysis of the situation

Katedra Onkologii, Wydział Nauk Medycznych, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski, Olsztyn
Oddział Chirurgii Onkologicznej, Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych
z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii, Olsztyn

KEY WORDS

law, medicine, dysphagia, carcinoma, treatment

SUMMARY

In Poland, every patient has the right to health care that is closely related to human dignity and the right to life. The Polish Constitution provides every citizen equal access to health care services, which are financed from public funds, regardless of his financial situation.

The doctor during her work is obliged by law to provide health services in accordance with current medical knowledge. The records of the necessity of providing health services in accordance with current medical knowledge are statutory, and this means that there is no place on the legalization of behaviors that do not conform to current medical knowledge. Doctor negative effects of performance or omission of medical procedures that are not consistent with the current state of medical knowledge may incur civil liability, criminal and professional. In this article the author describes surgically treated 58-year-old man with gastric cancer, in which as a result of an earlier diagnostic and therapeutic mistake was death in the postoperative period. The author raised the legal issues associated with criminal liability for committing medical malpractice, which exposes the patient to the risk of loss of health and life.

WSTĘP

W Polsce każdy pacjent ma prawo do ochrony zdrowia, które jest ściśle związane z godnością człowieka i prawem do życia (1-3). Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej zapewnia każdemu obywatelowi równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej, które są finansowane ze środków publicznych, bez względu na jego sytuację materialną (3, 4).

Lekarz podczas swojej pracy zobowiązany jest przepi-
sami prawa do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z aktualną wiedzą medyczną (1-4). Zapisy o konieczności udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z aktualną wiedzą medyczną mają charakter ustawowy, a to oznacza, że nie ma miejsca na legalizowanie zachowań, które nie odpowiadają aktualnej wiedzy medycznej. Lekarz za negatywne skutki wykonania lub zaniechania czynności medycznych, które nie są zgodne z aktualnym stanem wiedzy medycznej, może ponieść odpowiedzialność cywilną, karną i zawodową.

OPIS PRZYPADKU

Mężczyzna lat 58, rasy kaukaskiej, w stanie średnio-ciężkim, wyniszczony, został przyjęty do Oddziału Chirurgii Onkologicznej Szpitala Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii z Samodziel-
nego Oddziału Ratunkowego w trybie nagłym z powodu znacznego osłabienia, żółtaczki, dolegliwości bólowych brzucha i dysfagii. W badaniach, które chory miał ze sobą, rozpoznano gruczolakoraka żołądka.

W wywiadzie chory 4 miesiące wcześniej zgłosił się do swojego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej z powodu dolegliwości bólowych w nadbrzuszu i objawów dyspeptycz-
nych (poposiłkowego uczucia pełności w brzuchu, odbijania, nudności, zgagi). Pacjent był leczony przez swojego lekarza rodzinnego inhibitorem pompy protonowej bez poprawy. Po 2 miesiącach od rozpoczęcia leczenia chory zaczął zgłaszać znacznego stopnia osłabienie. Około 2,5 miesiąca od rozpoczęcia leczenia u chorego pojawiły się objawy

dysfagii i utrata masy ciała. Chory w ciągu 1,5 miesiąca przed przyjęciem do szpitala schudł około 18 kilogramów. Przy przyjęciu do szpitala chory ważył 50 kg przy wzroście 178 cm (BMI = 15,78). Pacjent był wyniszczony, leżący, nie chodził. U chorego badanie endoskopowe górnego odcinka przewodu pokarmowego zostało wykonane miesiąc przed przyjęciem do oddziału. W gastroskopii stwierdzono usztywnione ściany całego żołądka, guz zlokalizowany głównie na krzywiznie mniejszej żołądka, masa guza naciekała odźwiernik, powodując niemożność przejścia aparatem do dwunastnicy. W pobranych wycinkach z guza podczas gastroskopii stwierdzono komórki gruczolakoraka. W USG jamy brzusznej i miednicy u chorego stwierdzono liczne ogniska o charakterze meta w wątrobie, a także zmianę węzłową we wnęcie wątroby.

U chorego widoczne było żółte zabarwienie skóry. W badaniu palpacyjnym brzucha, w nadbrzuszu i śródbrzuszu środkowym był wyczuwalny guz średnicy około 5 cm. W tym miejscu brzuch był tkliwy, napięty, ale bez objawów otrzewnowych. Wątroba wystawała około 3 centymetry poniżej łuku żebrowego. W badaniu *per rectum* stwierdzono smolisty stolec. Tętno 64/minutę, ciśnienie przy przyjęciu 110/60 mmHg.

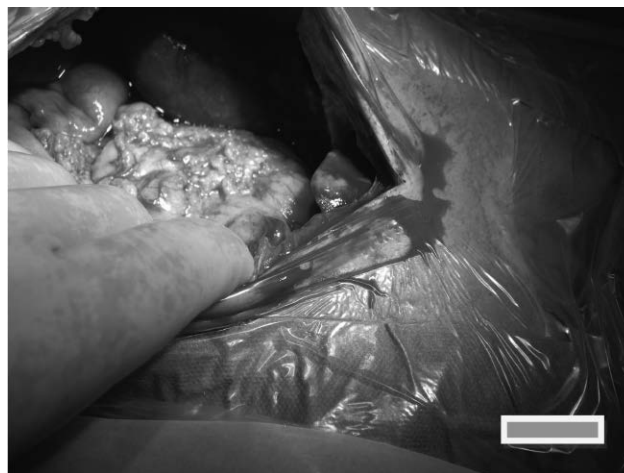
Wykonane badania laboratoryjne przy przyjęciu chorego wykazały nieznaczną anemizację HGB 10,5 g/dl. Stwierdzono znacznie obniżone wartości białka całkowitego 4,83 g% (N: 6,4-8,3), albumin 2,7 g% (N: 3,5-5,2) oraz podwyższony poziom bilirubiny całkowitej 18,04 (N: 0,0-1,2), GGTP 1288 U/l (N: 10-71 U/l), ASPAT 124 U/l (N: 2-40), ALAT 81 U/l (N: 2-41 U/l) i CRP 58,46 mg/l.

W tomografii komputerowej jamy brzusznej i miednicy stwierdzono pogrubienie ścian żołądka w obszarze dna, trzonu od strony obu krzywizn i w obszarze przedodźwiernikowym. W wątrobie liczne hipodensyjne ogniska meta, największe w płacie lewym o średnicy 25-30 mm (ryc. 1). W badaniu obecny był płyn w jamie otrzewnej. We wnęcie wątroby stwierdzono masę tkankową średnicy 40 mm. Drogi żółciowe wewnątrzwątrobowe były miernie poszerzone, a w pęcherzyku żółciowym nie stwierdzono złogów.

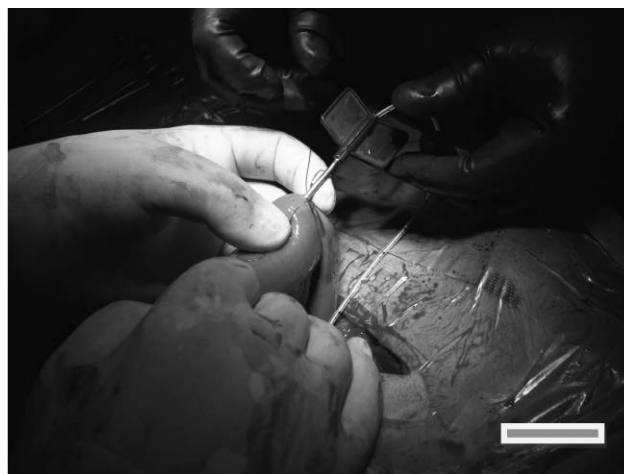
Pacjenta zakwalifikowano do zabiegu operacyjnego. W okresie przed- i pooperacyjnym u chorego stosowano profilaktykę przeciwzakrzepową i antybiotykową. Chory był operowany, po otwarciu jamy brzusznej cięciem pośrednim górnym ewakuowano płyn koloru słomkowego w ilości około 3000 ml. W badaniu palpacyjnym stwierdzono liczne drobne przerzuty w wątrobie, krezce jelita cienkiego, sieci większej, ścianie pęcherzyka żółciowego i w otrzewnej trzewnej (ryc. 2). W żołądku nieoperacyjny guz średnicy około 8 cm, nieruchomy, naciekający na wnękę wątroby, aortę brzuszną, trzustkę, przeponę i pień trzewny. Dojście do PŻW było niemożliwe ze względu na masywny naciek wnęki wątroby przez guz żołądka. Pobrano wycinki do badania histopatologicznego z otrzewnej trzewnej i z sieci większej celem potwierdzenia zaawansowania procesu nowotworowego. Wobec powyższego obrazu w jamie otrzewnej założono u chorego mikrojejunostomię do odżywiania DOJELITOWEGO (ryc. 3). Czas trwania zabiegu operacyjnego wynosił 60 minut.



Ryc. 1. Skan z TK przedstawiający płyn w jamie otrzewnej i liczne zmiany o charakterze meta w wątrobie.



Ryc. 2. Zdjęcie wykonane podczas zabiegu operacyjnego z widocznymi przerzutami raka żołądka do wątroby, sieci większej i ściany pęcherzyka żółciowego.



Ryc. 3. Zdjęcie wykonane podczas zabiegu operacyjnego podczas zakładania mikrojejunostomii.

Pacjent po zabiegu operacyjnym był odżywiany przez mikrojejunostomię. Po zabiegu operacyjnym stan pacjenta pogarszał się stopniowo. W 3. dobie po zabiegu operacyjnym chory zmarł.

OMÓWIENIE

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej zapewnia każdemu obywatelowi równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej, które są finansowane ze środków publicznych, bez względu na jego sytuację materialną. Mówi o tym artykuł 68:

„1. Każdy ma prawo do ochrony zdrowia.

2. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa.

3. Władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku.

4. Władze publiczne są obowiązane do zwalczania chorób epidemicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska.

5. Władze publiczne popierają rozwój kultury fizycznej, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży”.

W obecnych regulacjach prawnych istnieje zapis mówiący, że świadczenia medyczne mogą być udzielane przez lekarza, który posiada odpowiednie kompetencje, o czym mówi artykuł 2 ust. 1: „Wykonywanie zawodu lekarza polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, w szczególności: badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, leczeniu i rehabilitacji chorych, udzielaniu porad lekarskich, a także wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich”.

W Polsce każdy pacjent, zarówno ubezpieczony, jak i nieubezpieczony, ma prawo do świadczeń, które odpowiadają aktualnej wiedzy medycznej. Mówi o tym artykuł 6 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. W artykule 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry zapisano, iż: „Lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością”. Zapisy o konieczności udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z aktualną wiedzą medyczną mają charakter ustawowy, a to oznacza, że nie ma miejsca na legalizowanie zachowań pracowników służby zdrowia, które nie odpowiadają aktualnej wiedzy medycznej. W przypadku braku odpowiednich umiejętności do przeprowadzenia odpowiednich czynności leczniczych lub braku dostępu do aparatury medycznej lekarz powinien skierować pacjenta do odpowiedniej poradni lub specjalisty celem wykonania odpowiednich badań diagnostycznych.

W przedstawionym przez autora artykułu przypadku lekarz rodzinny w chwili pojawienia się u chorego dyspepsji powinien skierować go niezwłocznie na gastroscopię (5).

Objawy alarmowe wymagające natychmiastowego wykonania badania gastroscopowego u osoby powyżej 45. roku życia to między innymi: powtarzające się wymioty, zaburzenia połykania, niewyjaśnione chudnięcie, krwawienie z górnego odcinka przewodu pokarmowego, niedokrwistość (5). W wyniku błędnego postępowania lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, chory został pozbawiony wczesnej diagnostyki, która pozwoliłaby na skuteczne leczenie w ośrodku specjalistycznym.

W Kodeksie Etyki Lekarskiej znajdują się także przepisy mówiące o konieczności udzielania świadczeń zdrowotnych z należytą starannością i zgodnie z aktualną wiedzą medyczną. Mówi o tym artykuł 8: „Lekarz powinien przeprowadzać wszelkie postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze z należytą starannością, poświęcając im niezbędny czas”. W opisanym przypadku lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, nie posiadając wiedzy, jakie postępowanie diagnostyczne u chorego przeprowadzić, powinien skierować chorego do poradni specjalistycznej, np. gastroenterologicznej czy onkologicznej, celem wykonania niezbędnych badań diagnostycznych. O możliwości odstąpienia od wykonania procedury medycznej przez lekarza w przypadku braku umiejętności mówi artykuł 10 ust. 2 Kodeksu Etyki Lekarskiej: „Jeżeli zakres tych czynności przewyższa umiejętności lekarza, wówczas winien się zwrócić do bardziej kompetentnego kolegi. Nie dotyczy to nagłych wypadków i ciężkich zachorowań, gdy zwłoka może zagrażać zdrowiu lub życiu chorego”. W artykule 10 ust. 1 Kodeksu Etyki Lekarskiej zwraca uwagę zapis mówiący o tym, że: „Lekarz nie powinien wykraczać poza swoje umiejętności zawodowe przy wykonywaniu czynności diagnostycznych, zapobiegawczych, leczniczych i orzecznicych”.

W aktualnych regulacjach prawnych lekarz ponosi odpowiedzialność karną w sytuacji, gdy błąd medyczny pociąga za sobą negatywne skutki dla pacjenta – uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia czy śmierć pacjenta. Poszkodowany pacjent lub jego rodzina w przypadku śmierci chorego może złożyć do prokuratury zawiadomienie o popełnieniu przestępstwa w zależności od skutku nefachowych działań medycznych. Należy podkreślić, że lekarz podlega zaostrożonemu rygowi odpowiedzialności karnej z tytułu popełnienia błędu w sztuce, który naraża chorego na niebezpieczeństwo utraty zdrowia i życia. Mówi o tym artykuł 160 Kodeksu karnego, w którym zapisano, że: „§ 1. Kto naraża człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

§ 2. Jeżeli na sprawcy ciąży obowiązek opieki nad osobą narażoną na niebezpieczeństwo, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

§ 3. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 lub 2 działa nieumyślnie, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku.

§ 4. Nie podlega karze za przestępstwo określone w § 1-3 sprawca, który dobrowolnie uchylił grożące niebezpieczeństwo.

§ 5. Ściganie przestępstwa określonego w § 3 następuje na wniosek pokrzywdzonego”.

W omówionym w artykule przypadku lekarz przez popełnienie błędu diagnostycznego, a w następstwie terapeutycznego, doprowadził do nieumyślnego spowodowania śmierci pacjenta. W przypadku zawodów medycznych przestępstwa o charakterze skutkowym popełniane są w większości przypadków nieumyślnie. Konsekwencje prawne grożące za nieumyślne spowodowanie śmierci zostały zapisane w art. 155 Kodeksu karnego: „Kto nieumyślnie powoduje śmierć człowieka, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5”.

Problemy błędów medycznych znane są ludziom od najdawniejszych czasów. Wydaje się, że pomimo coraz lepszego poziomu wiedzy medycznej, coraz lepszych metod diagnostycznych chorób, problem błędów medycznych powinien ulec co najmniej ograniczeniu, jednak w XXI wieku jest on wciąż aktualny. Według wielu autorów monitorowanie błędów i dyskusja nad nimi są najważniejszymi elementami prewencji (6-8). Coraz więcej inicjatyw w USA i w niektórych krajach Europy Zachodniej zmierza w kie-

runku rejestracji błędów medycznych poprzez programy monitorujące (9, 10).

Dyskutowany przypadek potwierdza konieczność edukacji lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie diagnostyki chorób onkologicznych. Wczesna diagnostyka chorób nowotworowych przez lekarzy rodzinnych powinna przyczynić się do poprawy wyników leczenia pacjentów z nowotworami łagodnymi i złośliwymi w Polsce.

WNIOSKI

1. Lekarz za popełnienie błędu medycznego prowadzącego do śmierci pacjenta może zostać pociągnięty do odpowiedzialności karnej.
2. Zgodnie z artykułem 155 Kodeksu karnego za nieumyślne spowodowanie śmierci pacjenta lekarz może podlegać karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.
3. Istnieje konieczność edukacji lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie diagnostyki najczęściej występujących chorób onkologicznych.

Adres do korespondencji:

Konrad Wroński
Oddział Chirurgii Onkologicznej
Zakład Opieki Zdrowotnej
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych
z Warmińsko-Mazurskim Centrum
Onkologii
ul. Aleja Wojska Polskiego 37,
10-228 Olsztyn
tel. +48 (89) 539-85-42
konradwronski@wp.pl

PIŚMIENNICTWO

1. Wroński K: Prawa pacjenta. Nowotwory J Oncol 2007; 3: 326-332.
2. Wroński K: Znajomość praw pacjenta przez osoby chore leczone w Klinice Chirurgii Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Onkologia Polska 2007; 2: 75-83.
3. Wroński K, Okraszewski J, Bocian R: Prawne konsekwencje ujawnienia tajemnicy lekarskiej. Nowotwory 2008; 58(2): 186-189.
4. Wroński K, Bocian R, Cywiński J, Dziki A: Prawne konsekwencje związane z ujawnieniem dokumentacji medycznej osobom nieuprawnionym. Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska 2008; 5(4): 463-465.
5. Bartnik W: Dyspepsja – co nowego na Kongresie Digestive Disease Week w Chicago w 2011 roku. Gastroenterologia Kliniczna 2011; 3(3): 99-105.
6. Graves K: Perfusion safety in Europe managing risks, learning from mistakes. Perfusion 2005; 20: 209-215.
7. Leape LL: Institute of Medicine Medical Error Figures are not exaggerated. JAMA 2000; 284(1): 95-97.
8. Barber M, Gordon R, Franklin N: Reducing diagnostic errors in medicine: what's the goal? Acad med 2002; 77(10): 981-992.
9. Walsh KE, Kaushal R, Chessare JB: How to avoid paediatric medication errors: a user's guide to the literature. Arch Dis Child 2005; 90: 698-702.
10. Ramnarayan P, Cronje N, Brown R et al.: Validation of a diagnostics reminder system in emergency medicine: a multi-centre study. Emerg med J 2007; 24: 619-624.

WYKAZ WYKORZYSTANYCH AKTÓW PRAWNYCH

1. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku z późniejszymi zmianami.
2. Kodeks Etyki Lekarskiej z 14 grudnia 1991 z późniejszymi zmianami.
3. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny z późniejszymi zmianami.
4. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty z późniejszymi zmianami.

nadesłano: 13.11.2014
zaakceptowano do druku: 04.12.2014