Uniwersytet Jagielloński

Collegium Medicum

Wydział Lekarski

Artur Drzewiecki

Wybrane problemy opiniowania sądowo-lekarskiego w bakteryjnych zakażeniach szpitalnych

Praca doktorska

Promotor: **dr hab. med. Małgorzata Bulanda**

Pracę wykonano w Katedrze Mikrobiologii

Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

Kierownik jednostki — prof. dr hab. med. Piotr B. Heczko

Kraków, 2008 rok

Na samym początku pragnę gorąco podziękować wszystkim osobom, które przyczyniły się do tego, że ta praca powstała.

W pierwszym rzędzie głębokie wyrazy wdzięczności chciałbym złożyć Pani dr hab. med. Małgorzacie Bulandzie, która zgodziła się zostać moją promotorką i zachęciła do wybrania ciekawego tematu, a także poświęciła tyle swego cennego czasu tej pracy.

Na szczególną wdzięczność zasługują recenzenci — prof. dr hab. med. Stefania Giedrys-Kalemba i dr hab. med. Jerzy Kunz — za ich cenne uwagi.

Pragnę również podziękować Kierownikowi Katedry Mikrobiologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, prof. dr. hab. med. Piotrowi B. Heczce, bez którego olbrzymiej życzliwości ta praca nie mogłaby powstać.

Nie mogę pominąć także moich czcigodnych koleżanek i kolegów z Katedry, którzy życzliwie mnie wspierali podczas całej pracy.

Na zakończenie również chciałbym wyrazić głębokie wyrazy wdzięczności swoim najbliższym, którzy przez cały okres podtrzymywali mnie na duchu i wspierali z całych sił.

Streszczenie

Praca omawia zagadnienia związane z wydawaniem opinii sądowo-lekarskiej w sprawach (przede wszystkim cywilnych) dotyczących bakteryjnych zakażeń szpitalnych. Ponadto praca zajmuje się rolą biegłego szczególnie specjalisty mikrobiologii lekarskiej w opracowywaniu takich opinii.

Jako materiał do opracowywania pracy posłużyła analiza 38 opinii sądowo-lekarskich (wraz z materiałem dowodowym) wydanych w Katedrze Mikrobiologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, 10 opinii sądowo-lekarskich (bez materiału dowodowego) wydanych w Katedrze i Zakładzie Medycyny Sądowej Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie oraz 15 opinii sądowo-lekarskich (bez materiału dowodowego) wydanych w Zakładzie Medycyny Sądowej Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie.

English summary

The study presents issues related to passing reliable medico-forensic opinions in mainly pecuniary claims owing to bacterial nosocomial infections. Further the study discusses the role of the experts especially in the field of medical microbiology in working out such opinions.

As the backgrounds material the study makes use of 38 medico-forensic opinions (with their body of evidence) prepared in the Chair of Microbiology Jagiellonian University Medical College in Cracow, 10 medico-forensic opinions (without their body of evidence) prepared in the Chair of Forensic Medicine Jagiellonian University Medical College and 15 medico-forensic opinions (without their body of evidence) prepared in the Chair of Forensic Medicine Pomeranian Medical Academy in Stettin.

Spis treści

1 Wstęp 1
2 Cel pracy 7
3 Materiały i metody 8
4 Błędy medyczne i odpowiedzialność za nie 13
4.1 Błąd medyczny 13
4.1.1 Definicja i klasyfikacja błędu medycznego 13
4.1.2 Standardy w medycynie a błąd medyczny 18
4.1.3 Błędy medyczne związane z zakażeniami szpitalnymi 21
4.2 Odpowiedzialność cywilna 28
4.3 Odpowiedzialność karna, zawodowa i służbowa 35
5 Rola biegłego 37
5.1 Podstawy działania biegłych 37
5.2 Kwalifikacje biegłych 38
6 Problemy opiniowania sądowo-lekarskiego 43
6.1 Mity powszechne wśród stron a rzeczywistość 43
6.2 Oczekiwania sądów oraz stron wobec biegłych i ich opinii 50
6.3 Materiał dowodowy i jego ocena 55
6.3.1 Dokumentacja medyczna 55
6.3.2 Dokumenty związane z kontrolą zakażeń szpitalnych 59
6.3.3 Dowody osobowe — zeznania stron i świadków 61
6.3.4 Inne składowe materiału dowodowego 63
6.4 Sporządzanie opinii 67
6.5 Strony po wydaniu opinii, ich wnioski i opinie uzupełniające 78
7 Sprawy i opinie 82
7.1 Katedra Mikrobiologii CM UJ w Krakowie 82
7.2 Katedra Medycyny Sądowej CM UJ w Krakowie 138
7.3 Zakład Medycyny Sądowej PAM w Szczecinie 143
8 Wnioski 151
9 Piśmiennictwo 154

1 Wstęp

Coraz liczniejsze pozwy o odszkodowanie lub zadośćuczynienie w związku z zakażeniami szpitalnymi spowodowanymi przez różne bakterie wymagają od biegłych lekarzy — powoływanych w takich sprawach — wydawania opinii odpowiadających najwyższym wymaganiom i zgodnych z zasadami prawidłowego opiniowania obowiązującymi w medycynie sądowej[1–6]. Niestety biegli stają tutaj przed licznymi problemami, które w poważnym stopniu utrudniają im to zadanie.

Pierwszy problem to brak wiedzy i wiara w niemalże mity związane z bakteryjnymi zakażeniami szpitalnymi powszechna wśród pacjentów, prawników, a nawet niemałej liczby lekarzy klinicystów. Jest to tym smutniejsze, że już od wielu lat dostępne są publikacje, gdzie problematyka zakażeń szpitalnych i ich kontroli została wyczerpująco przedstawiona. Poniżej przedstawiono niektóre z tych „mitów" (oczywiście są one kompletnie niezgodne z rzeczywistością):

1. **Przy zakażeniu szpitalnym zawsze można i należy określić jednoznacznie dokładne miejsce i czas zakażenia**.

   Jest to chyba najpopularniejszy „mit", z którym od wielu lat bezskutecznie walczą lekarze zajmujący się opiniowaniem sądowo-lekarskim oraz niektórzy prawnicy[1–3, 7]. W rzeczywistości natomiast dokładne określenie miejsca i czasu zakażenia jest możliwe tylko wyjątkowo — najczęściej można tylko oszacować prawdopodobieństwo zakażenia związane z danymi okolicznościami[1, 8, 9].

2. **Za zakażenie szpitalne można uznać wyłącznie zakażenie patogenem pochodzącym ze środowiska (zakażenie egzogenne) o rozbudowanej oporności na antybiotyki (szczep szpitalny) — zakażenia bakteriami niespełniającymi tych kryteriów nie są zakażeniami szpitalnymi.**

   W rzeczywistości w przyjętych definicjach zakażeń szpitalnych nie ma żadnych wymogów odnośnie pochodzenia i właściwości czynnika infekcyjnego[10–25].

3. **Każde zakażenie szpitalne (spełniające powyższe kryteria) stanowi podstawę do zasądzenia odszkodowania bądź zadośćuczynienia.**

   W rzeczywistości zakażenie szpitalne jako takie można traktować tylko i wyłącznie jako niepowodzenie w leczeniu; błędem są natomiast sytuacje, gdy:

   - nie zostały zachowane wszystkie wymagane zasady profilaktyki,
   - zakażenie nie zostało rozpoznane lub zostało rozpoznane zbyt późno,
   - zakażenie nie było prawidłowo leczone.

Ponadto stwierdzenie błędu medycznego nigdy nie jest równoznaczne z zasadnością roszczenia[2, 3, 26].

4. **W udowodnieniu, że prawidłowo zapobiegano zakażeniom szpitalnym najistotniejsze są protokoły kontrolne Inspekcji Sanitarnej i wskaźniki chemiczne prawidłowości sterylizacji, a inne dokumenty są niezbyt ważne.**

   W rzeczywistości takie dokumenty mogą określać tylko pewne aspekty kontroli zakażeń szpitalnych, natomiast ważna jest ocena całości systemu kontroli zakażeń szpitalnych w jednostce pozwanej, czyli należy udostępniać wszystkie dokumenty z tym związane[10–15, 21, 27].

5. **Zakażenia szpitalne nigdy nie zdarzają się w warunkach ambulatoryjnych niezależnie od inwazyjności procedur, dlatego wtedy nie ma potrzeby stosowania większości zasad profilaktyki.**

   W rzeczywistości z uwagi na ambulatoryjne wykonywanie coraz inwazyjniejszych procedur (np. iniekcji dostawowych) wymagane jest zachowywanie odpowiednich zasad profilaktyki także i tutaj[11, 12, 25].

6. **Wystąpienie zakażenia to „wstyd" dla szpitala, dlatego należy unikać postawienia takiego rozpoznania i zamiast tego pisać w dokumentacji „wyciek z rany" etc. próbując równocześnie leczyć zakażenie antybiotykami.**

   W rzeczywistości natomiast zakażenia szpitalne były, są i będą, więc nie są żadnym wstydem, a próby takiego „ukrywania" zakażenia najbardziej szkodzą pozwanej jednostce, której lekarze mogą zostać oskarżeni o nieumiejętność rozpoznania zakażenia[11, 12, 25].

7. **Antybiotykoterapia zakażeń bakteryjnych jest czymś tak prostym i oczywistym, że każdy lekarz niezależnie od specjalizacji jest najwyższym ekspertem w tym zakresie i nie musi się dokształcać w tej materii.**

   W rzeczywistości chemioterapia zakażeń jest najtrudniejszym działem farmakoterapii, ponieważ w grę wchodzą tutaj 3 grupy czynników — związane z lekiem (farmakokinetyka substancji aktywnej, skład leku złożonego), związane z pacjentem (stan kliniczny, metabolizm leków) oraz związane z mikroorganizmem (wytwarzane substancje, posiadane mechanizmy oporności na leki)[13, 15, 27–32].

8. **Samo podanie jakiegokolwiek antybiotyku stanowi prawidłowe leczenie.**

   W rzeczywistości natomiast z uwagi na to, co napisano w poprzednim punkcie, regułą jest stwierdzanie nieprawidłowości w zakresie antybiotykoterapii (niektórych kuriozalnych).

9. **W zakażeniach metycylinowrażliwymi szczepami bakterii z rodzaju Staphylococcus najskuteczniejsze są cefalosporyny III generacji, a przy szczepach metycylinoopornych „koszmarach klinicysty”[*], jeśli tylko są wrażliwe na kotrimoksazol, to należy stosować ten lek.**

   W rzeczywistości natomiast metycylinowrażliwe gronkowce są klinicznie oporne na cefalosporyny III generacji (stosować się powinno przede wszystkim penicyliny „przeciwgronkowcowe” jak kloksacylina, dikloksacylina etc.), a kotrimoksazol można stosować w zakażeniach gronkowcowych, jeśli szczep jest wrażliwy wyłącznie na ten lek lub pacjent nie może przyjmować innych skutecznych antybiotyków[28, 33–36].

10. **Właściwa kontrola zakażeń szpitalnych jest tak droga, że polskich szpitali na nią nie stać, bo muszą oszczędzać.**

    W rzeczywistości natomiast jest ona tania i ten argument służy tylko do zamaskowania własnej niewiedzy lub „doświadczenia” rozumianego jako „wieloletnie powtarzanie identycznych błędów z wzrastającym przekonaniem”, jak to trafnie określili australijscy autorzy[37].

Powyższe „mity” niestety bardzo często stanowią podstawę pytań kierowanych do biegłego, co zmusza go w pierwszym rzędzie do ich skorygowania w wydanej przezeń opinii (i tym samym naruszania podstawowej zasady opiniowania, że biegły nie może wykraczać poza zakres pytań postawionych przez sąd), a potem dopiero udzielania odpowiedzi na otrzymane pytania. Niestety czasem stają się one przyczyną polemik biegłego ze stronami (przeważnie z pozwanymi zakładami opieki zdrowotnej), którym trudno jest zrezygnować z niektórych powszechnych aczkolwiek błędnych przekonań[1].

Kolejnym problemem w procesie opiniowania jest znalezienie właściwych biegłych — niestety w praktyce jest to bardzo trudne zadanie. W pierwszym rzędzie należy zwrócić uwagę na to, że w największym stopniu problematyka zakażeń szpitalnych wchodzi w zakres programu specjalizacji z mikrobiologii lekarskiej, a w mniejszym stopniu chorób zakaźnych i epidemiologii, podczas gdy w przypadku innych specjalizacji występuje ona incydentalnie lub wcale — jak to wykazała analiza programów specjalizacji dostępnych na stronie WWW Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego[38]. Dlatego też należy odpowiednich biegłych poszukiwać tylko wśród specjalistów z tych dziedzin, a także specjalistów medycyny sądowej. Specjaliści

[*] Szczep metycylinooporny (oporny na wszystkie β-laktamy) z mechanizmem MLS_B (oporny na makrolidy i klindamycynę) oporny także aminoglikozydy i fluorochinolony. Szczepy takie powinny być zwalczane glikopeptydami jak wankomycyna lub nowszymi antybiotykami (linezolid, daptomycyna, tygecyklina).

z zakresu mikrobiologii lekarskiej mają jednak pewną przewagę szczególnie, gdy sąd zleca biegłemu także dokonanie oceny poprawności zastosowanej antybiotykoterapii, co zostanie wyjaśnione w dalszej części pracy. W przypadku specjalistów medycyny sądowej sytuacja jest trochę inna, ponieważ ci specjaliści wydają opinie we współpracy ze specjalistami z innych dziedzin — specjalista medycyny sądowej odpowiada wtedy za stronę formalno-prawną opinii a pozostali specjaliści z nim współpracujący za jej stronę merytoryczną[1–3, 8, 39, 40]. Rozwiązanie takie możnaby było uznać za optymalne, ale niestety w polskich warunkach często jest ono niemożliwe ze względu na niedobór specjalistów medycyny sądowej i ich przeciążenie pracą — w pierwszym rzędzie wydawane muszą być opinie z zakresu właściwej medycyny sądowej, głównie w sprawach karnych, a dopiero później pozostałe — jak również ze względu na trudności napotykane przy szukaniu odpowiednich dodatkowych specjalistów. Wszystko to powoduje nierzadko długi okres oczekiwania na wydanie opinii (nawet 1 rok i dłużej, jak podaje Świątek)[41]. Dlatego też w praktyce podczas „procesów medycznych" stosuje się powoływanie biegłych z odpowiednich dziedzin bezpośrednio przez sądy. Niestety taka praktyka powoduje, że w pierwszym rzędzie nierzadko są powoływani jako biegli — lekarze klinicyści (np. pediatrzy, chirurdzy), którzy podejmują się wydawania opinii w sprawach, w których nie zawsze mają wystarczającą wiedzę.

Niezwykle ważnymi problemami niewymienionymi wcześniej w niniejszej pracy ze względu na fakt ich występowania podczas opiniowania w sprawach nie tylko z zakresu bakteryjnych zakażeń szpitalnych są:

- zdarzające się przypadki niewiedzy na temat roli biegłego i zasad postępowania cywilnego, które dotyczą czasami także prawników reprezentujących strony (abstrahując już od osób bez prawniczego wykształcenia, gdzie taka niewiedza jest usprawiedliwiona),
- powszechne wśród stron utożsamianie faktu stwierdzenia błędu medycznego z zasadnością roszczeń, co nie zawsze jest prawdą, a staje się przyczyną polemik stron z opiniami biegłych.

W piśmiennictwie dostępnym w Polsce z zakresu błędów medycznych i opiniowania sądowo-lekarskiego w tych sprawach oraz prawa medycznego zagadnienia dotyczące bakteryjnych zakażeń szpitalnych pozostają w zdecydowanej mniejszości. Stanowi to kontrast w porównaniu do sytuacji dotyczącej zakażeń wirusami przenoszonymi drogą krwi (szczególnie WZW B i C), gdzie biegły posiada nawet dostęp do publikacji zajmującymi się bezpośrednio tymi zagadnieniami w wyczerpujący sposób[1, 5, 6, 42–44].

Jest to o tyle ważne, że w przypadku bakteryjnych zakażeń szpitalnych biegły musi ocenić wiele aspektów danej sprawy:

- prawidłowość całokształtu zasad kontroli zakażeń szpitalnych i ich profilaktyki zarówno w odniesieniu do konkretnego pacjenta, jak i w odniesieniu do pozwanej jednostki;
- prawidłowość procesu diagnostyki zaistniałego zakażenia;
- prawidłowość leczenia danego zakażenia, szczególnie w kontekście zastosowania właściwej antybiotykoterapii.

Ocena powyższych aspektów jest utrudniona faktem mniejszej roli wytycznych i standardów postępowania w polskiej medycynie w porównaniu np. z krajami anglosaskimi, gdzie podkreślenie znaczenia znajomości standardów postępowania medycznego w konsekwencji powoduje sprawniejsze wydawanie opinii przez biegłych[25, 31–36, 45]. U Anglosasów lekarz przede wszystkim musi znać obowiązujące standardy, właściwie je stosować a także w przypadku decyzji od odstąpieniu od standardu (w praktyce sytuacja taka nie jest zbyt częsta) umieć ją uzasadnić; a zatem biegły w sądownictwie amerykańskim (abstrahując od trochę innej roli biegłych wynikającej z różnic w systemach prawnych) musi ocenić tylko, czy prawidłowo zastosowano adekwatny standard oraz czy nie popełniono błędu przy ewentualnym odstąpieniu odeń. Natomiast w Polsce z uwagi na panującą znacznie większą swobodę w tym zakresie, biegły musi starannie przeanalizować niemalże każdy element postępowania w pozwanej jednostce oraz ocenić jego prawidłowość. Wymaga to odeń posiadania znacznie większych kompetencji (wiedzy, doświadczenia opiniodawczego etc.).

Doskonałą ilustracją powyższego zagadnienia jest sytuacja, podczas której trzeba ocenić prawidłowość leczenia zaistniałego zakażenia ze szczególnym uwzględnieniem antybiotykoterapii. W USA na podstawie istniejących wytycznych i standardów corocznie od kilkudziesięciu lat zespół autorów (w tym z Harvard Medical School) opracowuje „The Sanford guide to Antimicrobial Therapy" (oprócz tego dostępne są i inne standardy tego typu)[33–36]. Dlatego też tamtejszy biegły może po prostu skonfrontować antybiotykoterapię w pozwanej jednostce z zawartymi w odpowiednich standardach informacjami i odnieść się do sytuacji, kiedy oceniane postępowanie było niezgodne z tymi wytycznymi. W Polsce natomiast biegły musi szczegółowo ocenić każdą decyzję dotyczącą antybiotykoterapii mając na uwadze między innymi cechy bakterii wywołujących zakażenie (np. oporność naturalna na określone leki), implikacje wynikające z mechanizmów oporności stwierdzonych u tych bakterii, własności farmakologiczne leku (np. w odniesieniu do przyjętego dawkowania), dane z piśmiennictwa dotyczące skuteczności klinicznej różnych antybiotyków etc.[13, 15, 29, 30, 46]. Podołać takiemu zadaniu może w pełni jedynie

specjalista mikrobiologii lekarskiej stale i starannie dokształcający się w zakresie antybiotykoterapii, ponieważ w tej dziedzinie postęp od kilku lat jest coraz większy[27, 28, 47–50].

Należy także przewidywać wzrost częstości spraw dotyczących bakteryjnych zakażeń szpitalnych i zmniejszanie się odsetka spraw dotyczących zakażeń przenoszonych drogą krwi — o czym świadczą informacje podane w pracy Truszkiewicza i wsp. — w roszczeniach pacjentów skierowanych do jednego z towarzystw ubezpieczeniowych w przypadku zakażeń szpitalnych w latach 2003–2005 w 37% czynnikiem etiologicznym był patogen bakteryjny (*Staphylococcus aureus*) i przyjmuje to tendencję wzrostową[51]. Oznacza to, że coraz pilniejsze staje się stworzenie opracowań dotyczących opiniowania w takich sprawach.

Omówione powyżej zagadnienia dostarczają wystarczających dowodów potwierdzających fakt, iż opiniowanie sądowo-lekarskie w sprawach bakteryjnych zakażeń szpitalnych stanowi poważne wyzwanie dla biegłego, szczególnie gdy nie chce on popełnić błędu opiniodawczego.

2 Cel pracy

Celem pracy było:

- dokonanie analizy dokumentacji medycznej (oraz innego materiału dowodowego), na podstawie którego wydano opinie sądowo-lekarskie w Katedrze Mikrobiologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie w sprawach cywilnych związanych z bakteryjnymi zakażeniami szpitalnymi,
- określenie problemów, na jakie natrafiają biegli opracowujący takie opinie,
- znalezienie sposobów ewentualnego rozwiązania tych problemów.

3 Materiały i metody

Analizie zostało poddanych 38 spraw cywilnych dotyczących roszczeń z tytułu bakteryjnych zakażeń szpitalnych, do których opinie sądowo-lekarskie zostały opracowane w Katedrze Mikrobiologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie* w latach 2003–2008) — szczegółowe opisy spraw wraz z wydanymi opiniami i komentarzami zostały zebrane w Rozdziale 7 (s. 82). Liczba 38 spraw może wydać się skromna, jeśli porówna się ją np. z 80 sprawami z publikacji Kowalskiego, ale jeśli uwzględni się to, że według Kordela w sprawach sądowych związanych z zakażeniami szpitalnymi około 90% to sprawy związane z zakażeniami wirusami zapalenia wątroby, a zakażenia bakteryjne tylko 10%, liczba 38 jest wystarczająca[1, 8].

Jako materiał uzupełniający posłużyła analiza 10 opinii sądowo-lekarskich wydanych w Katedrze Medycyny Sądowej Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie w sprawach cywilnych i karnych związanych z bakteryjnymi zakażeniami szpitalnymi oraz 15 opinii sądowo-lekarskich wydanych w Zakładzie Medycyny Sądowej Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie w podobnych sprawach.

W rozdziałach od 4 (s. 13) do 6 (s. 43) została omówiona problematyka błędów medycznych, rola biegłych (ze szczególnym uwzględnieniem roli biegłego lekarza mikrobiologa) w opiniowaniu w takich sprawach oraz przebieg procesu opiniowania sądowo-lekarskiego wraz z wybranymi problemami na jakie może natrafić biegły (z powodu tego, że autor pracy jest specjalistą mikrobiologii lekarskiej, przebieg procesu opiniowania i wybrane problemy przedstawione zostały z punktu widzenia przede wszystkim biegłego tej specjalności). W trakcie tych rozważań odwoływano się do poszczególnych spraw i opinii jako ilustracji — odwołania zawierają numer sprawy lub opinii oraz stronę w pracy, gdzie zaczyna się szczegółowy opis tej sprawy/opinii — np.:

- (Sprawa nr I — KMCMUJ, s. 84) dla spraw opiniowanych w Katedrze Mikrobiologii CM UJ w Krakowie,
- (Opinia nr I — KMSCMUJ, s. 138) dla spraw opiniowanych w Katedrze i Zakładzie Medycyny Sądowej CM UJ w Krakowie,

* W części spraw z prośbą o wydanie opinii sądy zwracały się do Polskiego Towarzystwa Zakażeń Szpitalnych w Krakowie. W opisach spraw nie uwzględniono jednak tej różnicy, ponieważ siedziba PTZS jest tożsama z Katedrą Mikrobiologii CM UJ, jak również opinie były wydawane przez tych samych biegłych.

- (Opinia nr I — ZMSPAM, s. 143) dla spraw opiniowanych w Zakładzie Medycyny Sądowej PAM w Szczecinie.

Natomiast w rozdziale 8 (s. 151) zostały zebrane wnioski wynikające z tych rozważań i analizy spraw.

Wśród 38 analizowanych spraw (Katedra Mikrobiologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie):

- najwięcej (30 spraw) dotyczyło zakażeń miejsca operowanego (ZMO), z czego:
  - 20 spraw dotyczyło zakażeń po zabiegach z dziedziny chirurgii urazowo-ortopedycznej:
    - Sprawa nr III — KMCMUJ, s. 87;
    - Sprawa nr V — KMCMUJ, s. 89;
    - Sprawa nr VII — KMCMUJ, s. 91;
    - Sprawa nr VIII — KMCMUJ, s. 92;
    - Sprawa nr IX — KMCMUJ, s. 93;
    - Sprawa nr XI — KMCMUJ, s. 95;
    - Sprawa nr XII — KMCMUJ, s. 97;
    - Sprawa nr XIII — KMCMUJ, s. 99;
    - Sprawa nr XIV — KMCMUJ, s. 100;
    - Sprawa nr XVII — KMCMUJ, s. 104;
    - Sprawa nr XIX — KMCMUJ, s. 108;
    - Sprawa nr XX — KMCMUJ, s. 110;
    - Sprawa nr XXII — KMCMUJ, s. 112;
    - Sprawa nr XXIII — KMCMUJ, s. 114;
    - Sprawa nr XXVI — KMCMUJ, s. 117;
    - Sprawa nr XXVII — KMCMUJ, s. 119;
    - Sprawa nr XXIX — KMCMUJ, s. 123;
    - Sprawa nr XXXI — KMCMUJ, s. 127;
    - Sprawa nr XXXIII — KMCMUJ, s. 130;
    - Sprawa nr XXXIV — KMCMUJ, s. 132);
  - 3 sprawy dotyczyły zakażeń u położnic po zabiegu cięcia cesarskiego:
    - Sprawa nr II — KMCMUJ, s. 86;
    - Sprawa nr VI — KMCMUJ, s. 90;
    - Sprawa nr XXVIII — KMCMUJ, s. 121;

    - 2 sprawy dotyczyły zakażenia miejsca operowanego i sepsy po operacji kardiochirurgicznej:
        - Sprawa nr X — KMCMUJ, s. 94;
        - Sprawa nr XXXII — KMCMUJ, s. 128;
    - 2 sprawy dotyczyły zakażenia po zabiegach z zakresu chirurgii ogólnej
        - Sprawa nr XVI — KMCMUJ, s. 103;
        - Sprawa nr XXXVII — KMCMUJ, s. 136;
    - 1 sprawa dotyczyła zakażenia po zabiegu z zakresu chirurgii plastycznej:
        - Sprawa nr XV — KMCMUJ, s. 102;
    - 1 sprawa dotyczyła zakażenia po zabiegu laryngologicznym
        - Sprawa nr XXXV — KMCMUJ, s. 134;
    - 1 sprawa dotyczyła zakażenia w obrębie stopy cukrzycowej w miejscu po amputowanym palcu:
        - Sprawa nr XXXVIII — KMCMUJ, s. 137;
- 4 sprawy dotyczyły zakażeń u noworodków:
    - Sprawa nr I — KMCMUJ, s. 84;
    - Sprawa nr XVIII — KMCMUJ, s. 106;
    - Sprawa nr XXIV — KMCMUJ, s. 115;
    - Sprawa nr XXXVI — KMCMUJ, s. 135;
- 2 sprawy dotyczyły zakażeń związanych z inwazyjnymi procedurami diagnostyczno-terapeutycznymi wykonywanymi w warunkach ambulatoryjnych:
    - Sprawa nr XXI — KMCMUJ, s. 111;
    - Sprawa nr XXV — KMCMUJ, s. 116;
- 1 sprawa dotyczyła zakażenia u dziecka leczonego na oddziale ogólnopediatrycznym:
    - Sprawa nr IV — KMCMUJ, s. 88;
- 1 sprawa miała charakter bardziej złożony — dotyczyła krwiopochodnego zapalenia kości i stawów u pacjentki leczonej na Oddziale Intensywnej Terapii, na którym znalazła się wskutek powikłań po ostrym zapaleniu trzustki będącym z kolei powikłaniem cholecystektomii laparoskopowej:
    - Sprawa nr XXX — KMCMUJ, s. 125.

Wśród analizowanych 10 opinii z Katedry Medycyny Sądowej Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie:

- 6 spraw dotyczyło zakażeń miejsca operowanego (ZMO), w tym:
  - 3 sprawy dotyczyły zakażenia miejsca operowanego po zabiegach z zakresu chirurgii urazowo-ortopedycznej:
    - Opinia nr II — KMSCMUJ, s. 139;
    - Opinia nr VIII — KMSCMUJ, s. 141;
    - Opinia nr X — KMSCMUJ, s. 142;
  - 1 sprawa dotyczyła zakażenia miejsca operowanego po zabiegu z zakresu neurochirurgii:
    - Opinia nr IV — KMSCMUJ, s. 139;
  - sprawa dotyczyła zakażenia miejsca operowanego po zabiegu z zakresu chirurgii ogólnej (operacja przepukliny):
    - Opinia nr III — KMSCMUJ, s. 139;
  - 1 sprawa dotyczyła zakażenia miejsca operowanego po zabiegu z zakresu „małej chirurgii" (usunięcie modzeli):
    - Opinia nr V — KMSCMUJ, s. 140;
- 2 sprawy miały charakter złożony:
  - 1 sprawa dotyczyła zakażenia miejsca operowanego bez związku z dalszym przebiegiem choroby pacjenta:
    - Opinia nr VI — KMSCMUJ, s. 140;
  - 1 sprawa dotyczyła zakażenia miejsca operowanego jako wtórnego rezultatu innych skutków popełnionych błędów:
    - Opinia nr VII — KMSCMUJ, s. 141;
- 1 sprawa dotyczyła szpitalnego zapalenia płuc:
  - Opinia nr I — KMSCMUJ, s. 138;
- 1 sprawa dotyczyła zakażenia w miejscu iniekcji:
  - Opinia nr IX — KMSCMUJ, s. 142.

Wśród analizowanych 15 opinii z Zakładu Medycyny Sądowej Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie:

- 10 spraw dotyczyło zakażeń miejsca operowanego (ZMO), w tym:
  - 6 spraw dotyczyło zakażenia miejsca operowanego po zabiegach z zakresu chirurgii urazowo-ortopedycznej:
    - Opinia nr I — ZMSPAM, s. 143;
    - Opinia nr II — ZMSPAM, s. 143;
    - Opinia nr IV — ZMSPAM, s. 144;
    - Opinia nr V — ZMSPAM, s. 145;
    - Opinia nr XIII — ZMSPAM, s. 149;
    - Opinia nr XV — ZMSPAM, s. 149;
  - 2 sprawy dotyczyły zakażenia po zabiegu z zakresu chirurgii ogólnej (operacja przepukliny z wszczepieniem siatki):
    - Opinia nr XI — ZMSPAM, s. 148;
    - Opinia nr XII — ZMSPAM, s. 148;
  - 1 sprawa zakażenia miejsca operowanego po zabiegu kardiochirurgicznym:
    - Opinia nr III — ZMSPAM, s. 144;
  - 1 sprawa zakażenia miejsca operowanego po zabiegu neurochirurgicznym:
    - Opinia nr VII — ZMSPAM, s. 146;
- 5 spraw miało charakter złożony:
  - 2 sprawy dotyczyły zakażenia miejsca operowanego bez związku z dalszym przebiegiem choroby pacjenta:
    - Opinia nr VI — ZMSPAM, s. 145;
    - Opinia nr XIV — ZMSPAM, s. 149;
  - 1 sprawa dotyczyła zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych po błędzie wykonawczym chirurga:
    - Opinia nr VIII — ZMSPAM, s. 146;
  - 1 sprawa dotyczyła pierwotnego zakażenia krwi u pacjentki w ciężkim stanie ogólnym, które wystąpiło tuż przed jej śmiercią:
    - Opinia nr IX — ZMSPAM, s. 147;
  - 1 dotyczyła rozwoju zakażenia miejsca operowanego w przebiegu stopy cukrzycowej:
    - Opinia nr X — ZMSPAM, s. 147.

4 Błędy medyczne i odpowiedzialność za nie

4.1 Błąd medyczny

4.1.1 Definicja i klasyfikacja błędu medycznego

W historii istniały dwa typowe podejścia stosowane w ocenie prawidłowości postępowania lekarzy — „skutkowe" („babilońskie") i „proceduralne" („egipskie")[26, 52, 53].

Zgodnie z pierwszym z nich od lekarza oczekiwano określonego skutku jego działań (przeważnie całkowitego wyleczenia pacjenta) i ponosił on odpowiedzialność, jeśli skutki jego działań były gorsze od tych oczekiwań; podejście to dominowało w Babilonii (np. Kodeks Hammurabiego), Republice Rzymskiej (w okresie Cesarstwa uległo to złagodzeniu), wśród Germanów, a nawet utrzymywało się w XIX w. w krajach niemieckojęzycznych[26, 52]. Obecnie odchodzi się od tego podejścia, ponieważ nie uwzględnia ono czynników związanych z organizmem pacjenta (np. nadwrażliwości na określony lek), na które lekarz nie miał wpływu lub był on ograniczony[7, 26, 54–56]. Należy jednak pamiętać, że powszechnie elementy takiego rozumowania utrzymują się do dzisiaj w społeczeństwie.

Dla odmiany zgodnie z podejściem „proceduralnym" od lekarzy oczekiwano tego, aby jego postępowanie było zgodne z jakimś wzorcem i ponosił on odpowiedzialność, kiedy tak nie było. Po raz pierwszy podejście to wystąpiło w starożytnym Egipcie (papirus Ebersa), skąd przedostało się do Grecji, potem do reszty krajów europejskich[26, 52, 53]. Współcześnie ono jest decydujące przy ocenianiu prawidłowości postępowania lekarzy (i innych pracowników medycznych)[2–4, 9, 26].

W historii, jak podaje Marek, od dawna próbowano sformułować określone definicje błędu medycznego[26]. Od XIX wieku (w Polsce) wszystkie z nich zawierały 3 składowe:

- niezgodność postępowania z określonym wzorcem,
- okoliczności tego postępowania,
- negatywny skutek.

Współcześnie odchodzi się od włączania w obręb definicji negatywnego skutku, ponieważ jego niewystąpienie zależy od wielu czynników (w głównej mierze związanych z organizmem pacjenta), co oznacza, że to samo działanie w takich samych okolicznościach raz musiałoby zostać uznane za błąd a innym razem nie[26]. Jednakże niektóre rodzaje odpowiedzialności wiążą się z koniecznością wystąpienia takich skutków (*vide* 4.2, s. 28 i 4.3, s. 35), dlatego też wprowa-

dzono pojęcie błędu bezskutkowego, kiedy określone postępowanie w danej sytuacji bez wątpienia było błędne (np. niewłaściwie wybrano i dawkowano antybiotyk), ale pacjent dzięki np. swojej odporności pomimo tego nie poniósł szkody[26].

Podstawą uznawania danego postępowania za błąd jest zatem to, czy zgadza się ono z jakimś wzorcem. Powszechnie przyjętym wzorcem jest najczęściej wiedza zawarta w aktualnych — w danym czasie — podręcznikach dla poszczególnych specjalistów, co jednak z uwagi na szybki postęp wiedzy medycznej i stosunkowo długi cykl wydawniczy niekoniecznie może być wystarczające[26]. Dlatego też coraz większą rolę zaczyna odgrywać wiedza zawarta w piśmiennictwie naukowym publikowanym w periodykach, z której korzystanie niestety jest utrudnione ze względu na dużą objętość piśmiennictwa. Odpowiedzią na to jest upowszechnianie się medycyny opartej na dowodach (ang. *Evidence Based Medicine* — EBM) zawierającej dobrze zdefiniowane zasady wykorzystywania takiego piśmiennictwa i jego krytycznej analizy[57, 58] oraz coraz liczniejszych standardów postępowania w medycynie (*vide* 4.1.2, s. 18), które mogą stanowić taki wzorzec[31–36].

Przy uznawaniu danego postępowania za błąd powinno się uwzględnić także okoliczności, w jakich została podjęta dana decyzja. Dlatego też np. wykonanie niesterylnymi narzędziami konikotomii ratującej życie pacjenta w warunkach „polowych" nie jest błędem, a jeśli taki zabieg zostanie tak samo przeprowadzony w szpitalu to stanowi ewidentny błąd medyczny (szpital powinien zapewnić sterylne instrumentarium)*. Inny przykład to doświadczenia historyczne — w Polsce w latach bezpośrednio po II Wojnie Światowej nierzadkie było przeprowadzanie (z uwagi na trudności z dostępem do jakichkolwiek materiałów medycznych) zabiegów operacyjnych bez użycia rękawiczek chirurgicznych[59, 60]. W ówczesnej sytuacji ten błąd był dopuszczalny z uwagi na określoną sytuację zewnętrzną, ale w dzisiejszych realiach takie postępowanie stanowiłoby niczym nieusprawiedliwione niedbalstwo. Trzeba tutaj zgodzić się z Markiem, który krytykuje poglądy części prawników uznających takie postępowanie za „relatywizację" błędu[26]. Nie jest to bowiem próba „rozgrzeszenia" sprawcy błędu, ale ocena całokształtu sytuacji. Postępowanie takie wymaga jednak szczegółowej analizy sprawy — doskonały przykład stanowi

* W zakresie mikrobiologii świetny przykład stanowi stosowanie wankomycyny — w USA np. niemonitorowanie stężenia tego antybiotyku stanowi błąd, ponieważ według tamtejszych standardów jest to obligatoryjne[33, 34, 36]; natomiast w Polsce badanie to nie jest powszechnie dostępne i tylko w 2 sprawach je wykonano (zresztą niewłaściwie interpretując wyniki) — Sprawa nr XXX — KMCMUJ, s. 125 i Sprawa nr XXXI — KMCMUJ, s. 127 — a zatem jego niewykonania nie można uznać za błąd. Podobnie sytuacja się ma z aminoglikozydami.

jedna ze spraw opiniowanych w Katedrze Mikrobiologii CM UJ (Sprawa nr IV — KMCMUJ, s. 88). Inny przykład stanowi pojęcie „nagłości przypadku" występujące np. w XIX-wiecznej definicji Wachholza[26]. W ówczesnych realiach lekarz w wielu sytuacjach mógł nie mieć czasu na przeprowadzenie dogłębnej analizy w celu wyboru odpowiedniego sposobu postępowania. Natomiast współczesną tendencją jest dążenie do objęcia takich sytuacji szczegółowymi standardami „proceduralnymi"[61] (*vide* 4.1.2, s. 18), które powinny być doskonale znane — w takiej sytuacji nie można przyjąć XIX-wiecznej interpretacji. Niezbyt fortunnym rozwiązaniem jest proponowana przez niektórych prawników „indywidualizacja" wymagań w zależności od dotychczasowych osiągnięć danego lekarza sprowadzająca się do tego, aby wpierw oceniać jego dotychczasowy dorobek, a potem odnosić do niego dane postępowanie[54]. Aczkolwiek jest to z pozoru „sprawiedliwe" („Od lepszego wymaga się więcej."), to jednak nie uwzględnia tego, że w praktyce nie ma możliwości dokładnej oceny takiego dorobku a trudno oceniać czyjeś postępowanie na podstawie szczytowych sukcesów, które mogły być incydentalne.

Do dnia dzisiejszego polscy prawnicy preferują stosowanie określenia „błąd w sztuce lekarskiej" zamiast „błąd medyczny", co coraz częściej poddawane jest krytyce, gdyż jest to określenie przestarzałe i bardzo często mylące[7, 55, 62–64]. Nieścisłość ta wynika z dawniejszego rozumienia pojęcia sztuki jako postępowania zgodnego z regułami ustalonymi przez korporację zawodową (np. cech drukarzy, cech introligatorów etc.), które dotyczyło również lekarzy, a w stosunku do dziedzin, gdzie nie było wymagane stosowanie reguł (a tylko najwyżej zalecane) — np. muzyki, malarstwa, literatury pięknej — używano terminu „sztuka wyzwolona"[26]. Obecnie termin „sztuka" znaczy przede wszystkim to, co dawniej znaczył termin „sztuka wyzwolona" (a w pierwotnym znaczeniu nie jest już praktycznie stosowany), więc jego używanie w stosunku do medycyny jest całkowicie błędne (w medycynie obowiązują coraz ściślejsze zasady postępowania). Podobna sytuacja dotyczy także pojęcia „błąd lekarski", ponieważ definicja ta *de facto* oznacza, że osoby związane z medycyną, ale niebędące lekarzami (np. pielęgniarki) nie odpowiadają za swe błędy.

Aczkolwiek szczegółowe omawianie zasad klasyfikacji błędów medycznych, jak również proponowanie zmian w tym zakresie nie stanowi tematu niniejszej pracy, to jednak ze względu na konieczność znajomości wiarygodnych systemów klasyfikacyjnych podczas opracowywania opinii ten temat musi być pokrótce omówiony.

Tradycyjny system klasyfikacji błędów medycznych wyróżniał cztery rodzaje błędów medycznych (a ściślej błędów w sztuce lekarskiej)[26]:

- błąd diagnostyczny — błąd związany z rozpoznaniem choroby;

- błąd terapeutyczny — błąd związany z leczeniem choroby;
- błąd techniczny — błąd popełniany przez nielekarza (np. pielęgniarkę) podczas wykonywania zleceń lekarza;
- błąd prognostyczny — błąd związany z przewidywaniem rozwoju choroby i rokowaniem; bardzo często ten rodzaj błędu był pomijany w opisach.

Powyższy system klasyfikacyjny opierał się na założeniu, że indywidualny lekarz zajmuje się pełną opieką nad pacjentem, całkowicie nadzoruje proces leczenia i ma możliwość sprawowania pełnego nadzoru merytorycznego nad pracą innych osób (np. pielęgniarek), które i tak nie były samodzielne a tylko wykonywały zlecenia lekarzy. Założenia te były prawdziwe do XIX wieku i częściowo do połowy XX w., natomiast obecnie zazwyczaj opiekę nad pacjentem sprawuje zespół lekarzy i innych osób wykonujących zawody medyczne (pielęgniarek, rehabilitantów, diagnostów laboratoryjnych etc.), które na dodatek są coraz samodzielniejsze w swoich czynnościach, a ponadto lekarz prowadzący ma coraz bardziej ograniczone możliwości kontroli merytorycznej (np. chirurg nie jest w stanie ocenić prawidłowości pracy anestezjologa)[7, 26]. W rezultacie system tradycyjny powinien obecnie zostać zarzucony — niestety jest on nadal stosowany w praktyce, co potwierdzają nawet najnowsze prace z zakresu prawa medycznego — gdyż na dłuższą metę powoduje trudności w porozumieniu się między stronami i składami orzekającymi a biegłymi.

System klasyfikacyjny „krakowski" zaproponowany w 1983 r. przez profesorów medycyny sądowej z Krakowa — Kazimierza Jaegermana i Zdzisława Marka — wyróżnia[26, 65]:

- błąd decyzyjny — błąd związany z rozpoznaniem i leczeniem choroby;
- błąd wykonawczy — błąd związany z wykonywaniem decyzji lekarza przy czym różnicą w stosunku do dawnego błędu technicznego jest to, że przyjmuje się tutaj mniejszą lub większą samodzielność osoby wykonującej;
- błąd opiniodawczy — błąd popełniany przez lekarza w związku z wydawaniem opinii (w tym także opinii sądowo-lekarskich) i zaświadczeń o stanie zdrowia; należy podkreślić, że to pojęcie nie obejmuje świadomego poświadczenia nieprawdy w tego typu dokumencie;
- błąd organizacyjny — błąd związany z organizacją pracy np. zakładu opieki zdrowotnej czy organizacją opieki zdrowotnej w skali województwa lub kraju.

Powyższy system zachował aktualność do dnia dzisiejszego i trafnie oddaje współczesne warunki sprawowania opieki zdrowotnej z jednym wyjątkiem — nie uwzględnia on sytuacji związanych z nieprzestrzeganiem praw pacjenta, nieuzyskiwaniem właściwej zgody na czynności medyczne, niewłaściwym prowadzeniem dokumentacji medycznej etc. Wynika to przede

wszystkim z tego, iż w czasie, kiedy ta klasyfikacja powstawała przywiązywano znacznie mniejsze znaczenie do tych zagadnień i nie istniała potrzeba tworzenia osobnej kategorii błędów.

System klasyfikacyjny „wrocławski" stosowany przez kierowniczkę tamtejszej Katedry Medycyny Sądowej — prof. Barbarę Świątek — wyróżnia[41]:

- błąd merytoryczny — odpowiadający błędowi decyzyjnemu według klasyfikacji „krakowskiej";
- błąd formalny — zawierający w sobie błąd opiniodawczy według klasyfikacji „krakowskiej" oraz błędy związane z przestrzeganiem praw pacjenta, prowadzeniem dokumentacji medycznej etc.;
- błąd techniczny — taki sam, jak w klasyfikacji tradycyjnej;
- błąd organizacyjny — taki sam, jak w klasyfikacji „krakowskiej".

Jakkolwiek powyższa klasyfikacja została opracowana później niż klasyfikacja „krakowska" oraz uwzględnia sytuacje, które tamta klasyfikacja pomija, to jednak w dwóch aspektach stanowi w stosunku do niej krok wstecz. Po pierwsze przywraca pojęcie błędu technicznego wraz z jego tradycyjnym rozumieniem i nie uwzględnia przez to współczesnych realiów. Po drugie zbyt mało eksponuje sytuacje związane z nieprawidłowym opiniowaniem i wydawaniem zaświadczeń lekarskich.

Doskonałą ilustrację powyższego zagadnienia stanowi Sprawa nr VIII — KMCMUJ ze strony 92 — w toku leczenia powódka otrzymała antybiotyk aminoglikozydowy netylmycynę, ponieważ na wyniku badania mikrobiologicznego dotyczącego wyizolowanego od niej szczepu *Staphylococcus aureus* znajdowała się informacja o wrażliwości na ten antybiotyk. Jednakże na tym samym wyniku znajdowała się informacja o oporności na inny aminoglikozyd — gentamycynę — co zgodnie z obowiązującymi (także i wtedy, kiedy owo badanie przeprowadzano) zasadami oznacza, że szczep jest oporny na **wszystkie** aminoglikozydy (w tym netylmycynę) oprócz streptomycyny niezależnie od wyników oznaczania lekowrażliwości dla tych leków[27, 30, 46, 66]. Wynika to z istnienia u gronkowców specyficznego enzymu rozkładającego aminoglikozydy [enzymu bifunkcyjnego AAC(6')-APH(2")], w którego przypadku pewną metodą wykrycia jest stwierdzenie oporności na gentamycynę, podczas gdy wyniki dla netylmycyny są zazwyczaj mylące[27, 30, 46, 66]. Wszelako osoba wykonująca badanie nie zmieniła treści wyniku, ani nie umieściła stosownych informacji. Biegły stosujący klasyfikację „krakowską" w takiej sytuacji przyjmie błąd wykonawczy u osoby wykonującej badanie mikrobiologiczne (jej obowiązkiem było właściwe zinterpretowanie wyników a nie tylko samo wykonanie oznaczenia) i nie stwierdzi błędu decyzyjnego u lekarza podejmującego decyzję o podaniu netylmycyny,

ponieważ ten będąc chirurgiem nie miał możliwości merytorycznego sprawdzenia i skorygowania błędnego wyniku (mógł to uczynić jedynie specjalista mikrobiologii). W przypadku klasyfikacji „wrocławskiej" natomiast nie można przypisać błędu technicznego mikrobiologowi, bo badanie wykonano poprawnie, ani błędu merytorycznego chirurgowi (ponieważ trudno odeń wymagać dogłębnej wiedzy z zakresu innej specjalności) — kto zatem popełnił błąd?

W niniejszej pracy przy omawianiu spraw będzie stosowana klasyfikacja krakowska uzupełniona o kategorię błędów formalnych dotyczących np. nieprzestrzegania praw pacjenta — konieczność jej wprowadzenia wynikła z tego, iż w niektórych sprawach niewłaściwe odnoszenie się lekarzy do powodów odegrało olbrzymią rolę i stanowiło bezpośrednią przyczynę złożenia pozwu: Sprawa nr XV — KMCMUJ, s. 102 i Sprawa nr XXVIII — KMCMUJ, s. 121.

4.1.2 Standardy w medycynie a błąd medyczny

W USA i wielu krajach europejskich coraz większą rolę w medycynie praktycznej odgrywają rozmaite standardy postępowania publikowane przez rozmaite gremia (jak towarzystwa naukowe, czołowe ośrodki specjalistyczne etc.)[33–36, 61]. W Polsce rola standardów jest dalece mniejsza i często są one traktowane przez wielu lekarzy ze sporą niechęcią.

Wydaje się, że wynika to po pierwsze z zaszłości historycznych, a po drugie z niewłaściwego postrzegania i rozumienia standardów.

Zaszłości historyczne wynikają z ograniczonych dawniej możliwości wymiany informacji pomiędzy poszczególnymi ośrodkami w Polsce (do lat 1950) i utrudnionym dostępem do światowej wiedzy medycznej (do lat 1990) — wspomnienia lekarzy zawarte w obu powojennych edycjach „Pamiętników lekarzy" ukazują problemy związane z tymi utrudnieniami[59, 67]. W rezultacie opierano się na indywidualnych obserwacjach i doświadczeniu* poszczególnych lekarzy oraz ośrodków, co prowadziło czasem do przyjęcia i uporczywego stosowania przestarzałych i nieprawidłowych metod postępowania. Niestety wśród niektórych grup personelu medycznego pokutuje to do dzisiaj — np. Ciuruś i autorzy monografii o bloku operacyjnym bardzo krytycznie wypowiadają się o tym, że pracownicy bloków operacyjnych bardzo często

* Doświadczenie podlegające weryfikacji i rzeczowej ocenie jest olbrzymim i cennym elementem medycyny, ale bez tego staje się „doświadczeniem", czyli „wieloletnim powtarzaniem identycznych błędów z rosnącym przekonaniem", jak to trafnie ujęli australijscy autorzy[37].

zamiast stosować nowoczesne rozwiązania i zasady postępowania opierają się na często nonsensownych „tradycjach" przyjętych od lat w danej jednostce[68–70].

Od zaszłości historycznych ważniejszy jest jednak niewłaściwy obraz standardów wśród polskiego personelu medycznego (a szczególnie lekarzy). Mianowicie standardy (wytyczne, algorytmy etc.) w medycynie można podzielić na dwie grupy:

- „proceduralne", czyli szczegółowa lista poszczególnych ściśle zdefiniowanych czynności do stosowania w określonych sytuacjach[61];
- „decyzyjne", czyli zestawienie poszczególnych wariantów postępowania wraz z oceną ich przydatności w różnych (zbliżonych sytuacjach)[33–36].

Przykładami standardów „proceduralnych" są standardy postępowania przy podstawowych czynnościach resuscytacyjnych czy standardy mycia rąk[25, 61, 71]. Stosowane są one chętnie także poza medycyną (popularna w lotnictwie „lista kontrolna" — ang. *checklist* — to nic innego jak typowy standard „proceduralny"). Celem opracowania takich standardów były obserwacje, że najłatwiej błąd popełnić albo podczas silnie stresujących i nagłych sytuacji (resuscytacja) albo przy wykonywaniu czynności rutynowych (mycie rąk) — standardy tego typu mają na celu zapobieżenie błędom tego rodzaju. Zasadniczo odstąpienie od takiego standardu stanowi błąd (sytuacja, kiedy odstąpienie nie jest błędem oznacza, że standard jest niepełny i przestarzały, a więc wymaga wprowadzenia zmian).

2 sprawy opiniowane w Katedrze i Zakładzie Medycyny Sądowej w Krakowie stanowią namacalny przykład skutków braku standardów „proceduralnych" — Opinia nr I — KMSCMUJ, s. 138 oraz Opinia nr IX — KMSCMUJ, s. 142.

Standardy „decyzyjne" natomiast mają ułatwić podjęcie decyzji przez lekarza leczącego poprzez zebranie wszystkich informacji niezbędnych do takiej czynności. Przykładami takich standardów są standardy antybiotykoterapii Sanforda lub Bartletta[33–36]. Tego typu standard zawiera zestawienie wszystkich możliwych wariantów postępowania w konkretnej sytuacji klinicznej wraz z próbą oceny ich przydatności (często łącznie z określeniem „siły" tej oceny — czy np. na podstawie wielu badań klinicznych spełniających wszelkie wymagania, czy może na podstawie kazuistyki) oraz listą przesłanek ułatwiających dokonanie wyboru. Oczywiście tego typu oceny może teoretycznie dokonać każdy lekarz znający dobrze zasady „Evidence Based Medicine", ale wymaga to czasu, więc publikowane wytyczne postępowania stanowią dużą pomoc. Odstąpienie od takiego standardu nie jest błędem (szczególnie, jeśli jest to sytuacja nie w pełni przewidziana w standardzie), ale oczywiście wymaga podania wiarygodnego uzasadnienia (i wpisania go do dokumentacji medycznej).

W Polsce przeważnie mianem standardu określa się standard „proceduralny", a zapomina o istnieniu standardów „decyzyjnych", przez co lekarze klinicyści podchodzą do wytycznych postępowania z rezerwą sądząc, że będą im one narzucały gotowe rozwiązania w każdej sytuacji. W rzeczywistości prawidłowe stosowanie dobrych (i co najważniejsze stale aktualizowanych) standardów ma mnóstwo zalet:

- standardy „proceduralne" eliminują spory odsetek błędów wynikających z rutyny lub stresogennych okoliczności;
- standardy „decyzyjne":
  - ułatwiają dokonanie właściwego wyboru sposobu postępowania, czyli optymalnego w konkretnych warunkach (np. sytuacja, kiedy biegły uznał za błędne postępowanie lekarza w powiatowym szpitalu, które było mniej skuteczne od postępowania w klinice, ale lekarz nie mógł wdrożyć lepszego, bo szpital nie miał odpowiedniego wyposażenia, a stan pacjenta nie pozwalał na jego przeniesienie, tutaj miałaby znacznie mniejsze szanse zaistnienia, bo biegły musiałby w opinii zakwestionować z uzasadnieniem standard, który w określonej sytuacji pozwalał na mniej efektywne postępowanie);
  - zmuszają do wysiłku intelektualnego przy odstąpieniu od nich — może się okazać, że niezgodne ze standardem postępowanie przyjęte na danym oddziale wcale nie opiera się na racjonalnych przesłankach, a tylko na tym, że „tak robiono zawsze";
  - ułatwiają opiniowanie biegłym, bo mogą stanowić wzorzec prawidłowego postępowania wymaganego od każdego lekarza oczywiście przy założeniu, że dany standard jest rzetelny, aktualny i adekwatny do danej sytuacji.

Można tylko mieć nadzieję, że w przyszłości w Polsce, podobnie jak w większości krajów rozwiniętych nie będzie budziło zdziwienia korzystanie ze standardu a będzie je budziło natomiast niekorzystanie — dzisiaj niestety regułą jest wręcz lekceważenie standardów, czego przykładem jest jedna ze spraw opiniowanych w Szczecinie, gdzie personel ignorował zalecenia (Opinia nr X — ZMSPAM, s. 147).

Na zakończenie należy jednak nadmienić, że brak określonych standardów nie może stanowić uzasadnienia, że można postępować dowolnie, i pewnej próby usprawiedliwienia popełnionych błędów (*vide* Sprawa nr XXII — KMCMUJ, s. 112). W takiej sytuacji obowiązuje kryterium aktualnej w chwili zdarzenia wiedzy medycznej[26] — *vide* Opinia nr III — ZMSPAM na s. 144.

4.1.3 Błędy medyczne związane z zakażeniami szpitalnymi

Zostaną tutaj przedstawione typowe błędy medyczne, jakie mogą wiązać się z zakażeniami szpitalnymi — szczególnie błędy oceniane przez biegłego lekarza specjalistę mikrobiologii. Zacząć należy od tego, że błędy te można zakwalifikować do jednej z trzech grup:

- błędy związane z profilaktyką zakażenia,
- błędy związane z diagnostyką zakażenia,
- błędy związane z leczeniem zakażenia.

Przed omówieniem błędów warto podkreślić, że główną różnicą w tym aspekcie pomiędzy bakteryjnymi zakażeniami szpitalnymi a zakażeniami wirusami zapalenia wątroby jest to, że w przypadku WZW pozwany szpital może popełnić błędy dotyczące albo profilaktyki (np. oddział chirurgiczny) albo diagnostyki i leczenia (oddział chorób zakaźnych), ponieważ naturalny przebieg tych schorzeń jest taki, że przeważnie okres wylęgania jest długi, a ponadto diagnostykę i leczenie prowadzą jednostki wyspecjalizowane[1, 5, 6, 42–44, 72]. W przypadku zakażeń bakteryjnych natomiast wszystkie błędy może popełnić ta sama jednostka, ponieważ okres wylęgania przeważnie jest krótki, a nawet gdy jest długi (jak np. w zakażeniach związanych ze stosowaniem implantów w ortopedii[12, 73, 74]), to i tak leczeniem takiego zakażenia przeważnie zajmuje się ta sama jednostka. Taka sytuacja daje danej jednostce pewną „broń” w postaci możliwości wyleczenia zakażenia i tym samym spowodowania, że jej dotychczasowe błędy stają się błędami bezskutkowymi. W praktyce jednak pogarsza to ich sytuację, gdyż w większości spraw opiniowanych w Katedrze Mikrobiologii CM UJ i omawianych w tej pracy nie stwierdzano ewidentnych błędów dotyczących profilaktyki, natomiast błędy dotyczące leczenia (szczególnie antybiotykoterapii) były regułą.

Błędy dotyczące profilaktyki można podzielić na błędy organizacyjne dotyczące prowadzonej w danej jednostce kontroli zakażeń szpitalnych i błędy decyzyjne oraz wykonawcze dotyczące postępowania z konkretnym pacjentem (powodem)[8, 9, 21, 68, 69, 75–79].

Błędy organizacyjne to brak programu kontroli zakażeń szpitalnych, przestarzały i nieadekwatny taki program czy przyjęte rozwiązania sprzyjające zakażeniom (np. „oszczędność” na sprzęcie jednorazowego użytku czy personelu — *vide* podręczniki Ciuruś, gdzie są podane przykłady takich zjawisk[68, 69]). Błędy tego typu aczkolwiek stosunkowo łatwo wykrywalne (jeśli pozwany dołączy stosowną dokumentację), są jednak trudne do oceny przez biegłego, ponieważ trudno jest wybrać wzorzec właściwych rozwiązań (literatura polska, zagraniczna

etc.)[*], a istniejące rozwiązania prawne wręcz *de facto* wyłączają w wielu przypadkach odpowiedzialność pozwanych jednostek, ponieważ wymagany w stosownych aktach wykonawczych program kontroli zakażeń szpitalnych jest w stosunku do obecnej wiedzy przestarzały o około 10 lat[80], ale pozwany szpital może się bronić, że prawo wymaga tylko tyle — w jednej ze spraw (Sprawa nr XXVI — KMCMUJ, s. 117) prowadzona kontrola zakażeń pozostawała zdecydowanie w tyle za najnowszą wiedzą w tym zakresie, ale w pełni odpowiadała minimum wymaganym przez obowiązujące przepisy[80, 81]. Z kolei w innej ze spraw (Sprawa nr XXXVIII — KMCMUJ, s. 137) jedno z pytań skierowanych do biegłych dotyczyło porównania standardów kontroli zakażeń szpitalnych (w oryginale „czystości i higieny") ze standardami w różnych krajach świata. Natomiast za błąd należy uznać sytuację, kiedy *de facto* nie jest prowadzona kontrola zakażeń szpitalnych, nawet jeśli formalnie istnieją określone komórki organizacyjne (*vide* Sprawa nr VI — KMCMUJ, s. 90). W Katedrze Mikrobiologii jest przyjęta zasada, że jeśli nie stwierdza się ewidentnych błędów (wtedy biegły to opisuje), to biegły uważa postępowanie za budzące mniejsze lub większe wątpliwości i swoje stanowisko uzasadnia.

Dla odmiany błędy dotyczące postępowania z powodem nie budzą wątpliwości interpretacyjnych (są często postępki wręcz rażące jak unieruchamianie w opatrunku gipsowym zanieczyszczonej glebą kończyny dolnej, wykonywanie punkcji stawu kolanowego w warunkach stanowiących zaprzeczenie zasad aseptyki czy też badanie lekarskie miejsca operowanego bez umycia rąk), ale mogą wystąpić trudności z ich stwierdzeniem, ponieważ zwykle opiera się ono na zeznaniach stron i czasem nie można jednoznacznie rozstrzygnąć, czyje zeznania są wiarygodne (w takiej sytuacji biegły może podać dwie alternatywne hipotezy wraz z wyszczególnieniem skutków) — w sprawach opiniowanych w Katedrze Mikrobiologii CM UJ nie doszło jednak do takiej sytuacji, ponieważ strona pozwana nie zaprzeczała ani określonym działaniom, ani sytuacjom. Przerażenie wręcz budzi fakt, że w sprawach, w których popełniono najbardziej rażące błędy, osoby związane z pozwanym uważały takie postępowanie za w pełni prawidłowe i z całą powagą przedstawiały wręcz kuriozalne uzasadnienia — np. takie, że jeśli przy badaniu

[*] Ciekawie w tym aspekcie przedstawia się jedna ze spraw (Sprawa nr XXXV — KMCMUJ, s. 134), gdzie powódka twierdziła, że do wystąpienia zakażenia u niej przyczyniło się wykonywanie prac remontowych w części pomieszczeń działającej poradni przyszpitalnej, a pozwany uważał to za prawidłowe, bo pomieszczenia były odizolowane folią. Biegły uznał to za błąd organizacyjny (dostęp do pomieszczeń wymagał przechodzenia poprzez poradnię, co potwierdziły zeznania stron, że robotnicy tamtędy chodzili) pomimo braku jednoznacznych zaleceń w tym zakresie, ale nie znalazł związku przyczynowego pomiędzy tym faktem a zakażeniem.

miejsca operowanego „używa się narzędzi", to wcześniejsze mycie rąk „nie jest konieczne" (Sprawa nr XXXV — KMCMUJ, s. 134). Niestety tego typu błędów dopuszczają się często osoby posiadające określony staż pracy i pozycję zawodową (ordynator, pielęgniarka oddziałowa), które wychodzą z założenia, że „wiedzą lepiej" od określonych standardów, nie mówiąc już o członkach Zespołu Kontroli Zakażeń (o krótszym stażu pracy przeważnie, a czasem i stojących niżej w hierarchii jak pielęgniarki epidemiologiczne) i postępują według swego uznania, a kierownictwo danej jednostki nie chce egzekwować obowiązujących zaleceń, żeby uniknąć konfliktu — reprezentatywna może być tutaj także Sprawa nr II — KMCMUJ, ze strony 86. Do tej grupy należy zaliczyć także błędy, kiedy personel danej jednostki zleca wykonywanie określonych procedur medycznych osobom bez odpowiednich kwalifikacji — np. dożylne podanie kontrastu technikowi rtg (Sprawa nr XXV — KMCMUJ, s. 116) czy nakładanie maści u dziecka z poważną utratą naskórka jego rodzicom (Sprawa nr IV — KMCMUJ, s. 88). W takiej sytuacji należy przyjąć zasadę wyrażoną przez Marka, że za skutki błędu odpowiadają osoby zlecające[26]. Tutaj także można umieścić sprawy, kiedy zakażenie wynika z popełnienia innego błędu medycznego niezwiązanego bezpośrednio z kontrolą zakażeń szpitalnych — w sprawie opiniowanej w Katedrze i Zakładzie Medycyny Sądowej w Krakowie zakażenie stanowiło rezultat martwicy w miejscu operowanym wynikającej z błędu wykonawczego (założenie gipsu bez właściwej oceny stopnia ukrwienia) i decyzyjnego (zlekceważenie objawów rozwijającej się martwicy) — Opinia nr VII — KMSCMUJ, s. 141; z kolei w jednej ze spraw opiniowanych w Szczecinie (Opinia nr VIII — ZMSPAM, s. 146) zakażenie w postaci zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych wynikało z błędu wykonawczego chirurga, który uszkodził opony, a następnie wskutek niedostatecznej kontroli pola operacyjnego nie zauważył tego uszkodzenia.

Natomiast błędy związane z brakiem lub nieprawidłową okołooperacyjną profilaktyką antybiotykową (np. Sprawa nr II — KMCMUJ, s. 86, Sprawa nr VI — KMCMUJ, s. 90, czy Opinia nr X — KMSCMUJ, s. 142) mogą być zarówno błędami organizacyjnymi (brak lub niewłaściwy standard w danej jednostce) jak i decyzyjno-wykonawczymi (zignorowanie przyjętego standardu).

Czasami określone działania pacjentów (np. samowolna manipulacja przy opatrunkach) także mogą zwiększać ryzyko zakażenia — pozwani próbowali się na to powoływać (w pismach i zeznaniach pracowników) w niektórych opiniowanych w Katedrze Mikrobiologii sprawach (np. Sprawa nr XXXIII — KMCMUJ, s. 130 czy Sprawa nr XXXVII — KMCMUJ, s. 136), jednakże działania te nie miały większych szans powodzenia, ponieważ brakowało tutaj dodatkowych dowodów (jakichkolwiek wpisów w dokumentacji medycznej) na uwiarygodnienie tych

stwierdzeń. Pewien wyjątek stanowi tylko jedna ze spraw opiniowanych w Katedrze i Zakładzie Medycyny Sądowej w Krakowie, gdzie ewidentnie błędne działania powoda — opóźnienie zgłoszenia się do lekarza, zaopatrzenie zmiażdżonego kciuka przez przypadkową osobę — które przyczyniły się do wystąpienia zakażenia, mogły zostać stwierdzone na podstawie jego zeznań (Opinia nr VIII — KMSCMUJ, s. 141).

W przypadku diagnostyki zakażeń analiza dokumentacji medycznej zazwyczaj pogarsza sytuację pozwanego, ponieważ nagminne jest niewpisywanie rozpoznania zakażenia do dokumentacji — Świątek zresztą podkreśla, że powszechną praktyką jest ukrywanie wszystkich powikłań jatrogennych i liczenie na ich ustąpienie; w podobnym duchu wypowiada się Bielecki pisząc, że „chirurdzy wykazują tendencję do zaniżania częstości zakażeń ran u chorych przez siebie operowanych”[41, 82]. W rezultacie biegły nie ma innej możliwości jak przyjąć, że prawdopodobnie zakażenia nie rozpoznano (samo rozpoczęcie antybiotykoterapii nie może stanowić dowodu) albo je rozpoznano po kolejnej hospitalizacji. Innym ważnym zagadnieniem jest problem niewykonywania (lub wykonywania za rzadko) u pacjentów badań mikrobiologicznych, albo lekceważenia ich wyników — biegły tutaj musi każdą sprawę rozpatrywać indywidualnie, ponieważ brak jest stosownych standardów[14, 49, 76, 77]. Skrajny przykład niewłaściwej diagnostyki istniejącego już zakażenia stanowić może jedna ze spraw opiniowanych w Szczecinie (Opinia nr XII — ZMSPAM, s. 148), gdzie powoda przez ponad 3 lata (czerwiec 2001 r. – październik 2004 r.) bezskutecznie leczono różnymi antybiotykami bez próby wykonania badania mikrobiologicznego, a gdy wreszcie badanie to wykonano, to i tak nieprawidłowo zinterpretowano wynik i podano niewłaściwy antybiotyk.

Błędy dotyczące leczenia zakażenia to z punktu widzenia mikrobiologii klinicznej: niewłaściwy dobór antybiotyku (nieuwzględniający oporności naturalnej i nabytej danego drobnoustroju), niewłaściwe dawkowanie antybiotyku (np. dawkowanie 2× dziennie, pomimo że producent leku dopuszcza dawkowanie 3× lub 4× dziennie), niewłaściwa droga podania (np. podanie doustne leku niewchłaniającego się z przewodu pokarmowego w celu leczenia zakażenia w obrębie kończyny dolnej), nieuwzględnienie interakcji leków (np. doustne podawanie doksycykliny razem z preparatami wapnia), nieprzedsięwzięcie innych działań sprzyjających zadziałaniu leku (opróżnienie ropnia etc.) oraz brak weryfikacji nieskutecznego leczenia. Ocena tych błędów powinna pozostawać w gestii biegłego mikrobiologa, a w niektórych aspektach w przyszłości także biegłego farmakologa klinicznego — pojawiają się możliwości indywidualizacji dawkowania leku w zależności od wrażliwości mikroorganizmu (wraz z badaniami ilo-

ściowymi) i cech farmakologicznych leku oraz cech pacjenta, co prawdopodobnie się w przyszłości upowszechni (a tutaj farmakolog może być niezbędny do oceny prawidłowości)[27, 30, 48].

Trzeba stwierdzić z przykrością, że tego typu błędy są nagminne (wręcz do wyjątków należy sprawa, w której zastosowana antybiotykoterapia była w pełni prawidłowa). Co gorsza błędy te prowadzą do zniweczenia rezultatów nawet najlepszych działań dotyczących kontroli zakażeń szpitalnych — w jednej ze spraw (Sprawa nr XXIX — KMCMUJ, s. 123) w pozwanym szpitalu prowadzono bardzo dobrą kontrolę zakażeń szpitalnych, co oznaczało że samo wystąpienie zakażenia stanowiło tylko niepowodzenie w leczeniu, jednakże w antybiotykoterapii tego zakażenia popełniono wręcz „studenckie" błędy (np. zakażenie metycylinoopornym gronkowcem próbowano „leczyć" cefuroksymem pomimo stosownej informacji na wyniku[*]), co przyczyniło się do jego niewyleczenia.

Sytuacja ta (lekceważenie diagnostyki mikrobiologicznej i błędy w antybiotykoterapii) wynika z kilku przyczyn, które można skrótowo przedstawić (szczegółowa analiza to temat niemalże na odrębną pracę):

- zaszłości historycznych (i przekazywanych z pokolenia na pokolenie przyzwyczajeń):
  - niewielkiej liczby dostępnych w okresie PRL-u na rynku preparatów i ówcześnie wysokiej wrażliwości patogenów, co powodowało, że np. w latach 1950 i 1960 rutynowo podawano przy podejrzeniu zakażenia penicylinę ze streptomycyną i przeważnie było to skuteczne (i lekarz nabierał przekonania, że zna się doskonale na antybiotykach niezależnie od specjalności)[59], podczas gdy dzisiaj dostępnych jest kilkaset antybiotyków, a lekooporność stanowi poważne zagadnienie szeroko opisywane w literaturze;
  - utrudnionej dostępności do leków obecnych na rynku, co skłaniało do „oszczędzania" (np. antybiotyk mogący być podawany 3× dziennie podawano 2× i dzięki temu ilością leku przeznaczoną dla 2 pacjentów „leczono" 3);
  - niewłaściwej sytuacji kadrowej w diagnostyce mikrobiologicznej w czasach PRL-u — obsadę typowego laboratorium stanowiły osoby po biologii etc. posiadające najwyżej I° stopień specjalizacji, co powodowało, że choć miały wiedzę w zakresie technicznego wykonywania poszczególnych badań to nie miały wiedzy pozwalającej na interpretację

[*] Szczepy metycylinooporne są oporne na wszystkie antybiotyki β-laktamowe (czyli także cefuroksym) oprócz ceftobiprolu, ceftaroliny i częściowo tomopenemu, ale żaden z tych 3 antybiotyków nie jest do dzisiaj dostępny w lecznictwie[27].

kliniczną wyników etc. W rezultacie standardem było podporządkowywanie się ich w zakresie np. doboru antybiotyków do oznaczania wrażliwości sugestiom klinicystów, którzy nabierali przekonania, że laboratorium mikrobiologiczne nie stanowi partnera, a tylko miejsce do produkcji wyników zgodnych z ich (klinicystów) założeniami*. Obecnie natomiast zdecydowanie poprawiła się jakość diagnostyki i wiedzy diagnostów oraz dostęp do dobrych materiałów szkoleniowych, co spowodowało, że laboratorium mikrobiologiczne stanowi ważny i niezbędny element diagnostyki w zakażeniach[49];

- masowego napływu do Polski dużej ilości wcześniej niedostępnych leków w pierwszej połowie lat 1990, kiedy na świecie powszechnie dostrzeżono problemy związane z lekoopornością bakterii i trudnościami w stosowaniu antybiotyków; co spowodowało utrwalenie się w Polsce błędnego przekonania, że zawsze można sobie poradzić poprzez podanie pacjentowi innego antybiotyku;

- niedoboru literatury pomocniczej dla lekarzy-praktyków dotyczącej zasad antybiotykoterapii (zdaniem autora stanowiącej najtrudniejszy dział farmakoterapii) — polska edycja wytycznych Bartletta ukazała się dopiero w 2006 r. (na dodatek w formacie „półkowym" a nie kieszonkowym), a Sanforda w 2007 r. (w USA pierwsza edycja wyszła w 1969 r., a od lat corocznie wychodzi aktualne wydanie) — podczas gdy w większości krajów rozwiniętych korzystanie z nich stanowi rutynę[33, 34, 36]. Podręczniki dostępne na rynku polskim wydają się za duże (w sensie formatu wydawniczego) i zbyt obszerne do takich celów[29, 30]. Na rezultaty zmian z ostatnich lat trzeba jednak poczekać;
- dużej liczby dostępnych preparatów na rynku i niechęci do korzystania ze środków pomocniczych — nikogo w wielu krajach nie dziwi korzystanie przez lekarza z wydawnictw dotyczących różnych leków przy pacjencie, podczas gdy w Polsce nadal uchodzi to za pewien „wstyd" — powoduje to czasem ewidentne błędy w dawkowaniu i drodze podania;

* Zresztą autor zna z rozmów z osobami kierującymi laboratoriami mikrobiologicznymi, że do dzisiaj zdarzają się klinicyści usiłujący „radzić" mikrobiologom w zakresie metodologii badań mikrobiologicznych. Niestety zna on również przypadki diagnostów, którzy uważają taką sytuację za rzecz normalną, i którzy nie rozumieją, że w ten sposób degradują swoją rolę do roli zwykłego technika.

- nie w pełni efektywnego systemu kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego lekarzy:
  - w przypadku studiów medycznych tylko na części uczelni są prowadzone zajęcia z mikrobiologii klinicznej na V roku, na które (przynajmniej w obrębie macierzystej uczelni autora) powoli wprowadzane są szersze zagadnienia z zakresu prawidłowej antybiotykoterapii. W sytuacji, gdy zajęcia z mikrobiologii dotyczą tylko III roku, jest za wcześnie aby studenci nauczyli się cokolwiek z tych zagadnień, ponieważ brak im spojrzenia klinicznego;
  - prawie całkowicie brak jest jakichkolwiek kursów podyplomowych z tego zakresu[38].

Wszystkie te wyszczególnione powyżej czynniki powodują, że obecnie w przypadku bakteryjnych zakażeń szpitalnych regułą niemalże jest stwierdzanie prawidłowej profilaktyki, a błędów w diagnostyce i leczeniu.

Ostatnie zagadnienie to stosowanie metod leczniczych nie w pełni dopuszczonych lub np. stosowanie leku w innych wskazaniach niż dopuścił producent (powszechne jest wśród nowowprowadzanych leków w tym antybiotyków rejestrowanie ich do kilku ściśle określonych zastosowań i potem stopniowe rozszerzanie wskazań). W zakażeniach ciężkich oraz trudnych do leczenia nierzadko może zachodzić sytuacja, kiedy konieczne stanie się podanie leku poza oficjalnymi wskazaniami[27]. Formalnie jest to eksperyment terapeutyczny i dlatego też należy uzyskać pisemną zgodę pacjenta oraz opisać w dokumentacji medycznej całą sprawę (uzasadnienie podania leku, zgoda pacjenta etc.) — niestety w żadnym przypadku akt, jakie widział autor tak nie postępowano (gdy istniała taka potrzeba — np. przy zlecaniu autoszczepionek)[27]. Jest to *de facto* błąd formalny i choć nie stanowi on tematu pytań do biegłych w znanych autorowi sprawach (więc w opiniach nie wypowiadali się oni o tym), to jednak w przyszłości prawnicy mogą dostrzec tę dodatkową możliwość uzasadniania roszczeń (np. w formie zdania „Lekarze w pozwanej jednostce podali mojej mandantce lek X, pomimo że nie był on zarejestrowany do leczenia choroby takiej, jak u niej. Jest to eksperyment medyczny i wymagane jest, aby uzyskano jej świadomą zgodę, czego tutaj nie dopełniono.")[7, 83]. Z punktu widzenia biegłego istotne jest to, niezależnie od tego faktu (prawidłowości uzyskania zgody) może on zostać zobligowany do oceny poprawności zarówno zasadności zastosowania danej metody, jak i jej prawidłowości jej przeprowadzenia — w takiej sytuacji powinny być stosowane takie zasady jak dla metod o uznanej skuteczności (*vide* Sprawa nr XII — KMCMUJ, s. 97).

4.2 Odpowiedzialność cywilna

Autor skupi się na odpowiedzialności cywilnej, ponieważ omawiane w tej pracy sprawy dotyczą w większości tego rodzaju odpowiedzialności.

W przypadku odpowiedzialności cywilnej na osobie lub instytucji wyrządzającej komuś szkodę (dłużniku) należy obowiązek jej naprawienia. Zasadniczo odpowiedzialność taka może przyjąć charakter albo odpowiedzialności deliktowej (zgodnie z art. 415 KC), albo odpowiedzialności kontraktowej (art. 471 KC i art. 472 KC)[84]. W pierwszym wypadku odpowiedzialność zachodzi, jeśli z winy* dłużnika doszło do czynu niedozwolonego (np. kradzieży, wypadku samochodowego), który doprowadził do wyrządzenia szkody, a równocześnie pomiędzy dłużnikiem a poszkodowanym nie istniała więź prawna (umowa), a w drugim jeśli z winy dłużnika nie zostało wykonane lub nienależycie wykonane jego zobowiązanie wynikające z wiążącej strony umowy, co doprowadziło do powstania szkody. W typowych sprawach „medycznych" przeważnie występują oba rodzaje odpowiedzialności równocześnie z wyjątkiem sytuacji, kiedy poszkodowany był poddawany procedurom medycznym w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, gdyż wtedy występuje wyłącznie odpowiedzialność deliktowa — ponieważ poszkodowany w pozwie powinien zawsze przedstawić podstawę prawną swego żądania, to w przypadku zbiegu obu rodzajów odpowiedzialności powinien wybrać jedną z nich[1].

Szkoda może mieć charakter materialny — zarówno jako *damnum emergens* (uszczerbek majątkowy — wydatki na leki, protezy etc.), jak i *lucrum cessans* (nieuzyskane korzyści — utracone dochody wskutek choroby) — lub niematerialny (cierpienie fizyczne oraz szkody psychiczne)†. W przypadku szkód materialnych dłużnik wypłaca odszkodowanie zaś w sytuacji szkody niematerialnej zadośćuczynienie[8, 54, 56].

Ważne jest skrótowe przedstawienie zasad dochodzenia odpowiedzialności. Opierają się one na zasadzie równości stron postępowania (powodowej i pozwanej) i zasadzie kontradyktoryjności[1]. Zasada równości oznacza, że każda ze stron ma takie same prawa w zakresie przedstawiania i uzupełniania materiału dowodowego w celu obrony swoich interesów. Zasada

---

* W prawie cywilnym przy rozpatrywaniu problemu winy nie uwzględnia się jej charakteru (np. wina umyślna *versus* wina nieumyślna), co stanowi jedną z zasad prawa karnego[9, 84].

† Uszczerbek na zdrowiu (i wynikające zeń skutki) może być traktowany w zależności od okoliczności jako szkoda niematerialna, uszczerbek majątkowy czy nieuzyskane korzyści (wynikające np. z konieczności zmiany zawodu wykonywanego na przynoszący mniejsze dochody).

kontradyktoryjności (art. 6 KC i art. od 227 do 315 KPC) oznacza, że strona dochodząca swoich racji powinna przedstawić dowody na ich poparcie, których wagę ocenia sąd[84, 85]. Nie oznacza to jednak, że sąd powinien poprzestać na roli biernego obserwatora, ponieważ może i powinien wpływać na strony w celu uzupełniania braków — sąd tak nie postępował w jednej ze spraw (Sprawa nr XXXVIII — KMCMUJ, 137) — nawet nie zażądał dostarczenia tak podstawowego dowodu, jaki w procesach medycznych stanowi dokumentacja medyczna — co spowodowało, że biegły uzależnił wydanie opinii od uzupełnienia braków w materiale dowodowym. Istnieje także zasada domniemania faktycznego (art. 231 KPC) polegająca na tym, że w niektórych sytuacjach, kiedy nie jest możliwe przeprowadzenie dowodu wprost można uznać dany fakt za udowodniony *a priori*, jeśli wynika to z reszty materiału dowodowego[85, 86]. Zasada ta jest stosowana w przypadku zakażeń szpitalnych, kiedy pacjent nie musi udowadniać, że do zakażenia doszło w pozwanej jednostce, jeśli ta nie może przedstawić dowodów zaprzeczających takiemu domniemaniu albo poprzez wykazanie, że do zakażenia doszło w innej sytuacji niż pobyt u pozwanego, lub że pozwany dopełnił wszystkiego, aby do takiego zakażenia nie doszło[9].

W przypadku błędów medycznych i odpowiedzialności cywilnej warto zwrócić uwagę na poniższy rysunek.

Ryc. 4.1 „Trójkąt" odpowiedzialności w przypadku błędów medycznych.

„Trójkąt" odpowiedzialności wskazuje, że nie wystarczy stwierdzenie samej szkody oraz wystąpienia z winy pozwanego błędu medycznego, ale trzeba także wykazać istnienie adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy określoną szkodą a zawinionym błędem medycznym (szkoda musi wynikać z popełnionego błędu)[2–4, 26]. Wszystko to powinno stanowić osnowę pytań kierowanych do biegłych, którzy powinni określić, czy wystąpiła szkoda u powoda (i jaka), czy pozwany popełnił błędy (i jakie) oraz czy z popełnienia tych błędów wynika wystąpienie szkody. A gdy na wszystkie trzy pytania padnie odpowiedź twierdząca, to dopiero wtedy należy myśleć o zasądzeniu odszkodowania lub zadośćuczynienia. Warto nadmienić, że powszechnie zapominana jest konieczność stwierdzenia adekwatnego związku przyczynowo-skutkowego, o czym zresztą piszą autorzy zajmujący się medycyną sądową[2–4, 26, 87–89]. Prowadzi to do polemik stron z biegłymi, a także leży u podstaw niektórych mitów opisywanych dalej (*vide* 6.1, s. 43). Przykładem konieczności istnienia takiego związku jest jedna ze spraw opiniowanych w Katedrze Mikrobiologii (Sprawa nr XXIII — KMCMUJ, s. 114), gdzie orzekający sąd oddalił powództwo na podstawie opinii biegłych, którzy stwierdzili błędy popełnione w pozwanym szpitalu, ale nie znaleźli związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy nimi a szkodami poniesionymi przez powódkę. Sytuacje, kiedy biegli nie stwierdzają uszczerbku na zdrowiu lub adekwatnego związku przyczynowo-skutkowego są typowe dla spraw opiniowanych w jednostkach zajmujących się medycyną sądową (*vide* 7.2 na s. 138 i 7.3 na s. 143 — z uwagi na dużą liczbę takich opinii tutaj nie zostaną podane odnośniki do poszczególnych spraw). Wynika to z omawianych dalej roli biegłych i zasad opiniowania (*vide* 5 na s. 37 oraz 6 na s. 43) — opiniowanie zespołowe stosowane przez takie jednostki pozwala kompleksowo ocenić całokształt danej sprawy.

W niektórych sytuacjach może być kilku pozwanych. W pierwszym rzędzie współpozwanym może być ubezpieczyciel danej jednostki (może on zostać pozwany bezpośrednio przez powoda lub pozwana jednostka może wnieść o wezwanie swego ubezpieczyciela jako współpozwanego albo też ubezpieczyciel ten przystąpić do sprawy jako interwenient uboczny). Akurat taka sytuacja z punktu widzenia biegłego nie ma dla niego większego znaczenia, bo ubezpieczyciele i tak nie mogą popełnić błędów stricte medycznych.

Inna sytuacja polega na tym, że powód może zawrzeć odrębną umowę na wykonanie świadczenia zdrowotnego np. z lekarzem operującym i instytucją, gdzie zabieg się odbędzie — w razie szkody odpowiadają oni solidarnie. Jest to jednak sytuacja raczej teoretyczna, bo powszechną praktyką jest zawieranie umowy z jedną stroną, która następnie zawiera stosowne umowy z pozostałymi usługodawcami. Autor nie zetknął się z taką sytuacją w analizowanych

sprawach. W jednej ze spraw (Sprawa nr XIX — KMCMUJ, s. 108) co prawda było dwóch pozwanych w takim trybie — zakład opieki zdrowotnej i operujący lekarz (oraz 2 ubezpieczycieli), ale związane było to raczej z „nadgorliwością" powoda (który zawarł umowę z zakładem opieki zdrowotnej i nie zawierał odrębnej umowy z chirurgiem), który równie dobrze mógł pozwać sam zakład (a dopiero ten po zasądzeniu odszkodowania i zadośćuczynienia mógłby dochodzić roszczeń od chirurga na zasadzie regresu — chirurg zawarł umowę cywilną z tym zakładem[54]).

Ważniejsza z punktu widzenia biegłego jest inna sytuacja — kiedy błędy niezwiązanych ze sobą pozwanych łącznie przyczyniły się do poniesienia przez powoda określonej szkody. Zazwyczaj na początku sprawy jest jeden pozwany, ale później okazuje się, że za stan powoda mogą być odpowiedzialni i inni — najczęściej wskazuje ich ten pierwszy pozwany. W takiej sytuacji zależy od woli powoda, czy dojdzie do rozszerzenia powództwa o innych pozwanych — Dalkowska opisuje sprawę, w której doszło do takiego rozszerzenia powództwa o lekarza POZ[*9].

Jednakże nie zawsze może dojść do takiego rozszerzenia i wtedy sprawa toczy się dalej z udziałem tylko dotychczasowych pozwanych (Sprawa nr XXV — KMCMUJ, s. 116), którzy w przyszłości będą mogli wystąpić z ewentualnym regresem, jeśli zostanie przyjęta zasada odpowiedzialności sprawcy pierwotnego błędu za błędy następcze w innych jednostkach, ponieważ by do nich nie doszło bez błędu pierwotnego[†]. W sytuacji, kiedy błędy popełniono w jednostkach nieobjętych powództwem, to zdaniem autora biegły powinien o tym pisać w opinii tylko wtedy, kiedy wynika to z treści zadanych mu pytań (*vide* Sprawa nr XII — KMCMUJ, s. 97).

Sprawy z kilkoma pozwanymi „merytorycznymi" upodabniają się nieco do spraw karnych (*vide* 4.3, s. 35) przez to, że w takiej sytuacji biegły jest zmuszony do oceny stopnia przyczynienia się poszczególnych pozwanych do zaistnienia szkody.

---

[*] Ostatecznie szpital odpowiadał za wypisanie do domu pacjenta z odleżyną, w obrębie której istniało niedoleczone zakażenie, a lekarz POZ za ewidentnie nieprawidłowe leczenie tego zakażenia.

[†] W opiniowanej sprawie (Sprawa nr XXV — KMCMUJ, s. 116) błąd pierwotny popełnił pozwany, ponieważ wskutek dożylnego podawania kontrastu przez osobę bez odpowiednich kwalifikacji (technika rtg) doszło do uszkodzenia żyły powoda, wynaczynienia się części kontrastu i chemicznego zapalenia tkanek. Błędy wtórne natomiast popełniono w szpitalu, gdzie przebywał potem powód, i dotyczyły one nieprawidłowej opieki nad tym uszkodzeniem, co sprzyjało jego nadkażeniu bakteriami.

Należy wspomnieć tutaj o pojęciu „immunitetu pracowniczego" oznaczającego to, że jeśli szkoda u powoda wynikła z konkretnych działań określonego pracownika pozwanej instytucji, to Kodeks Pracy wyłącza osobistą odpowiedzialność cywilną takiej osoby (za wyrządzoną szkodę odpowiada dana instytucja)[54]. Instytucja może w stosunku do pracownika wystąpić z roszczeniem cywilnym na zasadzie regresu, ale wysokość roszczenia jest tutaj ograniczona do wysokości 3-miesięcznego wynagrodzenia danej osoby[54]. W przypadku spraw „medycznych" „immunitet pracowniczy" nierzadko jest krytykowany, ponieważ fachowi pracownicy medyczni (szczególnie lekarze) cieszą się sporą samodzielnością w swej pracy[54].

Nierzadko niedostrzegane są jednak pewne inne skutki związane z „immunitetem pracowniczym" dla objętych nim osób — mianowicie nie są one stroną w danej sprawie a tylko ich pracodawca i dlatego bez zgody np. dyrektora szpitala żaden pracownik nie powinien występować z jakimikolwiek wnioskami do sądu. Zdarzają się jednak przypadki, kiedy taka zasada nie jest przestrzegana, co przeważnie wiąże się z nienajlepszymi skutkami dla tego pracodawcy (*vide* Sprawa nr XXIV — KMCMUJ, s. 115).

Kodeks Cywilny (art. 362) przewiduje możliwość ograniczenia odpowiedzialności pozwanego, jeśli poszkodowany przyczynił się swoim postępowaniem do powstania szkody lub zwiększenia jej stopnia — oczywiście artykuł ten nakazuje w takiej sytuacji dokonać oceny stopnia winy obu stron[84].

W procesach cywilnych związanych z błędami medycznymi zastosowanie tego artykułu w praktyce jest bardzo trudne, ponieważ pozwana jednostka musi wykazać nie tylko związek przyczynowo-skutkowy, ale przede wszystkim to, że powód (zazwyczaj niemający odpowiedniej wiedzy fachowej) w pełni zdawał sobie sprawę z potencjalnych konsekwencji swoich działań. Styl prowadzenia dokumentacji medycznej przyjęty w Polsce *de facto* uniemożliwia wykazanie tego — np. nie jest przyjęte szczegółowe spisywanie zaleceń wydawanych pacjentowi przy wypisie ze szpitala ani proszenie go o potwierdzenie podpisem faktu zapoznania się z nimi[*41]. Obecnie jest przyjęta zasada, że pacjent musi zostać szczegółowo i wyczerpująco poinformowany. Warto skonfrontować to z jedną sprawą historyczną z końca XIX w. opisywaną w „Pitavalu warszawskim" — doszło tam do pozostawienia narzędzia w polu operacyjnym; operujący lekarze, kiedy to stwierdzili, zrezygnowali z wykonania reoperacji, żeby ich autorytet nie uległ obniżeniu w oczach pacjentki, a tylko po wypisie odnaleźli lekarzy ją leczących i zo-

[*] Typowy zapis „Wypisany do domu z zaleceniami." *de facto* jest bezwartościowy.

bowiązali ich do tego, by spróbowali skłonić ją do ponownej operacji bez ujawniania jednak jakichkolwiek faktów stawiających lekarzy operujących w negatywnym świetle; pacjentka nie znając przyczyn nie zgadzała się na ponowny zabieg, aż doszło do wystąpienia zapalenia otrzewnej i śmierci; orzekający sąd oddalił roszczenia spadkobierców, ponieważ uznał między innymi, że operujący lekarze mieli prawo do takiej ochrony autorytetu, a obowiązkiem pacjentki było poddać się operacji nawet, gdy nie zostało jej przedstawione uzasadnienie[*90].

W jednej ze spraw (Sprawa nr XVIII — KMCMUJ, s. 106) pozwany w swoim piśmie wysłanym już po wydaniu przez biegłego opinii sugerował, że szkody wynikłe u małoletniej powódki z powodu zakażenia byłyby mniejsze, gdyby jej rodzice nie dopuścili do prawie 3-tygodniowego opóźnienia w diagnozie. Należy dodać jednak, że osoba sporządzająca owe pismo zapomniała o tym, że opóźnienie to wynikło z tego, że rodzice stosowali się do zaleceń lekarzy z Poradni Przyszpitalnej pozwanego szpitala, którzy odsyłali ich do domu bagatelizując objawy u powódki i określali coraz późniejsze terminy nowych wizyt, aż w końcu rodzice ci zdecydowali się szukać dodatkowej pomocy lekarskiej na własną rękę. W opinii uzupełniającej biegły stwierdził, że istotnie istnieje duże prawdopodobieństwo, że szkody byłyby mniejsze, gdyby zakażenie rozpoznano wcześniej, ale także zwrócił uwagę na przyczynę tego opóźnienia.

W innej sprawie (Sprawa nr XXXIII — KMCMUJ, s. 130) pozwany w odpowiedzi na pozew sugerował, że do wystąpienia zakażenia w miejscu operowanym mogła przyczynić się zmiana opatrunków przez powoda w warunkach domowych (nie wyszczególnił jednak, czy były to jego samowolne działania). Biegły w swojej opinii stwierdził, że zmienianie opatrunków w miejscu operowanym w warunkach domowych istotnie może stanowić czynnik ryzyka zakażenia miejsca operowanego, ale z powodu braku jakichkolwiek informacji o takim fakcie w dokumentacji medycznej nie jest w stanie wyrazić dokładniejszej opinii. Przyjmując, że istotnie powód samowolnie zmieniał opatrunki w domu, pozwany z powodu niewłaściwego prowadzenia dokumentacji medycznej nie był w stanie udowodnić swych twierdzeń — zupełnie inaczej sprawa wyglądałaby, gdyby zostało to opisane w dokumentacji wraz z wyjaśnieniem pacjentowi szkodliwości takiego postępowania (najlepiej z jego podpisem).

---

[*] Warto to zestawić z opisywaną przez Marka sprawą, gdzie ginekolog po pozostawieniu podczas cesarskiego cięcia ciała obcego w polu operacyjnym odmówił reoperacji także dla „ochrony swojego autorytetu" i wypisał pacjentkę do domu uznając, że ciało obce po cichu usunie podczas kolejnego cesarskiego cięcia (pacjentka regularnie zachodziła w ciążę); w rezultacie pacjentka zmarła wskutek zakażenia, a postępowanie ginekologa zostało nazwane „olbrzymią beztroską"[26].

Pewne podobieństwa do powyższej sprawy wykazuje Sprawa nr V — KMCMUJ ze strony 89, Sprawa nr XX — KMCMUJ ze strony 110, Sprawa nr XXXII — KMCMUJ ze strony 128, Sprawa nr XXXVII — KMCMUJ ze strony 136 i Opinia nr X — ZMSPAM ze strony 147 (abstrahując od tego, że jest to akurat sprawa karna, ale sytuacja merytoryczna jest tutaj podobna).

Natomiast sprawy, kiedy można jednoznacznie stwierdzić określone błędy powodów (jak np. Opinia nr VIII — KMSCMUJ, s. 141) są rzadkie. Oczywiście sytuacja byłaby zupełnie inna, gdyby prowadzono poprawnie dokumentację medyczną w tym aspekcie, czyli:

- szczegółowo spisywano zalecenia (np. powypisowe) wydane pacjentowi;
- uzyskiwano potwierdzenie pacjenta (własnoręczny podpis), że się z nimi zapoznał;
- szczegółowo opisywano sytuacje, kiedy postępowanie pacjenta może negatywnie wpłynąć na przebieg leczenia;
- dokumentowano fakt zapoznania się przez pacjentów z informacjami o ewentualnych niekorzystnych skutkach takiego postępowania (najlepiej jego podpis).

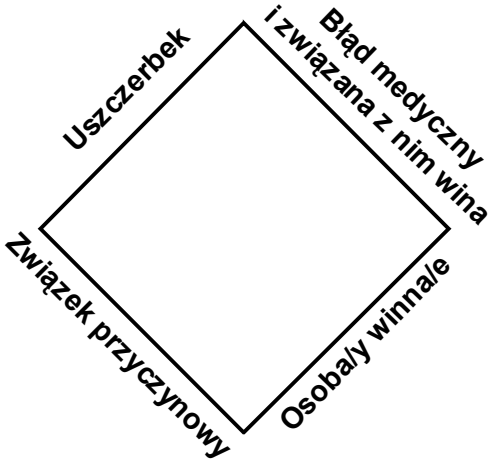
Oprócz tego jedna sprawa (Sprawa nr XXI — KMCMUJ, s. 111) mogłaby być interesująca w tym aspekcie dla prawników, gdyby pozwany podniósł kwestię, że powódka z racji medycznego wykształcenia nie powinna się była zgodzić na wykonywanie iniekcji do stawu kolanowego w warunkach wręcz urągających zasadom aseptyki, ani tym bardziej sugerować takiego sposobu przeprowadzenia procedury — sprawa jest o tyle ciekawa, że także pozwany miał takie wykształcenie i trudno jest określić stopień winy stron. Podobna sytuacja zaszła zresztą w innej sprawie (Sprawa nr XXXVII — KMCMUJ, s. 136), gdzie powódka o medycznym wykształceniu naciskała na jak najszybsze przeprowadzenie zabiegu połączonego z wszczepieniem ciała obcego (siatka przepuklinowa), pomimo że w obrębie skóry w tym miejscu istniał stan zapalny skóry, którego leczenie się nie zakończyło, a operujący chirurg wykonał w końcu przedwcześnie zabieg, pomimo początkowych obiekcji.

Oczywiście biegły lekarz tutaj nie ocenia stopnia winy obu stron, bo to należy do sądu — biegły może tylko stwierdzić, że określone postępowanie, jak w tych sprawach sprzyjało mniej lub bardziej wystąpieniu zakażenia i było częściowo lub całkowicie nieprawidłowe.

4.3 Odpowiedzialność karna, zawodowa i służbowa

W niniejszej pracy nie będą omawiane te rodzaje odpowiedzialności z uwagi na to, że autor przede wszystkim opracowywał sprawy cywilne. Zostaną tylko zasygnalizowane wybrane specyficzne dla danych rodzajów odpowiedzialności problemy[56, 64, 91]. Należy jednak podkreślić, że po uwzględnieniu pewnych różnic (omówionych dalej) podstawowe zasady opiniowania w tego typu sprawach są identyczne z tymi dotyczącymi spraw cywilnych.

W przypadku odpowiedzialności karnej „trójkąt" (Ryc. 4.1, s. 29) przekształca się w przedstawiony poniżej „czworokąt".

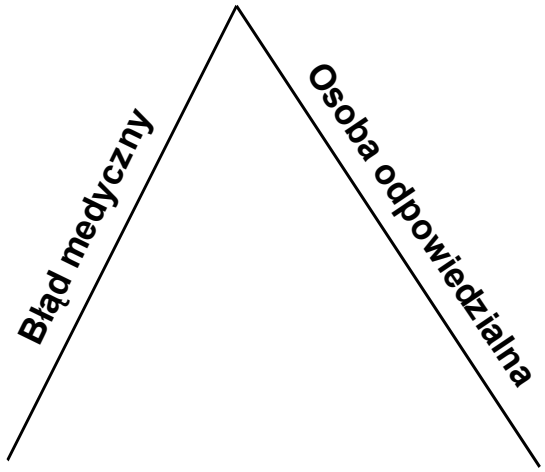


Ryc. 4.2 „Czworokąt" odpowiedzialności karnej w przypadku błędów medycznych.

Widać tutaj, że oprócz warunków identycznych lub zbliżonych do tych związanych z odpowiedzialnością cywilną (uszczerbek na zdrowiu, zawiniony błąd medyczny, związek przyczynowy) pojawia się trzeci bardzo ważny czynnik — konieczność ustalenia osób odpowiedzialnych i przypisania każdej z nich określonej winy (w prawie cywilnym wina dotyczyć może całej pozwanej instytucji i być winą zbiorową lub anonimową, kiedy nie można jednoznacznie określić winy poszczególnych pracowników). W sprawach o błędy medyczne rzadka jest sytuacja, kiedy błąd „dużego kalibru" popełnia jedna osoba, która może ponieść całkowitą odpowiedzialność. Częściej zdarza się sytuacja, że błędy popełniają różne osoby i nie można jednoznacznie rozstrzygnąć, czyj błąd był decydujący — przykładów takich sytuacji dostarczają publikacje Marka[2–4, 26] — w takiej sytuacji odpowiadają wszystkie osoby, ale siłą rzeczy ich odpowiedzialność jest w mniejszym lub większym stopniu ograniczona. W tej sytuacji opiniujący biegli co najwyżej mogą stwierdzić popełnienie różnych błędów przez poszczególne osoby, ale często

nie mogą uznać żadnego z nich za decydujący. Przykłady takiej sytuacji, kiedy nie można stwierdzić konkretnych winnych to 2 sprawy opiniowane w Katedrze i Zakładzie Medycyny Sądowej w Krakowie: Opinia nr II — KMSCMUJ na stronie 139 i Opinia nr IX — KMSCMUJ na stronie 142. W sądownictwie w USA w niektórych przypadkach (np. zabiegi operacyjne) próbowano temu zaradzić wprowadzając zasadę „kapitana statku", w myśl której za błędy członków zespołu ponosić miał odpowiedzialność operujący chirurg, którego obowiązkiem było pełnienie pełnego nadzoru merytorycznego nad pracą innych osób[7]. W praktyce jednak po uwzględnieniu postępu medycyny zasada ta i tak się sprowadzała do odpowiedzialności wieloosobowej, bo chirurg ma małe możliwości merytorycznej kontroli np. anestezjologa.

Diametralnie inna jest sytuacja w przypadku odpowiedzialności zawodowej (ponoszonej przez osoby wykonujące zawody medyczne przed macierzystymi korporacjami — lekarską, pielęgniarek i położnych, diagnostów laboratoryjnych) oraz służbowej (ponoszonej przez osoby będące pracownikami instytucji opieki zdrowotnej). Obrazowo przedstawia to rysunek poniżej.



Ryc. 4.3 Zasady odpowiedzialności zawodowej i służbowej w przypadku błędów medycznych.

Widać tutaj, że w przeciwieństwie do odpowiedzialności cywilnej lub karnej nie jest konieczne istnienie określonego skutku i stosownego związku przyczynowego. Wystarczy tylko stwierdzić, że dana osoba popełniła błąd (*vide* 4.1.1, s. 13). Z punktu widzenia pracy osoby opiniującej (dotyczy przede wszystkim odpowiedzialności zawodowej, gdzie takie opinie są wykorzystywane przez odpowiednie organy) występuje tutaj komfort pracy, bo wystarczy tylko stwierdzić zaistnienie błędu, a nie ma bezwzględnej konieczności oceny jego skutków i szukania związku przyczynowego (choć biegły może być poproszony o jedno i drugie, ponieważ ułatwia to np. sądowi lekarskiemu określenie wymiaru kary).

5 Rola biegłego

5.1 Podstawy działania biegłych

W przypadku spraw cywilnych sąd może powołać biegłych dysponujących wiadomościami specjalnymi* nieznanymi mu (sądowi) w celu zasięgnięcia ich opinii (art. 278 KPC); opinie te biegli muszą uzasadnić (art. 285 KPC); sąd również może zasięgnąć opinii instytutu naukowego lub naukowo-badawczego z danej dziedziny (art. 290 KPC) — artykuł ten często interpretuje się rozszerzająco i np. o wydanie opinii zwraca się do towarzystw naukowych[85]. Autor tutaj ze względu na brak doświadczeń własnych (dotyczących jednostki macierzystej) nie będzie omawiał roli biegłego i zasad ich powoływania w sprawach karnych — w razie potrzeby czytelnik może skorzystać z publikacji z zakresu medycyny sądowej[1–6].

Do pełnienia roli biegłego może być powołana dowolna osoba dysponująca określonymi wiadomościami, ale w praktyce najczęściej korzysta się z listy biegłych prowadzonych przez prezesów Sądów Okręgowych, na którą są wpisane osoby, które zgłosiły swoją chęć pełnienia roli biegłych w reprezentowanej przez siebie dziedzinie[1]. W przypadku instytutu osoba nim kierująca powinna wyznaczyć osoby wydające opinię.

Istotne jest rozróżnienie pomiędzy biegłym powołanym przez sąd, a nieistniejącym w naszym systemie prawnym, ale z kolei powszechnie znanym w anglosaskim systemie prawnym ekspertem strony (świadkiem-biegłym) w pewien sposób reprezentującym tę stronę, ponieważ często są one mylone przez strony (*vide* 6.2, s. 50)[1, 92].

Podstawową rolą biegłego jest rola „tłumacza", którego zadaniem jest „wytłumaczenie" sądowi znaczenia materiału dowodowego zebranego przez strony i ułatwienie temu sądowi dokonania oceny tegoż materiału; czasem postuluje się szersze ujmowanie roli biegłego, który czyni pewne ustalenia faktyczne (np. lekarz, który bada pacjenta) i weryfikuje dotychczasowe ustalenia faktyczne[5, 43, 87, 93–96].

Ekspert strony także może „tłumaczyć" swojej stronie znaczenie ogółu materiału dowodowego, ale przede wszystkim jego rolą jest merytoryczna ocena powództwa i linii obrony pozwanego (łącznie z załączonym materiałem dowodowym) wraz z poszukiwaniem ewentualnych

---

* Za wiadomości specjalne zgodnie z orzecznictwem Sądu Najwyższego uważa się takie wiadomości, których nie muszą posiadać osoby inteligentne i ogólnie wykształcone (nieposiadające wykształcenia z danej dziedziny).

„słabych punktów” w celu ich eliminacji albo wykorzystania (w zależności od tego, której strony dotyczą)[94, 96–99].

Kowalski postuluje w polskich procesach sądowych upowszechnienie roli konsultantów stron mających pewne cechy anglosaskich ekspertów stron, ponieważ pozwalałoby to na lepsze i szybsze radzenie sobie przez strony z takimi sprawami oraz eliminowałoby sporo nieporozumień na linii biegły-strona[1]. Ten skądinąd słuszny postulat wymaga jednak sporo zmian w mentalności wszystkich osób, które mogą się zajmować takimi sprawami (prawników, lekarzy etc.). Szczególnie dotyczy to postaw osób reprezentujących pozwane jednostki — zostanie to omówione dalej (*vide* 6.2, s. 50).

Należy nadmienić, że w krajach anglosaskich regułą jest, że każda ze stron powołuje swoich licznych świadków ekspertów, a tylko wyjątkowo eksperci powoływani są przez sąd — zdaniem autora jest to nieco zbyt daleko idące rozwiązanie, ponieważ sąd (szczególnie, kiedy rozprawa toczy się z udziałem sędziów przysięgłych, którzy w porównaniu do sędziów zawodowych łatwiej mogą zostać przekonani na podstawie np. dobrej gry aktorskiej eksperta) pozbawia się (albo poważnie ogranicza) prawa do merytorycznej oceny przedmiotu sprawy (co może czynić za pośrednictwem biegłego), a w nadmiernym stopniu opiera się na umiejętnościach aktorskich, retorycznych, autoprezentacyjnych etc. poszczególnych świadków ekspertów[97–99].

5.2 Kwalifikacje biegłych

Wymogiem stawianym biegłym jest posiadanie wystarczającej wiedzy fachowej w zakresie objętym przedmiotem opinii. Wymóg ten jest bardzo ogólny i do uznania sądu dopuszczającego dowód pozostaje określenie sposobu weryfikacji kwalifikacji biegłego[1, 100]. Niestety w przypadku medycyny do dzisiaj utrzymuje się nie tylko w Polsce błędne przekonanie, że w zasadzie każdy lekarz może wydać opinię w zakresie całej medycyny (może pewne ustępstwa czyni się dla niektórych specjalności klinicznych — głównie zabiegowych)[2, 3, 95, 100–105]. Szczególnie jest to widoczne w zakresie medycyny sądowej, gdzie historia podaje przykłady licznych błędnych opinii wydanych przez osoby niemające ku temu kwalifikacji[99, 100, 104, 105]. Niestety na całym świecie do dzisiaj zdarzają się przypadki powoływania na biegłych w zakresie *stricte* medycyny sądowej lekarzy innych specjalności[100, 101].

Wydaje się, że w przypadku „spraw medycznych" biegłymi powinny być osoby mające specjalizację z określonej dziedziny medycyny* (i ewentualne dodatkowe kwalifikacje, jeśli są one wymagane) oraz tytuł naukowy lub stopień naukowy doktora habilitowanego (ewentualnie stopień naukowy doktora, jeśli istnieją dodatkowe przesłanki, że dobrze wykonają obowiązki biegłego). Jako zupełny wyjątek należy traktować powoływanie biegłych nieposiadających stopnia naukowego — dotyczyć to może np. sytuacji, kiedy opinia ma zajmować się jakąś nowowprowadzaną metodą diagnostyczną lub terapeutyczną, a osoby mające największe obycie z nią nie uzyskały jeszcze stopnia naukowego. W przypadku specjalizacji należy zwrócić uwagę na osoby posiadające po kilka specjalizacji lekarskich (nie dotyczy to sytuacji, kiedy dana specjalizacja jest specjalizacją szczegółową w stosunku do podstawowej i dana osoba posiada te dwie specjalizacje). Rzadkie są sytuacje, kiedy dana osoba zajmuje się efektywnie dwiema różnymi niepokrewnymi specjalnościami (tak, że może w obu wydawać opinie) — częściej jest tak, że taka osoba kiedyś z przyczyn życiowych została wpierw specjalistą z jakiejś dziedziny, a potem udało jej się zostać specjalistą z pożądanej dziedziny i od dawna już nie zajmuje się „starą" specjalizacją. Oczywiście w tym drugim wypadku taka osoba pomimo posiadania formalnych kwalifikacji nie powinna być biegłym w zakresie „starej" specjalizacji. Z kolei sytuacje, kiedy specjalista z jakiejś dziedziny interesuje się inną i posiada nawet spore wiadomości z tego zakresu, ale nie posiada formalnie tej specjalizacji, też nie powinny upoważniać go do opiniowania, ponieważ przy braku weryfikacji tej wiedzy należy traktować to jako zainteresowania popularnonaukowe, które nigdy nie upoważniają do wydawania opinii.

W przypadku biegłych z poszczególnych dziedzin medycyny można spróbować określić adekwatność ich kwalifikacji w stosunku do problemów związanych z opiniowaniem w sprawach związanych z bakteryjnymi zakażeniami szpitalnymi. Ponieważ autor niniejszej pracy jest specjalistą mikrobiologii lekarskiej, to najwięcej uwagi poświęci takim specjalistom.

Specjaliści medycyny sądowej z uwagi na zakres specjalności zazwyczaj nie mają większych problemów z formułowaniem opinii spełniających wymogi formalne i opartych na prawidłowych zasadach opiniowania[1]. Natomiast mogą mieć niepełny wgląd w dyscyplinę kliniczną, jak i merytoryczną stronę związaną z zakażeniami szpitalnymi[1]. W takiej sytuacji

* Należy przyjąć zasadę, że termin „specjalista" oznacza wyłącznie osobę mającą tytuł specjalisty zgodnie z przepisami obowiązującymi od 1999 r. lub posiadacza specjalizacji II° według starszych przepisów. Posiadacze dawnej specjalizacji I° poza nielicznymi wyjątkami nie powinni być uznawani za specjalistów w kontekście kwalifikacji niezbędnych do opiniowania.

biegli z tej dziedziny mogą uciec się do opiniowania zespołowego z udziałem innych specjalistów (w zasadzie taka powinna być praktyka opiniowania w sprawach „medycznych" w ogólności, a w sprawach związanych z zakażeniami szpitalnymi w szczególności)[2, 3, 26]. Warto tutaj jednak wspomnieć, że nie tylko w Polsce (*vide* podręcznik DiMaio opisujący sytuację w USA[101]) powszechną praktyką są próby w przypadku spraw z zakresu medycyny sądowej sensu *stricto* zastępowania specjalistów z tej dziedziny przez specjalistów różnych dziedzin klinicznych a nawet lekarzy bez specjalizacji (co zresztą jest akceptowane przez organy procesowe) — prace Kunza dostarczają licznych przykładów negatywnych skutków takiego postępowania[100, 104–106].

W przypadku specjalistów innych dziedzin problemem jest to, że przeważnie mają oni ograniczoną wiedzę związaną z zasadami prawidłowego opiniowania (wynikającą przede wszystkich z zaliczenia zajęć w zakresie medycyny sądowej pod koniec studiów) i także z uwagi na odmienność celów medycyny sądowej i medycyny klinicznej nierzadko wydają oni opinie nieprawidłowe (przyjmujące przypuszczenia za pewniki, nieanalizujące całości materiału dowodowego etc.)[1–3, 26]. Oczywiście istnieją publikacje pozwalające na pewne uzupełnienie braków w tym zakresie — np. prace Marka czy praca Kowalskiego; jednakże korzystanie z nich zależy wyłącznie od dobrej woli takiego biegłego i jego chęci uzupełnienia wiedzy — dlatego też jakość opinii takich biegłych mocno zależy od ich cech osobowych[1–3, 26].

Specjaliści z określonych dziedzin klinicznych (chirurgia, anestezjologia i intensywna terapia, pediatria etc.) w przypadku zakażeń szpitalnych mogą opiniować w zakresie macierzystych specjalności, czyli np. mogą odnieść się do leczenia powoda*, ale nie powinni wypowiadać się co do dróg przenoszenia zakażeń szpitalnych ani szczegółowych zasad ich kontroli.

Wiedzę merytoryczną do pełnego zajmowania się opiniowaniem w sprawach bakteryjnych zakażeń szpitalnych mają specjaliści mikrobiologii lekarskiej (mikrobiologii według dawnych przepisów), chorób zakaźnych i epidemiologii, którzy powinni odbyć dodatkowe przeszkolenie z zakresu kontroli zakażeń szpitalnych (wymagane zresztą przez odpowiednie przepisy[107]). Bez takiego przeszkolenia opiniowanie może sprawiać im trudności z uwagi na specyfikę zakażeń szpitalnych (szczególnie bakteryjnych) omówioną dalej (*vide* 6.1, s. 43). Należy tutaj zwrócić uwagę na to, że nie można traktować zamiennie lekarza specjalisty mikrobiologii i diagnosty

* Problem stanowi tutaj antybiotykoterapia, ponieważ stosowanie antybiotyków jest najtrudniejszym działem farmakoterapii[27]. Można przyjąć, że tutaj najbardziej kompetentny jest specjalista mikrobiologii lekarskiej, potem specjalista chorób zakaźnych, a potem dopiero specjaliści dziedzin klinicznych (najbardziej anestezjologii i intensywnej terapii).

laboratoryjnego posiadającego tę samą specjalizację (lub specjalizację z mikrobiologii medycznej), ponieważ ta druga osoba nie powinna być biegłym w takich sprawach*.

W przypadku konieczności dokładnego omówienia prawidłowości antybiotykoterapii (z jej „niuansami" dotyczącymi np. leczenia zakażeń wieloopornymi szczepami bakterii) udział lekarza specjalisty mikrobiologa jest niezbędny, ponieważ tylko on może ocenić wszystkie implikacje związane np. z istniejącymi u danego organizmu mechanizmami oporności oraz jego naturalną lekoopornością[27, 66].

Opinie sądowo-lekarskie mogą być wydawane zarówno indywidualnie przez poszczególnych biegłych z odpowiednich dziedzin medycyny (w formie nieco zmodyfikowanej przez niewielkie zespoły tych biegłych), jak i przez zespoły biegłych z różnych dziedzin, na czele których stoi specjalista medycyny sądowej[1–3]. W takiej sytuacji podział kompetencji wygląda tak, że specjalista medycyny sądowej odpowiada za stronę formalną opinii, jak również o to, żeby taka opinia spełniała wszystkie standardy poprawnego opiniowania (*vide* 6.4, s. 67), natomiast specjaliści poszczególnych dziedzin (zazwyczaj powoływani stosownie do potrzeb przez przewodniczącego zespołu — specjalistę medycyny sądowej) odpowiadają za jej stronę merytoryczną w zakresie reprezentowanych przez siebie specjalności (tutaj istnieje znacznie mniejsze ryzyko wykroczenia przez biegłego poza zakres swoich kompetencji zawodowych, ponieważ jest on „kontrolowany" przez innych biegłych) — w artykule Dzidy został opisany taki podział kompetencji[39]. W porównaniu do indywidualnego opiniowania taki sposób postępowania ma liczne zalety:

- zwykle dobrą jakość formalną i merytoryczną opinii w przeciwieństwie do indywidualnego opiniowania, gdzie jakość opinii wyraźnie zależy od pozytywnych lub negatywnych cech pojedynczego biegłego;
- kompletność opinii, ponieważ zespół jest w stanie udzielić odpowiedzi na wszystkie pytania sądu, podczas gdy pojedynczy biegły w sytuacji, kiedy zakres pytania wykracza poza jego kompetencje zawodowe może albo o tym napisać w opinii (i wskazać innych biegłych) albo mimo wszystko spróbować odpowiedzieć na takie pytanie ryzykując popełnienie błędu opiniodawczego;

* Mikrobiolodzy niebędący lekarzami mogą opiniować tylko w zakresie prawidłowości metodologicznej diagnostyki mikrobiologicznej, w czym zresztą mogą ich zastąpić lekarze odpowiedniej specjalności — w jednej ze spraw (Sprawa nr XXXVIII — KMCMUJ, s. 137) jedna z instytucji uchyliła się od wydania opinii uzasadniając, że nie zatrudnia lekarzy mikrobiologów (a tylko diagnostów laboratoryjnych).

- krótszy czas wydania kompletnej opinii — aczkolwiek czas wydania opinii przez zespół biegłych jest zazwyczaj dłuższy od czasu potrzebnego pojedynczemu biegłemu, to jednak jeśli się uwzględni, że w sprawach dotyczących bakteryjnych zakażeń szpitalnych zazwyczaj potrzeba opinii kilku biegłych, to łączny czas wydania opinii przez nich wszystkich przekroczy czas potrzebny zespołowi.

Wszystkie omawiane tutaj opinie wydane w jednostkach zajmujących się medycyną sądową (*vide* 7.2 na stronie 138 oraz 7.3 na stronie 143) są takimi opiniami. Oznacza to, że biegli mogą ocenić kompleksowo wszystkie aspekty sprawy — takie jak np. uszczerbek na zdrowiu u powoda/poszkodowanego (Opinia nr I — ZMSPAM, s. 143; Opinia nr III — ZMSPAM, s. 144), jego cierpienia (Opinia nr X — KMSCMUJ, s. 142) , całokształt postępowania medycznego z pacjentem w sytuacji, kiedy zakażenie szpitalne pełni rolę wtórną, drugorzędną lub wręcz marginalną (Opinia nr VI — KMSCMUJ na stronie 140; Opinia nr VII — KMSCMUJ na stronie 141; Opinia nr V — ZMSPAM na stronie 145; Opinia nr VI — ZMSPAM ze strony 145; Opinia nr VIII — ZMSPAM na stronie 146; Opinia nr IX — ZMSPAM ze strony 147; a także Opinia nr XIV — ZMSPAM ze strony 149) etc. W praktyce jednak w sprawach cywilnych związanych z bakteryjnymi zakażeniami szpitalnymi najczęściej stosowane jest indywidualne opiniowanie. Wynika to z tego, że z racji skomplikowania takie sprawy przeważnie wymagają powołania sporego zespołu biegłych (przynajmniej specjalista medycyny sądowej, specjalista mikrobiologii lub chorób zakaźnych lub epidemiologii oraz specjalista odpowiedniej dziedziny medycyny klinicznej jak np. chirurgii, anestezjologii), co stanowi spore obciążenie dla specjalistów medycyny sądowej kompletujących taki zespół. A ponieważ w Polsce istnieje niedobór takich specjalistów i są oni przeciążeni pracą (w dużej mierze związaną z medycyną sądową sensu *stricto*), to zakłady medycyny sądowej często uchylają się od wydania opinii (w części akt spraw opiniowanych w Katedrze Mikrobiologii CM UJ w Krakowie znajdowały się pisma zakładów medycyny sądowej o odmowie wydania opinii z racji przeciążenia pracą) lub też określają bardzo długie terminy wydania opinii (do 2 lat) — na ten problem zwraca uwagę także Świątek[41]. Należy jednak mieć nadzieję, że sytuacja kadrowa w zakresie „deficytowych" specjalizacji zacznie się poprawiać, przez co zespołowe wydawanie opinii będzie coraz częstsze.

6 Problemy opiniowania sądowo-lekarskiego

6.1 Mity powszechne wśród stron a rzeczywistość

Przed omawianiem całego procesu opiniowania sądowo-lekarskiego w bakteryjnych zakażeniach szpitalnych wraz z problemami przed jakimi może stanąć biegły należy przedstawić popularne wśród stron „mity" (ściślej biorąc powszechne przekonania niezgodne z rzeczywistością), które w wielu przypadkach są źródłem problemów na linii biegły-strony.

Zacząć należy od tego, jak powszechnie jest postrzegane zakażenie szpitalne i jego wystąpienie. Powszechnie przyjmuje się następujące założenia:

- zakażenie szpitalne musi być wywołane przez mikroorganizm egzogenny (czyli pochodzący spoza organizmu pacjenta w przeciwieństwie do organizmów endogennych), w zasadzie musi to być szczep „szpitalny" (czyli o rozbudowanej lekooporności), wskazane jest, żeby nie było to zakażenie sporadyczne, ale epidemiczne — jeśli organizm zakażający nie spełnia któregoś z tych kryteriów, to dane zakażenie w żadnym razie nie jest zakażeniem szpitalnym;
- wystąpienie zakażenia musi się wiązać z ewidentnym poważnym błędem w sterylizacji instrumentarium (stąd, jak to opisał Kowalski, szpitale chętnie posługują się „dokumentacją obiegową" dotyczącą poprawności sterylizacji[1]) lub innymi dużymi błędami wykrywalnymi przez Inspekcję Sanitarną, co oznacza także, że jest to „wstyd" dla personelu; wyjątek stanowią pacjenci z poważnymi czynnikami ryzyka zakażenia, które akurat „rozgrzeszają" z popełnienia większości błędów;
- rozpoznanie i leczenie zakażeń szpitalnych jest mniej ważne od ich profilaktyki;
- współczesna kontrola zakażeń szpitalnych to z przyczyn ekonomicznych „fanaberia" w polskich warunkach;
- zazwyczaj można jednoznacznie określić czas i miejsce wystąpienia zakażenia.

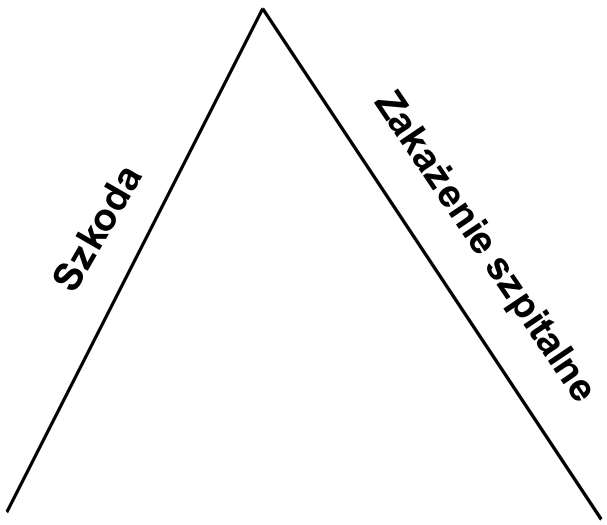
Dodatkowo utożsamiane jest stwierdzenie wystąpienia zakażenia szpitalnego z zasadnością roszczenia *a priori*. Wynika to z poniższych przyczyn:

- niska wiedza (także wśród osób wykonujących zawody medyczne) na temat błędów medycznych i odpowiedzialności za nie, co opisuje Marek[26]. Powszechnie nie jest znane pojęcie „niepowodzenia w leczeniu" (niepowodzenia pomimo prawidłowego postępowania) i „błędu bezskutkowego" (nie doszło do negatywnego skutku pomimo błędnego postępowania). Powoduje to, że nawet prawnicy często *a priori* wychodzą z założenia, że stwierdzenie błędu medycznego czyni roszczenie zasadnym. Stanowi to zresztą jaskrawy kontrast w zestawieniu

z krajami anglosaskimi, gdzie personel medyczny jest zaznajamiany z rozmaitymi aspektami dotyczącymi błędów medycznych, jak również ma do dyspozycji bardzo bogatą literaturę — w tym także nieznane w Polsce praktyczne poradniki z tego zakresu uczące, jak należy postępować, żeby nie zostać oskarżonym o *malpractice* i aby wyjść z takiego oskarżenia obronną ręką[24, 73, 74, 108–131];

- wspomniane wcześniej utożsamianie zakażenia szpitalnego z błędem medycznym, wynikające z niskiej wiedzy merytorycznej (o ile jest to zrozumiałe i powszechne na całym świecie w przypadku pacjentów przeważnie niebędących fachowcami w zakresie medycyny[72, 132], to sytuacja w Polsce, gdzie również fachowy personel medyczny wykazuje takie braki w wiedzy jest wręcz ewenementem).

W rezultacie prowadzi do sytuacji, jak w rysunku poniżej.



Ryc. 6.1 „Trójkąt" odpowiedzialności w przypadku błędów medycznych widziany oczami stron.

Wszystko to prowadzi do komplementarnej taktyki obu stron:

- powód usiłuje za wszelką cenę wykazać, że dane zakażenie jest zakażeniem szpitalnym, bez wskazywania na błędy pozwanego poza profilaktyką i bez pytania o związek przyczynowy zakażenia ze szkodami;
- pozwany natomiast usiłuje zanegować „szpitalność" zakażenia poprzez wykazanie „nieszpitalności" szczepu, jego pochodzenia od pacjenta etc.

Obie strony natomiast solidarnie nie przywiązują większej wagi do tego, czy kontrola zakażeń szpitalnych u pozwanego (poza sterylizacją i protokołami Inspekcji Sanitarnej) była poprawna oraz czy zakażenie zostało wystarczająco szybko rozpoznane i było właściwie leczone

(pytania z tego zakresu otrzymuje biegły, ale są one uważane za „pomocnicze" w stosunku do dominujących zagadnień i stawiane raczej *pro forma*).

Powoduje to, że opinia biegłego jest dla stron czasem wręcz szokująca, ponieważ burzy ich dotychczasowe „zdroworozsądkowe" przekonania, jak stwierdził to Kowalski[1].

Zakażenia szpitalne w rzeczywistości (albo inaczej mówiąc zakażenia związane z opieką zdrowotną) zawsze stanowiły nieodłączną część medycyny i wbrew XIX-wiecznym poglądom nie jest możliwe ich całkowite wyeliminowanie — występują one u około 5%–10% pacjentów (ich dużo mniejszy odsetek wskazuje przede wszystkim na niedostatki systemu rejestracji zakażeń[*])[10–13, 17–20, 22, 23, 25, 75, 78].

Należy zwrócić uwagę na występujący tutaj problem terminologiczny szczególnie widoczny w ostatnich czasach. Tradycyjnie rozumiane określenie „zakażenie szpitalne" (ang. *hospital infection*) oznaczało zakażenie związane z hospitalizacją danej osoby. Jednakże rozwój medycyny prowadzi do tego, że czas typowej hospitalizacji jest coraz krótszy, pojawia się coraz więcej instytucji opieki długoterminowej (np. zakłady opiekuńczo-lecznicze), które nie są szpitalami w sensie *stricto*, jak również coraz więcej inwazyjnych procedur medycznych nie wykonuje się w szpitalach, ale w warunkach ambulatoryjnych. W rezultacie pojawiają się dwie tendencje — albo rozszerzenia pojęcia zakażenia szpitalnego na zakażenia związane z takimi sytuacjami (i traktowanie np. zakładów opiekuńczo-leczniczych czy ambulatoriów jako szpitali sensu *lato* w tym aspekcie) albo wprowadzenia szerszego pojęcia „zakażenia związanego z opieką zdrowotną" (ang. *nosocomial infection*)[25]. Na dzień obecny ten spór nie został rozstrzygnięty.

W Polsce dodatkowo w aktach prawnych pojawia się pojęcie „zakażenia zakładowego" („zakażenia wewnątrzzakładowego"), które teoretycznie ma odpowiadać *nosocomial infection*, ale dla odmiany ma inne wady związane z tym, że nie wszystkie instytucje udzielające świadczeń zdrowotnych są zakładami opieki zdrowotnej[80, 81]. Jednakże w nowym projekcie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi przyjęto pojęcie „zakażenia szpitalnego" i poszerzono jego definicję[133].

Biegły w swojej opinii może być zmuszony do wyjaśnienia powyższych zagadnień terminologicznych, kiedy sprawa dotyczy np. zakażenia związanego z ambulatoryjnym wykonaniem inwazyjnej procedury (*vide* Sprawa nr XIX — KMCMUJ na stronie 108).

[*] Często wynikające z negatywnego nastawienia personelu i podświadomej chęci ukrycia „wstydu".

W przyjętej współcześnie definicji — „Zakażenie szpitalne każde zakażenie, które rozwinęło się podczas hospitalizacji i nie znajdowało się w okresie inkubacji przy przyjęciu do szpitala.” — nic nie wspomina się o charakterze czynnika etiologicznego*, jak również nie ma wymogu, że zakażenia szpitalne muszą występować epidemicznie[10–13, 17–20, 22, 23, 25, 75, 78]. Utrudnieniem natomiast może być cezura czasowa, w jakim okresie po opuszczeniu szpitala uznać zakażenie za szpitalne — tak naprawdę takiego terminu nie ma, ponieważ wszystko zależy od indywidualnej oceny konkretnej sytuacji (biologii patogenu, cech pacjenta etc.), a pewne terminy czasowe (np. 1 rok dla zakażenia miejsca operowanego, jeśli pacjentowi wszczepiono implanty) są tylko orientacyjną wskazówką — stąd uznanie za zakażenie szpitalne zakażenia u powódki w jednej ze spraw, pomimo upływu ponad roku (Sprawa nr XXVII — KMCMUJ, s. 119), czy dla odmiany opisane w artykule Mardera uznanie zakażenia protezy stawu biodrowego za pozaszpitalne w kontekście szpitala, gdzie wszczepiono implant, ponieważ wykazano, że tam nie popełniono błędów, a popełnił go stomatolog leczący później pacjenta, który nieprawidłowo stosował antybiotyki[10–12, 25, 73].

W przypadku zakażeń szpitalnych tylko wyjątkowo można określić dokładny czas i miejsce zakażenia — zazwyczaj można tylko określić prawdopodobieństwo takiego zdarzenia związane z danymi okolicznościami[1, 10–12, 25].

W przypadku zakażeń szpitalnych ważne jest zatem, aby wszystkie poniższe elementy były w pełni prawidłowe:

- profilaktyka,
- diagnostyka,
- leczenie.

Typowe błędy związane z poszczególnymi etapami omówiono już wcześniej (*vide* 4.1.3, s. 21), więc nie będą tutaj omawiane. Natomiast podjęta zostanie próba obalenia pozostałych mitów wymienionych wcześniej. Najważniejsze jest jednak podkreślenie, że samo zakażenie szpitalne stanowi tylko niepowodzenie w leczeniu, jeśli nie wiąże się ono z błędami dotyczącymi powyższych elementów.

W pierwszym rzędzie już dawno wykazano, że kontrola zakażeń szpitalnych nie jest zbyt kosztowna, a w każdym razie o wiele tańsza od wydatków związanych ze szkodami wynikającymi z jej braku (w szczególności związanych z szafowaniem antybiotykami) i osoba powtarza-

* A zatem zakażenia szpitalne także mogą mieć charakter endogenny.

jąca argumenty o „nadmiernych kosztach" ukazuje tutaj własną ignorancję[10–12, 21, 25, 75, 78] — warto zwrócić uwagę tutaj na argument „ekonomiczny" dotyczący unikania prowadzenia diagnostyki mikrobiologicznej w jednej ze spraw (Sprawa nr XXXVI — KMCMUJ, s. 135).

W przypadku zakażeń szpitalnych, jak już wspomniano, ważna jest prawidłowość całej profilaktyki, a nie tylko sterylizacji i „dobre" protokoły Inspekcji Sanitarnej — dalej ten temat zostanie omówiony szerzej (*vide* 6.3.2, s. 59 i 6.3.4, s. 63).

Istotne jest to, że czynniki ryzyka zakażenia (lub innego powikłania) u pacjenta w żaden sposób nie usprawiedliwiają popełnionych błędów, a wręcz podkreślają ich rolę, dlatego też próby tłumaczenia własnych błędów w ten sposób pogarszają tylko sytuację szpitala (*vide* Sprawa nr XXV — KMCMUJ, s. 116).

Rozpoznanie i leczenie zakażenia jest równie ważne jak profilaktyka — zdaniem autora „mit" o przewadze profilaktyki w przypadku bakteryjnych zakażeń szpitalnych wynika z mechanicznego stosowania zasad związanych z WZW, czyli tego, że właściwa profilaktyka w bardzo dużym stopniu (ale nie do końca) eliminuje ryzyko zakażenia, a rozpoznanie i leczenie przeważnie odbywa się gdzie indziej niż w jednostce, gdzie doszło do zakażenia oraz ograniczone są możliwości terapeutyczne (co zresztą nie jest już w pełni prawdziwe, bo w terapii WZW następuje postęp[33, 36])[1]. W przypadku bakteryjnych zakażeń szpitalnych natomiast profilaktyka rozpoznanie i leczenie odbywa się najczęściej w tej samej jednostce (np. zakażenie miejsca operowanego jest leczone na oddziale lub w przyszpitalnej poradni chirurgicznej), a możliwości terapeutyczne przy właściwym leczeniu pozwalają wyleczyć zakażenie.

W odniesieniu do zakażeń szpitalnych należy stosować te same zasady, jak do wszystkich błędów medycznych, czyli znaleźć błąd etc. (*vide* 4.2, s. 28 i 4.3, s. 35), o czym strony muszą pamiętać, jak również o tym, że jak pisze Marek, pacjent ma prawo do prawidłowego i najlepszego leczenia, ale nie do wyleczenia[26]. Czyli w odniesieniu do zakażeń szpitalnych do prawidłowości we wszystkich 3 aspektach, ale nie do niewystąpienia zakażenia. Dlatego też np. niemało opinii wydanych przez Zakłady Medycyny Sądowej w Krakowie i Szczecinie zawiera taką konkluzję, że choć dane zakażenie jest zakażeniem szpitalnym, to nie stwierdzono błędu pozwanego/obwinionego lub nie udało się stwierdzić związku przyczynowego (*vide* 7.2 na s. 135 i 7.3 na s. 143 — z uwagi na dużą liczbę takich opinii nie będą podawane tutaj odnośniki do poszczególnych spraw).

A zatem prawidłowo powód powinien dążyć do wykazania błędów pozwanego i ich związku przyczynowego ze szkodami, a pozwany temu zaprzeczyć, zamiast typowej „wiecznej wojny" o „szpitalność" zakażenia — reprezentatywne tutaj mogą być sprawy, kiedy strona po-

zwana próbowała upierać się przy nieprawidłowej definicji zakażenia nierzadko kwestionując opinie biegłego w swoich pismach (w skrajnym przypadku w takiej sprawie wydano 3 opinie uzupełniające) — Sprawa nr III — KMCMUJ ze strony 87, Sprawa nr XIII — KMCMUJ ze strony 99, Sprawa nr XXVII — KMCMUJ ze strony 119, Opinia nr IV — ZMSPAM ze strony 144 oraz Opinia nr XII — ZMSPAM ze strony 148.

Ważne są także przekonania stron dotyczące postępowania sądowego w sprawach o błędy medyczne w ogólności (a zakażenia szpitalne w szczególności) — w przeciwieństwie do spraw cywilnych dotyczących innych zagadnień nie jest praktykowane rutynowe korzystanie z pomocy konsultantów merytorycznych (*vide* 5.2, s. 38)[1] i opieranie się na fatalnej zasadzie „Jakoś to będzie". Szczególnie rażące wydaje się to w przypadku pozwanych szpitali, które dysponując osobami zajmującymi się kontrolą zakażeń szpitalnych, nie włączają ich do grupy osób zajmujących się sprawą o zakażenie (najwyżej osoby te wypowiadają się incydentalnie), a sprawę przekazują prawnikowi (nieposiadającemu fachowej wiedzy medycznej) i lekarzowi klinicyście (przeważnie ordynatorowi oddziału leczącego powoda). W rezultacie sprawą o zakażenie zajmują się 2 osoby bez merytorycznego przygotowania. Sytuacja taka wynika z zaszłości historycznych, kiedy odszkodowania i zadośćuczynienia były niskie, więc nie opłacało się zbytnio angażować w sprawę. Obecnie sumy żądanych i zasądzanych roszczeń są coraz wyższe[8, 9], więc należy stosownie do tego postępować, czyli obie strony powinny angażować konsultantów odpowiedzialnych za merytoryczną stronę wniosków. Pewną „jaskółkę" zmian stanowią pisma pozwanego szpitala w jednej ze spraw (Sprawa nr XXXVIII — KMCMUJ, s. 137), których treść wskazywała na to, że w ich opracowywaniu brała udział osoba zajmująca się kontrolą zakażeń szpitalnych — dla odmiany jednak szpital ten fatalnie wręcz postępował w zakresie uzupełniania materiału dowodowego (nie dostarczył nawet dokumentacji medycznej).

Na zakończenie autor omówi szerzej jedną z przyczyn, które skłaniają powoda do złożenia pozwu — niewłaściwy stosunek lekarzy i w ogóle personelu medycznego do nich. Wynika to z tego, że powodowie dość często się do tego odwołują w swoich zeznaniach, choć jeszcze nie przywiązują do tego większej wagi. W piśmiennictwie zagranicznym to zagadnienie dostrzeżono i dlatego też w zaleceniach dla personelu medycznego dotyczących sposobów na uniknięcie oskarżenia o błąd medyczny (ang. *malpractice*) bardzo podkreślane jest właściwe odnoszenie się do pacjentów — wiadomo, że pacjent tak potraktowany nierzadko rezygnuje z roszczeń w sprawach drobniejszych błędów medycznych, a w poważniejszych ogranicza te roszczenia[108, 113, 118, 123, 131]. Niestety w Polsce nierzadkie są sytuacje, kiedy jest to łamane tak, że dostrzegają to nawet autorzy publikacji niemedycznych[134]. Wynika to po pierwsze

z przeżytków patriarchalnego rozumienia relacji lekarz-pacjent, a po drugie z pewnego rodzaju społecznego przyzwolenia na takie zachowania, a nawet traktowania uzasadnionych żądań pacjentów jako „kaprysu”* (nie dotyczy to oczywiście wszystkich sytuacji, bo przypadek bezduszności lekarskiej opisany przez Kunza na pewno nie wzbudzi żadnych takich wątpliwości[135]). Prowadzić to może do dwóch sytuacji:

- szukania „obiektywnej” podstawy roszczenia (np. ewentualnego zakażenia) — w jednej ze spraw (Sprawa nr XV — KMCMUJ, s. 102) powód pomimo braku podstaw usiłował uznać pozwanego lekarza za sprawcę zakażenia, a jednocześnie w swych pismach i wypowiedziach wielokrotnie wracał do niewłaściwego doń stosunku lekarza — lekceważenie i np. publicznie wypowiedziane słowa „Brzydzę się tobą.” (zdaniem autora pracy powód zamiast walki o zakażenie powinien był po pierwsze żądać zadośćuczynienia z tego powodu, a po drugie złożyć skargę w Okręgowej Izbie Lekarskiej, co było w pełni zasadne);
- podjęcia decyzji o złożeniu pozwu, pomimo sporej pierwotnej niechęci do tego kroku (Sprawa nr XXVIII — KMCMUJ, s. 121) — powódka ze stoickim spokojem znosiła niedogodności związane z jej chorobą i stanem klinicznym, co niestety spowodowało, że ordynatorka oddziału ginekologiczno-położniczego pozwalała sobie na coraz mniej etyczne zachowania w stosunku do niej — np. o usunięciu macicy poinformowała powódkę w formie rzuconego od niechcenia zdania „[Zdrobniałe imię powódki]! Chyba nie planujesz więcej dzieci, bo ich nie będziesz mogła mieć.”, po którym nie przeprowadziła z powódką rozmowy, mimo że taki zabieg stanowił dla niej spore okaleczenie; albo zniechęcona kolejnymi nieudanymi próbami ambulatoryjnego wyleczenia zakażenia w miejscu operowanym niegrzecznie wyrzuciła powódkę z prywatnego gabinetu. W tym przypadku roszczenia powódki były uzasadnione, więc akurat w interesie pozwanego leżało właściwe odnoszenie się personelu do niej, aby jednak nie zdecydowała się na wniesienie pozwu.

* Autorowi jest znana sytuacja, kiedy lekarz ginekolog bardzo niesmacznie „żartował” w czasie badania na temat życia seksualnego pacjentki, która zdecydowała się na wniesienie skargi, a na kobiecym forum dyskusyjnym to ona była atakowana przez niektóre osoby za „fanaberie” a „żarty” ginekologa były uważane za „nic takiego”.

6.2 Oczekiwania sądów oraz stron wobec biegłych i ich opinii

Odnosząc się do oczekiwań najprościej możnaby stwierdzić, że sąd oczekuje od biegłego wyjaśnienia mu przedmiotu sprawy, a strony oczekują, że opinia będzie stanowiła dowód potwierdzający ich racje. Jest to prawdą, ale niepełną. Omawiając zatem oczekiwania sądów i stron wobec opinii biegłych zacząć należy od omówienia typowej taktyki obu stron.

Typową taktyką przyjętą przez pełnomocników powodów jest taktyka, którą można określić potocznym słowem „samograj", czyli opisana przez Kowalskiego praktyka konstruowania powództwa z licznymi brakami w samej koncepcji i liczenia, że braki te uzupełnią biegli w swoich opiniach[1]. Należy się w pełni zgodzić z Kowalskim dodając tylko, że w sprawach znanych autorowi bardzo często rolę „uzupełniacza" koncepcji powództwa pełnili wbrew swoim zamiarom zeznający pracownicy pozwanych jednostek i autorzy pism — wynika to z wzmiankowanych wcześniej mitów (6.1, s. 43), których często się oni kurczowo trzymają, mimowolnie dostarczając argumentów stronie przeciwnej (na szczęście dla nich pełnomocnicy powodów nie zawsze korzystają z dostarczonej im przez pozwanych broni).

Z kolei typową taktyką pozwanego jest taktyka, którą można opisać sformułowaniem „walka do końca bez względu na skutki". Należy stwierdzić, że była ona uzasadniona wieloletnią sytuacją, kiedy koszty sądowe były stosunkowo niskie, a sądy zasądzały powodom niewysokie odszkodowania i zadośćuczynienia[8, 9]. W takiej sytuacji unikano ugody, bo zwykle wiązałaby się ona z określonymi kosztami, a zamiast tego preferowano jak najdłuższą walkę przed sądem z nadzieją, że zasądzone odszkodowanie/zadośćuczynienie wraz z kosztami sądowymi będzie niższe albo w najgorszym razie niewiele wyższe.

Obecna sytuacja, jak podają Kordel i Dalkowska odznacza się coraz wyższymi zasądzanymi odszkodowaniami/zadośćuczynieniami[8, 9]. Podobnie zresztą rosną koszty sądowe. Dlatego też taktyka „walki do końca" powoli staje się wręcz samobójcza i dlatego powinna być jak najszybciej zarzucona.

Ciekawie przedstawia się sytuacja w USA, gdzie regułą jest dążenie do zawarcia ugody bez rozpoczynania sprawy sądowej, a nawet gdy dojdzie do procesu, to i tak dąży się do zawarcia ugody[111, 112, 115–117, 123, 127, 128]. Doskonałym przykładem są badania Guinana, który przeanalizował 154 sprawy sądowe dotyczące zakażenia miejsca operowanego z okolic Filadelfii — 72% z nich zakończyło się zawarciem ugody sądowej lub pozasądowej[115]. Wynika to z tego, że koszty poniesione przez pozwanego w takiej sytuacji są kilkakrotnie niższe od kosztów poniesionych w przypadku przegrania sprawy i nie opłaca się mu ryzykować, tym bardziej, że początkowo

także powodowie są skłonni przeważnie do daleko idących kompromisów. Zresztą z uwagi na koszty sądowe ugoda często jest lepszym dla szpitala rozwiązaniem nawet od wygranego procesu.

W sprawach analizowanych przez autora tylko w jednej (Sprawa nr XVII — KMCMUJ, s. 104) pozwany próbował przed złożeniem pozwu zawrzeć ugodę z powodem — zaproponował mu wsparcie w uzyskaniu pomocy w leczeniu zakażenia (np. pomoc w celu szybszego przyjęcia do jednostek referencyjnych, co nie wiązało się z jakimiś specjalnymi kosztami), na co strona powodowa się wstępnie godziła; jednakże w międzyczasie nastąpiła zmiana dyrektora szpitala i interwencja organu założycielskiego (władz powiatu), co doprowadziło do wycofania przez pozwanego swojej propozycji*.

Można tylko mieć nadzieję, że w przyszłości sytuacja się poprawi i regułą będzie ugoda, która przeważnie jest korzystna dla obu stron.

Ważnym zagadnieniem jest to, że tak naprawdę obie strony prawie nigdy nie korzystają z usług konsultantów merytorycznych, którzy mogliby pomóc merytorycznie odnieść się do całokształtu sprawy, opinii biegłych etc.[1] Przyjętym zwyczajem jest czasem zasięganie konsultacji osoby ze stosownym wykształceniem (np. medycznym) pozostającej w relacjach rodzinnych lub towarzyskich np. z pełnomocnikiem. Nie jest to dobra praktyka, ponieważ taka osoba zazwyczaj nie zapoznaje się z całością sprawy, a tylko udziela konsultacji *ad hoc* przeważnie dotyczących zresztą tylko wycinka sprawy po dokonaniu pobieżnej analizy materiału (nie ma ona zwykle motywacji do czaso- i pracochłonnej dogłębnej analizy). Dotyczy to także pozwanych, ponieważ tam regułą jest korzystanie z pomocy nie osób zajmujących się w danej jednostce kontrolą zakażeń (np. członków Zespołu Kontroli Zakażeń), a tylko klinicystów (chirurga, ginekologa etc.) zajmujących się powodem podczas jego hospitalizacji, których wiedza merytoryczna w zakresie kontroli zakażeń jest często niewystarczająca. Dodatkowo przeważnie nie jest ustalony podział kompetencji pomiędzy prawnikiem i klinicystami. Prowadzi to często do niskiej jakości merytorycznej pism stron. Autor w jednej publikacji postulował, aby w takiej sytuacji początkowo sprawą zajmowała się kolegialnie komisja powołana w pozwanej jednostce z udziałem prawnika, dyrektora, klinicystów, członków Zespołu Kontroli Zakażeń etc.[27]. Tutaj należy dodać, że w dalszym postępowaniu w danej sprawie wskazany jest jednak udział niezależnego konsultanta spoza danej jednostki, który będzie mniej skłonny do ulegania naciskom

* Ciekawe, że urzędnicy organu założycielskiego „wiedzieli lepiej", co jest a co nie jest zakażeniem szpitalnym.

wynikającym lokalnych powiązań i współzależności (np. nie zawaha się wytknąć błędu miejscowej „gwieździe medycyny").

Opisując oczekiwania stron wobec biegłego można ponadto stwierdzić, że oczekują one od niego, że w mniejszym lub większym stopniu wejdzie w rolę ich eksperta (*vide* 5.1, s. 37) i uzupełni braki w koncepcji powództwa lub linii obrony — oczywiście żaden rzetelny biegły nie może tak postępować, choć nierzadko jest to naruszane (*vide* praca Kowalskiego[1]).

W przypadku pozwanych dochodzi dodatkowo specyficzne oczekiwanie — oczekują oni bowiem czasem, że biegły nie tyle dostarczy dowodów na poparcie tezy o nieuzasadnionym roszczeniu, ale „rozgrzeszy" ich z popełnienia błędów medycznych i występowania w ich jednostce zakażeń szpitalnych. Przy czym w takiej sytuacji zazwyczaj nikt się nie zastanawia, jakie może to mieć konsekwencje dla pozwanej jednostki. W tym kontekście interesująco przedstawia się jedna ze spraw (Sprawa nr XIV — KMCMUJ, s. 100) — pozwany szpital miał spore szanse na uznanie roszczenia za nieuzasadnione (albo przynajmniej minimalizację zasądzonego zadośćuczynienia) opierając się na tym, że niewłaściwie leczone antybiotykami zakażenie w miejscu operowanym na kończynie dolnej nie wpłynęło (albo wpłynęło w minimalnym stopniu) na zdrowie powódki (z powodu ciężkiego wypadku samochodowego występował u niej niedowład czterokończynowy etc.), zamiast tego doszło tam do samowolnej i delikatnie mówiąc niegrzecznej „kampanii" jednego z ordynatorów przeciwko stronie powodowej i biegłemu, którzy ośmielili się wątpić w jego nieomylność; podobnie prezentowała się zresztą inna ze spraw (Sprawa nr XXXII — KMCMUJ, s. 128), gdzie w swoim piśmie kardiochirurg wręcz „podał na tacy" pełnomocnikowi powoda argument przeciwko pozwanemu[*]. Inny przykład to wieloletnia sprawa nieomawiana w tej pracy (a dotycząca zakażenia WZW C), w której pozwany szpital niemalże domagał się uznania, że stosowane u niego rozwiązania w pełni zabezpieczały przed transmisją WZW C na powoda — co ciekawe dotyczyło to hospitalizacji w 1988 r., a wirus został odkryty w rok później[47], co automatycznie oznaczało roszczenie nieuzasadnione

[*] „Ambicja" kardiochirga nie pozwalała mu przełknąć „wstydu" zakażenia szpitalnego u pacjenta przezeń operowanego, więc w swym piśmie do sądu zasugerował zakażenie podczas wcześniejszych zabiegów inwazyjnej diagnostyki (koronarografia) i jego uaktywnienie się podczas zabiegu kardiochirurgicznego. Jednakże po pierwsze te sugestie były nielogiczne, bo zakażenie dotyczyło mostka, który nie podlegał cewnikowaniu, a po drugie szkodliwe wręcz dla pozwanego szpitala, bo operatywny pełnomocnik powoda teraz może zapytać się kardiochirurga, dlaczego podejrzewając istnienie zakażenia u pacjenta, go operował, nie zdiagnozowawszy i nie wyleczywszy wpierw infekcji, tym bardziej że stan kliniczny powoda pozwalał na odłożenie zabiegu.

zgodnie z zasadą wiedzy medycznej obowiązującej w okresie zdarzenia (zresztą znalazło się to w opinii biegłego), a zatem *de facto* żądanie pozwanego świadczyło o jego niewiedzy; w nieomawianej tutaj podobnej sprawie opiniowanej w Szczecinie a dotyczącej możliwości zakażenia HCV w 1983 r. pozwany szpital nie popełnił tutaj *faux pas* i zaakceptował taką opinię biegłych. Postawa walki o „rozgrzeszenie" nie dość, że cechująca się brakiem samokrytycyzmu pozwanych (błąd może każdy popełnić, ale trzeba zrobić wszystko, żeby się to nie powtórzyło, zamiast walczyć o „rozgrzeszenie") i niepotrzebnie wydłużająca przebieg postępowania sądowego, to potencjalnie jest dla nich mniej lub bardziej szkodliwa, bo walcząc o owe „rozgrzeszenie" pozwany może mimowolnie dostarczyć dowodów i argumentów stronie przeciwnej na poparcie jej tez (Sprawa nr XXV — KMCMUJ, s. 116). Istotne jest także to, że w części tych spraw walka o „rozgrzeszenie" dotyczyła poszczególnych osób, choć stroną w postępowaniu nie były one a ich pracodawca — wydaje się, że czasem dyrekcja szpitali i ich pełnomocnicy „dla świętego spokoju" ulegają tutaj naciskom np. apodyktycznych i konfliktowych lekarzy o ugruntowanej pozycji w danej jednostce, nawet jeśli zdają sobie sprawę z tego, że może to być szkodliwe dla tego szpitala. Dobrym rozwiązaniem byłaby tutaj większa asertywność tych osób wsparta merytorycznie przez konsultanta spoza danej jednostki.

Podstawą sporządzenia opinii przez biegłego sądowego jest zawsze postanowienie sądu, które zawiera określoną tezę dowodową. W tezie dowodowej sąd precyzyjnie określa, co stanowi przedmiot opinii. W procesach „medycznych", sąd przeważnie zobowiązuje biegłego lekarza do:

- ustalenia, czy doszło do wystąpienia błędu medycznego;
- stwierdzenia, czy wystąpienie błędu było zawinione;
- określenia, czy pomiędzy błędem, a szkodą istnieje adekwatny związek przyczynowy;
- ustalenia wysokości uszczerbku na zdrowiu będącego następstwem zawinionego błędu.

W procesach o zakażenie szpitalne teza dowodowa może zawierać dodatkowo stwierdzenie, czy przyczyny powstania zakażenia szpitalnego były inne niż pobyt powoda (pacjenta) w pozwanej jednostce i czy jednostka ta zrobiła wszystko, aby zakażeniu zapobiec.

Sąd postanawiając o wydaniu opinii może formułując konkretne pytania do biegłego przyjąć jedno z poniższych rozwiązań:

- zlecić biegłemu udzielenie odpowiedzi na pytania stron zawarte w ich pismach (czasem może dokonać ich selekcji),
- podać własne pytania jako jedyne albo jako uzupełnienie pytań stron.

Oba rozwiązania z punktu widzenia biegłego są równoważne i nie wpływają w żaden sposób na pracę biegłego, który i tak ma prawo i obowiązek odpowiedzi tylko i wyłącznie

na pytania wyszczególnione w postanowieniu bezpośrednio lub pośrednio (poprzez odwołanie do pism stron).

Problem stanowi tutaj to, że ze względu na powszechne mity (*vide* 6.1, s. 43) pytania otrzymane przez biegłego często są tak sformułowane, że nie jest on w stanie odpowiedzieć na nie bez uprzedniego wyjaśnienia przyjętych przez siebie założeń dotyczących szczególnie zakażeń szpitalnych (i tym samym jest zmuszony naruszyć podstawowy kanon opiniowania — *vide* 6.4, s. 67). Ponadto strony uważają pewne zagadnienia za ważne, a pewne za niezbyt ważne, i opinia może stanowić dla nich zaskoczenie, kiedy biegły stwierdza, że ważne jest nieważne i *vice versa* — na co zresztą zwraca uwagę Kowalski[1].

W przypadku sądów dodatkowy problem stanowi to, że oczekują one opinii szybko wydanej, jednoznacznej i kompletnej, czego biegli zazwyczaj nie są w stanie zapewnić[2, 3, 41, 94, 103, 136]. Po pierwsze czas potrzebny na wydanie opinii wyraźnie koreluje ze stopniem skomplikowania sprawy, obciążeniem biegłego innymi zajęciami etc. i nierzadko nie jest możliwe dotrzymanie terminu narzuconego przez sąd[41]. Po drugie biegły tylko wyjątkowo może odpowiedzieć w pełni jednoznacznie — zazwyczaj sam przebieg choroby, jak i ubóstwo materiału dowodowego na to nie pozwalają[1–3]. Częściowo możnaby usunąć niejednoznaczności, gdyby materiał dowodowy w ogólności a dokumentacja medyczna w szczególności były starannie przygotowane (*vide* 6.3, s. 55), a tak nie jest. Z kolei odnosząc się do kompletności opinii, to w sprawach bakteryjnych zakażeń szpitalnych zapewnić ją może tylko i wyłącznie opiniowanie zespołowe (*vide* 5.2, s. 38), ponieważ pojedynczy biegły próbując opiniować o zagadnieniach spoza macierzystej specjalności popełnia *de facto* błąd opiniodawczy. Ewidentny przykład takiego podejścia sądów stanowi jedna ze spraw — Sprawa nr I — KMCMUJ, s. 84 — Sąd Okręgowy oddalił powództwo opierając się na opinii pediatry-neonatologa, który jednoznacznie stwierdził, że zakażenie u małoletniej powódki to zakażenie wewnątrzmaciczne* i przy tym nie podał głębszego uzasadnienia tej tezy, natomiast za „nic nie wnoszącą" uznał opinię mikrobiologa, który stwierdzał między innymi w odpowiedziach na niektóre pytania, że zebrany materiał dowodowy nie pozwala tu się wypowiedzieć, albo że odpowiedź na dane pytanie leży w gestii innych specjalistów. Wyrok ten został uchylony przez Sąd Apelacyjny.

* Warto skonfrontować to z referatem Kuydowicza, który zauważył, że niektórzy neonatolodzy uznają *a priori* za zakażenie wewnątrzmaciczne każde zakażenie u noworodka — nawet takie, które rozwinęło się po kilku tygodniach hospitalizacji po porodzie[79].

Ostatnie zagadnie to problem pytań otwartych, czyli sytuacji, kiedy sąd prosi biegłego o samodzielną ocenę materiału i przedstawienie wszystkich wniosków. Kryminalistycy podchodzą do tej praktyki jednoznacznie negatywnie, podczas gdy medycy sądowi dopuszczają jej stosowalność, aczkolwiek wyjątkowo (kiedy sprawa jest bardzo złożona)[2, 3, 96]. Autor pracy sądzi także, że takie rozwiązanie może być dopuszczalne wyjątkowo (bardzo złożone sprawy), ale tylko kiedy opiniuje zespół złożony z doświadczonych biegłych (pierwotnie z medyków sądowych, którzy następnie dokooptowują w razie potrzeby specjalistów innych dziedzin); biegli ci muszą następnie bardzo zwracać uwagę na to, żeby mimowolnie nie wchodzić w rolę świadka eksperta jednej ze stron.

6.3 Materiał dowodowy i jego ocena

6.3.1 Dokumentacja medyczna

Dokumentacja medyczna stanowi podstawowy materiał dowodowy w sprawach o błędy medyczne, jednakże w praktyce tylko wyjątkowo może spełniać w pełni swoją rolę, ponieważ obarczona jest ona skutkami licznych nieprawidłowości związanych z jej prowadzeniem[1–3, 8, 26]. Pozostaje to w jaskrawym kontraście z sytuacją np. w USA, gdzie bardzo jest podkreślane znaczenie prawidłowo prowadzonej dokumentacji medycznej jako sposobu zabezpieczenia się przed oskarżeniem o błąd medyczny[109, 119, 124, 131].

W pierwszym rzędzie wśród lekarzy klinicystów (co podkreślają liczni autorzy) prowadzenie dokumentacji medycznej jest uważane za przykrą i niepotrzebną formalność a nie za ważny element procesu diagnostyki i terapii — w rezultacie często nie zawiera ona wyczerpujących informacji merytorycznych nawet w aspekcie klinicznym (nie mówiąc już o ewentualnym postępowaniu sądowym) [1–3, 8, 26]. Warto zauważyć, że w nielicznych sprawach, kiedy udostępniana jest dokumentacja pielęgniarska, to jest ona prowadzona o wiele dokładniej i przeważnie zawiera dużo więcej informacji niż dokumentacja lekarska (wynika to prawdopodobnie z większego przykładania znaczenia w procesie kształcenia do prowadzenia dokumentacji medycznej oraz tego, że tutaj nie przyjął się negatywny stosunek do prowadzenia dokumentacji). Szczególnie źle jest prowadzona dokumentacja ambulatoryjna — skrajny przykład stanowi dokumentacja medyczna z poradni przyszpitalnej w jednej ze spraw (Sprawa nr XXXIII — KMCMUJ, s. 130), kiedy podczas prawie dwumiesięcznego leczenia powoda ze zmianami opatrunków co 2–3 dni, tylko jeden wpis był w miarę wyczerpujący, a pozostałe (poza jednym złożonym z kilku słów)

składały się z pojedynczego słowa „Opatrunek". Jednakże i w dokumentacji szpitalnej stwierdzane są spore uchybienia — w jednej ze spraw (Sprawa nr IX — KMCMUJ, s. 93) podczas hospitalizacji był okres trwający prawie 3 tygodnie, podczas którego nie było ani jednego wpisu w indywidualnej dokumentacji medycznej („dekursusu").

Przyjęty i uczony w Polsce tradycyjny sposób prowadzenia dokumentacji medycznej (chronologiczne wpisy bez grupowania problemowego) jest już obecnie przestarzały. Niestety nieśmiałe i nieliczne próby wprowadzenia nowocześniejszego problemowego sposobu prowadzenia dokumentacji skończyły się niepowodzeniem[137]. Nawiasem mówiąc np. w USA system problemowy został już zastąpiony nowszym systemem SOAP (**S**ubjective, **O**bjective, **A**ssesment, **P**lan), który może w przyszłości (w zmodyfikowanej formie) dotrze do Polski[61, 138, 139].

Truizmem jest stwierdzenie, że nieczytelne odręczne prowadzenie dokumentacji poważnie utrudnia jej analizę — jak podaje Świątek, w niektórych przypadkach należy korzystać z ekspertyzy grafologa, aby wydać opinię, albo występować do organu procesowego, aby ten zażądał uczytelnienia dokumentacji[41]. Inny problem to brak standaryzacji terminów i skrótowców — nierzadki problem dla biegłych stanowić może to, że dana osoba (ewentualnie wszyscy na jednym oddziale) stosuje np. skróty w pełni zrozumiałe tylko dla niej. Warto to zestawić z sytuacją w USA, gdzie skrótów w dokumentacji medycznej używa się o wiele więcej, ale są one w pełni wystandaryzowane[138, 139]. Inny problem to opisane przez Susło i Świątek trudności z zapewnieniem odpowiedniej trwałości niektórych elementów dokumentacji[140].

Kolejny problem to opisywana przez Świątek tendencja do ukrywania w dokumentacji ewentualnych schorzeń jatrogennych[41]. Tendencja taka jest opisana także przez Bieleckiego, który podaje, że chirurdzy mają tendencję do ukrywania zakażeń u operowanych przez siebie pacjentów[82]. W rezultacie np. często nie są pisane informacje o stanie miejscowym, albo są używane eufemizmy typu „wyciek z rany", a równocześnie pacjent otrzymuje antybiotyki.

W jednej ze spraw (Sprawa nr VI — KMCMUJ, s. 90) doszło do sytuacji, że pozwany część wpisów w historii choroby „odtworzył z pamięci", bo „oryginały zaginęły". Biegły mikrobiolog nie odnosił się do tego w swej opinii, bo akurat te wpisy nie wpływały w żaden sposób na treść odpowiedzi na otrzymane pytania — w innej sytuacji natomiast musiałby sceptycznie podchodzić do wiarygodności takich wpisów (*vide* 1.2, s. 67). Warto tę sytuację skonfrontować z publikacją Zyssa[141], który podaje przykład takiego „odtwarzania" dokumentacji psychiatrycznej — tam jednak lekarz dokonujący tego próbował to ukryć (i przyznał się do tego dopiero wtedy, kiedy biegły wykazał, że daty wpisów lekarza są o kilka lat wcześniejsze od roku wydrukowania formularza), podczas gdy tutaj jednak pozwany o tym napisał udostępniając dokumen-

tację. W innej sprawie (Sprawa nr XXXVI — KMCMUJ, s. 135) lekarka z pozwanego szpitala „uzupełniła" wpisy w dokumentacji sprzed 4 lat przed wykonaniem kserokopii dla sądu — wpisała do karty gorączkowej małoletniego powoda rozpoznanie „zakażenie wewnątrzmaciczne" oraz dopisała do historii choroby „miniepikryzę" mającą takie rozpoznanie uzasadnić; po wykryciu tego przez rodziców i pełnomocnika powoda (posiadali kopie dokumentacji sprzed „uzupełnienia") doszło do zawiadomienia prokuratury, która na szczęście dla lekarki ostatecznie umorzyła śledztwo w sprawie fałszowania dokumentów, ale obraz pozwanego szpitala w oczach sądu uległ znacznemu pogorszeniu.

Przy udostępnianiu dokumentacji medycznej biegłym pozwane szpitale nie dość, że prawie nigdy nie próbują zminimalizować skutków powyższych problemów, to nierzadko jeszcze je pogłębiają — najczęściej poprzez udostępnianie kserokopii niskiej jakości, które często są nieczytelne (osoby poświadczające zgodność z oryginałem czynią to mechanicznie bez oceny jakości kopii); skrajny przykład stanowi dokumentacja w jednej z opiniowanych w Katedrze Mikrobiologii spraw (Sprawa nr XXXVII — KMCMUJ, s. 136). Czasem stosowane są próby numerowania stron, wykonywania drukowanych kopii wpisów odręcznych etc., ale są to wypadki rzadkie i nigdy nie mają charakteru jednolitego systemu stosowanego do ogółu udostępnianej dokumentacji.

Innym ważnym problemem jest mimowolna selekcja udostępnianej dokumentacji medycznej — mianowicie praktykuje się udostępnianie tylko historii choroby z dokumentami dołączanymi do niej po wypisaniu pacjenta (np. karta gorączkowa). Natomiast nie praktykuje się udostępniania dokumentacji zbiorczej lub takich dokumentów indywidualnych, które nie są dołączane do historii choroby. Świątek podaje, że taka „selekcja" może wynikać z chęci ukrycia błędów[41]. Jednakże w sprawach, z którymi zapoznał się autor, braki dotyczyły raczej dokumentów, które mogłyby świadczyć na korzyść pozwanego. Wyjaśnienie tej sytuacji może wiązać się z niską wiedzą osób reprezentujących pozwanych na temat zakażeń szpitalnych oraz słabym zaangażowaniem tych osób w pracę (*vide* 6.1, s. 43), powodującym u nich niechęć do szukania poszczególnych dokumentów, przeglądania ksiąg etc. W takiej sytuacji pozwani nierzadko w swoich pismach atakują biegłego, który nadmienił w swojej opinii o brakach w otrzymanej dokumentacji — *vide* Sprawa nr XII — KMCMUJ ze strony 97, Sprawa nr XIV — KMCMUJ ze strony 100 i Sprawa nr XXVIII — KMCMUJ ze strony 121.

Powyższe wady nie oznaczają tylko niskiego komfortu pracy biegłego, ale wręcz mogą stanowić podstawę do przegrania przez pozwanego danej sprawy, ponieważ zgodnie z orzecznictwem Sądu Najwyższego braki w dokumentacji medycznej, których nie można usu-

nąć, nie mogą być wykorzystywane na niekorzyść powoda[7, 56]. W niektórych sprawach opiniowanych w Szczecinie biegli wręcz nie mogli odpowiedzieć na podstawowe pytania sądu z powodu poważnych braków w otrzymanej dokumentacji (Opinia nr II — ZMSPAM, s. 143; Opinia nr XI — ZMSPAM, s. 148).

Na zakończenie warto przedstawić zatem, jak zdaniem autora powinien wyglądać modelowy proces przygotowania dokumentacji medycznej udostępnianej biegłym.

Po pierwsze należy skompletować całość dokumentacji medycznej, czyli do standardowej historii choroby dołączyć także fragmenty dokumentacji zbiorczej (np. Księga Raportów Pielęgniarskich) dotyczące powoda i ewentualne inne elementy dokumentacji medycznej, gdzie jest on wymieniany, a które nie wchodzą w skład historii choroby. Tak skompletowaną dokumentację można udostępnić biegłym w formie oryginału lub kopii.

Po drugie w przypadku wykonywania kopii należy bardzo dużą wagę przywiązywać do właściwej jakości tych kopii i nie dopuszczać do udostępniania nieczytelnych kserokopii.

Po trzecie należy dołączyć wykonane w formie komputeropisu kopie nieczytelnych i trudnoczytelnych wpisów odręcznych podpisane przez lekarzy, którzy dokonali wpisów odręcznych, oraz potwierdzone przez dyrektora szpitala lub radcę prawnego (że ich treść jest zgodne z wpisami odręcznymi). Podobnie należy dołączyć słownik skrótów i terminów stosowanych powszechnie w danej jednostce (lub chociażby przez pojedynczego lekarza) i użytych w dokumentacji a odmiennych od powszechnie przyjętej terminologii medycznej[*].

Po czwarte wskazane jest, aby udostępniana dokumentacja została uporządkowana w porządku logicznym, wszystkie karty ponumerowane a ponadto został dołączony spis udostępnianej dokumentacji wraz z numerami kart.

[*] Autor zna przypadek oddziału chirurgicznego, na którym od wielu lat (nikt nie pamiętał, od kiedy i dlaczego) niektóre elementy instrumentarium nazywano liczbami, które zdarzały się i w dokumentacji medycznej (opisach zabiegów). Można sobie wyobrazić zakłopotanie biegłego spoza tej jednostki, który by czytał takie opisy. W jednej ze spraw opiniowanych w Szczecinie (Opinia nr XI — ZMSPAM, s. 148) biegli nie mogli zinterpretować takich „kodów" dotyczących procedur medycznych. Z kolei w nieomawianej w tej pracy sprawie dotyczącej zakażenia WZW B biegły nie mógł jednoznacznie zinterpretować zapisu „HBs — nb" (Antygen HBs niebadany? Antygen HBs nieobecny?) występującego w dokumentacji z Poradni Hepatologicznej.

6.3.2 Dokumenty związane z kontrolą zakażeń szpitalnych

Dokumentacja opisująca wszystkie aspekty szeroko pojętej kontroli zakażeń szpitalnych mogłaby stanowić doskonały dowód na niektóre tezy pozwanych dotyczące prawidłowości postępowania u nich. Oczywiście, aby tak było powinna ona przed udostępnieniem zostać starannie opracowana przez kompetentne osoby (Zespół Kontroli Zakażeń) — biegły powinien otrzymać dane epidemiologiczne dotyczące zakażeń szpitalnych w okresie hospitalizacji powoda (i do 2–3 miesięcy przed i po), opis stosowanego wtedy systemu rejestracji i kontroli zakażeń szpitalnych oraz zestawienie działań podjętych w celu usprawnienia tej kontroli czy ograniczenia liczby zakażeń (lista i tematy szkoleń dla personelu, kopie obowiązujących wtedy standardów postępowania np. mycia rąk, wykonywania wkłuć etc.). Tak opracowana dokumentacja pozwoliłaby biegłemu na wydanie kompletnej opinii w tym zakresie. Jednakże pomimo tego, że biegli zwracają na to uwagę (reguła w sprawach opiniowanych w Katedrze Mikrobiologii, a z innych spraw np. Opinia nr XV — ZMSPAM, s. 149), to i tak przeważnie pozwane jednostki nie uzupełniają tutaj braków nawet, kiedy zwracają się z wnioskiem o wydanie opinii uzupełniającej — czasami czynią to dopiero na wyraźne żądanie sądu (Sprawa nr XXXII — KMCMUJ, s. 128).

W praktyce jednak pozwane jednostki nie udostępniają takiej dokumentacji — w zasadzie tylko w dwóch ze spraw opiniowanych w Katedrze Mikrobiologii CM UJ została udostępniona dokumentacja opisująca zasady kontroli zakażeń szpitalnych w formie zbliżonej do opisanej powyżej (Sprawa nr XXIX — KMCMUJ, s. 123; Sprawa nr XXXII — KMCMUJ, s. 128). O ile pozwane jednostki chętnie udostępniają dokumenty dotyczące kontroli sterylizacji, to inne dokumenty są dołączane wyraźnie incydentalnie i bez jakiejś koncepcji, a raczej na zasadzie „co to by jeszcze dołożyć", z kolei wypowiedzi osób zajmujących się kontrolą zakażeń szpitalnych obejmują tylko wybrane aspekty (wynika to prawdopodobnie z tego, że prawnik opracowujący pismo do sądu nie żąda od nich niczego więcej). O ile można to jeszcze próbować zrozumieć, gdy chodzi o dokumenty dołączane przed wydaniem opinii, to niewiele lepsza sytuacja jest w przypadku żądania od biegłego wydania opinii uzupełniającej — nawet jeśli biegły wyraźnie wyszczególni, dlaczego nie mógł odpowiedzieć na dane pytanie i przedstawi, jaka dokumentacja byłaby mu w tym pomocna; strona pozwana wtedy próbuje czasem uzupełnić takie braki, ale ponieważ zajmują się tym osoby niezbyt kompetentne w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych (prawnik, czasem jakiś klinicysta z danego oddziału, pielęgniarki oddziałowe etc.), to te działania nie przynoszą większych skutków (przeważnie biegły otrzymuje trochę więcej kserokopii różnych standardów nie zawsze zresztą dotyczących kontroli zakażeń). Wydaje się,

że gdyby istniała zasada obecności w zespole pozwanego pracującym nad daną sprawą osób zajmujących się tam kontrolą zakażeń szpitalnych, sytuacja byłaby znacznie lepsza.

Ważne zagadnienie stanowi prawidłowa ocena załączanych chętnie przez pozwane jednostki dokumentów dotyczących kontroli sterylizacji. W praktyce są to przeważnie księgi/zeszyty z dokładnie powklejanymi wskaźnikami chemicznymi (czasem także wydrukami pracy urządzeń). Na postęp wiedzy w dziedzinie walidacji sterylizacji zwracał już uwagę Kowalski, gdy stwierdzał, że pozwane jednostki mogą stosować testy nowej generacji[1]. Walidacja procesów sterylizacji jest obecnie szeroko opisywana w piśmiennictwie i do dnia dzisiejszego nie zostały w pełni ustalone jednoznaczne zasady[142–145]. Jednakże już można stwierdzić, że typowa książka z wskaźnikami chemicznymi jest dalece niewystarczająca, ponieważ po pierwsze nie obrazuje ona całości procesu sterylizacji (tzn. etapu przygotowywania narzędzi oraz zasad postępowania z materiałem po sterylizacji, czyli magazynowania), a po drugie obecnie jest tendencja odchodzenia od wskaźników chemicznych na rzecz wskaźników biologicznych i fizycznych[*144, 145].

Jakie są z tego implikacje dla biegłego? Takie, że w opinii nie można stwierdzić na podstawie tego typu książki, że cała sterylizacja przebiegała prawidłowo, a tylko że warunki procesu sterylizacji w danym urządzeniu były zgodne z wymogami dla takiego procesu. Ocenę prawidłowości procesu można przeprowadzić, jeśli otrzyma się szczegółową dokumentację dotyczącą zasad pracy sterylizatorni i sposobów walidacji sterylizacji tam stosowanych.

Oczywiście w sytuacji, kiedy pozwana jednostka popełnia ewidentne błędy w zakresie kontroli i walidacji sterylizacji — jak np. w nieomawianej tutaj sprawie dotyczącej zakażenia WZW B, gdzie w pozwanym szpitalu nie stosowano jakichkolwiek wskaźników kontrolujących prawidłowość konkretnego cyklu sterylizacji (poprzestawano tylko na okresowo stosowanych testach) — biegły nie ma problemów z opiniowaniem.

---

[*] Należy tutaj nadmienić, że swoją dotychczasową popularność wskaźniki chemiczne zawdzięczają temu, że przyrządy pomiarowe stosowane dawniej były niedokładne i nie pozwalały na rejestrację wyników, a wskaźniki biologiczne (popularne testy Sporal) wymagały 7-dniowej inkubacji w laboratorium mikrobiologicznym posiadającym cieplarkę zdolną do wytworzenia temperatury 56°C. Współcześnie rejestracja wyników jest standardem, a wskaźniki biologiczne nowej generacji charakteryzują się łatwą inkubacją i odczytem oraz krótkim czasem tej inkubacji (do 48 h). Wszystko to powoduje, że wskaźniki chemiczne będą pełniły coraz bardziej ograniczoną rolę.

6.3.3 Dowody osobowe — zeznania stron i świadków

Dowody osobowe w przypadku bakteryjnych zakażeń szpitalnych odgrywają różną rolę w zależności od tego, czy pochodzą od strony powodowej czy pozwanej.

Dowody strony powodowej (tzn. zeznania powodów i powołanych przez nich świadków — członków rodzin, znajomych) mają ograniczoną przydatność dla biegłego — należy tu się zgodzić ze zdaniem Kowalskiego[1]. Wynika to z tego, że prawie zawsze powtarzają one tezy zawarte w pozwie i nie są poparte innymi dowodami materialnymi — tylko w jednej sprawie (Sprawa nr I — KMCMUJ, s. 84) zdeterminowani rodzice małoletniej powódki dostarczyli dodatkowe dowody w postaci fotografii na poparcie swoich zeznań dotyczących warunków panujących w pozwanym szpitalu i sposobów postępowania personelu pozwanego z powódką. Z punktu widzenia biegłego, jeśli pozostały materiał dowodowy nie stoi w wyraźnej sprzeczności można uznać wiarygodność takich zeznań w zakresie opisu stanu faktycznego. Inna sytuacja jest, kiedy zeznania stron są sprzeczne, a reszta materiału dowodowego nie zawiera przesłanek pozwalających uznać wiarygodność zeznań żadnej ze stron — w takiej sytuacji biegły powinien dać wyraz tym wątpliwościom i ewentualnie przedstawić alternatywne hipotezy pozostawiając rozstrzygnięcie w gestii sądu, w takiej sytuacji; jeśli istnieje możliwość uzyskania przesłanek po uzupełnieniu materiału dowodowego, biegły może przedstawić możliwości uzyskania dodatkowych dowodów. Błędne jest natomiast arbitralne przyznawanie racji jednej ze stron, jeśli nie można tego poprzeć dodatkowymi dowodami — przykład może stanowić opinia pediatry neonatologa w jednej ze spraw (Sprawa nr I — KMCMUJ, s.84), który *a priori* przyznał rację pracownikom pozwanego twierdzącym, że u małoletniej powódki doszło do zakażenia wewnątrzmacicznego, pomimo że w materiale dowodowym brakło elementów na poparcie tej tezy. Jedna ze spraw (Sprawa nr XIX — KMCMUJ, s. 108) jest bardzo interesująca w tym kontekście, ponieważ strony zgadzały się co do opisu stanu faktycznego (poza drobnymi szczegółami), czyli dwukrotnego wykonania punkcji stawu kolanowego w sposób i w warunkach wręcz urągających zasadom aseptyki[*], a sprzeczności dotyczyły tego, że powód uważał to za błąd, którego skutkiem

[*] Pozwany lekarz kazał przyjść powodowi do typowego konsultacyjnego gabinetu lekarskiego na kilkanaście minut przed rozpoczęciem przyjmowania innych pacjentów. Gdy powód przyszedł, pozwany lekarz jeszcze nie przyjechał, po kilku minutach wbiegł on do gabinetu, szybko zrzucił odzież wierzchnią (punkcje miały miejsce na początku grudnia), kazał powodowi położyć się na kozetce, pobieżnie umył ręce, nie zakładając rękawiczek przetarł kolano powoda wacikiem ze spirytusem i od razu wbił igłę.

było zakażenie, podczas gdy pozwany uważał swoje postępowanie za prawidłowe, bo to był „powszechny zabieg".

W przypadku zeznań świadków pozwanego należy zgodzić się z Kowalskim, który uważa je wręcz za „katastrofalne" dla pozwanego w niektórych sprawach, ponieważ przedstawiają one ewidentne błędy i zaniedbania personelu medycznego[1]. Zdaniem autora niniejszej pracy wynika to przede wszystkim ze sporych braków u personelu medycznego w zakresie wiedzy dotyczącej zakażeń szpitalnych, higieny szpitalnej, antybiotykoterapii etc. w połączeniu z chętnym stosowaniem różnych czasem wręcz bezsensownych „tradycji"[68, 69]. Powoduje to, że osoby takie opisując swoje postępowanie uważają je za w pełni prawidłowe i nie zdają sobie sprawy z popełnionych błędów, więc nie starają się w zeznaniach ich pominąć, ale wręcz uwypuklają uważając je za zjawisko pozytywne — w jednej ze spraw (Sprawa nr XVI — KMCMUJ, s. 103) zeznająca pielęgniarka oddziałowa podkreślała jako bardzo pozytywne postępowanie polegające na rutynowym przepłukiwaniu cewników Foleya u pacjentów, pomimo że już od lat jest ono uważane za ewidentny błąd w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych, ponieważ prowadzi do dostania się zakażonego moczu do pęcherza pacjenta[10–12]. Oczywiście nie należy traktować tego jako zachęty do składania fałszywych zeznań, ale jako zachętę do dokształcania się. Z punktu widzenia opiniowania biegły natomiast dzięki temu ma ułatwione zadanie, ponieważ ewidentne i często poważne błędy medyczne otrzymuje niejako „na tacy". Oczywiście należy liczyć się, że personel może wraz z poprawą wiedzy zacząć zdawać sobie sprawę z popełnionych błędów i usiłować je ukrywać, ale z drugiej strony lepsza znajomość zagadnień związanych z kontrolą zakażeń szpitalnych, antybiotykoterapią etc. przyczyni się jednak do rezygnacji z wielu nonsensownych „tradycji".

Dla odmiany zeznania świadków pozwanego dotyczące przebiegu schorzenia u powoda, jego stanu klinicznego etc. praktycznie rzecz biorąc nic nie wnoszą ponad zawartość dokumentacji medycznej — jest w pełni zrozumiałe to, że lekarz może nie pamiętać szczegółów wydarzeń sprzed co najmniej kilku lat (tym bardziej, że powód był jednym z wielu pacjentów); ale po to właśnie jest właściwie prowadzona dokumentacja medyczna, żeby nie musiał pamiętać — a jak napisano wcześniej (*vide* 6.3.1, s. 55), dokumentacja ta jest prowadzona w polskich warunkach często wręcz fatalnie.

6.3.4 Inne składowe materiału dowodowego

Inne składowe materiału dowodowego to przede wszystkim protokoły kontrolne Inspekcji Sanitarnej, które są bardzo chętnie dołączane przez pozwanych do akt sprawy (aczkolwiek nierzadko bez większego związku — np. kontrola innego oddziału niż oddziału, gdzie leczono powoda, kontrola przeprowadzona kilka miesięcy wcześniej lub później niż feralna hospitalizacja). Inne dokumenty to protokoły sekcyjne, artykuły z prasy, artykuły naukowe, fragmenty książek, dokumentacja fotograficzna etc. Tutaj również zaklasyfikować można dokumenty w językach obcych.

W przypadku protokołów kontrolnych Inspekcji Sanitarnej można stwierdzić, że tylko wyjątkowo stanowią one jakąkolwiek pomoc dla biegłego, w czym zresztą należy w pełni zgodzić się z Kowalskim, który na ten fakt zwrócił uwagę[1]. Spośród spraw opiniowanych w Katedrze Mikrobiologii CM UJ protokoły takie pomogły w wydaniu opinii tylko w jednej sprawie — Sprawa nr I — KMCMUJ ze strony 84 — a ponadto zaledwie w dwóch innych sprawach (Sprawa nr XXIV — KMCMUJ, s. 115 oraz Sprawa nr XXXII — KMCMUJ, s. 128) wniosły pewne informacje merytoryczne.

Wynika to z tego, że w sposobie przeprowadzania kontroli, szkolenia pracowników Inspekcji Sanitarnej, ich doskonalenia zawodowego etc. rzeczywistość powoduje zazwyczaj dość niską jakość merytoryczną tych protokołów.

Przede wszystkim należy się zgodzić z Kowalskim, że olbrzymią poprawę jakości powyższych protokołów spowodowałoby wprowadzenie zasady, żeby kontrolujący otrzymywał specjalny kwestionariusz (wystandaryzowany w skali całego kraju) zawierający pytania, na które musi on odpowiedzieć, żeby w pełni prawidłowo i kompleksowo ocenić stan sanitarno-higieniczny jednostki kontrolowanej[1]. Oczywiście kwestionariusz taki musi się charakteryzować doskonałą jakością merytoryczną, jak również być regularnie aktualizowany wraz z postępem wiedzy. Obecna sytuacja jest jednak taka, że kontrolujący opiera się przede wszystkim na własnej wiedzy merytorycznej, inwencji, doświadczeniu oraz „tradycjach" przyjętych w danej jednostce (Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej), które bardzo często powodują obniżenie jakości merytorycznej protokołów.

W rezultacie protokoły skupiają się często na sprawach mniej istotnych (np. stan lamperii na klatce schodowej), a np. ważne zagadnienia sterylizacji i dezynfekcji kwitują kilkuwyrazowymi ogólnikami typu „Sterylizacja prawidłowa" bez podania podstaw takiego stwierdzenia.

W przypadku zakażeń szpitalnych postęp w wiedzy związanej z ich szeroko pojętą kontrolą w ostatnich latach jest olbrzymi, a niestety wiedza pracowników Inspekcji Sanitarnej w tym

zakresie jest często mierna i przestarzała — autor niniejszej pracy ma doświadczenia z tym związane*. Należy jednak wspomnieć, że od pewnego czasu widać pewne oznaki poprawy — spory odsetek uczestników szkoleń z zakresu zakażeń szpitalnych organizowanych przez Polskie Towarzystwo Zakażeń Szpitalnych stanowią pracownicy Inspekcji Sanitarnej — być może przyczyni się to do poprawy jakości ich pracy i rezygnacji z wielu „tradycji".

Biegły zatem opiniując nie za bardzo ma się do czego odnieść (abstrahując już od tego, że nierzadko protokoły z akt sprawy dotyczą okresów dużo wcześniejszych lub późniejszych od okresu pobytu powoda albo innych oddziałów niż ten, w którym był on hospitalizowany) — w Katedrze Mikrobiologii CM UJ przyjęta jest zasada, że jeśli protokoły nie wskażą ewidentnych nieprawidłowości to się je uwzględnia w ograniczonym zakresie, chyba żeby reprezentowały dobry poziom merytoryczny.

W jednej ze spraw (Sprawa nr XI — KMCMUJ, s. 95) w materiale dowodowym znalazły się kserokopie artykułu z prasy lokalnej opisującego „epidemię" zgorzeli gazowej w pozwanym szpitalu (w tym sprawę powódki) — przy sporządzaniu opinii nie zostały one uwzględnione, ponieważ biegli mieli spore zastrzeżenia co do ich wiarygodności („sensacyjny" styl, błędy merytoryczne w treści etc.). Już po wydaniu opinii przez biegłych okazało się niestety, że dziennikarz piszący artykuł miał trochę racji, gdy pisał emocjonalnie — w piśmie pozwanego jako usprawiedliwienie postępowania pozwanego z powódką znalazły się sformułowania prawie identyczne z tymi, jakie dziennikarz przypisał lekarzom z pozwanego szpitala, a które mogłyby się znaleźć jako negatywne przykłady w książkach Jürgena Thorwalda „Stulecie chirurgów" i „Triumf chirurgów"[146, 147] — np. jako uzasadnienie tego, że złamaną nogę powódki w szpitalu na kilka dni unieruchomiono w zamkniętym opatrunku gipsowym bez jej wcześniejszego umycia z zanieczyszczeń ziemią, podawano, że złamań „nie wolno ruszać".

W przypadku dołączania przez stronę piśmiennictwa naukowego (artykuły, fragmenty podręczników etc.) w celu poparcia przedstawionych przez nią tez, biegły powinien się odnieść do takich materiałów, o ile istnieje związek między ich treścią a merytoryczną stroną opinii (np. biegły mikrobiolog najprawdopodobniej nie będzie się odnosił do materiałów dotyczących wyboru odpowiedniej techniki operacyjnej). Wtedy musi on skomentować to piśmiennictwo

* Podczas prowadzenia szkolenia w 2007 r. dla osób przeprowadzających takie kontrole nierzadko od lat (inna rzecz, że były to osoby kontrolujące takie obiekty jak zakłady fryzjerskie, gabinety kosmetyczne etc.) reakcją na informacje dotyczące istnienia testów dołączanych przez producentów do opakowań środków dezynfekcyjnych umożliwiających ocenę jakości sporządzonego roztworu było niedowierzanie, że coś takiego istnieje.

i umieścić je we właściwym kontekście — w jednej ze spraw (Sprawa nr XXVII — KMCMUJ, s. 119) pozwany powoływał się na artykuły dotyczące lekooporności gronkowców i biegły w swej opinii uzupełniającej umieścił je we właściwym kontekście.

Dokumentacja fotograficzna (a także ewentualnie filmowa) dołączana jest przeważnie przez stronę powodową i może albo dotyczyć określonego uszczerbku na zdrowiu i obrazować stan powoda (np. Sprawa nr IV — KMCMUJ, s. 88 czy Sprawa nr XV — KMCMUJ, s. 102) albo stanowić ilustrację opisywanych przez powodów uchybień i błędów pozwanego dotyczących chociażby higieny szpitalnej (Sprawa nr I — KMCMUJ, s. 84). Zdaniem autora dołączanie materiałów pierwszej grupy jest całkowicie zbędne, ponieważ biegły o medycznym wykształceniu i tak jest „uodporniony", a jeśli w opinii będzie oceniał stan i uszczerbek na zdrowiu u powoda, to powinien samodzielnie go zbadać. W przypadku materiałów drugiej grupy, biegły może je traktować jako dodatkowe uwiarygodnienie tez powoda. Problem może stanowić sytuacja, kiedy druga strona kwestionuje ich autentyczność — w takiej sytuacji biegły nie powinien uwzględniać ich przy opiniowaniu, dopóki ta sprawa nie zostanie rozstrzygnięta (np. poprzez ekspertyzę kryminalistyczną). W sytuacji, kiedy biegły sam ma uzasadnione podejrzenia co do ich autentyczności, to powinien postąpić tak samo, jak w każdym innym przypadku zastrzeżeń co do wiarygodności dowodów (*vide* 1.2, s. 67)[2, 3, 96].

Dokumentacja finansowa (rachunki, faktury VAT) jest dołączana przez powodów, którzy w ten sposób chcą udokumentować poniesione wydatki — biegły lekarz może zostać poproszony o stwierdzenie, czy dane wydatki były zasadne w danej sytuacji i czy wynikały np. z zakażenia.

Ciekawe zagadnienie może stanowić sytuacja, kiedy jedna ze stron dołącza do materiału dowodowego materiały w językach obcych (np. dokumentacje medyczną z leczenia za granicą, prace naukowe). Wydaje się, że w zasadzie powinno być przyjmowane przez sądy (przynajmniej w odniesieniu do dokumentacji medycznej), aby załączać tekst obcojęzyczny wraz z tłumaczeniem przysięgłym. Pozwoli to biegłemu na pełną i właściwą ocenę takich materiałów. Nieco gorszym rozwiązaniem wydaje się dołączanie samego tłumaczenia, bo należy się liczyć z tym, że najlepszy nawet tłumacz bez wykształcenia medycznego ma prawo nie w pełni sobie poradzić z tłumaczeniem specjalistycznego tekstu medycznego — biegły wtedy powinien zwrócić uwagę na sprzeczności pomiędzy takim tekstem i resztą materiału oraz dać temu wyraz w swej opinii. Dołączanie samego tekstu w języku obcym natomiast może sprawiać problemy biegłemu nieznającemu biegle danego języka — w takiej sytuacji biegły powinien napisać w opinii, że nie mógł ocenić danego dokumentu. Strona w takiej sytuacji natomiast winna zadbać

o wiarygodne tłumaczenie. Biegły tutaj nie powinien natomiast sam zlecać tłumaczenia osobom trzecim — tłumaczowi przysięgłemu, osobom z kręgu rodzinno-towarzyskiego etc. — ponieważ po pierwsze mogą wystąpić problemy z rozliczeniem kosztów, a po drugie przy tłumaczeniu przez osoby przypadkowe może dojść do błędów w przekładzie wpływających negatywnie na opinię (a odpowiedzialność ponosi biegły).

Z uwagi na to, że autor jest specjalistą mikrobiologii lekarskiej, a biegli tej specjalności do wydania opinii w zakresie swej specjalizacji nie potrzebują badać powodów, to w niniejszej pracy zagadnienie to zostanie pominięte. Należy tylko zasygnalizować, że zbadanie stanu zdrowia powoda jest niezbędne do określenia stopnia uszczerbku na zdrowiu u niego. Badanie takie winien wykonać biegły o odpowiednich kompetencjach do określenia uszczerbku na zdrowiu — zdecydowanie najlepszym rozwiązaniem jest przeprowadzanie takiego badania przez specjalistę medycyny sądowej, który reprezentuje kompetencje zawodowe najodpowiedniejsze do tego celu[1–3, 6, 41, 51, 95, 103, 148]. Jako *curiosum* można potraktować zdanie pozwanego w jednej ze spraw (Sprawa nr XI — KMCMUJ, s. 95), który stwierdził w swoim piśmie, że specjaliści medycyny sądowej nie mają kompetencji zawodowych do określania uszczerbku na zdrowiu.

Podobnie sytuacja się ma z protokołami sekcyjnymi, które w medycynie sądowej stanowią podstawową składową materiału dowodowego[2, 3, 101]. Wydaje się jednak, że w przypadku bakteryjnych zakażeń szpitalnych takie dokumenty będą odgrywały stosunkowo ograniczoną rolę — przede wszystkim w sytuacji, kiedy pozwany wystąpi z tezą, że zgon pacjenta nastąpił w wyniku innych przyczyn niż związane z zakażeniem (np. choroby podstawowej) — i biegły będzie musiał się do tego ustosunkować. W sprawach opiniowanych w Katedrze Mikrobiologii tylko w jednej z nich (Sprawa nr X — KMCMUJ, s. 94) znajdował się taki dokument, ponieważ tutaj doszło do zgonu pacjenta i z powództwem cywilnym wystąpili jego spadkobiercy; w tej sprawie przyczyna zgonu pacjenta nie budziła jednak wątpliwości i nie stanowiła przedmiotu sporu pomiędzy stronami, więc protokół sekcji nie był potrzebny do wydania opinii.

Natomiast w sprawach opiniowanych w jednostkach zajmujących się medycyną sądową regułą było badanie powodów/poszkodowanych, wykonywanie sekcji (lub wykorzystywanie gotowych protokołów) etc., co wynika zresztą z zakresu kompetencji tej specjalności[1–6].

Kowalski podaje przykład biegłego, który dokonał oględzin pozwanego szpitala (zresztą samowolnie)[1]. Zdaniem autora oględziny takie prawie zawsze nie mają większej wartości w sprawach związanych z zakażeniami szpitalnymi, ponieważ biegły zazwyczaj wydaje opinię po upływie długiego czasu (zwykle kilka lat) od zajścia danego zdarzenia, co oznacza, że jakiekolwiek wnioski z oględzin nic nie mówią o sytuacji podczas kwestionowanej hospitalizacji.

6.4 Sporządzanie opinii

Opracowanie opinii stanowi kwintesencję pracy biegłego i dlatego musi być szczególnie staranne. Truizmami są (i dlatego nie będą dalej omawiane): dobra jakość papieru i wydruku oraz używanie poprawnego języka polskiego[2, 3].

Pewne problemy może sprawiać terminologia (nazwy mikroorganizmów, leków, schorzeń, procedur medycznych etc.)[149]. Nie budzi żadnych wątpliwości, że biegły w swej opinii powinien się posługiwać ogólnie przyjętą, aktualną i poprawną terminologią medyczną (czyli np. stosować międzynarodowe nazwy leków, obowiązujące łacińskie lub w przypadku wirusów anglojęzyczne nazwy drobnoustrojów[*]). Problem stanowi natomiast to, że w materiale dowodowym może być stosowana inna terminologia — nazwy handlowe leków, przestarzałe nazwy mikroorganizmów, niestandardowe nazwy procedur i instrumentarium (*vide* 6.3.1, s. 55). Zdaniem autora biegły powinien w części formalnej opisując przebieg postępowania z powodem stosować właściwą terminologię, a równocześnie w nawiasach (lub przypisach w przypadku dłuższych zdań) wyjaśniać różnice między tą terminologią a np. zapisami w dokumentacji (wydaje się, że wystarczy pojedyncze objaśnienie).

Natomiast za rażącą praktykę należy uznać stosowanie własnych neologizmów (zarówno w aspekcie leksykalnym, jak i semantycznym) niezrozumiałych dla innych osób — np. w jednej ze spraw (Sprawa nr XXXIV — KMCMUJ, s. 132) znajdowała się opinia klinicysty, który użył określenia „milipory skóry”[†]. Autor tutaj w pełni zgadza się z medykami sądowymi i kryminalistykami, którzy uważają, że opinia powinna być pisana prostym i zrozumiałym językiem[2, 3, 96].

W dalszej części autor założy, że opinię wydaje pojedynczy biegły o określonej specjalności (mikrobiologii lekarskiej), ale spróbuje uwzględnić także i inne sytuacje.

---

[*] Biegły powinien unikać polskich nazw, ponieważ one są przeważnie oparte na przestarzałej systematyce[47, 50]. Przy stosowaniu nazw łacińskich, które ze względu na postępy w mikrobiologii mogły się zmienić w ciągu kilku lat dzielących daną hospitalizację i czas wydawania opinii, biegły według swego uznania wybiera, czy stosuje nazwę ówczesną, czy współczesną.

[†] Świątek podaje przykład błędnej opinii ginekologa w sprawie karnej, który użył określenia „szczepki błony dziewiczej”[41].

Każda opinia powinna zawierać 3 zasadnicze części[2, 3]:

- część formalna (paszportowa, inicjalna),
- opis stanu faktycznego,
- opinia właściwa.

W części formalnej powinny być zawarte informacje dotyczące sądu, który otrzymuje opinię, sprawy (sygnatura i przedmiot), biegłych (szczególnie dotyczy opiniowania w dużych zespołach — warto wtedy na początku przedstawić listę biegłych wraz z ich stopniami i tytułami, specjalizacjami, dodatkowymi kwalifikacjami etc.; w przypadku pojedynczego biegłego wystarczy odpowiednia informacja nagłówkowa, która w przypadku opinii zespołowych powinna dotyczyć przewodniczącego zespołu), daty wydania opinii (ewentualnie daty jej opracowania od otrzymania pisma do wydania opinii) oraz podstawy wydania opinii (postanowienie sądu wraz z datą i numerem karty w aktach)[2, 3]. Można w tej części umieścić także otrzymane pytania (zawarte w postanowieniu sądu, pismach stron) — w przypadku dłuższych opinii w takim wypadku warto powtarzać ich treść w miejscu umieszczenia odpowiedzi (a nie tylko odwołanie do samego pytania), aby ułatwić czytanie opinii. W przypadku sytuacji związanych z niejasnym brzmieniem pytania lub błędami w jego treści (*vide* dalej) należy obok pytania umieścić dodatkowe informacje z tym związane. Trudne zagadnienie stanowi korzystanie przez biegłego z konsultacji innych osób, które jednak nie biorą udziału w opracowywaniu opinii — np. biegły mikrobiolog może poprosić o konsultację w sprawie specyficznej metody diagnostycznej z dziedziny biologii molekularnej osobę, która ją wykonuje na co dzień. Wydaje się dobrą praktyką, że takie osoby należy wymieniać w tekście (wraz z podaniem kwalifikacji i zakresu konsultacji), ale niekoniecznie w liście osób opiniujących.

Część powyższych informacji to informacje nagłówkowe zawarte na początku opinii (w przypadku bardzo długich opinii powinno się dołączyć odrębne pismo przewodnie) — ich układ powinien być zgodny z zasadami sporządzania pism urzędowych przyjętymi w Polsce (autor widział pisma urzędowe — aczkolwiek nie opinie — sporządzone w języku polskim, ale z układem typowym dla języka angielskiego; w jego przekonaniu jest to rażące).

Przy opisie stanu faktycznego biegły powinien przedstawić przebieg postępowania z powodem, jego choroby, informacje o wynikach badań (w tym osobistego badania powoda wraz z datą) etc. — nie ma reguły, co powinno się tutaj znaleźć, ponieważ to zależy od konkretnej opinii. Można przyjąć, że biegły powinien tutaj zawrzeć wszystkie informacje (i tylko te) zawarte w materiale dowodowym, które mu były potrzebne do udzielenia odpowiedzi na otrzymane pytania. Przy odnoszeniu się do konkretnych zapisów w materiale dowodowym warto

podawać numery kart w aktach. Autor uważa za błędne zarówno pomijanie (czy nadmierne skracanie) tej części opinii, jak i umieszczanie tutaj informacji, które nie posłużyły biegłemu do wydania opinii (może to się zdarzać, jeśli np. przepisywaniem treści dokumentacji biegły usiłuje sztucznie „nabić" długość opinii). W obu wypadkach bowiem nie jest możliwe prześledzenie toku rozumowania biegłego. W tej części biegły powinien także zawrzeć informacje o tych brakach w materiale dowodowym (np. nieczytelne wpisy, niska jakość kserokopii), które utrudniły mu wydanie opinii. W jednej ze spraw (Sprawa nr XVII — KMCMUJ, s. 104) pozwany w swoim piśmie stwierdził, że stwierdzenia biegłego dotyczące braków w materiale dowodowym są nieuzasadnione, bo inni biegli o nich nie wspomnieli — oczywistością jest, że każdy biegły sam ocenia kompletność i adekwatność materiału dowodowego a ocena innych biegłych w tej materii nie jest dla niego wiążąca.

Trudnym zagadnieniem jest sytuacja, kiedy dany dowód (np. dokument) budzi wątpliwości co do jego wiarygodności — np. dokumentacja medyczna sprawia wrażenie, że były próby sfałszowania jej treści. Oczywiste jest, że biegły nie może korzystać z takich dowodów, ale nie wiadomo, czy powinien on w opinii zawrzeć swoje wątpliwości. Marek w swoich pracach optuje za zasadą, aby nie dyskutować wiarygodności takich dowodów (poza informacją o ich odrzuceniu z powodu podejrzeń co do wiarygodności), a już do decyzji sądu zależy, co tutaj zrobi (zleci biegłemu ocenę wiarygodności, zleci ekspertyzę kryminalistyczną etc.)[2, 3, 26]. Wydaje się, że jest to dobra zasada i warto ją przyjąć — ewentualnie w poszczególnych sprawach biegły może spróbować przedstawić trochę szerzej swoje wątpliwości.

Właściwa opinia zawiera natomiast pytania (ewentualnie odwołania do nich, jeśli pytania zawarte są w części paszportowej a opinia jest krótka), jakie otrzymał biegły i odpowiedzi na nie. Biegły zgodnie ze swoim uznaniem może pytania przedstawiać w porządku oryginalnym zawartym w pismach albo zmieniać ich kolejność, jeśli przez to treść opinii będzie zrozumialsza i bardziej logiczna.

Ważnym zagadnieniem jest sposób przedstawienia pytań do biegłego zawartych w postanowieniu o dopuszczeniu dowodu z opinii biegłego. Sąd może bowiem przedstawić własne pytania, powtórzyć pytania stron lub polecić biegłemu udzielić odpowiedzi na pytania stron zawarte w ich pismach. Niestety zdarza się, że pytania takie zawierają błędy językowe (gramatyczne, stylistyczne, a nawet ortograficzne), są niejasne, a czasem zawierają błędy merytoryczne (autentyczne przykłady to „wirus *Staphylococcus aureus*", „metacyklinooporny gronkowiec") — zazwyczaj dotyczy to pytań autorstwa pełnomocników stron. Aczkolwiek świadczy to niezbyt pozytywnie o stosunku tych osób do ich pracy (autor nie wyobraża sobie sytuacji,

żeby absolwent studiów prawniczych znał język polski gorzej od ucznia szkoły średniej, ani żeby prawnik nie potrafił znaleźć w książce poprawnej terminologii, a zatem takie „kwiatki" należy traktować jako wyraz nieco lekceważącego stosunku do całej sprawy), to jednak leży to poza zakresem niniejszej pracy i nie będzie dalej omawiane.

Biegły w takiej sytuacji najlepiej postąpi, jeśli zacytuje pytania w ich brzmieniu oryginalnym (może ewentualnie poprawić ewidentne drobne błędy będące „literówkami"). W przypadku błędów rzeczowych biegły powinien się odnieść do nich na samym początku odpowiedzi na dane pytanie i potem stosować prawidłową terminologię. W przypadku niejasnych pytań (szczególnie w sytuacji, kiedy pozostałe pytania nie dają dodatkowych przesłanek do zinterpretowania konkretnego pytania) biegły może przedstawić wybraną interpretację na początku odpowiedzi i merytorycznie się odnieść do niej, ewentualnie może przedstawić kilka interpretacji i odnieść się do każdej z nich. Pierwsze rozwiązanie nie wydłuża niepotrzebnie opinii, ale może spowodować konieczność wydania przez biegłego opinii uzupełniającej, jeśli wybrana przezeń interpretacja będzie inna od intencji pytającego, a drugie rozwiązanie na odwrót. Natomiast należy unikać zmiany brzmienia pytania lub rekapitulacji jego treści zamiast zacytowania, ponieważ strona niezadowolona z opinii może traktować to jako uzasadnienie przy próbach zarzucenia biegłemu błędu opiniodawczego. Innym rozwiązaniem może być zwrócenie się przez biegłego do sądu z prośbą o doprecyzowanie pytań (oczywiście z kompletnym uzasadnieniem) i uzależnienie wydania opinii od takiego doprecyzowania.

Podstawowe zasady opiniowania to[1–3, 5, 6, 40, 41, 43, 87, 94, 95]:

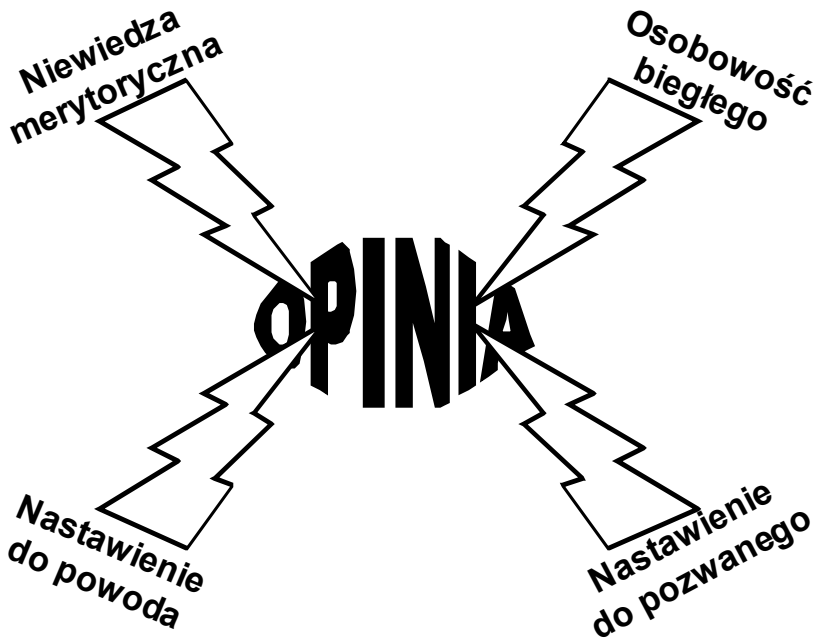
- zasada bezstronności,
- zasada niewykraczania poza pytania sądu skierowane do biegłego.

Zasada bezstronności polega na tym, że biegły nie może w jakikolwiek sposób przy wydawaniu opinii preferować żadnej ze stron i jej interesu. Jest to rzecz tak oczywista, że pisanie o niej wydaje się powtarzaniem truizmów, ale jak piszą autorzy zajmujący się opiniowaniem, jest to chyba najczęściej łamana zasada. Przy opisywaniu czynników wpływających negatywnie na jakość opinii zostanie podjęta próba wyjaśnienia przyczyn. Dlatego też przy sporządzaniu opinii należy bardzo zwracać uwagę na to, czy mimowolnie nie wchodzi się w rolę rzecznika i eksperta jednej ze stron[1]. Opiniowanie zespołowe zazwyczaj minimalizuje to ryzyko, ponieważ istnieje dodatkowa kontrola ze strony innych członków zespołu.

Zasada niewykraczania poza pytania sądu to wymóg, żeby we właściwej opinii zawrzeć tylko odpowiedzi na te pytania (wraz z uzasadnieniami) i nic ponadto (np. przedstawienia wiedzy naukowej dotyczącej schorzenia u pacjenta, jeśli nie ma ono służyć udzieleniu odpowiedzi

na konkretne pytania). W przypadku, kiedy nie można jednoznacznie stwierdzić, czy dane pytanie jest adresowane do biegłego, czy nie, można uzależnić wydanie opinii w tym zakresie od doprecyzowania tego — *vide* Sprawa nr XXXVIII — KMCMUJ na stronie 137. W jednym z artykułów Świątek dopuszcza naruszenie takiej zasady, ale raczej dotyczy to ewidentnych przestępstw[93]. Jednakże w przypadku zakażeń szpitalnych w ogólności a bakteryjnych w szczególności reguła ta nierzadko musi zostać naruszona i biegły przedstawia w opinii pewne elementy wiedzy na temat zakażeń szpitalnych (epidemiologii, błędów z nimi związanych etc.), które nie wchodzą w skład odpowiedzi na pytania sądu. Wynika to z tego, że jak już przedstawiono to wcześniej (*vide* 6.1, s. 43) występuje olbrzymi rozziew pomiędzy powszechnymi przekonaniami na temat zakażeń szpitalnych a rzeczywistością. Oznacza to, że bez takiej „edukacji" opinia biegłego może być dla stron (i sądu) kompletnie niezrozumiała, ponieważ opiera się na zupełnie innych podstawach niż ich „zdroworozsądkowe" przekonania. Nie jest to jednak sytuacja prawidłowa i jeśli upowszechni się wiedza o zakażeniach szpitalnych zgodna z rzeczywistością, to będzie możliwe odejście od tego postępowania.

Przed rozpoczęciem opisywania właściwego opiniowania należy spojrzeć jeszcze na poniższy rysunek przedstawiający te wszystkie zespoły czynników, które mogą w mniejszym lub większym stopniu wpływać negatywnie na treść opinii biegłego.



Ryc. 6.2 Czynniki wpływające negatywnie na jakość opinii biegłego.

Posiadanie wystarczającej wiedzy merytorycznej w zakresie, który ma obejmować opinia, stanowi warunek *sine qua non* prawidłowego opiniowania i wydawać się może, pisanie tutaj o tym stanowi powtarzanie truizmów. Jednakże istnieje sytuacja, kiedy (tutaj również ma wpływ osobowość biegłego) biegły może próbować opiniować w zakresie, w którym nie ma wystarczającej wiedzy merytorycznej. Mianowicie sprawy związane z bakteryjnymi zakażeniami szpitalnymi, jak już wykazano wcześniej, wymagają zespołowego opiniowania, ponieważ różne ich aspekty należą do zakresu różnych specjalności. Jednakże powszechnie stosowane jest powoływanie indywidualnych biegłych. Osoba taka otrzymawszy listę pytań, na sporą część których nie jest w stanie merytorycznie odpowiedzieć, może w niektórych przypadkach poczuć jednak pokusę próby udzielenia takiej odpowiedzi zamiast prostego stwierdzenia, że odpowiedź należy do kompetencji biegłego z innej dziedziny (wraz z jej wyszczególnieniem) — np. biegły klinicysta (chirurg, anestezjolog, pediatra etc.) może próbować oceniać prawidłowość antybiotykoterapii u pacjenta w takich aspektach, w których nie ma on merytorycznego przygotowania.

Omawianie wpływu osobowości biegłego na jakość opinii zdecydowanie przekracza zakres tej pracy. Jednakże nie można nie zasygnalizować niektórych niebezpieczeństw wynikających z osobowości biegłego:

- próby opiniowania poza zakresem wiedzy merytorycznej — omówione wcześniej;
- próby opiniowania pomimo niewystarczającego materiału dowodowego — w sytuacji, kiedy otrzymany materiał dowodowy nie pozwala na udzielenie odpowiedzi na dane pytanie, biegły powinien ten fakt opisać (wraz z wyszczególnieniem stwierdzonych braków), a sąd niech decyduje, czy zażąda uzupełnienia materiału i poprosi o wydanie opinii uzupełniającej, czy uzna dane pytanie za nieistotne, czy przyjmie inne rozwiązanie. Taka zasada jest przyjęta w Katedrze Mikrobiologii CM UJ. Niestety mogą zdarzyć się sytuacje, kiedy w takiej sytuacji biegły jednak spróbuje udzielić odpowiedzi, która po uzupełnieniu materiału dowodowego może okazać się całkowicie błędna;
- wydawanie kategorycznych opinii w sytuacji, kiedy zebrany materiał dowodowy na to nie pozwala — wynika to z tego, że zarówno strony, jak i sądy zdecydowanie preferują opinie zawierające jednoznaczne stwierdzenia (choć, jak piszą doświadczeni medycy sądowi sytuacje, kiedy można wydać taką opinię są w mniejszości; *vide* 6.2, s. 50), co może skłaniać biegłego do używania takich stwierdzeń, nawet gdy nie ma do tego podstaw. Dobrą praktyką może być w takiej sytuacji staranne wyszczególnianie przez biegłego wszystkich argumentów „za i przeciw", a następnie ocena przez niego, czy rzeczywiście argumenty przeciw są nieistotne w porównaniu z argumentami „za";

- wydawanie zbyt asekuranckich opinii, które tylko „rozmydlają" sprawę — wynika to z tego, iż opinia w określonych aspektach zawsze jest odbierana negatywnie przez jedną (a czasem i obie) strony. Dlatego też niektóry biegły może „nie chcieć ranić poszkodowanej", „nie chcieć się kłócić" etc. i wydaje taką opinię, żeby „zadowolić" wszystkich. Można stwierdzić, że jeżeli biegły nie jest w stanie psychicznie znieść sytuacji negatywnego odbioru opinii przez strony*, to nie powinien się podejmować opiniowania;
- wdawanie się w dywagacje naukowo-kliniczne — biegły zamiast udzielić konkretnych odpowiedzi na konkretne pytania sądu może przedstawiać różne aspekty naukowe związane np. z jednostką chorobową, która występuje u powoda. Oczywiście nie oznacza to, że biegły nie powinien się odwoływać do piśmiennictwa, badań naukowych etc. — należy to jednak czynić, jeśli ma to służyć lepszemu uzasadnieniu odpowiedzi;
- opisywane przez Marka różnice między medycyną kliniczną i medycyną sądową powodujące zupełnie inne nastawienie biegłych do pytań sądu (np. dla klinicysty podejrzenie określonej choroby w wielu wypadkach oznacza, że powinien postępować tak, jakby dana choroba istniała do momentu, aż taka możliwość zostanie wykluczona; z kolei dla medyka sądowego podejrzenie istnienia określonego związku przyczynowego oznacza, że dopóki go nie potwierdzi, to nie może go uważać za istniejący)[2, 3, 26];
- wdawanie się w „wymianę ciosów" ze stroną — po wydaniu opinii strona niezadowolona z jej treści może wysłać pismo, w którym także może atakować biegłego (a nie tylko przedstawiać zarzuty merytoryczne) — może to być zresztą element celowej taktyki pełnomocnika strony polegającej na próbie zdenerwowania biegłego, doprowadzeniu do walki w opinii uzupełniającej i potem zarzucaniu biegłemu nieobiektywności. Ze wszech miar słuszna wydaje się zasada przedstawiona przez doświadczonych medyków sądowych, żeby w ogóle nie odnosić się do zarzutów osobistych w opiniach uzupełniających[2–4, 26]. W takiej sytuacji, kiedy dodatkowo biegły przedstawi swoje kontrargumenty merytoryczne, strona wyjdzie na „krzykliwego ignoranta". Oczywiście takie podejście będzie przychodziło wraz z doświadczeniem opiniodawczym.

* Skrajny przykład podaje Świątek, kiedy lekarz, któremu sąd prawomocnym wyrokiem zakazał wykonywania zawodu lekarza na kilka lat, wystąpił przeciwko biegłym powołanym w tej sprawie z pozwem o odszkodowanie z tytułu utraconych z tego powodu dochodów[41].

Nastawienie do powoda może wpłynąć na treść opinii, ponieważ jego zachowanie, styl życia, przyczyna złożenia roszczenia, poniesione szkody etc. mogą wzbudzić u biegłego albo sympatię albo antypatię, czemu może on dać wyraz w swej opinii. Przykład opisuje Kowalski, kiedy konkluzja opinii biegłego była taka, że „roszczenie jest nieuzasadnione, ponieważ powódce w pozwanym szpitalu uratowano życie" (a być może roszczenie było ze wszech miar zasadne)[1]. Niestety nierzadkie są sytuacje, kiedy roszczenie sympatycznego powoda jest nieuzasadnione i *vice versa* (powód wzbudzający antypatię ma jednak rację), czemu biegły musi dać wyraz w swej opinii niezależnie od tego, co myśli o osobie powoda.

Nastawienie do pozwanego jest zazwyczaj upraszczane do opisywanego przez medyków sądowych „kolesiostwa", kiedy biegły próbuje za wszelką cenę bronić kolegę reprezentującego często tę samą, albo pokrewną specjalność nie zdając sobie sprawy, że wręcz popełnia przestępstwo[1–6] — skrajny przykład takiej postawy opisuje Filar i wsp.[*56]. Ze spraw omawianych w tej pracy w jednej sprawie (Opinia nr VIII — ZMSPAM, s. 146) biegły neurochirg (opiniujący indywidualnie) wręcz zanegował kliniczne i laboratoryjne rozpoznanie zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych postawione w innym szpitalu i stwierdził, że to tylko „podrażnienie opon" (prawdopodobnie w celu ochrony kolegi po fachu, z którego błędu wykonawczego wynikało to zapalenie). Jednakże niezależnie od tego istnieją inne czynniki, których nie można pomijać:

- osobiste i zawodowe kontakty biegłego z pozwanym i ryzyko związanego z tym braku obiektywizmu (sympatia, antypatia etc.) albo możliwość posądzenia go o to — dlatego też nie powinno się np. powoływać biegłego z tego samego ośrodka, a poza tym biegły w takiej sytuacji powinien uchylić się od wydania opinii (Sprawa nr VII — KMCMUJ, s. 91);

[*] 17-letnia pacjentka zgłosiła się do pulmonologa z powodu dodatniego wyniku próby tuberkulinowej. Podczas badania fizykalnego pulmonolog stwierdził, że musi zbadać, czy nie ma gruźlicy narządów rodnych, pomimo protestów pacjentki ściągnął jej bieliznę (pacjentka była dziewicą i chciała, by intymne badania wykonywała kobieta), usiłował zbadać palpacyjnie węzły chłonne pachwinowe a potem próbował siłą wprowadzić palec do pochwy krzyczącej pacjentki tłumacząc później w toku śledztwa, że chciał sprawdzić, czy pacjentka nie „reaguje za mocno". Postępowanie lekarza możnaby wręcz zakwalifikować jako usiłowanie zgwałcenia (dokonano innej czynności seksualnej, a nie ma tu znaczenia, że do defloracji nie doszło), ale powołana przez prokuratora biegła pulmonolożka (zdaniem autora zresztą niepotrzebnie) stwierdziła, że lekarz wykonał takie badanie „wnikliwie i zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej". Autor pozostawia tę bulwersującą „opinię" bez komentarza.

- przyjęte w ośrodku, z którego wywodzi się biegły, metody postępowania mogą się różnić od metod przyjętych u pozwanego, a biegły może uważać je za „jedynie słuszne". Rozwiązaniem zapobiegającym temu może być jak najszersze wprowadzanie nowoczesnych standardów postępowania, która starają się obiektywnie ocenić wartość poszczególnych sposobów postępowania medycznego.

Biegły pisząc opinię musi starać się jak najjednoznaczniej i najprecyzyjniej odpowiedzieć na poszczególne pytania podając uzasadnienie swojej odpowiedzi na podstawie materiału dowodowego. Jeśli biegły uzna, że na kilka pytań najlepiej jest odpowiedzieć łącznie, to powinien wpierw przedstawić te pytania a potem łączną odpowiedź.

Oczywistością jest, że biegły przy formułowaniu opinii powinien posługiwać się językiem na tyle prostym i pozbawionym np. medycznego żargonu, aby osoby bez medycznego wykształcenia (sędzia, pełnomocnicy stron etc.) nie miały problemów ze zrozumieniem treści opinii — niestety jak wypowiadają się autorzy opisujący proces opiniowania często nie jest to przestrzegane przez biegłych[1–4, 26, 41, 93, 141].

Każde stwierdzenie biegłego musi być uzasadnione poprzez odwołanie się do odpowiednich składowych materiału dowodowego, literatury medycznej etc. Niedopuszczalne jest stosowanie uzasadnień, które nie pozwalają na ich weryfikację merytoryczną (np. „Bo tak uważam.").

W sytuacji, kiedy na podstawie materiału dowodowego przy odpowiedzi na dane pytanie można wysnuć kilka alternatywnych hipotez o zbliżonym prawdopodobieństwie, biegły powinien je przedstawić po kolei, podając przy każdej z nich wszystkie przesłanki za i przeciw, a także ewentualne możliwości rozstrzygnięcia (np. poprzez określone uzupełnienie materiału dowodowego).

W przypadku określania prawdopodobieństwa np. istnienia związku przyczynowego zazwyczaj stosowane są określenia opisowe („duże", „małe", „graniczące z pewnością" etc.). Biegli kryminalistycy zdecydowanie odradzają stosowanie zamiast tych określeń prób oceny liczbowej, chyba że liczba jest dokładnie określona (co stanowi wyjątek)[96]. Wydaje się jednak, że biegły czasem powinien w części formalnej opinii (lub kiedy po raz pierwszy używa słownego określenia stopnia prawdopodobieństwa) podać swoje rozumienie tych terminów — jednakże w opinii i tak powinien raczej preferować opisy słowne.

Ważne jest, aby w opinii nie używać sformułowania „Nie można wykluczyć.", które tak naprawdę nie oznacza nic poza może stwierdzeniem „Wszystko jest możliwe."[1–3, 26]. Rzetelny

biegły zawsze powinien stosować ocenę prawdopodobieństwa zajścia danej sytuacji, a przede wszystkim pisać, czy w ogóle są jakiekolwiek dowody na poparcie danej tezy.

Kiedy nie można udzielić precyzyjnej odpowiedzi wskutek braków w materiale dowodowym, biegły powinien je przedstawić, aby dać stronom możliwość ich ewentualnego uzupełnienia. Natomiast jeśli odpowiedź leży w kompetencjach biegłego z innej dziedziny, to należy to przedstawić podając dziedzinę biegłego kompetentnego do odpowiedzi na dane pytanie lub ośrodek, gdzie można wystąpić o wydanie opinii (autor uważa za niepotrzebne podawanie „namiarów" na konkretnego biegłego, ponieważ strona niezadowolona z opinii może posądzić obu biegłych o stronniczość i „kolesiostwo").

W przypadku spraw z współpozwanymi „merytorycznymi" (czyli takimi, którzy mogli popełnić błędy medyczne, a zatem z wyłączeniem często współpozywanych ubezpieczycieli) biegły będzie musiał określić stopień przyczynienia się poszczególnych pozwanych do takiego a nie innego przebiegu schorzenia powoda i powstania szkody. A zatem opiniowanie staje się zbliżone do opiniowania w sprawach karnych. Biegły dokonując takiej oceny powinien bardzo starannie przeanalizować materiał dowodowy i określić błędy poszczególnych pozwanych oraz ich skutki, a w przypadku, gdy jakiś błąd stanowi następstwo innego (np. w opisywanej przez Dalkowską sprawie doszło do sytuacji, kiedy pozwany szpital wypisał pacjenta z istniejącą i zakażoną odleżyną, a współpozwany lekarz POZ popełnił błędy w leczeniu tego zakażenia[9]), biegły powinien przedstawić porównanie skutków błędu pierwotnego i wtórnego z typowymi skutkami samego błędu pierwotnego (czyli w sytuacji, kiedy błędu wtórnego nie popełniono). W sytuacji, gdy pytania dotyczą przyczynienia się jednostki niepozwanej, biegły powinien je określić traktując taką jednostkę, jakby była pozwana. Niestety w sytuacji, gdy nie ma takich pytań, a materiał dowodowy wskazuje na ewidentne błędy wtórne innej jednostki, to biegły może spróbować dokonać takiego zestawienia, ale w sposób delikatny i oględny (czyli bez szczegółowego opisywania błędów wtórnych i jednostek, gdzie zostały one popełnione).

Interesującym zagadnieniem może być ocena zasadności kosztów poniesionych przez powoda i stanowiących podstawę żądanego przezeń odszkodowania. Biegły musi w takiej sytuacji przeanalizować te koszty z punktu widzenia swojej specjalności i ocenić, czy ich ponoszenie było konieczne (lub chociaż mogło przynieść pozytywne skutki) w schorzeniu trapiącym powoda i stanowiącym podstawę pozwu — przykład stanowi Sprawa nr XXXVII — KMCMUJ na stronie 136. Przykładem może być także jedna ze spraw opiniowanych w Katedrze Mikrobiologii (Sprawa nr XXVI — KMCMUJ, s. 117), gdzie biegły uznał za nieuzasadnione wydatki poniesione przez powódkę na naturalne metody leczenia OO. Bonifratrów i miejscowo stosowa-

ne płyny ozonowane, ponieważ brak dowodów na ich skuteczność w schorzeniu powódki. Może zdarzyć się sytuacja, że biegły otrzyma pytanie dotyczące wysokości kosztów podanych przez stronę powodową, czy odpowiadały one typowym kosztom związanym ze stosowaniem danego leku, środka medycznego etc. Taka ocena zazwyczaj jest dość trudna, ponieważ często brak jest szerszych danych dotyczących np. cen leków*. Warto zauważyć, że np. w USA corocznie jest wydawana pozycja „Drug Topics Red Book, Medical economics" zawierająca stosowne i wyczerpujące zestawienia[33, 35, 36].

Przy wydawaniu opinii należy jeszcze raz podkreślić to, że celem opinii jest udzielenie odpowiedzi na konkretne pytania, a nie przedstawienie wiedzy biegłego (nie budzi ona wątpliwości w oczach sądu, skoro ten zlecił wydanie opinii) ani dokonanie przeglądu literatury dotyczącej choroby istniejącej u powoda — przykład takiej opinii stanowi znaleziona w aktach jednej ze spraw (Sprawa nr XI — KMCMUJ, s. 95) opinia chirurgów, w której 95% treści stanowił opis patogenezy, kliniki etc. zgorzeli gazowej, a odpowiedź na pytanie sądu zajęła właściwie 1 zdanie (zresztą bez uzasadnienia). Oczywiście dane naukowe (kliniczne, epidemiologiczne) mogą być niezbędne, ale tylko wtedy, kiedy mają stanowić uzasadnienie rozumowania biegłego i powinny być przedstawiane zwięźle.

Ważnym zagadnieniem jest sytuacja, kiedy w aktach sprawy znajdują się opinie wydane przez innych biegłych — niewłaściwe jest ich ignorowanie, traktowanie *a priori* jako błędnych czy uleganie ich tezom, pomimo że materiał dowodowy wskazuje na coś innego. Biegły powinien analizując materiał dowodowy i odpowiadając na poszczególne pytania także analizować inne opinie i w przypadku, kiedy w tamtej opinii jest odpowiedź na pytanie otrzymane przez biegłego, to jeśli są rozbieżności, biegły powinien odnieść się do tamtej odpowiedzi i wyjaśnić, dlaczego uważa inaczej. Natomiast w przypadku zgodności może, ale nie musi, opisać ten fakt. Oczywiście, jeśli pytania dotyczą „konkurencyjnej" opinii, to biegły powinien na nie odpowiedzieć tak jak na każde inne. Najtrudniejsza może być sytuacja (opisywana przez Świątek), kiedy biegły otrzymuje zlecenie odpowiedzi na pytania wynikające z opinii innych biegłych, z którą to opinią kompletnie się nie zgadza, a która została przyjęta już przez sąd[93]. Wydaje się, że wtedy biegły powinien uchylić się od wydania opinii podając uzasadnienie.

W przypadku opiniowania zespołowego jest łatwiej, bo biegły może przedyskutować wątpliwe zagadnienia z innymi biegłymi i dojść do *consensusu* oraz na dane pytanie odpowie wła-

* Wydawnictwa typu Pharmindex podają raczej ceny orientacyjne.

ściwy specjalista zgodnie z reprezentowaną przez siebie specjalnością (a jeśli nie ma w zespole takiej osoby, to zawsze można ją przyjąć).

Warto jeszcze zwrócić uwagę na problem opinii ustnych przedstawianych przez biegłych podczas rozpraw. Zdaniem autora lepszą formą zarówno z punktu widzenia biegłego, jak i sądu oraz stron jest lepsza pisemna forma opinii (jak zresztą jest przyjęte w Polsce) — podobnie zresztą sprawa jest postawiona w pracy pod redakcją Wójcikiewicza[96]. Wynika to z tego, że łatwiej wtedy odnieść się do merytorycznej treści opinii (skonfrontować ją z innymi źródłami, materiałem dowodowym etc.), podczas gdy przy ustnym opiniowaniu często nadmierną rolę odgrywają szeroko pojęte zdolności autoprezentacyjne biegłego. W krajach anglosaskich stosowane jest prawie wyłącznie opiniowanie ustne, a pisemne opinie są czymś wyjątkowym. Wiążące się z opiniowaniem ustnym spory biegłych z prawnikami oraz ich umiejętna autoprezentacja (*vide* „dekalog" z pracy Paula[92]) powodują, że tamtejsze rozprawy sądowe bardzo często charakteryzują się sporym dramatyzmem i są bardzo „lubiane" przez autorów pitavali, pisarzy i dziennikarzy. Niestety powoduje to także, że czasami przeważa zdanie świadka eksperta (*vide* 5.1, s. 37) o lepszych zdolnościach autoprezentacyjnych, ale o niewielkiej wiedzy merytorycznej i wręcz nieuczciwego (w historii negatywnym przykładem jest samozwańczy „doktor" Albert Hamilton)[97–99].

6.5 Strony po wydaniu opinii, ich wnioski i opinie uzupełniające

Strona po wydaniu opinii może ustosunkować się do niej we wnioskach skierowanych do sądu. W pierwszym rzędzie strona może stwierdzić, że zgadza się z treścią opinii i przedstawić ewentualne dodatkowe wnioski wynikające z tej treści (np. wniosek o powołanie biegłych z innych dziedzin). Strona również może nie zgodzić się z treścią opinii i przedstawić uzasadnienie swoich tez. Dodatkowo strona może wnioskować o wydaniu przez biegłego opinii uzupełniającej (takie postanowienie może wydać również sąd po przeanalizowaniu wniosków obu stron).

W sprawach opiniowanych w Katedrze Mikrobiologii CM UJ regułą było to, że strona powodowa nie wnosiła wniosków, albo ograniczała się do stwierdzenia, że z opinią się zgadza, podczas gdy wnioski takie chętnie składali pozwani, którzy często z opiniami się nie zgadzali. Wyjaśnieniem tego jest analiza mitów powszechnych wśród stron i ich oczekiwań (*vide* 6.1, s. 43 i 6.2, s. 50) — typowym oczekiwaniem powoda było stwierdzenie, że dane zakażenie jest zakażeniem szpitalnym, a pozwanego, że tak nie jest, a zatem gdy opinia biegłego stwierdzała, że jest

to zakażenie szpitalne, to obie strony reagowały stosownie do tego bez głębszej analizy treści opinii (która pomimo stwierdzenia, że dane zakażenie jest zakażeniem szpitalnym, była np. zasadniczo korzystna dla strony pozwanej; podobna sytuacja może dotyczyć i innych oczekiwań). Dlatego też np. w sprawach opiniowanych w Katedrze Mikrobiologii CM UJ tylko w dwóch sprawach powodowie próbowali polemizować z opiniami biegłych, z którymi się nie zgadzali (Sprawa nr XV — KMCMUJ, s. 102 i Sprawa nr XXIII — KMCMUJ, s. 114). Natomiast w sprawach opiniowanych w jednostkach zajmujących się medycyną sądową obie strony składały równie chętnie wnioski.

Niestety wnioski stron polemizujące z opinią biegłych bardzo często zawierały liczne błędy i sformułowania, które szczególnie w przypadku pozwanych nierzadko dostarczały powodom dodatkowych argumentów.

W pierwszym rzędzie bardzo częste jest kurczowe trzymanie się mitów (*vide* 6.1, s. 43) i próby polemizowania z biegłymi w tym duchu wraz z niepotrzebnym szukaniem kolejnych argumentów — w jednej ze spraw (Sprawa nr XXII — KMCMUJ, s. 112) pozwany w swoim piśmie przedstawił bardzo dobry merytorycznie opis czynników ryzyka zakażenia szpitalnego u powoda wraz z informacjami o swych działaniach, tyle tylko że konkluzją tych wywodów było całkiem błędne „To nie jest zakażenie szpitalne.” zamiast prawidłowego „W tym zakażeniu szpitalnym zrobiliśmy wszystko, aby doń nie dopuścić, a zatem stanowi ono niepowodzenie w leczeniu.” (zdaniem autora dla prawnika opracowującego odpowiedź prawidłowa konkluzja pochodząca od osoby zajmującej się kontrolą zakażeń szpitalnych była zbyt „rewolucyjna”, więc zmienił on ją na zrozumiałą dla siebie przy okazji niszcząc cały wywód); w innej sprawie (Sprawa nr XXVII — KMCMUJ, s. 119) pozwany uporczywie (przez kilka pism) walczył o uznanie, że zakażenie u powódki jest wywołane szczepem pozaszpitalnym i przez to nie może być uznane za zakażenie szpitalne, pomimo że biegły w swej opinii pierwotnej i opiniach uzupełniających objaśniał współczesną definicję zakażenia szpitalnego, która w ogóle nie uwzględnia charakteru patogenu je wywołującego. Podobny charakter miały niektóre sprawy opiniowane w Szczecinie (Opinia nr IV — ZMSPAM, s. 144; Opinia nr XII — ZMSPAM, s. 148), gdzie pozwani walczyli z opinią uznającą dane zakażenie za zakażenie szpitalne nawet, jeśli była ona dla nich korzystna — brak zasadności roszczenia (Opinia nr XII — ZMSPAM, s. 148).

Kolejna wada to niedokładne zapoznawanie się z treścią krytykowanej opinii, co powoduje, że biegły musi powtarzać swoje wywody z opinii pierwotnej.

Inną wadą jest krytykowanie biegłego za „nierozgrzeszenie" pozwanego, co może być w niektórych sytuacjach wręcz szkodliwe dla pozwanego (Sprawa nr XIV — KMCMUJ, s. 100, Sprawa nr XXV — KMCMUJ, s. 116 czy Sprawa nr XXXII — KMCMUJ, s. 128).

Ważną wadą jest brak weryfikacji merytorycznej treści tych wniosków, przez co np. znajdują się w nich sformułowania, za które student III roku medycyny przy zdawaniu kolokwium z mikrobiologii otrzymałby ocenę niedostateczną (Sprawa nr XI — KMCMUJ, s. 95 i Sprawa nr XIV — KMCMUJ, s. 100). Niestety czasem spod piór prawników wychodzą sformułowania wskazujące na ich niewiedzę w zakresie własnej profesji — np. w jednej z wspomnianych wcześniej spraw pozwany sugerował, że biegły przed opisaniem stwierdzonych braków w udostępnionej dokumentacji medycznej, powinien doń przyjechać i pomóc ją kompletować, co jest ewidentnie sprzeczne z zasadami postępowania cywilnego, gdzie strona gromadzi dowody na poparcie swoich tez oraz rolą biegłego (*vide* 4.2, s. 28 i 5.1, s. 37). Do tej grupy wad można zaliczyć także sytuacje, kiedy pismo pozwanego zawiera jednoznaczne sprzeczności (Sprawa nr XXX — KMCMUJ, s. 125).

Kolejna wada to nieuzupełnianie braków (albo uzupełnianie ich w minimalnym zakresie) w materiale dowodowym wykazanych przez biegłego — we wspomnianej wcześniej sprawie (Sprawa nr XIV — KMCMUJ, s. 100) pozwany i tak braków wykazanych przez biegłego nie uzupełnił. Ze spraw opiniowanych w Katedrze Mikrobiologii w zasadzie tylko w jednej pozwany uzupełnił prawie wszystkie braki (Sprawa nr XX — KMCMUJ, s. 110).

Zdarzają się czasem sformułowania wręcz niepoważne, które biegły musi traktować jednak z pełną powagą odnosząc się do nich — np. stwierdzenie powoda, że pozwany wykonał reoperację, aby „ukraść" endoprotezę (Opinia nr V — ZMSPAM, s. 145), czy dla odmiany wypowiedź pozwanego, że zakażenie u powoda, które ujawniło się w miejscu operowanym w 2001 r. istniało bez jakichkolwiek objawów od zabiegu w 1986 r. (Opinia nr XII — ZMSPAM, s. 148), albo też zdanie radcy prawnego z nieomawianej tu sprawy opiniowanej w Szczecinie a dotyczącej zakażenia HCV, że biegli powinni określić ryzyko zakażenia w zależności od długości i głębokości nacięcia powłok podczas zabiegu.

Ostatnia wada, to żądanie, aby biegły wydał ustną opinię uzupełniającą. Autor niniejszej pracy zgadza się ze zdaniem Świątek i Wójcikiewicza, że ustne opiniowanie ma wartość merytoryczną niższą od pisemnego, więc powinno być unikane[41, 93, 96]. Wydaje się, że takie żądania wynikają z tego, że prawnicy tutaj liczą nie tyle na merytorykę, ale swe zdolności erystyczne[150], które pozwoliłyby im „zakrzyczeć" biegłego — jest to jednak taktyka ryzykowna, bo mogą natrafić na biegłego wprawnego w prowadzeniu „ostrych" dyskusji, który „wygra".

Gdy sąd postanowi o wydaniu opinii uzupełniającej, to przy jej opracowywaniu obowiązują identyczne zasady, jak przy opracowywaniu pierwszej opinii (*vide* 1.2, s. 67). Nie należy zapominać jednak o pewnych specyficznych problemach, jakim biegły musi stawić czoła.

Pierwszy z tych problemów polega na tym, że sąd może przysłać same pisma stron i postanowienie o wydaniu opinii uzupełniającej bez dołączania materiału dowodowego. Biegły powinien w takiej sytuacji ocenić, czy jest w stanie wydać rzetelną opinię uzupełniającą bez materiału dowodowego i, jeśli ma choć najmniejsze wątpliwości, uzależnić wydanie opinii od otrzymania tego materiału.

Drugi problem to sytuacja, kiedy strona nie uzupełniła materiału dowodowego (np. pozwany szpital nie dostarczył wyszczególnionych w pierwszej opinii brakujących dokumentów). Biegły tutaj może wydać najwyżej opinię częściową (tam, gdzie te braki nie uniemożliwiają opiniowania), a odpowiedź na pozostałe pytania uzależnić od uzupełnienia materiału.

Trzeci problem polega na tym, że strona może zadawać pytania, na które zostały już udzielone odpowiedzi w poprzedniej opinii — w aktach spraw analizowanych przez autora celowali w tym pełnomocnicy towarzystw ubezpieczeniowych występujących jako interwenienci uboczni (przy czytaniu ich pism czasem ma się nieodparte wrażenie, że ich autor bardzo pobieżnie przejrzał kwestionowaną opinię i skopiował gotową treść swego pisma z innego tekstu). Biegły w tej sytuacji powinien poinformować, że już odpowiedzi udzielił i ewentualnie zacytować odpowiednie fragmenty wcześniejszej opinii.

Ostatni problem to sytuacja, kiedy pismo strony nie zawiera pytań do biegłego, a tylko stanowi polemikę z jego opinią; równocześnie sąd postanawia, że biegły w swojej opinii ma się do takiego pisma ustosunkować. Biegły tutaj musi stosować starannie zasady erystyki[150], żeby nie wpaść w „wymianę ciosów" ze stroną (szczególnie, jeśli pisma zawierają dość niewybredne ataki na biegłego), a jednocześnie merytorycznie komentować poszczególne komentarze strony — umiejętne stosowanie takiego rozwiązania spowoduje, że biegły wyjdzie z takiego sporu obronną ręką, a strona okaże się „niegrzecznym ignorantem". Zasadniczo jednak sądy nie powinny dopuszczać do takich sytuacji i żądać od stron przedstawienia konkretnych pytań do biegłego, zanim wydadzą postanowienie o wydaniu opinii uzupełniającej.

7 Sprawy i opinie

7.1 Katedra Mikrobiologii CM UJ w Krakowie

W rozdziale tym zawarty jest opis 38 spraw cywilnych, w których w Katedrze Mikrobiologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie[*] zostały wydane opinie biegłych lekarzy specjalistów mikrobiologii[†] w latach 2003–2007.

Każda ze spraw oprócz 2[‡] została przedstawiona zgodnie z poniższym schematem:

- stan faktyczny — ta część zawiera podstawowe informacje dotyczące przebiegu leczenia powoda, rozpoznania zakażenia, wyizolowanych bakterii etc., jak również innych składowych materiału dowodowego;
- wydana opinia — zawarte tu są informacje o treści opinii biegłego lekarza specjalisty mikrobiologii wydanej w sprawie;
- komentarz — zawarte tu są wnioski, jakie nasunęły się przy analizie danej sprawy.

W niektórych sprawach zostały wydane opinie uzupełniające, dlatego też przy opisach dodane zostały dodatkowe części, w których przedstawiono treść tych opinii i przyczyny, dla których zostały one wydane — są to:

- Sprawa nr I — KMCMUJ, s. 84;
- Sprawa nr III — KMCMUJ, s. 87;
- Sprawa nr XI — KMCMUJ, s. 95;
- Sprawa nr XII — KMCMUJ, s. 97;
- Sprawa nr XIV — KMCMUJ, s. 100;
- Sprawa nr XV — KMCMUJ, s. 102;
- Sprawa nr XVII — KMCMUJ, s. 119;
- Sprawa nr XVIII — KMCMUJ, s. 121;
- Sprawa nr XIX — KMCMUJ, s. 108;

---

[*] W części spraw z prośbą o wydanie opinii sądy zwracały się do Polskiego Towarzystwa Zakażeń Szpitalnych w Krakowie. W opisach spraw nie uwzględniono jednak tej różnicy ponieważ siedziba PTZS jest tożsama z Katedrą Mikrobiologii CM UJ, jak również opinie były wydawane przez tych samych biegłych.

[†] Wyjątek stanowią: Sprawa nr VII — KMCMUJ (s. 91) i Sprawa nr XXXVIII — KMCMUJ (s. 137), gdzie opinie nie zostały wydane, a sądy otrzymały pisma z wyjaśnieniami, dlaczego tak się stało.

[‡] Sprawa nr VII — KMCMUJ, s. 91 i Sprawa nr XXXVIII — KMCMUJ, s. 137.

- Sprawa nr XX — KMCMUJ, s. 110;
- Sprawa nr XXII — KMCMUJ, s. 112;
- Sprawa nr XXIII — KMCMUJ, s. 114;
- Sprawa nr XXV — KMCMUJ, s. 116;
- Sprawa nr XXVI — KMCMUJ, s. 117;
- Sprawa nr XXVII — KMCMUJ, s. 119;
- Sprawa nr XXVIII — KMCMUJ, s. 121;
- Sprawa nr XXIX — KMCMUJ, s. 123;
- Sprawa nr XXXII — KMCMUJ, s. 128.

Wszystkie sprawy ułożone są w porządku chronologicznym zgodnie z datami nadesłania po raz pierwszy przez sądy akt sprawy; dla ułatwienia czytania opis każdej sprawy zaczyna się na nowej stronie. Przy opisach spraw nie umieszczano danych pozwalających na identyfikację powodów i pozwanych (pewien wyjątek stanowi Sprawa nr VII — KMCMUJ, s. 91). Pominięto również daty odnoszące się do samego postępowania przed sądem, ponieważ nie miały one najmniejszego wpływu na merytoryczną treść opinii. Natomiast podawano daty hospitalizacji, zabiegów operacyjnych etc., ponieważ one z kolei wpływały na merytoryczną treść opinii w mniejszym lub większym stopniu.

Sprawa nr I — KMCMUJ

Stan faktyczny

Małoletnia powódka urodziła się w pozwanym szpitalu 16 lipca 1997 r. W tym dniu pobrano krew i wykonano wymaz ze skóry w celu przeprowadzenia badań bakteriologicznych — w dokumentacji znajdowały się wyniki badań, w których nie stwierdzono wzrostu bakterii. Dziecku zlecono podawanie antybiotyku β–laktamowego ampicyliny bez podania w dokumentacji przyczyny. Według zapisów dokumentacji do 22 lipca 1997 r. dziecko było w stanie ogólnym średnim (w dniu 21 lipca w stanie dość dobrym). 22 lipca stwierdzono pogorszenie stanu dziecka z wystąpieniem przyspieszenia czynności serca, zwiększeniem częstości oddechów, sinicą oraz ochłodzeniem kończyn. Pobrano krew w celu wykonania badania bakteriologicznego (stwierdzono obecność *Enterobacter cloacae*) i zaprzestano podawania ampicyliny. W związku z dalszym pogarszaniem się stanu ogólnego dziecko zostało przewiezione 23 lipca 1997 r. do innego szpitala, gdzie postawiono rozpoznanie posocznicy (sepsy). W późniejszym okresie u małoletniej powódki rozpoznano mózgowe porażenie dziecięce.

Dokumentacja medyczna udostępniona przez pozwany szpital była prowadzona lakonicznie i niezbyt czytelnym pismem odręcznym. Aż do dnia wystąpienia objawów (22 lipca 1997 r.) wpisy dotyczące stanu zdrowia noworodka ograniczały się do stwierdzeń o „średnim" i „dość dobrym stanie ogólnym" oraz czasami przepisanych wyników badań laboratoryjnych. Powodowie w swoich zeznaniach podkreślali złe warunki sanitarno-higieniczne i nieprawidłowości w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych w pozwanym szpitalu — praktykę umieszczania we wspólnych salach położnic i pacjentek z rozmaitymi schorzeniami ginekologicznymi, brak umywalek na salach chorych (personel mył ręce nad wanienkami do kąpieli noworodków), nieusuwanie wkłuć dożylnych pomimo istnienia objawów stanu zapalnego, praktykę prania i suszenia pieluch na salach chorych. Powodowie podawali, że w pozwanym szpitalu występowały w tym okresie zakażenia *E. cloacae*. Nie przedstawili jednak dodatkowych dowodów na poparcie swych tez.

Ponadto w aktach sprawy znajdowały się dwie opinie biegłych — jedni biegli uznali zakażenie za zakażenie szpitalne egzogenne a inni biegli za zakażenie wewnątrzmaciczne (za które pozwany nie może ponosić odpowiedzialności).

Wydana opinia

Sąd polecił biegłemu odpowiedzieć na pytania zawarte w piśmie rodziców powódki — dotyczyły one istnienia związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy posocznicą a mózgowym porażeniem dziecięcym, oceny prawidłowości niestosowania przez personel rękawiczek przy postępowaniu z noworodkiem, oceny prawidłowości postępowania z wenflonem u powódki, istnienia związku pomiędzy zakażeniami na oddziale, a jego zamknięciem niedługo po hospitalizacji powódki oraz oceny prawidłowości postępowania z powódką w kontekście zapobiegania zakażeniu oraz jego rozpoznania i leczenia.

W przypadku pierwszego pytania stwierdzono, że powinni tutaj opiniować biegli innych specjalności (neurologii dziecięcej, neonatologii); w przypadku drugiego stwierdzono, że niestosowanie rękawiczek przy wykonywaniu inwazyjnych procedur medycznych nie jest postępowaniem prawidłowym; na trzecie pytanie odpowiedziano, że materiał dowodowy nie zawiera żadnych danych dotyczących stanu wkłuć dożylnych i postępowania z nimi, więc nie można udzielić odpowiedzi; na czwarte pytanie odpowiedziano poprzez odesłanie do znalezionego w materiale dowodowym pisma dyrektora szpitala stwierdzającego, że remont oddziału został przeprowadzony „z przyczyn sanitarno-epidemiologicznych, tj. zakażenia wewnątrzszpitalnego". W przypadku ostatniego pytania stwierdzono, że szczupłość materiału dowodowego dotyczącego kontroli zakażeń szpitalnych oraz lakoniczność dokumentacji medycznej nie pozwala się tutaj jednoznacznie wypowiedzieć, jednakże stwierdzono tylko jedno postępowanie budzące wątpliwości — stosowanie u powódki od urodzenia ampicyliny przy nieumieszczeniu w dokumentacji medycznej jakichkolwiek informacji o wskazaniach (samo wcześniactwo — 35 tydz. ciąży — nie stanowi takiego wskazania) i ujemnych wynikach badań mikrobiologicznych.

Opinia uzupełniająca

Sąd Okręgowy wydał wyrok, w którym oddalił powództwo. Wtedy powodowie wnieśli apelację do Sądu Apelacyjnego w L., który wyrok uchylił i zwrócił sprawę do ponownego rozpatrzenia. Powodowie dostarczyli dowody osobowe (zeznania innych pacjentek) i materialne (zdjęcia) na poparcie części swych twierdzeń dotyczących nieprawidłowości w pozwanym szpitalu. Ponadto złożyli wniosek o dołączenie do materiału dowodowego dokumentów Inspekcji Sanitarnej dotyczących jednostki pozwanej w okresie od maja do lipca 1997 r. i zeznań pracowników tej instytucji. W świetle tych dokumentów potwierdziły się zarzuty

powodów odnośnie złego stanu sanitarno-higienicznego w jednostce pozwanej, jak również fakt istnienia kilku zakażeń noworodków bakterią *E. cloacae* w tym okresie, dodatkowo pracownicy Inspekcji Sanitarnej stwierdzili obecność *E. cloacae* w materacykach na łóżeczkach dla noworodków, hamaczkach noworodków, maści alantoinowej do pielęgnacji noworodków. Następnie sąd postanowił o wydaniu opinii uzupełniającej przez biegłego.

W postanowieniu sąd zadał pytanie, czy zakażenie u powódki było zakażeniem szpitalnym. W odpowiedzi stwierdzono, że w świetle obowiązującej definicji oraz zebranego materiału dowodowego jedyną poprawną odpowiedzią jest odpowiedź twierdząca.

Komentarz

W tej sprawie w wydaniu opinii uzupełniającej pomogły dokumenty Inspekcji Sanitarnej, co jest rzadkością, ponieważ zwykle dokumenty te nie są zbyt pomocne. Warto podkreślić determinację rodziców powódki, którzy uzupełnili brakujący materiał dowodowy. Natomiast biegli jednego z zespołów zbyt pochopnie przyjęli tezę o zakażeniu wewnątrzmacicznym nie mając ku temu podstaw (w dokumentacji medycznej brakowało jakichkolwiek zapisów mogących stanowić przesłanki) — związane jest to prawdopodobnie z opisywaną przez Marka tendencją części biegłych klinicystów do „obrony" za wszelką cenę kolegów. W sprawie tej ważne jest także to, że sądy preferują opinie zawierające kategoryczne stwierdzenia — w uzasadnieniu uchylonego wyroku orzekającego sądu znalazło się stwierdzenie, że opinia mikrobiologa „nic nie wnosi do sprawy", ponieważ zawiera stwierdzenia warunkowe (uzależniające udzielenie odpowiedzi na dane pytanie od uzupełnienia braków w materiale dowodowym).

Sprawa nr II — KMCMUJ

Stan faktyczny

Powódka została w dniu 24 kwietnia 1999 r. przyjęta do Oddziału Położniczego pozwanego szpitala. W dniu 26 kwietnia z powodu zagrożenia zamartwicą płodu wykonano cięcie cesarskie. W tym samym dniu pobrano od pacjentki wymaz z pochwy i uzyskano wzrost *Corynobacterium spp.* i *Staphylococcus aureus* koagulazoujemnego. W 3. dobie po zabiegu pojawił się stan podgorączkowy, pacjentka podawała ponadto dolegliwości bólowe w obrębie jamy brzusznej. W karcie gorączkowej był zapis o skoku temperatury do 38,6°C w dniu 1 maja. 3 maja rozpoczęto podawanie penicyliny; 5 maja wystąpił skok gorączki do 40°C i stwierdzono zapalenie błony śluzowej macicy; u pacjentki rozpoczęto podawanie 2 dalszych antybiotyków: ceftazydymu i klindamycyny, wykonano również badanie wymazowe pochwy — wyhodowano *Enterococcus faecalis*. Następnego dnia odstawiono penicylinę. Po 2 dniach poprawy w dniu 8 maja ponownie wystąpiło pogorszenie stanu pacjentki — dołączono antybiotyk gentamycynę i ponowiono podawanie penicyliny. 9 maja 1999 r. wykonano laparotomię zwiadowczą — usunięto macicę wraz z przydatkami po stronie prawej oraz ewakuowano treść ropną z jamy otrzewnej. Z treści ropnej wyhodowano bakterię *Escherichia coli*. W tym samym dniu postawiono rozpoznanie septicemii (posocznicoropnicy). 11 maja pacjentkę ponownie operowano i odessano ≈ 1 l treści surowiczo-ropnej oraz założono dreny. Po zabiegu pacjentkę przeniesiono na Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, gdzie zmieniano podawane antybiotyki i chemioterapeutyki. W dniu 15 maja pacjentkę w ciężkim stanie ogólnym do innego szpitala.

Dokumentacja medyczna była nieczytelnie prowadzona i lakoniczna. W szczególności nigdzie nie było informacji o okołooperacyjnej profilaktyce antybiotykowej, ale według zeznań lekarzy zatrudnionych w Oddziale Położniczym w owym czasie rutynową praktyką było podawanie do załamka pęcherzowo-macicznego otrzewnej antybiotyku aminoglikozydowego gentamycyny po wydobyciu płodu i w przypadku powódki musiano również zastosować takie postępowanie, pomimo braku informacji na ten temat w dokumentacji medycznej. Powódka sugerowała w swoich zeznaniach, że podczas zabiegu cięcia cesarskiego doszło do uszkodzenia jej jelit i następczego zakażenia. Ponadto w aktach sprawy była opinia biegłych z P., którzy uznali zakażenie powódki za zakażenie związane z zabiegiem cięcia cesarskiego a odnośnie pochodzenia bakterii stwierdzili, iż pochodzą najprawdopodobniej z dróg rodnych powódki.

Wydana opinia

Pytania sądu z postanowienia dotyczyły tego, jakie bakterie wywołały to zakażenie, drogi zakażenia (w szczególności tego, czy mogło dojść do uszkodzenia jelita grubego podczas zabiegu cięcia cesarskiego, jak sugerowała strona powodowa) oraz prawidłowości postępowania z powódką przed i pooperacyjnego.

W odpowiedzi stwierdzono, że zakażenie wywołały różne bakterie (stwierdzane w toku późniejszej diagnostyki mikrobiologicznej). Wykluczono możliwość uszkodzenia jelita grubego, ponieważ brak było jakichkolwiek przesłanek (zapalenie otrzewnej było wtórne w stosunku do zakażenia miejsca operowanego — macicy). W przypadku oceny prawidłowości postępowania z powódką stwierdzono dwa błędy:

- nieprawidłową okołooperacyjną profilaktykę antybiotykową — stosowane „tradycyjnie" na oddziale podanie pojedynczej dawki gentamycyny do jamy Douglasa nie ma wartości w kontekście zapobiegania zakażeniom szpitalnym;
- opóźnioną prawidłową diagnostyką mikrobiologiczną — wykonanie najpierw badania wymazu z pochwy, a dopiero po kilku dniach wymazu z miejsca rozwijającego się zakażenia; opóźniło to wdrożenie prawidłowego leczenia.

Komentarz

Sprawa ta pokazuje, do czego prowadzi „radosna twórczość" niektórych klinicystów i niewłaściwe oddziałowe „tradycje" w zakresie podawania antybiotyków (chodzi tutaj o podanie aminoglikozydu do jamy otrzewnej jako profilaktyki), zamiast stosowania się do określonych standardów i zasad *Evidence Based Medicine*. Ponadto ukazuje ona pewną nieumiejętność korzystania z diagnostyki mikrobiologicznej — np. przy zakażeniu miejsca operowanego materiał do takiego badania pobrano z dróg rodnych.

Sprawa nr III — KMCMUJ

Stan faktyczny

Powód został przyjęty w dniu 5 czerwca 1999 r. do pozwanego szpitala po wypadku drogowym — rozpoznano złamanie kości udowej lewej z przemieszczeniem. W dniu 11 czerwca wykonano zabieg operacyjny zespolenia złamania płytką AO 16-otworową z uzupełnieniem ubytku kostnego wiórami kostnymi gąbczastymi mrożonymi. W przebiegu pooperacyjnym występowały: gorączka 38°C, ból w okolicy rany pooperacyjnej, obrzęk uda lewego i wyciek treści surowiczo-krwistej z rany. W dniu 21 czerwca pobrano treść z rany do badania mikrobiologicznego — wyhodowano *Staphylococcus aureus* metycylinowrażliwy. Do 19 lipca 1999 r. otrzymywał się wyciek treści z rany. Pacjent został wypisany do domu 21 lipca 1999 r. 10 sierpnia 1999 r. pacjent został ponownie przyjęty w celu założenia tutora z żywicy syntetycznej na udo lewe — został wypisany w dniu następnym. We wrześniu 1999 r. powód zauważył wyciek treści ropnej z rany pooperacyjnej, w związku z czym w dniu 7 września został przyjęty kolejny raz. W tym samym dniu pobrano treść z rany pooperacyjnej do badania bakteriologicznego — wyhodowano *S. aureus* metycylinowrażliwy. 1 października 1999 r. wykonano reoperację złamania kości udowej usuwając płytkę i ogniska martwicy oraz zakładając stabilizator zewnętrzny. Pomimo założenia gąbki gentamycynowej w miejscu operacji i antybiotykoterapii utrzymywał się wyciek treści z rany pooperacyjnej — w dniu 18 października pobrano treść z rany do badania mikrobiologicznego i wyhodowano *S. aureus* metycylinowrażliwy oraz *Staphylococcus epidermidis* metycylinooporny. 3 grudnia 1999 r. wykonano zabieg operacyjny wymiany stabilizatora zewnętrznego w innym szpitalu. Później kilkakrotnie hospitalizowany w różnych jednostkach. Pomimo kolejnych hospitalizacji utrzymywał się stan zapalny miejsca operowanego.

Dokumentacja medyczna prowadzona była skrajnie nieczytelnym pismem odręcznym. W zeznaniach dotyczących sprawy obie strony (powód i pracownicy pozwanego) zgadzali się co do stanu faktycznego, natomiast spierali się odnośnie pochodzenia bakterii (szpitalne i pozaszpitalne).

Wydana opinia

Pytanie sądu zawarte w postanowieniu dotyczyło istnienia związku przyczynowego pomiędzy wystąpieniem u niego zakażenia a hospitalizacją w jednostce pozwanej.

W odpowiedzi stwierdzono, że zakażenie u powoda spełnia kryteria zakażenia szpitalnego związanego z hospitalizacją powoda; następnie opisano, kiedy zakażenie szpitalne „obciąża" szpital, ale równocześnie stwierdzono, że nie będzie można dokładniej się wypowiedzieć w tej materii, o ile pozwany nie uzupełni materiału dowodowego o opis stosowanych u niego zasad kontroli zakażeń szpitalnych.

Opinia uzupełniająca

Po wydaniu opinii pozwany szpital przysłał pismo, w którym zażądał uzupełnienia opinii o (cyt.): dokładną definicję terminu „zakażenie szpitalne", przedstawienie możliwych przyczyn zakażenia rany pooperacyjnej, niezależnych od postępowania personelu medycznego oraz charakterystykę gronkowca złocistego jako drobnoustroju będącego przyczyną zakażeń ran pooperacyjnych.

Sąd wydał postanowienie o zwrócenie się do biegłego w celu wydania opinii uzupełniającej zgodnie z pismem pozwanego.

W opinii stwierdzono, że zakażenie szpitalne zgodnie z definicją jest to zakażenie, które rozwija się w szpitalu lub wkrótce po jego opuszczeniu. Nie uważa się za zakażenie szpitalne zakażenia, które istniało przed przyjęciem do szpitala (lub znajdowało się w fazie inkubacji w tym momencie). Ponadto przy zakażeniach miejsca operowanego (obecnie termin ten zastąpił poprzedni zakażenie rany pooperacyjnej) przyjmuje się różne terminy od zabiegu, kiedy dane zakażenie uznaje się za szpitalne — dla zakażeń głębokich (przekraczających obszar skóry i tkanki podskórnej) jest to zwykle 30 dni, a gdy wprowadzono ciało obce (np. endoprotezę czy śruby zespalające) wiele miesięcy (nawet do roku). Dodano również, że zakażenie u powoda jest w pełni zgodne z tą definicją. Następnie podano inne możliwości (np. zakażenie krwiopochodne z istniejących ognisk zakażenia), ale stwierdzono, że w materiale dowodowym brak jest przesłanek wskazujących na ich istnienie. Na zakończenie podano, że pytanie pozwanego o charakterystykę gronkowca zostało zinterpretowane jako pytanie o dane statystyczne dotyczące roli tej bakterii jako czynnika etiologicznego zakażenia i przedstawiono te dane.

Komentarz

Widać tutaj niezrozumienie przez stronę pozwaną tego, czym są zakażenia szpitalne, i uporczywe trzymanie się popularnego mitu, że zakażenia szpitalne są to wyłącznie zakażenia egzogenne szczepem „szpitalnym".

Sprawa nr IV — KMCMUJ

Stan faktyczny

Powódka została przyjęta do jednostki pozwanej 17 lipca 2000 r. z powodu wysypki plamistogrudkowej, która pojawiła się początkowo na podbrzuszu, a następnie zaczęła rozszerzać się na resztę tułowia. Powódkę diagnozowano w kierunku boreliozy — wykonane badania serologiczne wykluczyły to schorzenie. W toku hospitalizacji dziecko było konsultowane dermatologicznie i leczone przede wszystkim miejscowo. Pomimo leczenia stan pacjentki się pogarszał (zmiany zajmowały coraz większy obszar i rosło nasilenie dolegliwości bólowych). W dniu 31 lipca wystąpiła gorączka (38,5°C) a następnego dnia powódka została przekazana do innej jednostki. Rozpoznanie ostateczne brzmiało *Erythema multiforme cum inflamatione Pseudomonas aeruginosa*. Przy wypisie występowało rozległe zbliznowacenie na tułowiu i proksymalnych częściach kończyn, z którego w wielu miejscach rozwinęły się później keloidy.

Dokumentacja medyczna była prowadzona bardzo nieczytelnie. Istotne były zeznania rodziców powódki, którzy stwierdzili, że przez cały ostatni tydzień lipca 2000 r. domagali się rozważenia przekazania powódki do innego ośrodka, na co personel pozwanego szpitala odpowiadał, że jest to niepotrzebne, a powódka leżała we wspólnej sali z dziećmi chorymi na biegunkę. Ponadto zmiany opatrunków i nakładanie maści pielęgnacyjnej na zmiany skórne u powódki wykonywała jej matka, ponieważ personel pozwanego nie chciał tego robić z powodu reakcji powódki na ból przy tych czynnościach. Matka nie została pouczona o ryzyku zakażenia i te czynności wykonywała w codziennym ubraniu i bez rękawiczek, tylko po uprzednim umyciu rąk. Personel pozwanego szpitala nie zaprzeczył tym zeznaniom.

Wydana opinia

Pytania sądu zawarte w postanowieniu dotyczyły stwierdzenia, czy do zakażenia u powódki doszło podczas hospitalizacji u pozwanego, oceny prawidłowości postępowania z nią w kontekście zapobiegania zakażeniu oraz oceny jej uszczerbku na zdrowiu wraz z określeniem „perspektyw" (np. dotyczących usunięcia blizn keloidowych).

W odpowiedzi stwierdzono, że z bardzo dużym prawdopodobieństwem do zakażenia doszło podczas hospitalizacji powódki u pozwanego. Co do oceny prawidłowości postępowania z powódką stwierdzono, że z punktu widzenia zagrożenia zakażeniami szpitalnymi należy zwrócić uwagę na fakt, że ciężkie postacie rumienia wielopostaciowego (*Erythema multiforme*) wiążą się z powodu uszkodzenia skóry i utraty jej funkcji ochronnej w uszkodzonych obszarach z ryzykiem wystąpienia zakażenia zbliżonym do ryzyka wystąpienia zakażenia w przypadku oparzeń II° o tej samej powierzchni, co jednoznacznie oznacza konieczność zastosowania podobnych środków zapobiegawczych. W kontekście powyższego zdania za błędne należy uznać przedłużanie hospitalizacji powódki na oddziale ogólnopediatrycznym, gdzie była narażona na częsty kontakt z innymi dziećmi z różnymi schorzeniami, osobami odwiedzającymi je, członkami rodziny etc. a personel najprawdopodobniej nie stosował wystarczających środków zapobiegawczych (np. stosowanie jałowych rękawiczek czy fartuchów ochronnych jest niepotrzebne w przypadku typowych pacjentów oddziałów ogólnopediatrycznych), a ponadto ryzykowne procedury (nakładanie maści na zmiany chorobowe) wykonywały osoby bez odpowiednich kwalifikacji (matka powódki) w niewłaściwych warunkach (sala chorych). Zdecydowanie lepszym rozwiązaniem byłoby jak najszybsze przekazanie powódki do jednostki dysponującej możliwościami izolacji (i mającej większe doświadczenie w postępowaniu z chorymi o podwyższonym ryzyku zakażenia) w momencie stwierdzenia rozległości zmian i ich progresji; tym bardziej że stan kliniczny pozwalał na takie przekazanie. Natomiast w przypadku pozostałych pytań stwierdzono, że odpowiedź na nie leży w kompetencji innych specjalistów (np. medyków sądowych, jeśli chodzi o określenie uszczerbku na zdrowiu).

Komentarz

Podstawowe znaczenie dla takiego a nie innego przebiegu zakażenia miała „ambicja" lekarzy z pierwszego oddziału, którzy chcieli zdobyć doświadczenie z trudnym „przypadkiem" — zapomnieli oni jednak o tym, że oddział organizacyjnie był kompletnie nieprzygotowany do opieki nad takimi pacjentami (w oddziale specjalistycznym leczenia oparzeń opatrunki zmienia personel, standardem jest stosowanie znieczulenia przy tej procedurze, pacjenci są izolowani etc.).

Sprawa nr V — KMCMUJ

Stan faktyczny

Powód został przyjęty w dniu 10 maja 2000 r. do pozwanego szpitala z powodu spiralnego złamania $^{1}/_{3}$ dystalnego odcinka piszczeli prawej. W dniu 12 maja wykonano zabieg operacyjny repozycji odłamów kostnych i ich ufiksowania śrubą AO z wykonaniem zespolenia metodą ZESPOL. Powód został wypisany do domu 17 maja 2000 r. Następnie pozostawał w kontroli w poradni przyszpitalnej jednostki pozwanej. Ze względu na stwierdzenie objawów stanu zapalnego w okolicy miejsca operowanego 29 czerwca 2000 r. ponownie hospitalizowany w pozwanym szpitalu. Kolejny raz hospitalizowany od 11 do 14 grudnia 2000 r. Podczas tej hospitalizacji usunięto śrubę AO z podudzia. W przerwach pomiędzy tymi hospitalizacjami i po nich powód pozostawał w kontroli poradni przyszpitalnej. W tym okresie dokonano kilkakrotnie badania bakteriologicznego wymazu z rany izolując *S. aureus* metycylinowrażliwy (3 stycznia 2001 r., 11 kwietnia 2001 r., 9 maja 2001 r. i 25 lipca 2001 r.). Później hospitalizowany kilkakrotnie w pozwanej jednostce — zakażenie się nadal utrzymywało.

Udostępniona dokumentacja medyczna z okresu hospitalizacji od 10 do 17 maja 2000 r. była niepełna, ponieważ stwierdzono brak niektórych dokumentów, na które w swoich wnioskach powoływał się pozwany. Natomiast dokumentacja ambulatoryjna z poradni przyszpitalnej była skrajnie nieczytelna a przede wszystkim wpisy były umieszczone niechronologicznie (np. wymieszane wpisy datowane na czerwiec i lipiec 2000 r.). Personel pozwanego szpitala w swoich zeznaniach kilkakrotnie twierdził, że styl życia powoda w jego środowisku domowym (palenie papierosów etc.) był związany z podwyższonym ryzykiem zakażenia, jednakże nie podjęto w związku z tym jakiś działań poza zaleceniem rutynowych wizyt kontrolnych.

Wydana opinia

Pytanie sądu zawarte w postanowieniu dotyczyło istnienia związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy działaniami pozwanego a wystąpieniem zakażenia u powoda a także określenia uszczerbku na zdrowiu u powoda.

W odpowiedzi stwierdzono, że istnieje związek czasowy pomiędzy wizytami powoda w poradni przyszpitalnej a zakażeniem, ale nie można się wypowiedzieć co do związku przyczynowego, ponieważ dokumentacja ambulatoryjna była niewłaściwie prowadzona i brak w niej istotnych informacji. Natomiast określenie uszczerbku na zdrowiu leży w kompetencjach specjalistów medycyny sądowej.

Komentarz

Sprawa ta pokazuje niedostatek opieki nad pacjentami po zabiegach operacyjnych, którzy zostali wypisani do domu — rzadkie rutynowe wizyty kontrolne i „oszczędzanie” (np. na diagnostyce mikrobiologicznej) często prowadzą do progresji zakażenia a potem trudności w jego leczeniu.

Sprawa nr VI — KMCMUJ

Stan faktyczny

Powódka została przyjęta do pozwanego szpitala 25 kwietnia 2004 r. z powodu bólów porodowych. W związku z zagrażającą zamartwicą płodu wykonano u pacjentki cięcie cesarskie. 28 kwietnia wystąpiła gorączka 38,2°C i stwierdzono zaczerwienienie rany. W związku z tym powódka otrzymała antybiotyk cefazolinę. Pomimo leczenia utrzymywały się skoki temperatury ciała, bolesność i wyciek treści z rany pooperacyjnej. W dniu 2 maja 2002 r. zmieniono antybiotyk na cefotaksym a w następnym dniu dołączono metronidazol. W dniu 6 maja wykonano relaparotomię, podczas której usunięto macicę. Pobrano również materiał z wymazu z jamy otrzewnej do badań mikrobiologicznych i wyhodowano:

- w warunkach tlenowych *Staphylococcus epidermidis* i *Streptococcus spp.* (ten ostatni wyhodowano ponadto z płynu z jamy otrzewnej),
- w warunkach beztlenowych *Porphyromonas spp.*, *Bacteroides spp.*, *Actinomyces spp.* i *Peptostreptococcus spp.*

Po zabiegu włączono antybiotyki zgodnie z antybiogramem. Od zabiegu usunięcia macicy rozpoczęła się stopniowa poprawa stanu pacjentki, tak że w dniu 31 maja 2002 r. została wypisana do domu w stanie ogólnym dobrym.

W otrzymanej od pozwanego dokumentacji medycznej znajdował się wpis, że opisy przebiegu leczenia i stanu powódki za okres od 4 do 13 maja zostały odtworzone z pamięci w okresie późniejszym z powodu zagubienia oryginałów — ponieważ jednak strona powodowa ani sąd nie kwestionowały ich wiarygodności nie odrzucono tej dokumentacji podczas opiniowania. W przypadku dokumentów dotyczących zasad kontroli zakażeń w pozwanym szpitalu znajdowała się tylko informacja o utworzeniu „Komisji ds. Kontroli Zakażeń", która nie prowadziła działalności.

Wydana opinia

Postanowienie sądu zawierało pytania dotyczące określenia aktualnego stanu zdrowia powódki oraz stwierdzenia, czy „istnieje wina strony pozwanej z zakażeniem powódki".

W odpowiedzi stwierdzono, że ocena aktualnego stanu zdrowia powódki (w kontekście określenia uszczerbku na zdrowiu) leży w kompetencjach biegłych z zakresu medycyny sądowej i powinna opierać się na osobistym zbadaniu powódki. Natomiast w przypadku drugiej części pytania stwierdzono, że w materiale dowodowym brak jest danych o prowadzeniu kontroli zakażeń szpitalnych w ogólności (poza istniejącą formalnie „Komisją ds. Kontroli Zakażeń") i zastosowaniu okołooperacyjnej profilaktyki antybiotykowej w szczególności, które to nieprawidłowości pozwalają przyjąć pewną odpowiedzialność strony pozwanej za wystąpienie zakażenia.

Komentarz

Dość kuriozalne jest „odtwarzanie" dokumentacji medycznej — biegły tego nie komentował, ani nie odniósł się do zawartości tej dokumentacji, ponieważ nie otrzymał takiego zlecenia od sądu. Ponadto należy zauważyć, że kontrola zakażeń szpitalnych istniała tylko na papierze.

Sprawa nr VII — KMCMUJ

Sprawa z powództwa M. S. przeciwko Krakowskiemu Centrum Rehabilitacji w Krakowie tocząca się przed Sądem Okręgowym w Krakowie.

Z uwagi na to, że Katedra Mikrobiologii CM UJ współpracuje z jednostką pozwaną poprzez wykonywanie na jej rzecz badań mikrobiologicznych, nie wydawano opinii, ponieważ biegli mogliby zostać posądzeni o stronniczość. Sąd otrzymał stosowne pismo z wyjaśnieniem, jak również z adresami ośrodków, do których można się zwrócić z prośbą o wydanie opinii w zakresie mikrobiologii i epidemiologii zakażeń szpitalnych.

Sprawa nr VIII — KMCMUJ

Stan faktyczny

Powódka 1 stycznia 2001 r. uległa wypadkowi, w wyniku którego doznała złamania trójkostkowego podudzia prawego z uszkodzeniem więzozrostu strzałkowo-piszczelowego. W związku z tym została przyjęta do jednostki pozwanej, gdzie 4 stycznia 2001 r. wykonano zabieg operacyjny. W drugiej dobie po zabiegu doszło do epizodu niedokrwienia tętniczego na tle istniejącej u powódki miażdżycy. 10 stycznia pacjentka została wypisana z zaleceniem kontroli w Poradni Ortopedyczno-Urazowej. 23 stycznia 2001 r. podczas wizyty kontrolnej stwierdzono wyciek treści z rany pooperacyjnej. W wywiadzie zebranym od pacjentki podczas kolejnej hospitalizacji znajduje się zapis, że stosowano ogólnie klindamycynę i miejscowo mieszaninę neomycyny i bacytracyny (preparat Bivacyn). 23 marca u powódki wystąpiła wysypka alergiczna, w związku z czym została ona przyjęta 26 marca na Oddział Dermatologiczny w pozwanym szpitalu, gdzie wykonano badanie bakteriologiczne wydzieliny z rany — wyhodowano *Staphylococcus saprophyticus* metycylinooporny. Następnie pacjentka została przeniesiona 3 kwietnia na Oddział Ortopedyczno-Urazowy z powodu ropienia rany. Później powódka przebywała w kontroli Poradni Ortopedyczno-Urazowej, gdzie 21 maja wykonano badanie bakteriologiczne wydzieliny z rany i wyhodowano *S. aureus* metycylinooporny (MRSA). Następnie hospitalizowana kilkakrotnie w jednostce pozwanej i bezskutecznie leczona antybiotykami i zabiegami. Ostatnia hospitalizacja trwała od 28 sierpnia do 22 października 2002 r. — podczas niej dokonano amputacji podudzia prawego.

Dokumentacja lekarska była prowadzona lakonicznie i nieczytelnie. Najwięcej zastrzeżeń budziły jednak wyniki badań mikrobiologicznych. Niektóre były wręcz kuriozalne — według jednego z nich wyhodowano paciorkowce i gronkowce bez dalszego różnicowania co do rodzaju i gatunku oraz najprawdopodobniej oznaczano antybiotykowrażliwość dla mieszaniny bakterii, co było ewidentnie sprzeczne z zasadami poprawnej diagnostyki mikrobiologicznej. W przypadku oznaczania lekowrażliwości gronkowców na aminoglikozydy nie była przestrzegana zasada (znana już w 2001 r.), że oporność na gentamycynę wynikająca z syntezy enzymu bifunkcyjnego oznacza także oporność kliniczną na inne aminoglikozydy (oprócz streptomycyny) i dlatego też należy stosownie zmodyfikować wynik — tutaj podawano czasem oporność na gentamycynę i wrażliwość na netylmycynę.

Wydana opinia

W postanowieniu sąd zawarł dwa pytania dotyczące prawidłowości postępowania z powódką w pozwanym szpitalu oraz stwierdzenia, czy do zakażenia doszło w tej jednostce. Ponadto polecił odpowiedzieć na pytania z pisma pełnomocnika powódki, które stanowiły uszczegółowienie pytań sądu oraz dokonać oceny skutków zakażenia.

W odpowiedzi stwierdzono, że zakażenie u powódki jest zakażeniem szpitalnym (i podano obowiązującą definicję) i jego skutkiem jest amputacja kończyny u niej z powodu niemożności wyleczenia tego zakażenia i uzyskania zrostu kości. Dodano również, że powódka i jej rodzina nie musieli i nie muszą stosować jakiegokolwiek dodatkowego postępowania w warunkach domowych poza wystarczającą higieną. Ponadto stwierdzono, że o ile nie można się wypowiedzieć w pełni co do poprawności postępowania z powódką podczas pierwszej hospitalizacji (brak informacji o prowadzonej w pozwanym szpitalu kontroli zakażeń szpitalnych) i stwierdzono tylko jedną nieprawidłowość (długotrwałą antybiotykoterapię bez uzasadnienia — wybrany lek mógł wyselekcjonować taką bakterię, jak u powódki), to postępowanie z powódką po zaistnieniu zakażenia było błędne w zakresie antybiotykoterapii — 2-miesięczne leczenie zakażenia w poradni przyszpitalnej różnymi antybiotykami bez wykonania badania mikrobiologicznego i niewłaściwy dobór antybiotyków (w jednym przypadku — podanie netylmycyny przy oporności szczepu gronkowca na gentamycynę — odpowiedzialność ponosi mikrobiolog, który niewłaściwie zinterpretował wynik badania).

Komentarz

W tej sprawie decydujące znaczenia miała „oszczędność" na badaniach mikrobiologicznych, która doprowadziła po pierwsze do długotrwałej antybiotykoterapii „w ciemno" podczas leczenia ambulatoryjnego, a po drugie korzystano z usług taniego laboratorium prowadzonego przez nie w pełni kompetentny personel, który np. nie umiał prawidłowo zinterpretować wyniku badania lekowrażliwości bakterii.

Sprawa nr IX — KMCMUJ

Stan faktyczny

Powód 28 września 2001 r. uległ wypadkowi komunikacyjnemu i został przyjęty do pozwanego szpitala z rozpoznaniem otwartego złamania kości udowej lewej i rany płatowej klatki piersiowej. W tym samym dniu operacyjnie zeszyto ranę klatki piersiowej oraz wykonano zabieg repozycji złamania kości udowej z zespoleniem metodą ZESPOL. Od początku pobytu występowały skoki temperatury (do 38°C). 1 października stwierdzono obrzęk w okolicy miejsca zabiegu na kończynie lewej, a następnego dnia wystąpiło powiększenie węzłów chłonnych w pachwinie lewej. 5 października powód został przeniesiony na Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, skąd 26 października został wypisany do domu. W czasie hospitalizacji na tym oddziale regularnie występowały skoki temperatury do 37,5°C–38°C. 13 października 2001 r. wykonano zabieg operacyjnego usunięcia krwiaka w okolicy zespolenia w udzie lewym i założono drenaż przepływowy. Pomimo leczenia zakażenie się utrzymywało.

Udostępniona dokumentacja medyczna była nieczytelna i niepełna (brakło np. bieżących adnotacji — „dekursusów" — z prawie 3 tygodni hospitalizacji powoda na Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej pozwanym szpitalu), a opisy zabiegów operacyjnych były lakoniczne. Wyniki badań mikrobiologicznych wzbudzały wątpliwości co do ich wiarygodności (np. nie w pełni identyfikowano wyizolowane bakterie, badano wrażliwość na antybiotyki, na które nie należało jej badać). Ponadto w aktach sprawy była opinia biegłych, którzy wykluczyli zakażenie szpitalne u powoda.

Wydana opinia

Zawarte w postanowieniu sądu pytania dotyczyły tego, gdzie zakażenie nastąpiło, czy postępowanie z powodem było prawidłowe, oraz jaki jest obecny stan zdrowia powoda.

W odpowiedzi stwierdzono, że zakażenie u powoda spełnia kryteria zakażenia szpitalnego, ale nie można się wypowiedzieć jednoznacznie co do początku zakażenia, ponieważ dokumentacja medyczna jest zbyt uboga. W ocenie prawidłowości postępowania z powodem stwierdzono, że nie można się w pełni wypowiedzieć co do postępowania profilaktycznego (braki w dokumentacji medycznej, brak informacji o stosowanej u pozwanego kontroli zakażeń szpitalnych), w przypadku możliwości opóźnienia rozpoznania zakażenia należy stwierdzić, że w dokumentacji medycznej nie wpisywano objawów albo używano określeń niejednoznacznych, tak że nie można także tutaj wypowiedzieć się, czy zakażenia nie rozpoznano z opóźnieniem, choć braki w dokumentacji sprzyjają raczej tej tezie; natomiast co leczenia powoda to stwierdzono błędy w antybiotykoterapii — szczególnie rażące było dalsze stosowanie cefamandolu pomimo wykrycia metycylinooporności szczepu gronkowca (szczepy takie są *a priori* oporne na wszystkie β-laktamy dostępne w lecznictwie). Co do stanu zdrowia powoda stwierdzono, że powinni się tutaj wypowiedzieć biegli innych specjalności po zbadaniu powoda.

Komentarz

W tej sprawie widać, jak ważne jest prawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej, która być może pozwoliłaby pozwanemu udowodnić swoje tezy. Opinia wcześniejszych biegłych była także zbyt pochopna, co wynikać mogło z chęci „obrony" kolegów przez klinicystów w połączeniu z niewystarczającą wiedzą dotyczącą zakażeń szpitalnych.

Sprawa nr X — KMCMUJ

Stan faktyczny

B. L. (mąż powódki i ojciec pozostałych powodów) 26 stycznia 1998 r. został przyjęty do jednostki pozwanej w celu wykonania planowego zabiegu wszczepienia sztucznej zastawki aortalnej z powodu niedomykalności. Zabieg został wykonany 29 stycznia 1998 r. — jako okołooperacyjną profilaktykę antybiotykową pacjent otrzymał cefoperazon. 2 lutego wystąpił skok gorączki, który powtórzył się w dniu następnym. W związku z pogorszeniem się stanu klinicznego pacjent 4 lutego został do sali „R", gdzie przebywał do 6 lutego i gdzie postawiono rozpoznanie sepsy (posocznicy) spowodowanej przez gronkowca (*Staphylococcus aureus*) metycylinowrażliwego. Ponieważ nastąpiła poprawa stanu klinicznego, chory został przeniesiony do innego oddziału. Później stan kliniczny ponownie zaczął się pogarszać. W nocy z 10 na 11 lutego wystąpiło nagłe zatrzymanie krążenia i po nieudanej próbie reanimacji o godzinie 1^{35} stwierdzony został zgon pacjenta. Podczas całego pobytu na sali „R" i w Klinice Kardiologii utrzymywał się wyciek ropny i surowiczo-ropny z rany operacyjnej.

Udostępniona dokumentacja medyczna była częściowo niezbyt czytelna i niepełna — brakowało części wyników badań mikrobiologicznych (obecne były tylko skierowania). W aktach znajdował się protokół sekcji B. L., gdzie jako jedno z rozpoznań figurowała sepsa.

Wydana opinia

Pytania sądu z postanowienia dotyczyły charakteru zakażenia, prawidłowości postępowania z pacjentem, możliwości wcześniejszego rozpoznania zakażenia i skutków tego rozpoznania.

W odpowiedzi stwierdzono, że zakażenie u pacjenta spełniało kryteria zakażenia szpitalnego dodając, że podnoszone przez strony pochodzenie szczepu nie ma jakiegokolwiek znaczenia do uznania lub nie zakażenia za szpitalne. Odnosząc się do prawidłowości postępowania z pacjentem nie stwierdzono ewidentnych uchybień w tym zakresie, choć z zastrzeżeniem, że otrzymana dokumentacja medyczna ma braki. Natomiast co do możliwości wcześniejszego rozpoznania zakażenia stwierdzono, że brak jest podstaw do przyjęcia takiej możliwości.

Komentarz

W tej sprawie także widać, jak ważne jest prawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej, co jest także związane z orzecznictwem Sądu Najwyższego, który podkreśla, że wszelkie braki w dokumentacji medycznej nie mogą być wykorzystane na niekorzyść powodów. Jest to także jedyna sprawa, w której doszło do zgonu osoby zakażonej — jednakże protokół sekcji nic nie wniósł do wydawania opinii, ponieważ przyczyna zgonu pacjenta nie stanowiła przedmiotu sporu pomiędzy stronami.

Sprawa nr XI — KMCMUJ

Stan faktyczny

Powódka 2 maja 2001 r. uległa wypadkowi i została przewieziona do Oddziału Chirurgicznego i Urazowego pozwanego szpitala, gdzie rozpoznano zamknięte złamanie trójkostkowe z przemieszczeniem w obrębie prawego stawu skokowego. Miejsce złamania unieruchomiono opatrunkiem gipsowym bez uprzedniego umycia miejsca złamania z zanieczyszczeń ziemią i pacjentka została hospitalizowana. 4 maja u pacjentki został wykonany zabieg repozycji odłamów kostnych i stabilizacji za pomocą metalowych śrub i gwoździa Rusha. Powódka 5 maja odczuwała ból w okolicy miejsca zabiegu. W dniu następnym rano stwierdzono odczyn zapalny w ranie i cechy trzeszczenia oraz wypływ treści posokowatej — założono sączki i podano gentamycynę. Wieczorem podczas wizyty ordynatorskiej potwierdzono pogarszanie się stanu powódki — pobrano wymaz, w którym stwierdzono obecność laseczek Gram(+) w preparacie bezpośrednim i później wyhodowano beztlenową laseczkę *Clostridium perfringens*. Powódkę z rozpoznaniem zgorzeli gazowej przekazano do Oddziału Intensywnej Terapii Krajowego Ośrodka Medycyny Hiperbarycznej Instytutu Medycyny Morskiej i Tropikalnej w Gdyni. W tym ośrodku powódka była leczona do 17 maja 2001 r. — przebyła 22 ekspozycje w komorze hiperbarycznej, kilkakrotnie wykonywano opracowanie chirurgiczne rany i fasciotomię prawej kończyny dolnej; ponadto stosowano antybiotykoterapię i transfuzje krwi. Pacjentka została wypisana po poprawie stanu klinicznego i ujemnych wynikach badań mikrobiologicznych w kierunku *C. perfringens*. Powódka następnie była ponownie leczona w jednostce pozwanej od 17 do 28 maja. W czasie tej hospitalizacji wykonano badanie mikrobiologiczne rany i stwierdzono wzrost flory grzybiczej, w związku z czym 21 maja odstawiono metronidazol i netylmycynę, a włączono nystatynę doustnie, którą odstawiono 24 maja i rozpoczęto podawanie flukonazolu. Miejscowo ranę płukano roztworem soli fizjologicznej i karbenicyliny. 28 maja powódka opuściła pozwany szpital na własne żądanie i rozpoczęła leczenie w innej jednostce. Była tam hospitalizowana do 23 sierpnia 2001 r. — rozpoznano zapalenie kości z martwicą tkanek miękkich w obrębie podudzia prawego oraz grzybicze zapalenie naczyniówek obu oczu. Podczas tej hospitalizacji powódka była kilkakrotnie operowana — 31 maja dokonano rewizji rany, 5 czerwca amputowano prawą kończynę dolną do wysokości stawu kolanowego a 12 czerwca przeprowadzono rewizję kikuta.

Otrzymana dokumentacja medyczna była skrajnie nieczytelna (dla części wpisów pełnomocnicy stron wykonali kopie pismem komputerowym) i niepełna (brakowało większości wyników badań mikrobiologicznych). W swoich zeznaniach pracownicy pozwanego szpitala kilkakrotnie wskazywali na niedobory personelu podczas „długiego weekendu", co zmuszało do odraczania zabiegów, pomijania niektórych procedur, pełnienia dyżurów przez przypadkowych lekarzy z zewnątrz etc. Ponadto w aktach sprawy znajdowała się kserokopia artykułu z lokalnej gazety, gdzie informowano o kilku przypadkach zgorzeli gazowej w pozwanym szpitalu (nie tylko u powódki), a lekarze z tego szpitala odnośnie powódki i sprawy założenia opatrunku gipsowego na nieumytą nogę stwierdzili, że „złamań nie wolno ruszać" a mycie tutaj było niepotrzebne — przy wydawaniu opinii tego tekstu nie uwzględniono ze względu na „sensacyjny" styl i brak informacji merytorycznych. Dodatkowo znajdowała się też w aktach opinia lekarzy jednego z ośrodków, którzy uznali zgorzel gazową u powódki za związaną z zabiegiem 4 maja 2001 r. (nie przedstawili jednak uzasadnienia tej tezy a ich opinia stanowiła *de facto* opis zgorzeli gazowej jako jednostki nozologicznej).

Wydana opinia

Pytania zawarte zarówno w postanowieniu sądu oraz piśmie powódki (sąd polecił odpowiedzieć także na nie) dotyczyły 3 kwestii — prawidłowości postępowania z powódką w pozwanym szpitalu, oceny uszczerbku na zdrowiu oraz oceny zasadności poniesionych wydatków.

W odniesieniu do oceny uszczerbku na zdrowiu stwierdzono, że leży to w kompetencjach specjalistów medycyny sądowej. W przypadku zasadności wydatków odniesiono się tylko do wybranych leków (antybiotyki), a co do pozostałych (np. proteza nogi) stwierdzono, że leży to w kompetencjach biegłych klinicystów.

Natomiast co do prawidłowości postępowania z powódką stwierdzono dość liczne błędy (opisano je wraz z ich skutkami), z których najważniejsze to:

- unieruchomienie złamanej nogi w zamkniętym opatrunku gipsowym bez wcześniejszego umycia jej z zanieczyszczeń ziemią — panujący pod opatrunkiem wilgotny mikroklimat powoduje rozpulchnienie naskórka przez co utrudnione a często wręcz niemożliwe jest późniejsze mechaniczne (poprze umycie) usunięcie mogących się znajdować w glebie spor laseczek z rodzaju Clostridium, które to spory są ponadto niewrażliwe na działanie antyseptyków stosowanych do przygotowania pola operacyjnego;

- zlekceważenie przez lekarza dyżurnego ewidentnych objawów zgorzeli gazowej (przykry zapach, trzeszczenie etc.) i podanie gentamycyny (laseczki Clostridium są naturalnie na nią oporne) 6 maja rano, przez co zgorzel została rozpoznana dopiero podczas wieczornej wizyty kontrolnej ordynatora po prawie 12 h, co mogło skutkować koniecznością radykalniejszego postępowania w Gdyni w celu jej wyleczenia;
- podawanie przez kilka dni doustnie nystatyny po stwierdzeniu obecności grzyba *Candida albicans* w miejscu operowanym (kilka dni po powrocie z Gdyni, gdzie grzyba w tym miejscu jeszcze nie stwierdzono) — nystatyna nie wchłania się z przewodu pokarmowego przez co nie mogła działać w miejscu zakażenia co doprowadziło do krwiopochodnego rozsiewu patogenu (i między innymi zapalenia naczyniówek o etiologii grzybiczej);
- płukanie miejsca operowanego karbenicyliną po izolacji (oprócz *C. albicans*) też *Pseudomonas aeruginosa* — antybiotyk ten jest niezbyt skuteczny, a ponadto ciężkość zakażenia wymagała antybiotykoterapii ogólnej. Doprowadziło to do takiej progresji zakażenia, że nie było możliwe jego opanowanie w innym szpitalu i konieczna stała się amputacja kończyny dolnej.

Opinia uzupełniająca

Po wydaniu opinii pozwany nadesłał opisy standardów postępowania obowiązujące u niego. W piśmie przewodnim zakwestionował wydaną opinię, która według niego była niezgodna z „literaturą fachową" (nie podał jaką) i opinią poprzednich biegłych lekarzy, którzy „nie stwierdzili związku między zgorzelą a zabiegiem"; ponadto twierdził między innymi, że specjaliści medycyny sądowej nie mają kompetencji do oceny uszczerbku na zdrowiu a tylko orzecznicy ZUS, powtarzał cytowane wcześniej w gazecie lokalnej argumenty lekarzy odnośnie „nieruszania złamania", a stwierdzenie biegłych, że *Clostridium perfringens* wytrzyma spory (przetrwalniki) uznał za „domysł biegłych bez oparcia w literaturze fachowej", dodał także, że karbenicylina to wręcz najlepszy antybiotyk. Powódka przysłała pismo, w którym polemizowała z tezami pozwanego i zawarła dodatkowe pytania do biegłych. Wtedy sąd wydał postanowienie o zobowiązaniu biegłych do opracowania opinii uzupełniającej, w której odnieśliby się do obu pism.

W wydanej opinii uzupełniającej ustosunkowano się do zarzutów pozwanego podając dowody z piśmiennictwa przeczące jego tezom unikając jednak wdawania się z nim w „walkę na noże". Ponieważ pytania powódki dotyczyły pisma pozwanego, to odpowiedzi na nie polegały na odesłaniu do odpowiednich fragmentów polemiki z pozwanym. Jedno pytanie powódki dotyczyło tego, jak wygląda stosowanie się personelu medycznego do obowiązujących standardów związanych z zakażeniami szpitalnymi — odpowiedziano, że znane biegłym badania dotyczą krajów anglosaskich i stwierdzają niemały odsetek odstępstw, a w Polsce najprawdopodobniej jest gorzej, ponieważ Anglosasi respektują standardy, podczas gdy w naszym kraju częsta jest postawa „Ja wiem lepiej".

Komentarz

Sprawa jest wręcz kuriozalna ze względu na fatalną organizację pracy w pozwanym szpitalu — szpitale powiatowe w 2001 r. musiały zapewnić wystarczające warunki do pełnienia non-stop ostrego dyżuru chirurgicznego, jak również kompetentną obsadę dyżurów (kontrolna wizyta ordynatora wskazywała na to, że miał on zastrzeżenia co do fachowości lekarza dyżurnego). Ponadto na uwagę zasługuje olbrzymia wręcz niekompetencja lekarzy leczących powódkę w zakresie antybiotykoterapii. Ostatnie zagadnienie stanowi pismo pozwanego — sformułowania w nim zawarte wskazywały na spore niedostatki wiedzy merytorycznej (np. XIX-wieczne wręcz tłumaczenia o „nieruszaniu" i braku potrzeby mycia, czy nieznajomość wiadomości mikrobiologicznych znanych od dziesiątków lat i wymaganych od studentów medycyny) — pozwane szpitale powinny bardziej zwracać uwagę na poprawność merytoryczną swoich pism i wniosków do sądu.

Sprawa nr XII — KMCMUJ

Stan faktyczny

Powód 21 listopada 2001 r. uległ wypadkowi i doznał złamania kości ramieniowej lewej. W Szpitalu w Ś. zaopatrzono złamanie i w dniu następnym przekazano powoda do Oddziału B Kliniki Chirurgii Urazowej pozwanego szpitala. W tym samym dniu wykonano zespolenie operacyjne złamania prętami Rusha i 26 listopada powód został wypisany do domu. 6 grudnia 2001 r. powód został przyjęty do Szpitala w Ś. z powodu nacieku zapalnego w ranie pooperacyjnej. Rozpoznano ropowicę i w dniu następnym otwarto ranę oraz pobrano materiał do badania mikrobiologicznego, podczas którego wyhodowano *Staphylococcus aureus* metycylinowrażliwy; równocześnie rozpoczęto empirycznie podawanie klindamycyny 3× dziennie, na którą wyhodowana bakteria okazała się wrażliwa. Wskutek poprawy stanu miejscowego odstawiono antybiotyk w dniu 13 grudnia, a pacjenta wypisano do domu 15 grudnia 2001 r. W styczniu 2002 r. pojawił się ponownie naciek zapalny w okolicy operowanej i z tego powodu powód został przyjęty do jednostki pozwanej 24 stycznia; w tym samym dniu rozpoczęto podawanie 1× dziennie ceftriaksonu, który został odstawiony 28 stycznia i zastąpiony klindamycyną 4× dziennie (lek ten podawano do 11 lutego). 25 stycznia wykonano zabieg operacyjny usunięcia prętów Rusha i martwaka kostnego. Równocześnie podczas zabiegu pobrano materiał do badania mikrobiologicznego — wyhodowano *S. aureus* metycylinowrażliwy (wrażliwy na klindamycynę). W ponownym badaniu mikrobiologicznym rany po tym zabiegu (4 lutego 2002 r.) nie wyhodowano bakterii. 13 lutego powód został wypisany do domu. W okresie do lutego 2003 r. pacjent był leczony ambulatoryjnie z powodu wpierw bólu w miejscu operowanym, a potem przetok ropnych. 4 lutego 2003 r. powód został ponownie przyjęty do jednostki pozwanej, gdzie przebywał do 10 lutego. 5 lutego wykonano zabieg operacyjny usunięcia martwaka kostnego, wszczepienia kości gąbczastej i gąbki kolagenowej z gentamycyną. Powód następnie był leczony ambulatoryjnie z powodu przetok ropnych w ranie pooperacyjnej. W okresie od 30 listopada do 14 grudnia 2004 r. powód był leczony z powodu zawału mięśnia sercowego w Oddziale Chorób Wewnętrznych w innym szpitalu. Podczas tej hospitalizacji wskutek utrzymującego się zakażenia gronkowcem nie wykonano koronarografii. Następnie w okresie od 3 do 14 stycznia 2005 r. powód przebywał w Oddziale Rehabilitacji Kardiologicznej Szpitala Rehabilitacyjnego w P., co wynikało z przebytego zawału.

Udostępniona dokumentacja medyczna była w miarę czytelna, ale jak się później okazało, niepełna.

Wydana opinia

W postanowieniu sąd postawił 2 pytania — czy w pozwanym szpitalu doszło do zakażenia gronkowcem i czy wiązało się ono z błędami medycznymi („błędami w sztuce lekarskiej").

Odnośnie pierwszej części pytania odpowiedziano, że zakażenie u powoda jest zakażeniem szpitalnym (czemu zresztą nie zaprzeczają lekarze z pozwanego szpitala). W przypadku drugiego pytania odpowiedziano, że odnośnie profilaktyki pozwanemu szpitalowi można zarzucić niezastosowanie okołooperacyjnej profilaktyki antybiotykowej (brak było w otrzymanym materiale dowodowym jakichkolwiek informacji), co stanowiło istotny czynnik ryzyka zakażenia. Natomiast niewyleczenie zakażenia wiązało się z błędami w stosowaniu antybiotyków (niewłaściwy dobór, a przede wszystkim nieprawidłowe dawkowanie), które popełniono zarówno w pozwanym szpitalu, jak i w innym szpitalu, gdzie w międzyczasie przebywał powód. Oceniano także postępowanie eksperymentalne (terapię fagową), której poddał się powód — stwierdzono, że doustne podawanie bakteriofagów może być w sytuacji zakażenia takiego jak u powoda powodujące nieskuteczność leczenia.

Opinia uzupełniająca

Pozwany po wydaniu opinii przysłał pismo, w którym zakwestionował opinię jako argumenty podając, że podczas jednej z hospitalizacji powoda pozwany szpital miał inną przynależność organizacyjną; ponadto biegły miał „skrzywdzić" pozwanego, ponieważ stwierdził, że brak było dowodów na stosowanie okołooperacyjnej profilaktyki antybiotykowej; bronił także swoich decyzji dotyczących antybiotykoterapii. Wraz z pismem nadesłał oryginały dokumentacji medycznej zawierającej elementy, których kserokopie wcześniej nie były udostępnione. W związku z tym sąd postanowił o wydaniu opinii uzupełniającej, w której biegły ustosunkowałby się do pisma pozwanego.

W opinii uzupełniającej odniesiono się do zarzutów pozwanego stwierdzając, że przynależność organizacyjna dla biegłego mikrobiologa ma ograniczone znaczenie, jeśli jest to ten sam oddział *de facto*; w przypadku „krzywdy" stwierdzono, że to strona przedstawia materiał dowodowy, który następnie ocenia biegły, więc zarzuty mogą dotyczyć najwyżej osoby lub osób, które nie dołączyły stosownych dokumentów,

równocześnie stwierdzono, że zastosowana profilaktyka antybiotykowa była poprawna; ponadto odniesiono się do antybiotykoterapii przedstawiając szersze uzasadnienie, dlaczego określone postępowanie uznane zostało za błędne.

Komentarz

W przypadku spraw „medycznych" istotne jest udostępnianie całości dokumentacji medycznej. Tutaj natomiast najprawdopodobniej ze względów organizacyjnych (inne miejsce przechowywania dokumentacji anestezjologicznej) nie uczyniono tego. Istotne jest także, że sprawa ta pokazuje, że „ostrożny" biegły (piszący np. „Brak jest dowodów na stosowanie okołooperacyjnej profilaktyki antybiotykowej." zamiast „Nie zastosowano około operacyjnej profilaktyki antybiotykowej.") w nieco mniejszym stopniu ryzykuje popełnienie błędu opiniodawczego.

Ważne jest także to, że błędów w antybiotykoterapii zakażenia dopuszczono się nie tylko w jednostce pozwanej — biegły o tym pisał, bo tak sformułowane zostało pytanie.

Sprawa nr XIII — KMCMUJ

Stan faktyczny

Powódka 28 stycznia 2000 r. uległa wypadkowi połączonemu ze złamaniem zamkniętym wieloodłamowym prawego podudzia z przemieszczeniem. W pozwanym szpitalu początkowo zaopatrzono podudzie szyną gipsową, a następnie 1 lutego wykonano zabieg repozycji odłamów kostnych z założeniem stabilizacji typu ZESPOL. 7 lutego została wypisana z zaleceniem kontroli w Poradni Ortopedycznej u pozwanego. Podczas wizyty w dniu 25 lutego stwierdzono dolegliwości w miejscu zespolenia. 1 marca zastosowano miejscowo maść z antybiotykiem (neomycyna). 12 lipca zadecydowano o usunięciu zespolenia za 6 tyg. Powódka była od 4 do 17 sierpnia 2000 r. hospitalizowana w pozwanym szpitalu z powodu nacieku zapalnego w miejscu zespolenia. W dniu przyjęcia usunięto zespolenie i pobrano materiał do badania bakteriologicznego — wyhodowano *Staphylococcus aureus* metycylinowrażliwy; w związku z tym powódkę leczono miejscowo antybiotykiem gentamycyną, na który wyhodowany szczep był wrażliwy. Podczas leczenia ambulatoryjnego po tej hospitalizacji stosowano następnie amoksycylinę z kwasem klawulanowym. Ponownie hospitalizowana od 6 do 19 października 2000 r. z rozpoznaniem stawu rzekomego podudzia prawego i zespołu Sudecka. 9 października wykonano operacyjne zespolenie odłamów prętem śródszpikowym. Podczas hospitalizacji nie wykonywano badań mikrobiologicznych, a z antybiotyków stosowano cefazolinę. Następnie była leczona ambulatoryjnie — w tym okresie pogorszeniu uległ stan miejscowy. Ponowna hospitalizacja od 13 listopada do 13 grudnia 2000 r. Dzień przed przyjęciem pobrano materiał do badania mikrobiologicznego i wyizolowano *S. aureus* metycylinowrażliwy. W badaniach mikrobiologicznych wydzieliny z rany (17 listopada i 13 grudnia) izolowano *S. aureus* metycylinowrażliwy. W styczniu 2001 r. wdrożono ambulatoryjnie leczenie autoszczepionką, które nie przyniosło efektu. Podczas hospitalizacji u pozwanego w okresie od 26 do 27 marca 2001 r. rozpoznano zapalenie kości. Później hospitalizowana w innym szpitalu z rozpoznaniem zapalenia piszczeli prawej.

Udostępniona dokumentacja medyczna była często nieczytelna i lakoniczna — brakowało informacji o przyczynach zabiegów operacyjnych. Ponadto wypowiedzi lekarzy z jednostki pozwanej wskazywały na ich niewystarczającą wiedzę w zakresie działania i stosowania antyseptyków.

Wydana opinia

Pytanie zawarte w postanowieniu sądu dotyczyło, czy ujawnienie gronkowca złocistego u powódki w sierpniu 2000 r. może wiązać się, być zakażeniem szpitalnym, tzn. może wynikać z zakażenia szpitalnego?

W odpowiedzi stwierdzono, że zakażenie u powódki jest zakażeniem szpitalnym i powołano się na jego definicję, a następnie wyjaśniono, kiedy zakażenie jest związane z błędem medycznym, ale tego tematu nie rozwijano, ponieważ nie było to objęte pytaniem sądu.

Komentarz

Sprawa ta pokazuje jak silne są do dziś popularne „mity” dotyczące zakażeń szpitalnych, z którymi musi zmagać się biegły. W takiej sytuacji biegły może tylko poinformować w opinii, dlaczego tak uważa, a do sądu należy decyzja, co dalej.

Sprawa nr XIV — KMCMUJ

Stan faktyczny

Powódka 1 kwietnia 2002 r. uległa ciężkiemu wypadkowi samochodowemu. Po wstępnym zaopatrzeniu w szpitalu w R. została przewieziona do jednostki pozwanej, gdzie rozpoznano: obrzęk lewej półkuli mózgu z cechami stłuczenia, podwichnięcie w stawie szczytowo-obrotowym odcinka szyjnego kręgosłupa, niedowład prawostronny, wieloodłamowe złamanie otwarte $^1/_3$ dalszej kości udowej lewej, złamanie dostawowe nasady dalszej kości udowej lewej, liczne rany cięte twarzoczaszki, liczne otarcia naskórka kończyn górnych oraz dolnych. Od dnia przyjęcia otrzymywała antybiotyki: cefuroksym i netylmycynę, a od 4 kwietnia dodatkowo metronidazol. Antybiotyki odstawiono 9 kwietnia. 27 kwietnia wykonano zabieg repozycji złamania kości udowej ze stabilizacją płytką Supraloc. W dniu zabiegu powódka otrzymała cefuroksym jako profilaktykę, którą przedłużono, następnego dnia włączono amikacynę a 29 kwietnia dołączono klindamycynę. 28 kwietnia u powódki nastąpił skok gorączki do 39°C. Dzień przed zabiegiem pobrano końcówkę drenu i wyizolowano w dniu 29 kwietnia *Staphylococcus aureus* metycylinooporny (MRSE) wrażliwy na klindamycynę. Z powodu utrzymywania się gorączki w dniach 1 i 2 maja pobrano wymazy z rany pooperacyjnej i wyizolowano w dniach 3 i 6 maja *Staphylococcus aureus* metycylinooporny (MRSA). W dniu 2 maja powódkę przeniesiono na Oddział Urazowo-Ortopedyczny Kobiecy, gdzie początkowo utrzymano tylko klindamycynę, a od 4 maja odstawiono ten lek i włączono wankomycynę. W związku z zakażeniem miejsca operowanego powódkę w dniu 6 maja przeniesiono na Oddział Septyczny. W tym samym dniu operacyjnie usunięto treść patologiczną i wióry kostne użyte do zabiegu 27 kwietnia. Z Oddziału Septycznego powódka została wypisana na prośbę rodziny 11 września 2002 r. W badaniach mikrobiologicznych z tego okresu izolowano MRSA i MRSE wrażliwe na glikopeptydy i o zmiennej wrażliwości na Biseptol. Powódka z powodu istniejącego stanu zapalnego w miejscu operowanym była później kilkakrotnie hospitalizowana na Oddziale Septycznym.

Udostępniona dokumentacja medyczna była dość czytelna, ale niepełna — brakowało części zleceń lekarskich. Natomiast jako jedna z nielicznych jednostek pozwany nadesłał dość wyczerpujące informacje dotyczące kontroli zakażeń szpitalnych. Podczas opracowywania opinii sąd dosłał otrzymane od jednego z pracowników pozwanego (ordynatora jednego oddziału) pismo, w którym znajdowały się bardzo ograniczone informacje merytoryczne, ale przede wszystkim stwierdzenia, które można streścić jednym zdaniem: „Ja jestem nieomylny i zawsze mam rację, a wszyscy, którzy w to wątpią, są niewiele warci". Dodatkowo w tym piśmie znajdowały się dość niewybredne ataki osobiste na opiekuna faktycznego powódki — z tego powodu przy wydawaniu opinii pominięto to pismo.

Wydana opinia

W postanowieniu sąd zadał pytanie — gdzie i kiedy nastąpiło zakażenie u powódki, czy postępowanie z powódką było prawidłowe i czy u pozwanego był przestrzegany reżim sanitarny.

W opinii odpowiedziano, że zakażenie u powódki spełnia kryteria zakażenia szpitalnego (wystąpiło po upływie prawie miesiąca od przyjęcia do szpitala). W przypadku postępowania z powódką stwierdzono, że szczupłość materiału dowodowego (np. niekompletna dokumentacja medyczna) nie pozwala się jednoznacznie wypowiedzieć, ale pewne sytuacje związane z antybiotykoterapią wskazują, że mogło tam dojść do nieprawidłowości, jednak aby się wypowiedzieć potrzebne jest uzupełnienie materiału dowodowego. Natomiast w odniesieniu do trzeciego pytania stwierdzono, że w jednostce pozwanej obowiązywały poprawne zasady zapobiegania zakażeniom szpitalnym.

Pierwsza opinia uzupełniająca

Po wydaniu opinii pozwany nadesłał pismo, które *de facto* stanowiło powtórzenie wspomnianego wcześniej pisma ordynatora uzupełnionego o opis antybiotykoterapii stosowanej na jego oddziale i stwierdzenie, że biegły nie powinien pisać w opinii o brakach w udostępnionej dokumentacji, tylko osobiście udać się do pozwanego po brakujące elementy. Sąd postanowił o wydaniu przez biegłego opinii uzupełniającej, w której ten odniesie się do tego pisma.

W opinii uzupełniającej wyjaśniono zagadnienia dotyczące zakażeń szpitalnych i sytuacji, kiedy wiążą się one z błędami medycznymi, przedstawiono zasady postępowania biegłego, który nie może „wyręczać" strony w uzupełnianiu materiału dowodowego dodając, że pozwany i tak nadal nie uzupełnił wyszczególnionych braków. W odniesieniu do antybiotykoterapii wymieniono błędy — szczególnie rażące było odstawienie prawidłowo dobranej wankomycyny i zastąpienie jej kotrimoksazolem, który stosowano przez kilka tygodni w dawkach maksymalnych pomimo braku poprawy klinicznej i mikrobiologicznej oraz pojawieniu się

oporności u bakterii, jak również włączanie cefuroksymu (na dodatek niewłaściwie dawkowanego 2× dz. zamiast 3× dz.), amikacyny i cyprofloksacyny pomimo oporności gronkowca. Nie odnoszono się natomiast do niewybrednych ataków osobistych na stronę powodową.

Druga opinia uzupełniająca

Po wydaniu opinii uzupełniającej sąd z własnej inicjatywy zażądał od pozwanego uzupełnienia braków w dokumentacji, a gdy to się stało, postanowił o wydaniu opinii uzupełniającej przez biegłego, w której ten zweryfikuje poprawność antybiotykoterapii stosowanej u powódki w pozwanym szpitalu.

W wydanej opinii odniesiono się do antybiotykoterapii u powódki — merytorycznie niewiele można było dodać poza poprzednią opinię, ponieważ stwierdzone dodatkowe błędy nie wiązały się z uszczerbkiem na zdrowiu u powódki.

Komentarz

Z punktu widzenia medycznego zakażenie szpitalne (i wynikające zeń nieuzyskanie zrostu kości) miało minimalny wpływ na ciężką niepełnosprawność u powódki (związaną z wypadkiem komunikacyjnym — np. kończyna dolna z zakażeniem była objęta niedowładem) i, opierając się o to, pozwany szpital mógłby próbować się bronić wykazując minimalną szkodę odniesioną przez powódkę z powodu popełnionych błędów. Jednakże myślą przewodnią pisma pozwanego było ukontentowanie urażonej „ambicji" zadufanego w sobie chirurga — w rezultacie wyszedł on na krzykliwego i niegrzecznego ignoranta, a sąd wyraźnie zraził się do pozwanego, na co wskazują okoliczności wydania drugiej opinii uzupełniającej. Pozwany szpital nie powinien był dopuścić do złożenia do akt sprawy pisma ordynatora, a jeśli już do tego doszło, to powinien był w swoim piśmie odeń się odciąć a nie powtarzać jego treści w swoim piśmie. Kuriozalne jest żądanie od biegłego przyjazdu z własnej inicjatywy do pozwanego szpitala w celu uzupełnienia braków w materiale dowodowym, co wskazuje na brak wiedzy odnośnie zasad i praktyki postępowania cywilnego.

Sprawa nr XV — KMCMUJ

Stan faktyczny

Powód 22 kwietnia 2002 r. miał przez pozwanego wykonany zabieg neophalloplastyki stanowiący kolejny etap wykonywanej u powoda zmiany płci z żeńskiej na męską. Na wytworzonym prąciu pojawiły się zmiany martwicze. 2 maja 2002 r. podczas wizyty kontrolnej u pozwanego usunięto zmienione martwiczo tkanki. Pomimo tego powód stwierdzał dalszą progresję martwicy i ponieważ nie doszła do skutku kolejna wizyta kontrolna u pozwanego, zgłosił się 11 maja 2002 r. do Pogotowia Ratunkowego, skąd został skierowany do szpitala, gdzie w tym samym dniu usunięto martwicze tkanki — w badaniu mikrobiologicznym wyizolowano *Enterococcus faecalis* i *Staphylococcus sciuri* metycylinooporny.

Dokumentacja medyczna była bardzo lakoniczna. W swoich zeznaniach powód wielokrotnie zwracał uwagę na niewłaściwe zachowanie pozwanego w stosunku do niego — nieprzyjmowanie go w swoim gabinecie o ustalonej godzinie, lekceważący doń stosunek, niepoinformowanie go o wszystkich rezultatach zabiegu (szczególnie o tym, że bez dodatkowego zaprotezowania powód nie będzie mógł odbywać stosunków), publiczna wypowiedź „Brzydzę się tobą!" etc. — jednakże nie składał w związku z tym żadnych wniosków. Pozwany nie zaprzeczył części tych zarzutów (oprócz niepoinformowania). Ponadto w aktach sprawy znajdowały się opinie biegłego chirurga plastycznego, który martwicę wytworzonego prącia uznał za niepowodzenie w leczeniu i w związku z tym powód kilkakrotnie z nim polemizował (biegły wydawał opinie uzupełniające).

Wydana opinia

W postanowieniu sąd zadał pytanie, czy wystąpienie w martwiczych tkankach bakterii mogło wynikać z błędów pozwanego.

W wydanej opinii wykluczono istnienie takiego związku przyczynowego.

Pierwsza opinia uzupełniająca

Po wydaniu opinii powód wysłał pismo, w którym zażądał, aby biegły udzielił odpowiedzi na dodatkowe pytania (dotyczące zresztą określonego sposobu postępowania medycznego; przy ich czytaniu miało się wrażenie, że powód szukał jakiegoś „haka") i sąd postanowił o wydaniu opinii uzupełniającej przez biegłego.

W opinii uzupełniającej stwierdzono pewne nieprawidłowości, ale takie, które nie pozostają w związku przyczynowym ze stanem powoda.

Druga opinia uzupełniająca

Podczas opracowywania pierwszej opinii uzupełniającej pozwane towarzystwo ubezpieczeniowe wystosowało pismo z dodatkowym pytaniem do biegłego dotyczącym tego, czy obecność określonych bakterii wynika z zakażenia czy nie, i sąd postanowił o wydaniu drugiej opinii uzupełniającej.

W opinii stwierdzono, że ponieważ nie istniały objawy kliniczne zakażenia, to obecność wyhodowanych bakterii stanowi przejaw nie zakażenia a tylko kolonizacji martwiczych tkanek.

Komentarz

Wydaje się, że główną przyczyną złożenia skargi przez powoda było niewłaściwe postępowanie pozwanego — prawdopodobnie z uwagi na rodzaj zabiegu powód obawiał się, że żądanie z tego powodu zadośćuczynienia i ewentualne dochodzenie racji przed Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej (zdaniem autora niniejszej pracy w pełni zasadne, jeśli prześledzi się zachowanie i wypowiedzi pozwanego na czele z „Brzydzę się tobą.") odebrane zostanie jako „fanaberia", więc szukał „obiektywnej" skargi — gdy biegły chirurg plastyczny uznał martwicę prącia za niepowodzenie w leczeniu, to na podstawie wyników badań bakteriologicznych za „obiektywną" przyczynę uznał on „zakażenie" (a ściślej izolację bakterii z martwicy bez objawów klinicznych zakażenia).

Sprawa nr XVI — KMCMUJ

Stan faktyczny

Powód został przyjęty do pozwanego szpitala 20 czerwca 2001 r. z powodu bólów brzucha, wymiotów, zatrzymania gazów i stolca. Wykonano w tym samym dniu laparotomię w trybie pilnym i stwierdzono niedrożność mechaniczną jelit a następnie uwolniono zrosty. Ponieważ u powoda nadal występowały dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego, to 12 lipca wykonano relaparotomię, podczas której stwierdzono masywne zrosty jelit, których nie dało się uwolnić — w związku z tym usunięto prawie całe jelito cienkie oraz wykonano hemikolektomię prawostronną z zespoleniem pozostawionego fragmentu jelita cienkiego z poprzecznicą. Ponieważ istniały trudności z gojeniem rany, w dniu 22 lipca otwarto ją i stwierdzono ropień w górnym biegunie oraz przetokę jelitową w dolnym. Po tym zabiegu chorego przeniesiono na Oddział Intensywnej Opieki Medycznej. W dniu 3 sierpnia wykonano relaparotomię, podczas której założono dren do jelita (przez przetokę). 25 sierpnia z powodu uporczywego krwawienia dokonano rewizji rany. W związku ze złym stanem ogólnym i miejscowym u pacjenta zostało wdrożone żywienie pozajelitowe. Powód przez dłuższy czas był w złym stanie ogólnym (11 września 2001 r. zaistniała konieczność założenia tracheostomii). W wynikach badań laboratoryjnych na przełomie sierpnia i września pojawiły się nieprawidłowości w zakresie enzymów wątrobowych a później dołączyło się zażółcenie powłok. W dostępnej dokumentacji znajdują się opisy 5 laparotomii. W dniu 20 listopada 2001 r. powód został przeniesiony do innej jednostki, gdzie przebywał do 11 marca 2002 r. — podczas tej hospitalizacji stwierdzono zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu C (HCV). Po wypisaniu powód był odżywiany pozajelitowo w warunkach domowych.

Udostępniona dokumentacja medyczna była bardzo niepełna — brakowało przede wszystkim kart zleceń lekarskich — pozwany wyjaśnił, iż związane jest to z toczącym się równolegle postępowaniem przed rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej przy Okręgowej Izbie Lekarskiej i koniecznością udostępnienia części dokumentacji. Wśród zeznań pracowników pozwanego szpitala ważne było zeznanie pielęgniarki z OIOM–u, która potwierdziła rutynowe stosowanie praktyki przepłukiwania cewników moczowych.

Wydana opinia

W swoim postanowieniu sąd zawarł dość liczne pytania (część z nich dotyczyła WZW C u powoda, więc nie będzie dalej omawiana) dotyczących prawidłowości postępowania z powodem i skutków zakażeń.

W wydanej opinii na większość pytań odpowiedziano, że nie można udzielić odpowiedzi, ponieważ nie pozwalają na to braki w materiale dowodowym — np. pisząc o prawidłowości profilaktyki zakażeń szpitalnych stwierdzono, że płukanie cewników Foleya jest ewidentnym i rażącym błędem, ale nierozwijano tego dalej z powodu braków w materiale dowodowym.

Komentarz

W tej sprawie biegły mógł wydać bardzo niepełną opinię z powodu braków w materiale dowodowym (np. nieobecność kart zleceń lekarskich). Warto zwrócić uwagę na wypowiedzieć jednej z pielęgniarek o rutynowym stosowaniu płukania cewników moczowych — sąd nie mający wiedzy fachowej w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych mógłby uznać to za przejaw staranności („Płuczą cewniki, żeby nie było zakażenia.”), podczas gdy biegły dysponujący tą wiedzą jest w stanie stwierdzić, że postępowanie to jest błędne, ponieważ zwiększa ryzyko zakażeń szpitalnych i już w latach 1990 zostało zarzucone w większości polskich szpitali.

Sprawa nr XVII — KMCMUJ

Stan faktyczny

Powód 4 czerwca 2001 r. uległ wypadkowi połączonemu ze złamaniem trzonu prawej kości udowej. W związku z tym został hospitalizowany w Oddziale Chirurgicznym jednostki pozwanej. W tym samym dniu wykonano zabieg zespolenia złamania metalową płytką i śrubami. W dniu 15 czerwca stwierdzono wyciek z rany i wykonano badanie mikrobiologiczne izolując *Staphylococcus aureus* metycylinowrażliwy. Powód został 18 czerwca wypisany do domu z zaleceniem doustnego stosowania klindamycyny, na którą wyhodowana bakteria była wrażliwa. Ponieważ dalej utrzymywał się wyciek ropy z rany, powód został ponownie hospitalizowany u pozwanego w okresie od 6 do 18 sierpnia 2001 r. W czasie tej hospitalizacji ponownie wyizolowano *S. aureus* i wykonano zabieg wycięcia brzegów rany oraz jej wtórnego zeszycia; stosowano także antybiotyk cefazolinę. Powód został wypisany do domu z zaleceniem stosowania Biseptolu. Ponieważ dalej utrzymywało się zakażenie powoda ponownie hospitalizowanego u pozwanego od 30 sierpnia do 29 września 2001 r. Podczas tej hospitalizacji usunięto elementy zespolenia, oraz włączono leczenie przeciwbakteryjne; w wykonanych kilkakrotnie posiewach nie wyizolowano bakterii. Następnie hospitalizowany w innej jednostce. W czasie tej hospitalizacji usunięto martwaki kostne i wszyto gąbkę z gentamycyną). Następnie stwierdzono wygojenie rany operacyjnej (marzec 2002 r.).

Dokumentacja medyczna udostępniona przez pozwany szpital była dość nieczytelna i przede wszystkim niepełna — brakło kart zleceń lekarskich. Ponadto w aktach sprawy znajdowała się opinia biegłych, którzy nie rozstrzygnęli, czy zakażenie u powoda jest zakażeniem szpitalnym, czy nie (nie podali jednak, jakie przyjęli kryteria zakażenia szpitalnego). Dodatkowo w aktach sprawy znajdowały się wypowiedzi zatrudnionej w pozwanym szpitalu pielęgniarki epidemiologicznej dotyczące zakażeń szpitalnych — najistotniejsze było jednak to, że objęła ona swą funkcję kilka miesięcy po pierwszej hospitalizacji powoda. Interesująca była dokumentacja dotycząca reakcji strony pozwanej na informacje o zakażeniu u powoda — początkowo dyrekcja pozwanego szpitala uznała to za zakażenie szpitalne i zaproponowała rodzicom powoda polubowne rozwiązanie sprawy, ale wkrótce zmienił się dyrektor szpitala i przyjęto odmienną strategię postępowania, która doprowadziła w końcu do procesu. Tutaj jest ciekawe, że szpitalny Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych uznał zakażenie u powoda za szpitalne, ale wtedy interweniowali urzędnicy organu założycielskiego (władz powiatu), którzy „wiedzieli lepiej", że to nie jest zakażenie szpitalne.

Wydana opinia

W postanowieniu o wydaniu opinii sąd zawarł pytania do biegłego dotyczące charakteru zakażenia u powoda (szpitalne lub nie), prawidłowości postępowania z powodem oraz skutków zakażenia.

W wydanej opinii przede wszystkim jednoznacznie określono, że zakażenie u powoda jest zakażeniem szpitalnym związanym z jego hospitalizacją u pozwanego, wyjaśniono, że określenie „szczep szpitalny" nie jest tożsame z pojęciem „szczep wywołujący zakażenia szpitalne"; w przypadku postępowania z powodem stwierdzono, że antybiotykoterapia nie była w pełni prawidłowa (stosowanie amikacyny w monoterapii zakażenia gronkowcowego), a przede wszystkim niewłaściwe było nieusunięcie elementów zespolenia przy istniejącym zakażeniu i poprzestanie tylko na wycięciu brzegów rany, co z dużym prawdopodobieństwem mogło przyczynić się do niewyleczenia zakażenia u pozwanego; natomiast co do skutków, to stwierdzono, że wypowiadać się powinni inni biegli (klinicyści, medycy sądowi) po zbadaniu powoda.

Pierwsza opinia uzupełniająca

Po wydaniu opinii pozwany szpital przysłał pismo, w którym zakwestionował wydaną opinię twierdząc, że umieścił w dokumentacji medycznej karty zleceń (uzasadniając to tym, że inni biegli nie poinformowali o tych brakach; brakujące karty dołączył jednak), podtrzymał, że zakażenia endogenne nie są zakażeniami szpitalnymi, a amikacynę można stosować w zakażeniach gronkowcowych. W związku z tym sąd postanowił o wydaniu przez biegłego opinii uzupełniającej, w której ten odniesie się do tego pisma.

W opinii uzupełniającej wyjaśniono, że każdy biegły lub ich zespól jest niezależny w wydawaniu swoich opinii; podano, że dalej nie można się wypowiedzieć odnośnie kontroli zakażeń u pozwanego (pielęgniarka epidemiologiczna rozpoczęła swoje działania kilka miesięcy po hospitalizacji powoda); wypowiedziano się jednoznacznie co do zasad stosowania amikacyny przeciw gronkowcom oraz podtrzymano, że zakażenie szpitalne może być wywołane także przez szczep endogenny pochodzący od pacjenta, a samo wystąpienie zakażenia nie jest tożsame z błędem medycznym.

Druga opinia uzupełniająca

W czasie opracowywania pierwszej opinii uzupełniającej towarzystwo ubezpieczeniowe, w którym pozwany szpital jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej nadesłało pismo, którego główną treścią było uzasadnienie, że może ono pełnić rolę interwenienta ubocznego w sprawie. W piśmie tym padła wypowiedź, że zakażenie nie mogło zaistnieć w pozwanym szpitalu *de facto* niepoparta żadnymi argumentami. Sąd postanowił o wydaniu przez biegłego opinii uzupełniającej, w której ten odniesie się do tego pisma.

W opinii uzupełniającej stwierdzono, że odnośnie charakteru zakażenia wypowiedziano się już w poprzednich opiniach.

Komentarz

Jest to jedyna opiniowana sprawa, w której pozwany szpital próbował polubownie rozwiązać sprawę. Niestety po zmianie dyrekcji powrócono do zasady „walki do końca" bez oceny skutków — polubowne załatwienie sprawy wiązałoby się prawdopodobnie z mniejszymi kosztami niż w przypadku procesu, ale organy założycielskie preferują „walkę do końca", nawet jeśli ma się ona zakończyć niepowodzeniem. Z kolei pismo współpozwanego ubezpieczyciela wskazuje na to, że jego autor nie zapoznał się dokładnie z aktami sprawy, a tylko skopiował „gotowca".

Sprawa nr XVIII — KMCMUJ

Stan faktyczny

Powódka urodziła się 28 listopada 2002 r. Następnie do 6 grudnia przebywała na Oddziale Noworodków pozwanego szpitala. 28 listopada otrzymała iniekcję domięśniową wit. E i wit. K. Przez cały pobyt stan ogólny powódki był dobry. W dniu 3 grudnia oznaczono CRP — wynik w granicach normy. Wg zeznań matki powódki, podczas kąpieli w domu stwierdzono u noworodka opadanie lewej nóżki i obniżone napięcie mięśniowe w tej kończynie. W związku z tym rodzice zgłosili się 12 grudnia 2002 r. do lekarza rodzinnego, który stwierdził obniżenie ruchomości lewej kończyny dolnej i skierował powódkę do Poradni Urazowo-Ortopedycznej. Z przyczyn organizacyjnych (dni otwarcia poradni) wizyta doszła do skutku 17 grudnia. Lekarz ortopeda stwierdził opadanie stopy lewej, obniżenie napięcia mięśniowego w lewej kończynie dolnej przy pełnym odwodzeniu w obu stawach biodrowych. — stwierdził potem, że nie czuł się kompetentny do prowadzenia dalszej diagnostyki, więc skierował powódkę do neurologa dziecięcego. Z przyczyn organizacyjnych termin wizyty ustalono na początek stycznia 2003 r. Ponieważ stan ogólny powódki się pogarszał, rodzice zasięgnęli w dniu 24 grudnia 2002 r. dodatkowej konsultacji u specjalisty chorób dzieci, który niezwłocznie skierował powódkę do innego szpitala, gdzie rozpoznano krwiopochodne ropne zapalenie stawu biodrowego lewego, krwiopochodne zapalenie stawu ramiennego lewego i patologiczne zwichnięcie lewego stawu biodrowego. W związku z tym w tym samym dniu wykonano zabieg operacyjny, podczas którego otwarto oba zajęte stawy i ewakuowano treść ropną. Ponadto stwierdzono w obrębie tkanek miękkich pośladka lewego obecność treści ropnej, którą także ewakuowano. W badaniach mikrobiologicznych w dniu następnym wyizolowano *Staphylococcus aureus* metycylinowrażliwy. Po zabiegu zastosowano antybiotykoterapię cefuroksymem, na który wyizolowana bakteria były wrażliwa. Powódkę wypisano do domu w stanie ogólnym dobrym 10 stycznia 2003 r.

Udostępniona dokumentacja medyczna była czytelna, ale lakoniczna — szczególnie brakowało informacji o warunkach i sposobie wykonania iniekcji 28 listopada 2002 r. (przede wszystkim miejscu). Ponadto w aktach sprawy znajdowały się 2 opinie biegłych z R. i T., którzy stwierdzili, że schorzenia powódki wynikły z następstw niewłaściwego wykonania iniekcji (w pośladek zamiast udo).

Wydana opinia

Pytania sądu zawarte w postanowieniu dotyczyły tego, kiedy mogło dojść do zakażenia u małoletniej powódki, kiedy można je było rozpoznać, oraz tego, jaki uszczerbek na zdrowiu odniosła powódka.

W wydanej opinii stwierdzono, że nie można jednoznacznie określić miejsca i czasu zakażenia, choć najmniej prawdopodobne jest zakażenie wewnątrzmaciczne powódki. W przypadku możliwości rozpoznania zakażenia stwierdzono, że objawy u powódki nie wskazywały na taką możliwość, ale wymagały starannej diagnostyki, która uległa opóźnieniu z przyczyn organizacyjnych istniejących u pozwanego (czas pracy poradni, kompetencje zawodowe obsady etc.) — opóźnienie to mogło przyczynić się do progresji zakażenia u powódki, ponieważ istniały szanse, że np. badanie USG wykryłoby rozwijający się ropień. Natomiast co do uszczerbku na zdrowiu stwierdzono, że wypowiedzieć tu się mogą inni biegli (np. medycy sądowi).

Opinia uzupełniająca

Po wydaniu opinii pozwany przysłał pismo, w którym zakwestionował tę opinię twierdząc, że czasokres rozwoju choroby wyklucza zakażenie szpitalne, w oddziale obowiązywała instrukcja wykonywania wkłuć u noworodków w udo a nie pośladek (i przedłożył instrukcję wykonywania wkłuć obowiązującą w całym szpitalu) oraz nie istniał żaden błąd organizacyjny skutkujący opóźnieniem diagnostyki w poradniach przyszpitalnych w grudniu 2002 r., a wręcz sugerował, że rodzice małoletniej powódki odpowiadają za to opóźnienie. Sąd postanowił o wydaniu przez biegłego opinii uzupełniającej, w której ten ustosunkowałby się do tego pisma, jak również podał swoje pytania dotyczące zakażenia i czasu jego rozpoznania.

W opinii uzupełniającej wyjaśniono, że czasokres rozwoju choroby i wystąpienie opadania nóżki zaraz po opuszczeniu szpitala nie wyklucza zakażenia szpitalnego, stwierdzono, że kwestia wykonania iniekcji ma znaczenie ograniczone tutaj, ponieważ nawet pozaszpitalne zakażenie też musi zostać rozpoznane we właściwym czasie i być prawidłowo leczone, a zresztą załączone standardy nie wypowiadają się odnośnie miejsca iniekcji domięśniowej u noworodków. Odnosząc się natomiast do czasu rozpoznania, to stwierdzono, że rodzice powódki stosowali się do zaleceń fachowych pracowników pozwanego, więc nie mogą odpowiadać za opóźnienie rozpoznania, a objawy u powódki powinny zostać poddane diagnostyce choćby i na oddziale szpitalnym, skoro z przyczyn organizacyjnych wizyta u innego specjalisty wymagała czekania przez kilka tygodni; podtrzymano równocześnie zdanie o błędzie organizacyjnym.

Komentarz

W tej sprawie mamy do czynienia z dwoma wątkami — być może z nieprawidłowym wykonaniem iniekcji (co w pewnym stopniu uprawdopodabniał zebrany materiał, ale brak było jednoznacznych dowodów) i z niewłaściwą organizacją pracy u pozwanego (długotrwałe opóźnienie diagnostyki określonego stanu klinicznego u powódki). W tym drugim przypadku kuriozalne jest zdanie pozwanego, że rodzice powódki przyczynili się do szkody, bo powinni sami zorganizować diagnostykę (co w końcu zrobili) — autor pisma widocznie nie wiedział, że obowiązkiem lekarza (i innego personelu medycznego) jest właściwie zorganizować dalsze postępowanie, kiedy zgłosi się do nich pacjent.

Sprawa nr XIX — KMCMUJ

Stan faktyczny

Powód 27 sierpnia 2001 r. podczas gry w koszykówkę uległ wypadkowi połączonemu z urazem lewego kolana. Przez prawie 3 miesiące był leczony zachowawczo — leczenie to nie doprowadziło do przywrócenia pełnej sprawności kolana. W związku z tym 22 listopada u powoda wykonano artroskopowy zabieg uwolnienia troczków bocznych i plastyki troczków przyśrodkowych. Przed zabiegiem jako okołooperacyjną profilaktykę antybiotykową pacjent otrzymał 1 g cefotaksymu; taką samą dawkę podano w dniu następnym. 23 listopada powodowi usunięto dren chirurgiczny. Podczas przebiegu pooperacyjnego występował stan podgorączkowy, obrzęk, ucieplenie i bolesność w operowanym kolanie. W związku z tym 5 i 14 grudnia 2001 r. współpozwany T. Ś. wykonał u powoda punkcje operowanego stawu, podczas których ewakuowano wynaczynioną krew ze skrzepami. Pomimo tych punkcji utrzymywała się bolesność kolana, w związku z czym pacjent otrzymywał niesterydowe leki przeciwzapalne. Stan ogólny pacjenta ulegał pogorszeniu. Z własnej inicjatywy wykonał on 7 stycznia 2002 r. badania laboratoryjne, które wykazały podwyższenie OB. W tym czasie powód był leczony ambulatoryjnie przez różnych lekarzy (także w jednostce pozwanej). W dniu 12 lutego 2002 r. u powoda w jednostce pozwanej wykonano badanie USG operowanego kolana, w którym stwierdzono nie w pełni przebudowaną bliznę pooperacyjną. Podczas konsultacji pozwany T. Ś. zaprzeczył istnieniu stanu zapalnego kolana, ale zaproponował badanie scyntygraficzne, które wykonano 26 lutego i które dawało podejrzenie istnienia stanu zapalnego na pograniczu tkanki chrzęstnej i kostnej w operowanym kolanie. Z wynikiem tego badania nie zapoznał się jednak pozwany T. Ś., ponieważ powód zrezygnował z leczenia przez niego. W tym okresie dalej pogarszał się stan ogólny powoda. Z powodu bólów brzucha, biegunki i złego stanu ogólnego został on w dniu 7 marca 2002 r. przyjęty do innego szpitala, gdzie przebywał do 27 marca. Podczas tego pobytu rozpoznano u niego sepsę potwierdzoną mikrobiologicznie (z krwi wyhodowano *Staphylococcus epidermidis* metycylinowrażliwy) — w związku z tym powód był leczony antybiotykami. W czasie tej hospitalizacji rozpoznano także zespół Sudecka i podejrzenie przebycia zakażenia w operowanym stawie, ale bez jednoznacznych cech zapalenia w okresie hospitalizacji. Następnie powód pozostawał w leczeniu ambulatoryjnym, które nie przyniosło ostatecznie efektu pomimo początkowej znaczącej poprawy. Później kilkakrotnie hospitalizowany.

Dokumentacja medyczna była bardzo lakoniczna. Istotne były natomiast zeznania stron dotyczące pewnych procedur medycznych. Powód stwierdził, że dzień przed zabiegiem 23 listopada 2001 r. ogolił miejsce operowane zgodnie z radą personelu jednostki pozwanej (nie otrzymał żadnych wytycznych na piśmie), natomiast pracownicy pozwanej fundacji stwierdzili w odpowiedzi, że musiał tak postąpić wbrew pisemnym zaleceniom wydawanych każdemu pacjentowi, które nakazywały golenie miejsca operowanego w dniu zabiegu. Powód zeznał, że dzień po zabiegu drenem w ranie manipulowała rehabilitantka — pozwani nie zaprzeczyli. Ponadto powód zeznał, że punkcje 5 i 14 grudnia 2001 r. pozwany T. Ś. wykonał w typowym konsultacyjnym gabinecie lekarskim „na chybcika" w ciągu kilkunastu minut przed przyjęciem innych pacjentów, „po cywilnemu" (tylko po zdjęciu okrycia wierzchniego) i po pobieżnym społecznym umyciu rąk, a także nie odnotował ich wykonania w dokumentacji medycznej. Pozwany T. Ś. potwierdził te fakty uzasadniając swoje postępowanie „powszechnością" wykonywanej procedury.

Wydana opinia

W swoim postanowieniu sąd zadał pytanie dotyczące poprawności procedur zastosowanych w jednostce pozwanej, miejsca zakażenia (pozwana placówka czy inne), czasu wystąpienia zakażenia i możliwości jego rozpoznania.

W wydanej opinii stwierdzono, że wystąpiły dwie nieprawidłowości — niewłaściwe stosowanie profilaktyczne antybiotyków przed zabiegiem (cefotaksym po pierwsze ma obniżoną aktywność wobec gronkowców, a po drugie lek ten należy podawać 3× dz. a nie 1× jak u pozwanego), a przede wszystkim wykonanie obu punkcji stawu (5 i 14 grudnia) w warunkach urągających zasadom aseptyki dodając, że wypowiedzi współpozwanego T. Ś. wskazują na niedopuszczalne bagatelizowanie ryzyka. Nie wypowiadano się natomiast co do czasu golenia, bo nie wiadomo, której stronie by należało przyznać rację, skoro zeznania są sprzeczne, a reszta materiału dowodowego nie przemawia za żadną ze stron. Zakażenie najprawdopodobniej wystąpiło w jednostce pozwanej, ponieważ dotyczyło stawu, który poddawano tam inwazyjnym procedurom. Nie można jednoznacznie określić czasu zakażenia, ponieważ objawy u powoda przed punkcjami 5 i 14 grudnia mogły zarówno wynikać z rozwijającego się zakażenia, jak i krwiaka (który mógł zostać nadkażony podczas tych punkcji) — rozstrzygnąć to mogłoby badanie mikrobiologiczne punktatu, czego nie wykonano. Z tego samego powodu nie można jednoznacznie rozstrzygnąć, kiedy zakażenie można było rozpoznać — objawy u powoda wymagały jednak wnikliwej diagnostyki, której zaniechano.

Opinia uzupełniająca

Po wydaniu opinii pozwana fundacja wystosowała pismo, w którym zawarła kilka pytań do biegłego (przede wszystkim dotyczących zakażenia u powoda i definicji zakażenia szpitalnego) i sąd postanowił o wydaniu przezeń opinii uzupełniającej.

W wydanej opinii przedstawiono definicję zakażenia szpitalnego (wraz z uwagami odnoszącymi się do wykonywania inwazyjnych zabiegów poza szpitalami sensu *stricto*), jak również powtórzono przesłanki przemawiające za tym, że do zakażenia doszło u pozwanego (przede wszystkim warunki wykonania punkcji 5 i 14 grudnia) i stwierdzono, że objawy u powoda istniejące przed pierwszą punkcją powinny skłaniać do wykonania badania mikrobiologicznego punktatu w celu wykluczenia zakażenia..

Komentarz

W tej sprawie widać wyraźnie, że choć w warunkach ambulatoryjnych wykonuje się coraz inwazyjniejsze procedury medyczne, to świadomość personelu medycznego co do zagrożeń z nimi związanych (które przecież występują także w warunkach ambulatoryjnych) pozostała zdecydowanie w tyle. Szczególnie ważne tutaj są wypowiedzi pozwanego T. Ś., który wykonywanie inwazyjnej procedury punkcji stawu kolanowego w okolicznościach urągających podstawowym zasadom profilaktyki zakażeń szpitalnych uważał za rzecz normalną.

Sprawa nr XX — KMCMUJ

Stan faktyczny

29 wrzenia 2002 r. powódka uległa wypadkowi, podczas którego doznała złamania wieloodłamowego podudzia lewego. W związku z tym w pozwanym szpitalu dokonano operacyjnego zespolenia odłamów przy użyciu stabilizatora Polfix i śruby. 11 października powódka została wypisana do domu. 9 grudnia 2002 r. powódka uległa upadkowi w domu połączonemu ze stłuczeniem głowy, lewego kolana i wstrząsem mózgu. W związku z tym była hospitalizowana do 18 grudnia w jednostce pozwanej. W dokumentacji medycznej z tej hospitalizacji znajduje się informacja o niewielkim wycieku zapalnym w okolicy jednej ze śrub stabilizatora. 3 stycznia 2003 r. pobrano wymaz w poradni przyszpitalnej i wyhodowano *Staphylococcus aureus* metycylinowrażliwy, wrażliwy na liczne antybiotyki. Od 17 lutego do 7 marca 2003 r. była hospitalizowana w jednostce pozwanej. Następnie od 12 maja do 4 czerwca 2003 r. powódka przebywała w innym szpitalu. Pomimo tych hospitalizacji (wraz z antybiotykoterapią) w badaniu mikrobiologicznym materiału pobranego 22 kwietnia 2004 r. ponownie wyizolowano *S. aureus*.

Udostępniona dokumentacja z okresów hospitalizacji powódki była w miarę czytelna i pełna. Natomiast poważne braki dotyczyły dokumentacji z okresów leczenia w poradni przyszpitalnej — *de facto* jej nie było.

Wydana opinia

Pytania sądu z postanowienia dotyczyły charakteru zakażenia u powódki, możliwości jego rozpoznania i prawidłowości postępowania z powódką oraz kontroli zakażeń szpitalnych u pozwanego.

W wydanej opinii stwierdzono, że zakażenie u powódki spełnia kryteria zakażenia szpitalnego pomimo „nieszpitalności" szczepu (przedstawiono definicję zakażenia szpitalnego i szczepu szpitalnego oraz wyjaśniono, do czego odnoszą się oba pojęcia). W dalszej części wyjaśniono, że nie można się wypowiedzieć co do sposobów kontroli zakażeń szpitalnych u pozwanego (brak stosownych dokumentów), natomiast w przypadku postępowania z powódką nie stwierdzono uchybień podczas hospitalizacji, natomiast nie można się wypowiedzieć z braku dokumentacji o postępowaniu w poradni przyszpitalnej i możliwości rozpoznania zakażenia wtedy.

Opinia uzupełniająca

Po wydaniu opinii pozwany przysłał pismo z dodatkowymi pytaniami do biegłego załączając informacje o kontroli zakażeń szpitalnych u siebie (łącznie z danymi statystycznymi) jak również dokumentację z poradni przyszpitalnej wraz z wyjaśnieniem, iż nieudostępnienie jej od razu wynikło z problemów organizacyjnych. W związku z tym sąd postanowił o wydaniu przez biegłego opinii uzupełniającej.

W opinii uzupełniającej stwierdzono, że kontrola zakażeń szpitalnych u pozwanego była w pełni prawidłowa. W przypadku postępowania w poradni przyszpitalnej rozpoznanie zakażenia nastąpiło szybko (wraz z wykonaniem badania mikrobiologicznego), natomiast antybiotykoterapia w tej jednostce nie była w pełni poprawna, ale nawet prawidłowo dobrane i dawkowane leki (a tak było z wyjątkiem podawania cyprofloksacyny w monoterapii przez prawie dwa miesiące, co akurat było błędem) mogą być nieskuteczne, kiedy w miejscu zakażenia są obecne ciała obce.

Komentarz

Sprawa powyższa pokazuje, że nawet jednostki prowadzące właściwą kontrolę zakażeń szpitalnych nie radzą sobie z postępowaniem z pacjentem w warunkach ambulatoryjnych już po jego wypisaniu, co prowadzi ostatecznie do zniweczenia efektów pracy Zespołu Kontroli Zakażeń.

Sprawa nr XXI — KMCMUJ

Stan faktyczny

Powódka z powodu choroby zwyrodnieniowej stawów 9 maja 2003 r. otrzymała w pozwanym zakładzie iniekcję leku Zeel T do prawego stawu kolanowego. Ponieważ doszło do obrzęku prawego kolana, lekarz dokonujący iniekcji udał się w dniu następnym do domu powódki, gdzie wykonał zabieg punkcji tego stawu — nie uzyskał materiału — i włączył leczenie niesterydowym lekiem przeciwzapalnym diklofenakiem. Stan powódki nie ulegał poprawie, więc 23 maja inny lekarz wykonał punkcję kolana i skierował powódkę do szpitala, gdzie przebywała do 13 czerwca 2003 r. Podczas tej hospitalizacji wyhodowano z treści ropnej pobranej 23 maja ze stawu *Staphylococcus aureus* metycylinowrażliwy. Ponieważ stan powódki dalej się nie poprawił, to od 20 czerwca do 1 lipca 2003 r. przebywała w innym szpitalu, gdzie zastosowano drenaż przepływowy i antybiotykoterapię uzyskując ujemne wyniki badań mikrobiologicznych.

Udostępniona dokumentacja medyczna była bardzo lakoniczna. Natomiast bardzo ważne były zeznania stron. Powódka stwierdziła, że iniekcję leku Zeel T 9 maja 2003 r. wykonano w typowym konsultacyjnym gabinecie lekarskim w obecności osób trzecich, a wykonujący procedurę lekarz zastosował tylko preparat antyseptyczny w aerozolu i nie założył rękawiczek (umył ręce). Przedstawiciele pozwanego potwierdzili te fakty powołując się na „rutynowość" procedury. Strony natomiast nie wypowiadały się co do warunków wykonania punkcji 10 maja 2003 r.

Wydana opinia

Pytania sądu z jego postanowienia dotyczyły prawidłowości postępowania pozwanego z powódką, możliwości jego wystąpienia u niego, oraz skutków tego zakażenia i tego, czy w chwili wydania opinii było ono wyleczone.

W wydanej opinii stwierdzono, że warunki wykonania iniekcji dostawowej były ewidentnie niewłaściwe (nieprawidłowe podanie antyseptyku, nieczekanie na jego zadziałanie, niestosowanie sterylnych rękawiczek przez wykonawcę etc.) i z dużym prawdopodobieństwem mogły się przyczynić do zakażenia u niej. Stwierdzono także, że w załączonym materiale dowodowym nie ma przesłanek wskazujących na istnienie u niej zakażenia w chwili wydawania opinii, a oceny uszczerbku na zdrowiu powinien dokonać biegły medyk sądowy po zbadaniu powódki.

Komentarz

W tej sprawie także widać wyraźnie, że choć w warunkach ambulatoryjnych wykonuje się coraz inwazyjniejsze procedury medyczne, to świadomość personelu medycznego co do zagrożeń z nimi związanych pozostała zdecydowanie w tyle, na co wskazują wypowiedzi pracowników pozwanego. W przypadku powódki być może warto należało wziąć pod uwagę możliwość przyczynienia się jej do zaistnienia szkody, ponieważ jako lekarka z wykształcenia nie powinna się była zgodzić na takie wykonywanie iniekcji dostawowych — biegły tego nie rozwijał, ponieważ nie otrzymał stosownego zlecenia od sądu (biegły nie może być ani „obrońcą" ani „oskarżycielem").

Sprawa nr XXII — KMCMUJ

Stan faktyczny

Powód od początku lat 1990 z powodu algodystrofii stawu kolanowego lewego i chondromalacji był kilkakrotnie hospitalizowany w różnych zakładach opieki zdrowotnej. Z tego powodu w okresie od 10 stycznia do 25 lutego 200 r. przebywał w pozwanym szpitalu, gdzie 14 stycznia wykonano zabieg wszczepienia endoprotezy do lewego stawu kolanowego. 5 maja ponownie został przyjęty do jednostki pozwanej z powodu obrzęku kolana, bólu i gorączki. 10 maja wykonano punkcję stawu i z otrzymanego płynu wyizolowano *Staphylococcus aureus* metycylinowrażliwy, ponadto z wymazu z kończyny dolnej wyizolowano *Stenotrophomonas maltophilia*. Ponownie hospitalizowany w jednostce pozwanej od 25 października do 17 listopada 2000 r. z powodu objawów zakażenia w miejscu założenia zespolenia. Podczas tej hospitalizacji wyhodowano *S. aureus* metycylinowrażliwy. W pozwanym szpitalu hospitalizowany jeszcze od 26 lutego do 1 marca 2001 r. — usunięto zespolenie i założono gips.

Udostępniona dokumentacja medyczna była niezbyt czytelna. Zeznania stron tutaj były dość niejasne i niejednoznaczne — powód sugerował niedostateczną opiekę poszpitalną nad nim a pozwany brak współpracy powoda, ale obie strony nie przedstawiły innych dowodów na poparcie swych tez.

Wydana opinia

Sąd w swoim postanowieniu zawarł kilkanaście pytań, które dotyczyły charakteru zakażenia u powoda, postępowania z nim przed i po zabiegu oraz jego stanu zdrowia.

W wydanej opinii stwierdzono, że zakażenie u powoda jest zakażeniem szpitalnym spełniającym kryteria definicji, którą zacytowano. W przypadku stanu zdrowia powoda stwierdzono, że opinię wydać powinni biegli klinicyści. Natomiast odnosząc się do prawidłowości postępowania z powodem stwierdzono, że zastrzeżenia budzi stosowanie ceftriaksonu w okołooperacyjnej profilaktyce antybiotykowej. Ceftriakson ma ograniczoną aktywność wobec gronkowców i w przypadku miejsca zakażenia oraz powoda w stanie ogólnym powodującym gorsze ukrwienie tkanek mógł nie osiągnąć wystarczającego stężenia w miejscu zabiegu a poza tym i tak był podany niewłaściwie — dzień przed zabiegiem zamiast najpóźniej 2 h. Zakwestionowano również leczenie zakażenia (szczególnie próbę leczenia pojedynczą iniekcją dostawową linkomycyny czy stosowanie cyprofloksacyny w monoterapii).

Opinia uzupełniająca

Po wydaniu opinii pozwany w 2 pismach zakwestionował jej treść i sformułował dodatkowe pytania do biegłego, w związku z czym sąd postanowił o wydaniu opinii uzupełniającej i z własnej inicjatywy zadał biegłemu 2 dodatkowe pytania dotyczące charakteru zakażenia i organizacji pracy pozwanego szpitala.

W opinii uzupełniającej wypowiedziano się odnośnie zastrzeżeń pozwanego dotyczących „szpitalności" zakażenia, stosowania ceftriaksonu i prawidłowości antybiotykoterapii. W pierwszym rzędzie stwierdzono, że nie ma i nie było odmiennych definicji zakażenia szpitalnego w Polsce, czy USA i definicja CDC jest powszechnie przyjęta na całym świecie; ponadto podawane przez pozwanego czynniki ryzyka zakażenia są sprzeczne z jego konkluzją, że nie jest to zakażenie szpitalne (oznaczają tylko, że do zakażenia doszło pomimo prawidłowego z jednym zastrzeżeniem postępowania pozwanego). Następnie stwierdzono, że odnośnie ceftriaksonu należy podtrzymać pierwotną opinię tym bardziej, że cytowane przez pozwanego źródła zalecają stosowanie w tym konkretnym zabiegu jak u powoda innych antybiotyków, a poza tym żadne z nich nie zaleca podawania leku dzień przed zamiast najwyżej 2 h. Potem podtrzymano opinię odnośnie błędów w antybiotykoterapii i powołano się na źródła, które odrzucają linkomycynę jako „gorszą" klindamycynę oraz nakazują w przypadku gronkowców stosowanie fluorochinolonów wyłącznie w skojarzeniu a nie w monoterapii, jak u powoda. Na zakończenie odniesiono się do sugestii pozwanego, że brak określonych standardów postępowania medycznego oznacza zgodę na pełną dowolność — wyjaśniono, że wtedy obowiązuje kryterium aktualnej wiedzy medycznej. Na pytania sądu odpowiedziano, że nie stwierdzono ewidentnych błędów organizacyjnych, a prawdopodobieństwo, że zakażenie u powoda jest zakażeniem szpitalnym uznano za duże w świetle materiału dowodowego.

Komentarz

Jest to kolejna sprawa, która pokazuje, że wiedza klinicystów w zakresie prawidłowej antybiotykoterapii jest niepełna. Ponadto wydać wyraźnie brak standardów postępowania z pacjentami już po ich wypisaniu ze szpitala. Pisma pozwanego polemizujące z wydaną opinią cechowały się dość dużą wartością merytoryczną oprócz upierania się przy tezie, że nie było to zakażenie szpitalne — być może wynikło to z tego, że dla redagującego pismo prawnika teza o zakażeniu szpitalnym (postawiona najprawdopodobniej przez doradcę merytorycznego) jako skutku niepowodzenia prawidłowej profilaktyki przy istniejących czynnikach ryzyka wydała się zbyt „rewolucyjna", więc zmienił ją na bardziej akceptowalną dla siebie tezę o „nieszpitalności" zakażenia przy okazji jednak niszcząc cały wywód merytoryczny.

Sprawa nr XXIII — KMCMUJ

Stan faktyczny

Powódka od dłuższego okresu czasu była leczona z powodu *colitis ulcerosa* i otrzymywała sulfasalazynę z tego powodu. 3 stycznia 2003 r. doznała złamania szyjki prawej kości udowej i została przyjęta do Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej pozwanego szpitala, gdzie przebywała do 17 stycznia — 6 stycznia założono zespolenie metalowe. Ponownie hospitalizowana w tym oddziale od 23 lutego do 1 marca 2004 r. — podczas tego pobytu usunięto zespolenie. Około 3 marca wystąpił wyciek ropny i obrzęk w okolicy miejsca operowanego; w związku z tym hospitalizowana na tym samym oddziale od 9 marca do 5 kwietnia 2004 r. z rozpoznaniem martwicy przyrannej. Podczas tej hospitalizacji usunięto obumarłe tkanki i położono przeszczep skórno-naskórkowy. Od około 7 kwietnia rozpoczęło się powiększanie obszaru martwicy w miejscu operowanym i z tej przyczyny powódka 13 kwietnia 2004 r. została ponownie przyjęta do Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej. W tym dniu pobrano wymaz z okolicy martwicy i 16 kwietnia wyizolowano *Staphylococcus aureus* metycylinowrażliwy oraz *Enterococcus faecalis*. Po konsultacji dermatologicznej i internistycznej powódka została przeniesiona na Oddział Internistyczny, gdzie przebywała do 30 kwietnia 2004 r. Podczas tego pobytu postawiono rozpoznanie piodermii zgorzelinowej. Od 30 kwietnia do 11 czerwca 2004 r. hospitalizowana w innej jednostce — została wypisana stamtąd jako wyleczona.

Udostępniona dokumentacja medyczna była w miarę czytelna, ale lakoniczna. W aktach sprawy znajdowała się ponadto opinia biegłego, który uznał zakażenie u powódki za zakażenie szpitalne i zwrócił uwagę nie niedostateczną liczbę badań mikrobiologicznych wykonywanych w pozwanym szpitalu.

Wydana opinia

W swoim postępowaniu sąd zadał pytania o etiologię piodermii zgorzelinowej u powódki, jej związek z izolacją bakterii oraz prawidłowość postępowania z powódką.

W wydanej opinii stwierdzono, że piodermia zgorzelinowa jest opisywana w przebiegu choroby podstawowej (*colitis ulcerosa*) i nie można rozstrzygnąć, czy izolowane bakterie wywołały zakażenie u powódki, czy też stanowią kolonizację zmian w przebiegu piodermii. Natomiast odnosząc się do postępowania z powódką stwierdzono, że wykonywano u niej za mało badań mikrobiologicznych oraz nieprawidłowo dobierano antybiotyki (jeśli zamierzano wyeradykować wyhodowane bakterie), ale z uwagi na to, co napisano odnośnie piodermii zgorzelinowej nie można stwierdzić związku przyczynowego pomiędzy tymi błędami a stanem zdrowia powódki.

Opinia uzupełniająca

Po wydaniu opinii sąd w swoim wyroku oddalił powództwo, ponieważ nie został udowodniony związek pomiędzy nieprawidłowościami w postępowaniu pozwanego a szkodami odniesionymi przez powódkę. Od tego wyroku powódka złożyła apelację i rozpatrujący ją sąd wyższej instancji postanowił o wydaniu opinii uzupełniającej. Pytanie sądu dotyczyło możliwości usunięcia lub minimalizacji ryzyka piodermii przy założeniu, że jest ona powiązana z chorobą podstawową (*colitis ulcerosa*).

W wydanej opinii stwierdzono, że w takiej sytuacji ryzyko to może zmniejszyć prawidłowe leczenie choroby podstawowej, a ocenę prawidłowości leczenia choroby podstawowej powinien przeprowadzić biegły z zakresu medycyny klinicznej (specjalista gastroenterolog), który powinien otrzymać pełną dokumentację medyczną dotyczącą tego leczenia.

Komentarz

W tej sprawie wystąpiły błędy w zakresie antybiotykoterapii (co jest niestety regułą). Widać tu także trudności opiniodawcze (często niedające się pokonać) związane z zakażeniami szpitalnymi, kiedy nie można rozstrzygnąć, czy szkoda u pacjenta wynikała z zakażenia czy przebiegu samej choroby podstawowej. W takiej sytuacji, ponieważ nie można zgodnie z „testem warunku koniecznego" wykazać istnienia związku przyczynowo-skutkowego między błędami medycznymi a szkodą, powództwo winno być oddalone.

Widać tu także, że strona powodowa pozbawiona możliwości skorzystania z fachowej pomocy doradcy — eksperta medycznego — jest często w dość niekorzystnej sytuacji.

Sprawa nr XXIV — KMCMUJ

Stan faktyczny

Matka małoletniej powódki 13 czerwca 2002 r. została przyjęta do pozwanego szpitala z powodu zagrożenia porodem przedwczesnym. 23 czerwca wykonano cięcie cesarskie — urodzono 2 noworodki płci żeńskiej (powódka była 2. bliźniakiem). Z powodu wcześniactwa obie dziewczynki przebywały początkowo w inkubatorach przez tydzień. 5 lipca 2002 r. wieczorem stwierdzono ciężki stan powódki (w tym niewydolność oddechową). Z powodu tego stanu i podejrzenia sepsy podano 2 antybiotyki — cefotaksym i amikacynę, a następnie w tym samym dniu powódkę w trybie pilnym przeniesiono do innego szpitala, gdzie rozpoznano sepsę i zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych. Później hospitalizowana kilkakrotnie w różnych jednostkach — podczas jednej z nich rozpoznano między innymi wodogłowie zanikowe i blok przedsionkowo-komorowy II stopnia.

Udostępniona dokumentacja medyczna była prowadzona w miarę czytelnie, ale dość lakonicznie — brakowało informacji, dlaczego powódka przez tydzień otrzymywała antybiotyk (amoksycylinę z kwasem klawulanowym) przy „dobrym" stanie ogólnym. Dodatkowo w aktach sprawy znajdowały się protokoły Inspekcji Sanitarnej, która stwierdziła pewne nieprawidłowości — niedobór jednorazowych ręczników przy umywalkach i niewłaściwa dezynfekcja basenów.

Wydana opinia

Sąd w postanowieniu zawarł pytania dotyczącego charakteru zakażenia u małoletniej powódki, prawidłowości postępowania, oraz skutków zakażenia.

W wydanej opinii stwierdzono, że jest to zakażenie szpitalne (i podano kryteria), a następnie wyjaśniono, że nie można stwierdzić uchybień dotyczących leczenia zakażenia (odbywało się ono w innej jednostce), natomiast w przypadku profilaktyki stwierdzono uchybienia (protokół Inspekcji Sanitarnej oraz podawanie antybiotyków bez uzasadnienia), które mogły w jakimś (raczej niewielkim) stopniu podwyższyć ryzyko wystąpienia zakażenia u powódki; poza tym uchybień nie stwierdzono; z kolei w odniesieniu do rozpoznania zakażenia wyjaśniono, że z powodu lakoniczności dokumentacji nie można się wypowiedzieć, kiedy należało to zakażenie rozpoznać. Natomiast co do stanu zdrowia powódki stwierdzono, że wypowiedzieć tu się mogą np. klinicyści.

Komentarz

W tej sprawie mamy do czynienia z w miarę poprawną profilaktyką zakażeń szpitalnych u pozwanego. Ważne jest jednak to, że nie dające się usunąć braki w nieprawidłowo prowadzonej dokumentacji w myśl orzeczeń Sądu Najwyższego powinny być rozstrzygane na korzyść powoda, co tutaj mogło być przyczyną problemów pozwanego szpitala.

Sprawa nr XXV — KMCMUJ

Stan faktyczny

Powód (z licznymi schorzeniami w wywiadzie i współistniejącymi) został 6 czerwca 2002 r. przyjęty do Oddziału Internistycznego szpitala K. z powodu bólów brzucha. Następnego dnia przewieziono go do jednostki pozwanej w celu wykonania badania metodą tomografii komputerowej z dożylnym podaniem kontrastu. Podający do wkłucia dożylnego w prawej kończynie górnej kontrast technik rtg zignorował skargi pacjenta — ból przy podaniu ostatniej ampułki — i nie zaprzestał wykonywania procedury. Po powrocie do macierzystego szpitala wystąpił obrzęk prawej kończyny górnej. Leczenie zachowawcze (okłady, iniekcje) nie przyniosło rezultatu i 18 czerwca 2002 r. nacięto i zdrenowano rozpoznaną wtedy ropowicę (ponowny zabieg przeprowadzono 26 czerwca). Badanie mikrobiologiczne wykonano dopiero 1 lipca 2002 r. i wyizolowano *Staphylococcus epidermidis* — zastosowano celowaną antybiotykoterapię. Powód został wypisany 18 lipca z zaleceniem zmian opatrunków w Poradni Ortopedycznej.

W aktach sprawy najistotniejsze były zeznania powoda, który stwierdził, że przed tomografią komputerową 7 czerwca 2002 r. przy podawaniu kontrastu dożylnie poczuł ból, ale pomimo tego wykonawca na siłę podał resztę kontrastu. Kierownik pozwanej jednostki zeznał, że kontrast podawał doświadczony technik rtg. Ponadto w aktach sprawy znajdowała się opinia biegłych medyków sądowych, którzy stwierdzili, że najprawdopodobniej doszło do wynaczynienia kontrastu i uszkodzenia żyły u powoda oraz następczego uszkodzenia tkanek. Stwierdzili oni także, że pozwany ponosi odpowiedzialność za wszystkie skutki zlecenia wykonania dożylnego podania kontrastu osobie bez odpowiednich kwalifikacji — technikowi rtg zamiast lekarzowi lub odpowiednio przeszkolonej pielęgniarce.

Wydana opinia

Sąd w postanowieniu zadał pytania, czy ropowica przedramienia u powoda pozostaje w związku przyczynowym z postępowaniem pozwanego oraz jaki jest uszczerbek na zdrowiu u powoda.

W opinii stwierdzono, że uszczerbek na zdrowiu powinien określić biegły medyk sądowy — np. w formie opinii uzupełniającej wydanej przez już opiniujący w sprawie zespół. Natomiast co do związku przyczynowego stwierdzono, że istnieje taki związek pomiędzy niewłaściwym podaniem kontrastu a ropowicą z tym, że samo wynaczynienie kontrastu prawdopodobnie nie wywołało zakażenia a jedynie chemiczne zapalenie tkanek, które mogło ulec nadkażeniu wskutek niewłaściwej późniejszej opieki.

Opinia uzupełniająca

Po wydaniu opinii zarówno pozwany, jak i interwenient uboczny podnieśli w swoich pismach dodatkowe okoliczności sprawy i zwrócili się z wnioskiem o wydanie przez biegłego opinii uzupełniającej, w której ten uwzględniłby te okoliczności takie, jak: zły stan ogólny powoda, niedowład kończyny, w którą podano kontrast etc.

W opinii uzupełniającej stwierdzono, że nie można określić wpływu hospitalizacji i innej jednostce (i prawdopodobnie niewłaściwej opieki tam) na wystąpienie ropowicy, ponieważ brak jest dokumentacji medycznej stamtąd. Natomiast co do wpływu stanu zdrowia powoda, to powinni go ocenić klinicyści (np. neurolog niedowład), ale zdaniem biegłego te wszystkie okoliczności wskazują tylko, że tym bardziej procedurę powinna wykonać osoba o odpowiednich kwalifikacjach.

Komentarz

Sprawa zakażenia i związanej z nim opinii jest tutaj zdecydowanie wtórna w stosunku do faktu zlecenia wykonywania inwazyjnej procedury (dożylne podanie kontrastu) osobie bez stosownych kwalifikacji (technikowi rtg), która popełniła błąd, na co zwrócili uwagę biegli medycy sądowi w swej opinii. Należy jednak dodać, że za część skutków pewną odpowiedzialność może ponosić drugi szpital, w którym prawdopodobnie nieprawidłowo (dokumentacja była uboga) postępowano z powodem już po wynaczynieniu się kontrastu — jest to jednak raczej problem prawniczy.

Pisma pozwanego i interwenienta ubocznego miały w przekonaniu autora tej pracy tylko na celu próbę dalszego „rozmydlania" niekorzystnej opinii wydanej przez medyków sądowych, którzy uznali za nieprawidłowe podawanie kontrastu dożylnego przez technika rtg. Jednakże w swoim drugim piśmie pozwany mimowolnie potwierdził tezy z opinii medyków sądowych, ponieważ przedstawił liczne czynniki ryzyka pęknięcia żyły i wynaczynienia się kontrastu u powoda, co oznacza, że tym bardziej procedurę powinna była wykonać osoba o odpowiednich kwalifikacjach.

Sprawa nr XXVI — KMCMUJ

Stan faktyczny

Powódka 14 marca 2004 r. została przyjęta do Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej pozwanego szpitala z powodu zapalenia lewego stawu kolanowego i złamania patologicznego kręgów L_2–L_3. Następnego dnia u powódki wykonano zabieg alloplastyki kolana lewego. Pacjentka została 1 kwietnia 2004 r. przekazana do Oddziału Neurochirurgii z powodu złamania patologicznego kręgosłupa. Od 23 do 27 sierpnia 2004 r. powódka przebywała w innej jednostce, gdzie rozpoznano przetokę ropną oraz zastosowano drenaż przepływowy płynami ozonowanymi i gentamycyną oraz zasugerowano zapalenie stawu. Powódka następnie przebywała w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej pozwanego szpitala w okresie od 4 do 24 listopada 2004 r. z powodu destabilizacji endoprotezy i zapalenia lewego stawu kolanowego. Podczas tej hospitalizacji 12 listopada 2004 r. wycięto przetokę ropną. U powódki ponadto stosowano drenaż przepływowy z gentamycyną. 12 listopada 2004 r. pobrano wymaz z rany i wyizolowano *Staphylococcus aureus* metycylinowrażliwy wrażliwy na liczne antybiotyki. Badania mikrobiologiczne popłuczyn z drenażu (16 i 17 listopada) zakończyły się wynikiem ujemnym.

Udostępniona dokumentacja medyczna była niezbyt czytelna i lakoniczna — nie zawierała istotnych informacji dotyczących leczenia i objawów u powódki. Według obecnych w aktach zeznań powódki i jej córki podczas tej hospitalizacji na Oddziale Neurochirurgii „kolano było brzydkie, sączyło się" i lekarz z Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej „nacinał, leczył antybiotykami", natomiast dokumentacja medyczna nic nie mówiła o objawach i lakonicznie o antybiotykoterapii; jednakże pracownicy pozwanego nie zaprzeczali tym zeznaniom.

Wydana opinia

Pytania sądu z postanowienia dotyczyły czasu rozpoznania zakażenia, miejsca, gdzie doszło do zakażenia oraz jego przyczyn, prawidłowości postępowania z powódką, oraz zasadności wydatków na leczenie poniesionych przez nią.

W opinii stwierdzono, że jednoznaczny zapis dotyczący zakażenia pochodzi dopiero z sierpnia 2004 r., podczas gdy zapisy z jednostki pozwanej są niejednoznaczne. Wyjaśniono, że nie można określić dokładnie miejsca i czasu zakażenia oraz jego bezpośrednich przyczyn, ale najprawdopodobniejsze jest zakażenie podczas hospitalizacji u pozwanego, podczas której powódce wszczepiono endoprotezę; dodano też, że zakażenie u powódki spełnia kryteria zakażenia szpitalnego. W przypadku profilaktyki zakażeń stwierdzono, że nie można ocenić całokształtu kontroli zakażeń szpitalnych (brak dokumentów w materiale dowodowym), natomiast w przypadku postępowanie z powódką stwierdzono, że przepłukiwanie antyseptykiem stawu jest eksperymentem, ponieważ środek ten nie ma takiego wskazania, i nie można ocenić jego poprawności (brak dowodów, że zmniejsza to częstość zakażeń), podobnie profilaktyka antybiotykowa nie była w pełni prawidłowa, gdyż użyty cefotaksym jest mniej skuteczny tutaj od stosowanej typowo cefazoliny, a ponadto niepotrzebnie go stosowano tak długo. W przypadku opóźnienia rozpoznania stwierdzono, że zeznania powódki i jej świadków wskazują na istnienie pewnych objawów rozwijającego się zakażenia, których nie opisano w dokumentacji medycznej. Odnosząc się do leczenia stwierdzono, że wskazane byłoby usunięcie endoprotezy, ponieważ jej obecność znacząco obniża skuteczność antybiotykoterapii, ale być może istniały wskazania ortopedyczne do pozostawienia jej, co może ocenić biegły ortopeda; sama antybiotykoterapia była nieprawidłowa, ponieważ zastosowano wpierw amikacynę w monoterapii (a lek ten wolno stosować przeciwko gronkowcom w skojarzeniu) a potem kotrimoksazol (nie jest zalecany w gronkowcowych zapaleniach kości). Odnosząc się do wydatków stwierdzono, że wydatki na płyny ozonowane i „naturalne metody leczenia" OO. Bonifratrów są nieuzasadnione, ponieważ brak jest dowodów z badań klinicznych, że mają one jakikolwiek pozytywny wpływ na gronkowcowe zapalenie stawu przewyższający efekt *placebo*.

Opinia uzupełniająca

Po wydaniu opinii powódka zmarła, ale jej miejsce zajęli spadkobiercy. W czasie rozprawy pełnomocnik pozwanego ustnie zakwestionował niektóre sformułowania zawarte w wydanej opinii, w związku z czym sąd postanowił o wydaniu opinii uzupełniającej poprzez ustosunkowanie się do zarzutów pozwanego oraz stwierdzenie, czy przedłożone przezeń dokumenty mogą wpłynąć na treść opinii.

W opinii stwierdzono, że załączone przez pozwanego dokumenty wskazują, że była u niego prowadzona kontrola zakażeń szpitalnych, która aczkolwiek spełniała wymogi prawne obowiązujące w Polsce, to jednak pozostawała w tyle za wiedzą medyczną (np. stosowano bierną rejestrację zakażeń zamiast zalecanej czynnej), a także uzupełniona historia choroby wskazuje, że pierwsze objawy zakażenia wystąpiły w okresie pomiędzy kwietniem a sierpniem 2004 r. (brak było nadal dokumentacji ambulatoryjnej z tego okresu).

W dalszej części opinii stwierdzono, że pochodzenie czynnika etiologicznego nie ma znaczenia dla uznania lub nie zakażenia za szpitalne. Odniesiono się także do zdania pozwanego, że „biegły jest teoretykiem a nie praktykiem" i przez to wydał nieprawidłową opinię stwierdzając, że niestety nasuwa się tutaj nieodparte wrażenie, że mamy do czynienia z typową dla naszego kraju postawą negacji przez „praktyków" norm technicznych, zaleceń, standardów etc. jako „fanaberii teoretyków" i oparciu się wyłącznie na własnym nierzadko błędnym „doświadczeniu" i przyzwyczajeniach; ponadto ustosunkowano się do oburzenia pozwanego dotyczącego uznania płukania stawu antyseptykiem za eksperyment medyczny wyjaśniając, że jest to proste stwierdzenie faktu — stosowanie jakiegokolwiek leku (lub innego środka medycznego) poza oficjalnymi wskazaniami stanowi z założenia eksperyment terapeutyczny.

Komentarz

Przebieg sprawy wskazuje, że braki w dokumentacji medycznej dostarczonej jako materiał dowodowy często uniemożliwiają wydanie pełnej opinii. W tej sprawie biegły musiał także weryfikować przydatność niesprawdzonych metod leczenia — płyny ozonowane i zioła OO. Bonifratrów, płukanie stawów płynem antyseptycznym, którego producent nie zarejestrował do takich wskazań — zagadnienia takie mogą stanowić problem dla sądów orzekających o zasadności wydatków poniesionych przez powodów czy błędach pozwanych. Ponadto jest to kolejna sprawa, w której widać kurczowe się trzymanie przez strony (w tym wypadku pozwany szpital) „mitów", o których napisano w pracy. Tutaj także widać to, że rozwiązania przyjęte w kontroli zakażeń szpitalnych spełniające wymogi prawne mogą pozostawać zdecydowanie w tyle w stosunku do aktualnej wiedzy medycznej — jakie kryterium wtedy należy przyjąć?

Sprawa nr XXVII — KMCMUJ

Stan faktyczny

Powódka została przyjęta 8 lutego 1999 r. do pozwanego szpitala w celu wykonania zabiegu endoplastyki prawego stawu biodrowego. Operację przeprowadzono 15 lutego 1999 r. Czwartego dnia po zabiegu u pacjentki wystąpił skok gorączki. Z materiału pobranego z miejsca operowanego wyizolowano *Enterobacter sakazakii*. Powódka zgodnie z antybiogramem otrzymała cyprofloksacynę. 12 marca 1999 r, wypisana do domu w stanie ogólnym dobrym. Następnie kontrolowana w poradni przyszpitalnej w jednostce pozwanej. W połowie 2000 r. w okolicy operowanej pojawiła się przetoka ropna, z której izolowano początkowo *Enterobacter cloacae*, a potem *Staphylococcus aureus* — szczepy metycylinowrażliwe i metycylinooporne. Leczona ambulatoryjnie antybiotykami — postępowanie to przynosiło tylko przejściową poprawę. Powódka ponownie kilkakrotnie hospitalizowana w jednostce pozwanej. Po tych hospitalizacjach leczona ambulatoryjnie — przetoka ropna w miejscu operacji okresowo ulegała zamknięciu. Podczas kolejnej hospitalizacji u pozwanego w okresie od 23 marca do 30 kwietnia 2004 r. ponownie wszczepiono endoprotezę stawu biodrowego. Później hospitalizowana kilkakrotnie. Podczas tych hospitalizacji regularnie izolowano *S. aureus* metycylinooporny. W lutym 2006 r. ponownie wyizolowano metycylinooporny szczep *S. aureus* a przetoka ropna utrzymywała się do dnia opracowywania opinii.

Udostępniona dokumentacja medyczna z okresów hospitalizacji była czytelna i wyczerpująca, podczas gdy dokumentacja z poradni przyszpitalnych była bardzo nieczytelna i lakoniczna.

Wydana opinia

W postanowieniu sąd zadał pytania dotyczące przyczyny i możliwe okoliczności oraz miejsca zakażenia powódki gronkowcem złocistym, oceny zwiększonych potrzeb i ograniczeń związanych z zakażeniem powódki, jego wpływu na przebieg procesu leczenia i ewentualny procentowy uszczerbek na zdrowiu związany z zakażeniem oraz koniecznego leczenie i rokowania na przyszłość.

W wydanej opinii stwierdzono, że zakażenie u powódki spełnia kryteria zakażenia szpitalnego (termin jednego roku od zabiegu jest umowny) i wyjaśniono, kiedy zakażenie szpitalne wiąże się z błędem medycznym, ale nie rozwijano tego w odniesieniu do sprawy, ponieważ nie zostało objęte to pytaniem sądu. Następnie stwierdzono, że zaistnienie zakażenia leżało u podstaw wszystkich skutków klinicznych związanych z takim a nie innym przebiegiem procesu leczenia powódki, a ocena procentowego ubytku na zdrowiu leży w kompetencjach specjalistów medycyny sądowej. Co do rokowania na przyszłość w przypadku powódki stwierdzono, że jest ono niepewne, ponieważ przewlekłe zakażenia kości (takie, jak obecnie istnieje u powódki) charakteryzują się olbrzymimi trudnościami w leczeniu (dotyczy to nawet najlepszych ośrodków na świecie). Stwierdzono również, że można rozważyć leczenie zakażenia antybiotykami w skojarzeniu po ilościowym oznaczeniu lekowrażliwości i konsultacji farmakologa klinicznego (z monitorowaniem stężenia leków), ale jest to trudno dostępne i niepewne, natomiast oceną możliwości terapeutycznych w zakresie ortopedii powinien się zająć biegły z tej dziedziny.

Pierwsza opinia uzupełniająca

Po wydaniu opinii pozwany w swoim piśmie zakwestionował treść niektórych sformułowań zawartych w powyższej opinii jako niejasną — w związku z tym sąd postanowił o wydaniu opinii uzupełniającej.

W wydanej opinii wyjaśniono, że w przypadku zakażeń miejsca operowanego przyjmuje się umowny okres 1 roku od zabiegu, kiedy zakażenie u pacjenta uznaje się za szpitalne, ale zakażenie u powódki pomimo dłuższego okresu można uznać za takie, gdyż w tym okresie wystąpiło u niej zakażenie miejsca operowanego, które zostało przeleczone. Następnie wyjaśniono, że metycylinooporne szczepy gronkowców mogą występować w środowisku pozaszpitalnym. Potem stwierdzono, że nosicielstwo *Staphylococcus aureus* dotyczy do około 30% populacji ogólnej i ponad 60% personelu medycznego. Miejsce kolonizacji to przede wszystkim przedsionek nosa a w drugiej kolejności okolice krocza. Następnie odpowiedziano, że pochodzenie danego szczepu nie ma znaczenia do uznania lub nie danego zakażenia za szpitalne. Stwierdzono również, że zastosowana antybiotykoterapia doprowadziła do eradykacji w miejscu zakażenia wcześniej obecnego *Enterobacter sakazakii*.

Druga opinia uzupełniająca

Po wydaniu opinii uzupełniającej pozwany w kolejnym swoim piśmie zakwestionował treść niektórych sformułowań zawartych w pierwszej opinii uzupełniającej — w związku z tym wydano drugą opinię uzupełniającą.

W wydanej opinii wyjaśniono, dlaczego termin 1 roku od zabiegu jest umowny i należy go rozpatrywać w kontekście całej sprawy. Wyjaśniono również, dlaczego szczep izolowany od powódki nie spełnia uznania go za szczep CA MRSA (rozbudowana lekooporność). Stwierdzono również, że końcowy wniosek pozwanego (brak odpowiedzialności w sytuacji uznania zakażenia za pozaszpitalne) stanowi wręcz kliniczny przykład popularnego „mitu" (kompletnie niezgodnego z rzeczywistością), że każde zakażenie szpitalne jest równoznaczne z odpowiedzialnością z tytułu błędu medycznego, a pozaszpitalne zawsze wyłącza taką odpowiedzialność. A w rzeczywistości zakażenie szpitalne przy prawidłowej profilaktyce, odpowiednio wcześnie rozpoznane i właściwie leczone nie może zostać uznane za błąd, jak również opóźnione rozpoznanie zakażenia pozaszpitalnego i jego nieprawidłowa antybiotykoterapia nie mogą zostać uznane za poprawne.

Trzecia opinia uzupełniająca

Po wydaniu drugiej opinii uzupełniającej pozwany w kolejnym swoim piśmie zakwestionował treść niektórych sformułowań zawartych w drugiej opinii uzupełniającej — w związku z tym sąd postanowił o wydaniu kolejnej opinii uzupełniającej.

W tej opinii uzupełniającej stwierdzono, że antybiotykoterapia u powódki nie była w pełni poprawna przede wszystkim podczas reimplantacji endoprotezy w 2004 r., kiedy do cementu kostnego dodano antybiotyki (kolistynę i erytromycynę), których spektrum nie obejmowało występującego u powódki gronkowca, co mogło przyczynić się do nawrotu zakażenia. Następnie odniesiono się do cytowanych przez pozwanego danych z piśmiennictwa dotyczących szczepów CA MRSA i podano najnowszą definicję takich szczepów wraz z tym, że opisuje się wywoływanie przez nie zakażeń szpitalnych. Wyjaśniono również, że umowny termin 1 roku został wprowadzony w CDC w Atlancie i przyjęty na całym świecie. Stwierdzono również, że profilaktyka zakażeń u powódki podczas pierwszej hospitalizacji u pozwanego była prawidłowa.

Komentarz

W tej sprawie widać w największym stopniu, że nawet szpitale o wysokim poziomie referencyjności nie radzą sobie z antybiotykoterapią w trudniejszych przypadkach (także w przypadkach, kiedy mają dostęp do odpowiednich leków, pracowni etc.) i opieką nad pacjentami już wypisanymi ze szpitala (poradnie przyszpitalne). Niestety widać także trwałość niektórych błędnych przekonań (wcześniej opisanych „mitów") dotyczących zakażeń szpitalnych — pytania zawarte w pismach pozwanego szpitala wskazują, że wciąż ich autorzy uważają, że np. zakażenie szpitalne dotyczy wyłącznie zakażenia szczepem egzogennym, zakażenie pozaszpitalne wyłącza jakąkolwiek odpowiedzialność związaną z błędami medycznymi. Ponadto treść drugiego pisma pozwanego wskazuje, że jego autor niezbyt dokładnie zapoznał się z treścią kwestionowanej opinii i raczej skopiował gotowy szablon. W przypadku trzeciego pisma pozwanego sytuacja była już lepsza — dwa pytania dotyczyły spraw bezpośrednio wynikających z poprzednich opinii (prawidłowość profilaktyki i rozpoznania oraz prawidłowość antybiotykoterapii) — niestety dwa pozostałe pytania (szczególnie to związane z CA MRSA) wskazują, że prawnik reprezentujący szpital nie w pełni pojął zagadnienia związane z kontrolą zakażeń szpitalnych i dalej trzymał się wcześniejszego mitu.

Sprawa nr XXVIII — KMCMUJ

Stan faktyczny

Powódka została przyjęta 14 września 2004 r. do Oddziału Ginekologiczno-Położniczego pozwanego szpitala z powodu stwierdzonego podczas badania kontrolnego rozwarcia szyjki macicy na 2 palce. Następnego dnia w wyniku cięcia cesarskiego powódka urodziła syna. 19 września wystąpił u powódki skok gorączki i zaburzenia funkcji przewodu pokarmowego. W związku z tym podano z antybiotyków amoksycylinę z klawulanianem 2× dz.. Następnie od 20 do 24 września powódka otrzymywała cefuroksym 2× dz. a potem ceftriakson 2× dz. do 6 października i metronidazol do 4 października. W badaniach mikrobiologicznych izolowano: w wymazie z pochwy z 25 września 2004 r. — *Enterococcus faecalis*; z ropy z 25 września — *Staphylococcus haemolyticus* metycylinooporny; w badaniu z 27 września (niepodany rodzaj materiału, być może był to materiał pobrany podczas operacji 27 września) — *Staphylococcus aureus* metycylinowrażliwy; w badaniu płynu z jamy opłucnej metycylinowrażliwy *Staphylococcus saprophyticus*. W dniu 27 września 2004 r. wykonano zabieg operacyjny podczas którego usunięto macicę z prawym jajowodem. Po tym zabiegu stan pacjentki zaczął się poprawiać tak, że 15 października została wypisana do domu. Po opuszczeniu szpitala jeszcze przez miesiąc istniał wyciek treści ropnej z rany, która goiła się jeszcze co najmniej do 5 stycznia 2005 r. (według zeznań powódki).

Udostępniona dokumentacja medyczna była prowadzona w miarę czytelnie. Dodatkowo podczas przygotowywania kserokopii pełnomocnik pozwanego dokonał weryfikacji jakości kserokopii i ponumerował udostępnione dokumenty, co powinno być powszechną praktyką. W przypadku zeznań stron ważne było to, że powódka stosunkowo mało „przejmowała się" swoimi dolegliwościami i np. nie uważała za specjalnie ciężkie i uciążliwe objawy kilkumiesięcznego zakażenia miejsca operowanego, natomiast ordynator Oddziału Ginekologiczno-Położniczego pozwanego szpitala zachowywała się w stosunku do niej niewłaściwie — wyrzucenie jej z prywatnego gabinetu, niepoinformowanie jej o ryzyku usunięcia macicy przy zabiegu 27 września 2004 r. i przekazanie jej wiadomości o utracie macicy w formie rzuconego od niechcenia zdania (cyt.): „[Zdrobniałe imię powódki]! Chyba nie planujesz więcej dzieci, bo ich nie będziesz mogła mieć.". Ponadto w aktach sprawy znajdowały się pisma z kilku Zakładów Medycyny Sądowej, w których te uchylały się od wydania opinii w sprawie uzasadniając to obciążeniem pracą i trudnościami organizacyjnymi związanymi ze skompletowaniem zespołu specjalistów niezbędnego do wydania opinii (w szczególności specjalistów mikrobiologii).

Wydana opinia

W swoim postanowieniu sąd zadał pytania dotyczące charakteru zakażenia u powódki, czasu wystąpienia zakażenia, możliwości istnienia zakażenia przed przyjęciem do szpitala, skutków zakażenia u powódki (wraz z wydatkami).

Na początku wydanej opinii wyjaśniono, jak wygląda związek między zakażeniami szpitalnymi a błędami medycznymi. Następnie stwierdzono, że u powódki istniało zakażenie szpitalne (wraz z uzasadnieniem, że zakażenia endogenne też mogą być zakażeniami szpitalnymi) w miejscu operowanym, w którym mogły brać udział metycylinooporne i metycylinowrażliwe szczepy gronkowców oraz *Enterococcus faecalis* (izolowane w toku diagnostyki). Stwierdzono również, że wystąpienie objawów zakażenia po upływie > 48 h od przyjęcia do szpitala oznacza, że jest to zakażenie szpitalne. Stwierdzono również, że co do konieczności wykonania cięcia cesarskiego powinien się wypowiedzieć biegły ginekolog. Następnie oceniono program kontroli zakażeń szpitalnych przyjęty u pozwanego i stwierdzono, że bierna metoda rejestracji już w chwili hospitalizacji powódki była przestarzała (w późniejszym okresie zastąpiona metodą czynną). Stwierdzono także, że brak jest dokumentów potwierdzających zastosowanie u powódki okołooperacyjnej profilaktyki antybiotykowej. Wyjaśniono ponadto, że niewystąpienie zakażenia u noworodka nie ma istotnego znaczenia dla oceny, kiedy zakażenie wystąpiło u powódki. Następnie stwierdzono, że oceny uszczerbku na zdrowiu u powódki może dokonać biegły specjalista medycyny sądowej. Na zakończenie stwierdzono, że rodzina powódki nie musiała i nie musi stosować specjalnych rozwiązań profilaktycznych w środowisku domowym, tym bardziej, że nie wiadomo, jaki jest obecnie stan powódki (zakażenie u niej trwało co najmniej kilka miesięcy od wypisania ze szpitala, ale brak jest dokumentacji dotyczącej późniejszego okresu).

Opinia uzupełniająca

Pozwany po wydaniu opinii przysłał 2 pisma, w których przedstawił zarzuty w stosunku do wydanej opinii. W związku z tym sąd postanowił o wydaniu opinii uzupełniającej, w której biegły ustosunkowałby się do zarzutów pozwanego, jak również udzielił informacji na dodatkowe pytania postawione przez sąd.

W wydanej opinii uzupełniającej stwierdzono, że to pozwany powinien dostarczyć dowody na zastosowanie okołooperacyjnej profilaktyki antybiotykowej, czego nadal nie uczynił. Stwierdzono również, że pewne elementy obciążającego wywiadu położniczego oznaczają tylko, że pozwany powinien ewentualnie zastosować staranniejsze środki profilaktyczne, a nie że dane zakażenie jest pozaszpitalne. Z kolei sąd zadał pytania dotyczące prawidłowości profilaktyki zakażenia, czasu jego rozpoznania i poprawności leczenia. Stwierdzono, że w przypadku profilaktyki ewidentnym błędem zwiększającym ryzyko zakażenia było niezastosowanie okołooperacyjnej profilaktyki antybiotykowej. Nie można jednoznacznie odpowiedzieć na pytanie, czy zakażenia nie rozpoznano za późno, ponieważ w okresie od zabiegu do stwierdzenia rozwiniętego zakażenia w dokumentacji medycznej nie dokonano wpisów. Równocześnie wskazano, że doszło do opóźnienia diagnostyki mikrobiologicznej o 6 dni (antybiotykoterapia empiryczna 19 września 2004 r., a pobranie materiału 25 września). Na zakończenie stwierdzono, że antybiotykoterapia u powódki była nieprawidłowa, bo wpierw otrzymywała ona źle dawkowany cefuroksym (2× dz. zamiast 3× dz.), a potem ceftriakson, na który wyizolowane metycylinooporne gronkowce oraz *E. faecalis* były oporne. Nieprawidłowa antybiotykoterapia nie zapewniła wystarczających szans na eradykację bakterii u powódki podczas hospitalizacji.

Komentarz

Sprawa ta pokazuje, że w wielu przypadkach bezpośrednim czynnikiem sprawczym złożenia pozwu jest niewłaściwe postępowanie lekarzy w stosunku do pacjenta. Prawdopodobnie powódka by skargi nie złożyła (długo znosiła w spokoju swoje dolegliwości — np. kilkumiesięczne ropienie z rany już po wypisie ze szpitala), gdyby nie wręcz karygodne zachowanie ordynatorki w stosunku do niej — niestety w takich szpitalach („powiatowych"), jak pozwany i szczególnie wśród zabiegowców do dzisiaj zachowało się sporo przeżytków dawnego patriarchalnego podejścia lekarza do pacjenta, który był tylko przedmiotem a nie podmiotem postępowania lekarskiego. Kolejnym aspektem tej sprawy jest to, że kwestionując wydaną opinię pozwany mimowolnie dostarczył argumentów na poparcie powództwa, co wynikło z tego, że sprawą zajmował się tylko prawnik i klinicyści.

Sprawa nr XXIX — KMCMUJ

Stan faktyczny

Powód został 20 lutego 2003 r. potrącony przez samochód i doznał złamania otwartego podudzia prawego. W związku z tym został przyjęty na Oddział Urazowo-Ortopedyczny pozwanego szpitala, gdzie w dniu następnym wykonano zespolenie złamania metodą ZESPOL. W dokumentacji medycznej znajdowała się informacja, że od 24 lutego występował u powoda obrzęk operowanego podudzia (brak jest jednak szczegółów), który ustąpił koło 14 marca. Ponadto do końca pobytu utrzymywał się stan podgorączkowy (37°C) z epizodami skoków gorączki ponad 38°C. Powód został ponownie przyjęty do pozwanego szpitala 7 kwietnia 2003 r. z powodu podwyższonej temperatury ciała oraz obecności stanu zapalnego w miejscu zespolenia. Podczas hospitalizacji do 11 kwietnia 2003 r. usunięto zespolenie i pobrano materiał do badania bakteriologicznego — brak było wyniku badania mikrobiologicznego w otrzymanej dokumentacji, ale strony zgodnie stwierdzały, że wyizolowano *Staphylococcus aureus* metycylinooporny — MRSA. Ponownie hospitalizowany w pozwanym szpitalu od 19 maja do 21 czerwca 2003 r. z powodu utrzymywania się ropnego wycieku z przetoki w miejscu operowanym. W dniu 23 maja wykonano zabieg usunięcia zmian martwiczych oraz ponownego zespolenia metodą ZESPOL. W badaniu mikrobiologicznym materiału pobranego 31 maja 2003 r. wyizolowano MRSA o rozbudowanej lekooporności. Podczas jednej z kolejnych hospitalizacji otrzymywał cefuroksym. Podczas tej hospitalizacji 16 września pobrano materiał i wyhodowano MRSA. Podczas kolejnej hospitalizacji 16 kwietnia 2004 r. wykonano amputację prawego podudzia. W badaniu mikrobiologicznym 2 kwietnia wyizolowano szczep MRSA. W pozwie znajduje się informacja, że do dnia złożenia pozwu (7 kwietnia 2006 r.) utrzymuje się stan zapalny i zakażenie kikuta po amputacji.

Udostępniona dokumentacja medyczna była prowadzona bardzo nieczytelnym pismem odręcznym a wpisy były przeważnie zbyt lakoniczne. Natomiast udostępniona dokumentacja dotycząca kontroli zakażeń szpitalnych była dość wyczerpująca i zawierała liczne dane.

Wydana opinia

Pytania sądu zawarte w postanowieniu dotyczyły charakteru zakażenia u powoda i jego związku z hospitalizacją u pozwanego, prawidłowości leczenia powoda oraz uszczerbku na zdrowiu, jaki u niego wystąpił.

W wydanej opinii stwierdzono, że zakażenie u powoda jest zakażeniem szpitalnym związanym z jego hospitalizacją u pozwanego, wyjaśniając przy tym, kiedy zakażenie szpitalne może być związane z błędem medycznym. Stwierdzono również, że profilaktyka zakażeń szpitalnych u pozwanego była prawidłowa; w przypadku rozpoznania nie w pełni poprawne było odstąpienie od badania mikrobiologicznego i poprzestaniu na samej antybiotykoterapii empirycznej; natomiast leczenie zaistniałego zakażenia wiązało się z błędami:

- podawanie doksycykliny podczas pierwszej hospitalizacji — w Polsce nie zaleca się stosowania tetracyklin (w tym doksycykliny) w leczeniu empirycznym (bez wykonania badań mikrobiologicznych) z powodu szerokiego rozpowszechnienia oporności (wyjątek stanowią nieliczne schorzenia, które nie występowały u powoda);
- wykonanie założenia ponownego zespolenia pomimo niewyleczenia zakażenia — w takiej sytuacji wprowadzenie ciał obcych (elementy zespolenia) utrudnia tylko wyleczenie zakażenia a często je uniemożliwia;
- zbyt krótkie podawanie wankomycyny (2 dni — niejasne zapisy w dokumentacji);
- stosowanie cefuroksymu podczas kolejnej hospitalizacji — lek ten należy do β-laktamów, na które szczepy MRSA są z założenia oporne (ponieważ stosowny wynik badania mikrobiologicznego został wydany 18 września, to ewidentnym błędem było podawanie cefuroksymu po tej dacie);
- stosowanie klindamycyny podczas tej hospitalizacji — średnia oporność na ten antybiotyk w połączeniu z opornością na erytromycynę mogła wskazywać na istnienie mechanizmu oporności MLS_B oznaczającego oporność kliniczną na klindamycynę. Ponadto dawkowanie leku 2× dz. było niewłaściwe — klindamycynę należy dawkować 3× lub jeszcze lepiej 4× dz.;

Na zakończenie stwierdzono, że uszczerbek na zdrowiu powinni określić biegli specjaliści medycyny sądowej.

Opinia uzupełniająca

Po wydaniu opinii interwenient uboczny (ubezpieczyciel) wystosował pismo, w którym zawarł pytanie do biegłego i sąd postanowił o wydaniu przezeń opinii uzupełniającej.

W wydanej opinii stwierdzono, że pytanie interwenienta ubocznego można zinterpretować jako pytanie o prawidłowość profilaktyki zakażeń szpitalnych u powoda, jak również o prawidłowość innych elementów postępowania z powodem. Następnie odesłano go do poprzedniej opinii i podano także najpoważniejsze błędy w antybiotykoterapii.

Komentarz

Ta sprawa po pierwsze ukazuje, jak dalece jest niewystarczająca w wielu przypadkach wiedza klinicystów z zakresu antybiotykoterapii — wręcz kuriozalne jest „leczenie" zakażenia metycylinoopornym gronkowcem cefuroksymem. W rezultacie nieprawidłowe leczenie może zniweczyć korzyści wynikające z prawidłowej kontroli zakażeń szpitalnych, jak stało się w tej sprawie.

Ponadto sprawa ta pokazuje, jak ważne jest prawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej przez pozwane szpitale.

Niestety postępowanie interwenienta ubocznego nie najlepiej o nim świadczy, gdyż zamiast dokładnie się zapoznać z wydaną opinią, gdzie była zawarta odpowiedź na jego pytanie, wystosował pismo z prośbą o wydanie opinii uzupełniającej przez biegłego.

Sprawa nr XXX — KMCMUJ

Stan faktyczny

Powódka 5 kwietnia 2001 r. poddała się zabiegowi cholecystektomii laparoskopowej w pozwanym szpitalu. W dniu następnym stwierdzono ostre zapalenie trzustki. Z powodu tego schorzenia kilkakrotnie u powódki wykonywano laparotomię. Z uwagi na pogarszający się stan kliniczny powódkę przeniesiono Oddziału Intensywnej Terapii. 8 czerwca 2001 r. powódka została przeniesiona z powrotem do macierzystego oddziału, ponieważ jej stan kliniczny uległ poprawie. Później z rozpoznaniem niedokrwistości hemolitycznej przeniesiona na inny oddział w pozwanym szpitalu. 13 lipca 2001 r. powódka została wypisana do domu. 16 sierpnia 2001 r. u powódki wystąpiły objawy bólowe w obrębie jamy brzusznej — po stwierdzeniu podostrego zapalenia trzustki została ona przyjęta do szpitala, gdzie była leczona zachowawczo 24 sierpnia. W treści pozwu znajdowała się informacja, że podczas tej hospitalizacji powódka skarżyła się na dolegliwości w obrębie stawów kolanowych, które zostały zbagatelizowane przez lekarzy — w historii choroby z tej hospitalizacji znajdowały się jednak zapisy typu „skarg nie zgłasza". 4 października 2001 r. powódka zgłosiła się do pozwanego szpitala z powodu dolegliwości bólowych w obrębie prawego stawu kolanowego. 4 października 2001 r. u powódki pobrano płyn ze stawu kolanowego i wykonano jego badanie mikrobiologiczne (data wydania wyniku to 9 października) izolując *Staphylococcus aureus* metycylinooporny (MRSA). Po konsultacji ortopedycznej od 6 października powódka otrzymywała cefuroksym 2× dz. W karcie zleceń pod datą 8 października znajdował się wpis „Targocid" oznaczający antybiotyk glikopeptydowy teikoplaninę, ale analiza dokumentacji wskazała, że nie podano tego leku, a tylko kontynuowano podawanie cefuroksymu; ponadto podczas tej hospitalizacji kontynuowano podawanie kortykosteroidów. 12 października 2001 r. powódka została przeniesiona do Oddziału Septycznego pozwanego szpitala, gdzie przebyła do 26 marca 2002 r. Podczas tej hospitalizacji rozpoznano krwiopochodne zapalenie kości i stawów o etiologii MRSA i w związku z tym powódkę kilkakrotnie operowano. Podczas tej hospitalizacji początkowo odstawiono cefuroksym i kortykosteroidy a następnie powódka kilka miesięcy była leczona wankomycyną i ryfampicyną. W lutym i marcu 2002 r. kilkakrotnie u powódki oznaczano stężenie wankomycyny we krwi uzyskując początkowo wartości w okolicy 3 $^{\mu g}/_{ml}$, a potem raz 0,75 $^{\mu g}/_{ml}$ i raz około 13 $^{\mu g}/_{ml}$. Wskutek trudności w uzyskaniu gojenia ran po zabiegach powódkę ponownie hospitalizowano od 10 do 20 września 2002 r. Podczas tej hospitalizacji z antybiotyków stosowano ryfampicynę. Po tej hospitalizacji nie uzyskano pełnego wyleczenia stanu zapalnego, a tylko jego zaleczenie tak, że powódka dopiero na początku 2003 r. zaczęła próby chodzenia, ale co najmniej do dnia złożenia pozwu (22 kwietnia 2004 r.) nie odzyskała pełnej sprawności.

Dokumentacja medyczna dotycząca hospitalizacji była pełna, choć pewne zastrzeżenia możnaby mieć do jakości części kserokopii i prowadzenia części wpisów niezbyt czytelnym pismem odręcznym oraz czasem ich zbytniej lakoniczności.

Pozwany szpital udostępnił także z własnej inicjatywy dokumenty dotyczące zasad kontroli zakażeń szpitalnych w okresie hospitalizacji powódki.

Już po wydaniu opinii okazało się (zgodnie z treścią pisma pozwanego szpitala), że podczas przygotowywania kserokopii dokumentacji medycznej pominięto (według pisma przez niedopatrzenie) elementy, które akurat mogły sprzyjać pozwanemu szpitalowi — wyniki badań mikrobiologicznych czy 14 wyników oznaczenia stężenia wankomycyny w surowicy krwi.

Wydana opinia

Pytania sądu z jego postanowienia dotyczyły związku zakażenia u powódki z jej hospitalizacją u pozwanego, czasu najwcześniejszego rozpoznania zakażenia, związku między przebiegiem leczenia bezpośrednio po cholecystektomii a zakażeniem gronkowcem, prawidłowości procesu diagnostyki zakażenia i jego leczenia oraz wpływu zakażenia na przebieg leczenia powódki i jej stan zdrowia.

W opinii stwierdzono, że zakażenie u powódki może wiązać się z jej hospitalizacją u pozwanego, ale nie można tu się wypowiedzieć, jak również odnośnie możliwości wczesnego rozpoznania zakażenia, ponieważ brak było w materiale dowodowym dokumentacji z leczenia ambulatoryjnego pomiędzy kolejnymi hospitalizacjami. Nie udało się znaleźć związku przyczynowego pomiędzy zakażeniem gronkowcem a niekorzystnym leczeniem bezpośrednio po cholecystektomii. Stwierdzono także, że u powódki wykonywano za mało badań mikrobiologicznych. W przypadku antybiotykoterapii u powódki popełniono błędy takie jak: utrzymanie cefuroksymu (na dodatek niewłaściwie dawkowanego 2× dz. zamiast 3× dz.) pomimo stwierdzenia metycylinooporności szczepu (w dokumentacji medycznej stwierdzono wpisy, że próbowano zastąpić cefuroksym prawidłowo dobraną teikoplaniną, ale ostatecznie do tego nie doszło), niewłaściwa interpretacja wyników oznaczenia stężenia wankomycyny we krwi (niskie stężenia w wynikach wskazywały, że należało zwiększyć dawki wankomycyny i ich częstość, a zamiast tego zmniejszono i to w sposób niezgodny z wła-

ściwościami antybiotyku), co spowodowało kilkumiesięczne nieskuteczne leczenie powódki tym lekiem oraz monoterapia ryfampicyną (antybiotyk ten wolno stosować wyłącznie w skojarzeniu). Stwierdzono także, że zakażenie gronkowcem miało negatywny wpływ na leczenie powódki w zakresie kończyn, ale nie jamy brzusznej (zakażenie stwierdzono po zakończeniu tego leczenia).

Komentarz

Sprawa ta pokazuje jak jest ważny nadzór i staranne monitorowanie stanu pacjenta po jego wypisie ze szpitala, ponieważ wtedy może ujawnić się zakażenie.

Ponadto niestety obrazuje ona to, jakie są niedostatki wiedzy klinicystów w zakresie antybiotykoterapii, skoro w jednostce o wysokim poziomie referencyjności popełniane są niemalże „studenckie" błędy w tym zakresie („leczenie" zakażenia o etiologii MRSA cefuroksymem).

Po wydaniu opinii sąd otrzymał pismo pozwanego kwestionujące treść tej opinii i postanowił o wydaniu opinii uzupełniającej w formie ustnej podczas rozprawy. Treść pisma pozwanego wskazywała na to, że stanowiło ono zbiór wypowiedzi uzyskanych od różnych osób — przykłady to nieco odmienny styl w różnych fragmentach czy ewidentne sprzeczności (np. w jednym miejscu pismo broniło „prawidłowości" błędnego dawkowania cefuroksymu i jego stosowania w zakażeniu spowodowanym przez MRSA w sposób wskazujący na znaczne niedostatki wiedzy o antybiotykach, a w innym stwierdzano, że był to błąd, ale bagatelizowano go). Dodatkowo „autor" niezbyt dokładnie zapoznał się z opinią biegłego i większość treści poświęcona była „obronie" szpitala przed nieistniejącymi zarzutami. Na postawie tego pisma widać, jak jest potrzebny ekspert strony, który potrafiłby zweryfikować uzyskane wypowiedzi i opracować spójną treść.

Sprawa nr XXXI — KMCMUJ

Stan faktyczny

Powódka 8 stycznia 2003 r. uległa wypadkowi (upadek na schodach), w wyniku którego doszło do wieloodłamowego złamania przez-, nad- i międzykłykciowego przynasady dalszej kości ramiennej lewej z przemieszczeniem odłamów (złamanie było otwarte). W pozwanym szpitalu wykonano w tym samym dniu opracowanie chirurgiczne miejsca złamania i założono wyciąg bezpośredni. 14 stycznia 2003 r. wykonano repozycję złamania i stabilizację pętlami drucianymi i drutami „K" oraz założono szynę gipsową dłoniowo-ramienną. Według pisma pozwanego u powódki zastosowano wtedy okołooperacyjną profilaktykę antybiotykową cefazoliną, ale karta zleceń lekarskich była prowadzona nieczytelnym pismem odręcznym, więc nie można było zidentyfikować jednoznacznie nazw części podawanych leków. 22 stycznia 2003 r. powódka została wypisana do domu z zaleceniem wizyty kontrolnej 28 stycznia 2003 r. Według treści pozwu powódka w okresie 22–28 stycznia cierpiała na dolegliwości (ból) w miejscu zabiegu, ale nie skłoniło jej to do wcześniejszej wizyty kontrolnej. Podczas tej wizyty kontrolnej stwierdzono objawy stanu zapalnego w miejscu operowanym, ale ograniczono się tylko do pobrania materiału do badania bakteriologicznego i zalecono zgłoszenie się do ponownej wizyty kontrolnej 30 stycznia. Podczas tej wizyty rozpoznano zakażenie w miejscu operowanym i rozpoczęto hospitalizację powódki. W materiale z badania mikrobiologicznego wyizolowano *Staphylococcus epidermidis* metycylinooporny (MRCNS) o obniżonej wrażliwości na wankomycynę i oporny na aminoglikozydy. Powódka otrzymywała antybiotyki — wankomycynę od 30 stycznia do 4 marca 2003 r. i amikacynę od 3 lutego do 4 marca. W treści pozwu jest informacja o podaniu powódce także ryfampicyny, ale w karcie zleceń nie odnaleziono takiego wpisu — ryfampicynę dopiero zalecono po hospitalizacji przy wypisie. 6 lutego 2003 r. usunięto zespolenie metalowe i oczyszczono chirurgicznie miejsce złamania, jak również założono stabilizację zewnętrzną. U powódki wykonano 2 oznaczenia poziomu wankomycyny we krwi — 14 i 19 lutego 2003 r., ale brak było określenia interwału czasowego pomiędzy podaniem dawki wankomycyny a pobraniem krwi. Powódkę wypisano do domu 6 marca 2003 r. Ponownie hospitalizowana od 28 kwietnia do 9 maja 2003 r. — 30 kwietnia usunięto stabilizator zewnętrzny i założono szynę gipsową. Podczas tej hospitalizacji kontynuowano podawanie ryfampicyny. W dalszym przebiegu leczenia i rehabilitacji nie udało się uzyskać zrostu w miejscu złamania, jak również stwierdzono uszkodzenie nerwu łokciowego (uwiązł w bliźnie).

Dokumentacja medyczna była prowadzona częściowo niezbyt czytelnym pismem odręcznym, a ponadto w jednostce pozwanej bardzo często nie wpisywano „dekursusów". Strona pozwana także nie udostępniła zbyt bogatego materiału dotyczącego kontroli zakażeń i poprzestała na dokumentacji obiegowej dotyczącej sterylizacji.

Wydana opinia

Pytania zawarte w postanowieniu sądu dotyczyły charakteru zakażenia u powódki, jego związku z hospitalizacją u pozwanego, możliwości najwcześniejszego rozpoznania zakażenia, wpływu zakażenia na proces leczenia powódki, prawidłowości leczenia zakażenia, zasadności kosztów poniesionych przez powódkę.

W wydanej opinii stwierdzono, że zakażenie u powódki spełnia kryteria zakażenia szpitalnego podając równocześnie definicję oraz wyjaśniając, kiedy zakażenie szpitalne wiąże się z błędem medycznym. Następnie stwierdzono, że nie nastąpiło opóźnienie w rozpoznaniu zakażenia szpitalnego, a zakażenie wpłynęło negatywnie na całokształt leczenia powódki (uniemożliwiając wyleczenie ortopedyczne). Opisano także błędy w antybiotykoterapii zakażenia u powódki — podanie amikacyny pomimo oporności gronkowca na aminoglikozydy, stosowanie ryfampicyny w monoterapii oraz niewłaściwe dawkowanie wankomycyny (w połączeniu z nieprawidłowym mierzeniem stężenia leku w surowicy krwi bez podania kiedy krew pobrano w stosunku po podania kolejnych dawek wankomycyny, co powoduje, że uzyskane wyniki są bezwartościowe). W przypadku oceny zasadności kosztów stwierdzono, że koszty te dotyczą procedur z zakresu ortopedii i rehabilitacji, więc powinni określić je biegli tych specjalności.

Komentarz

Sprawa ta podobnie, jak wiele innych wskazuje na spore niedostatki wiedzy klinicystów w zakresie prawidłowej antybiotykoterapii.

Odpowiedź pozwanego na pozew natomiast wyraźnie wskazuje na niepełną znajomość zagadnień związanych z zakażeniami szpitalnymi i wręcz dostarcza argumentów stronie powodowej — pozwany stale podkreślał czynniki ryzyka zakażenia i trudności w jego leczeniu przy jednocześnie ewidentnych błędach związanych z postępowaniem z powódką.

Sprawa nr XXXII — KMCMUJ

Stan faktyczny

Powód został przyjęty do pozwanego szpitala 1 lipca 2004 r. Następnego dnia wykonano zabieg pomostowania tętnic wieńcowych w krążeniu pozaustrojowym — pacjent otrzymywał okołooperacyjną profilaktykę antybiotykową cefazoliną. W udostępnionej dokumentacji brak było opisów stanu ogólnego i miejscowego w następnych dniach („dekursusów") — wiadomo tylko, że 7 lipca wystąpił skok gorączki (> 38°C), w dniu następnym pobrano krew na posiew, a 9 lipca powód znalazł się na Oddziale Intensywnej Terapii pozwanego szpitala (także brak „dekursusów"), a następnie 20 lipca powrócił na oddział macierzysty, skąd został wypisany 30 lipca. Dekursusy dotyczą okresu od 20 do 30 lipca 2004 r. — o stanie rany pooperacyjnej wpisy są lakoniczne (20 lipca — „rana zainfekowana", potem brak lub wpisy o toalecie rany). Na karcie wypisowej znajduje się wpis o gojeniu się rany, ale powód podaje, że rana się nie zagoiła. Podczas hospitalizacji izolowano *Staphylococcus aureus* metycylinowrażliwy, *Staphylococcus epidermidis* metycylinowrażliwy. Powód otrzymał zalecenia kontroli ambulatoryjnej i udawał się w tym celu do placówek w miejscu zamieszkania. W czasie tych wizyt otrzymywał antybiotyki, a stan rany ulegał okresowej poprawie i pogorszeniu. Ponieważ dodatkowo istniały inne objawy (bóle w klatce piersiowej, duszność spoczynkowa), to ponownie został przyjęty do pozwanego szpitala 12 listopada 2004 r. i 14 listopada wykonano zabieg odbarczenia tamponady oraz usunięcia szwów metalowych mostka; wypisany 16 listopada. Później od 6 do 28 stycznia 2005 r. przebywał w innym szpitalu. Następnie leczony ambulatoryjnie z powodu powtarzających się nawrotów objawów zapalenia w miejscu operowanym. Od 17 do 23 października 2005 r. hospitalizowany z tego powodu.

Dokumentacja medyczna była udostępniona w formie kserokopii — niestety część z nich była niskiej jakości. Ponadto brakowało opisów stanu klinicznego („dekursusów") z większości czasu hospitalizacji — oczywiście nie wiadomo, czy ich nie udostępniono, czy też w pozwanym szpitalu nie dokonano takich wpisów. Dodatkowo pozwany szpital nie przedstawił opisu programu kontroli zakażeń poza obiegowymi informacjami dotyczącymi prawidłowej sterylizacji.

Wydana opinia

W postanowieniu sąd zadał pytania dotyczące charakteru zakażenia u powoda oraz zasadności wczesnego wypisania powoda do domu.

W wydanej opinii stwierdzono, że u powoda wystąpiła bakteriemia oraz zakażenie w miejscu operowanym (mostek) spowodowane przez metycylinowrażliwy szczep gronkowca — daty wystąpienia pierwszych objawów nie można określić jednoznacznie ze względu na luki w dokumentacji. Zakażenie to spełnia kryteria zakażenia szpitalnego, ale nie można wypowiedzieć się szerzej ze względu na brak dokumentów dotyczących kontroli zakażeń szpitalnych. Stwierdzono także, że wypisanie do domu powoda było zasadne, o ile stan kliniczny i możliwość opieki nad nim na to pozwalały.

Opinia uzupełniająca

Po wydaniu opinii sąd otrzymał dwa pisma z wnioskami o przesłuchanie biegłego i wydanie w tym trybie opinii uzupełniającej. W piśmie współpozwanego towarzystwa ubezpieczeniowego pytania szły w zasadzie za duchem wydanej opinii (np. sugestia, aby szpital uzupełnił braki w dostarczonej dokumentacji), co stanowi pozytywny wyróżnik. Natomiast drugie pismo zawierało jako załącznik wyjaśnienie kardiochirurga, którego treść wskazywała na niedokładne zapoznanie się z treścią opinii i niemalże ignorancję w zakresie zakażeń szpitalnych — kuriozalne wręcz były sugestie o zakażeniu podczas wcześniejszych zabiegów inwazyjnej diagnostyki (cewnikowanie serca) i jego uaktywnieniu się podczas zabiegu kardiochirurgicznego. Następnie doszło do przesłuchania kardiochirurga, który zeznawał w stylu „Na moim oddziale nie ma zakażeń szpitalnych.", a równocześnie kompletnie nic nie wiedział o zasadach kontroli zakażeń szpitalnych. Sąd nakazał wtedy pozwanemu uzupełnić dokumentację dotyczącą programu kontroli zakażeń szpitalnych oraz przedłożyć protokoły z kontroli Inspekcji Sanitarnej, a po ich otrzymaniu postanowił o wydaniu przez biegłego opinii uzupełniającej zawierającą odpowiedzi na te same pytania, jak w pierwszej opinii.

W wydanej opinii stwierdzono, że przedstawiony materiał dowodowy nie zawiera przesłanek przeczących „szpitalności" zakażenia, a równocześnie odniesiono się do kontroli zakażeń szpitalnych u pozwanego stwierdzając, że była ona właściwa oprócz pewnych stosunkowo niewielkich uchybień, które jednak nie mają związku przyczynowego z zakażeniem u powoda, a jedyne poważniejsze błędy (niewłaściwe opakowywanie sterylizowanego sprzętu i nieprawidłowa organizacja pracy Centralnej Sterylizatorni) zostały popełnione rok przed hospitalizacją powoda i nie mogą mieć wpływu na zakażenie. Ponadto odniesiono się do tezy kardiochirurga o zakażeniu podczas koronarografii stwierdzając, że taką możliwość wyklucza odstęp czasowy po-

między koronarografią (19 maja) a zabiegiem, a ponadto lekarze w jednostce pozwanej nie rozważali takiej możliwości (brak jakichkolwiek zapisów w dokumentacji medycznej).

Komentarz

Powyższa sprawa pokazuje na jakie trudności trafia biegły chcący wydać opinię dotyczącą prawidłowości postępowania w sytuacji związanej z zakażeniami szpitalnymi.

Niestety pokazuje też typowe błędy popełniane przez pozwane szpitale, czyli nieudostępnianie wszystkich ważnych dokumentów i brak dbałości o jakość tych, które są udostępniane. Gdyby od razu udostępniono dokumentację dotyczącą prawidłowości kontroli zakażeń szpitalnych, to w pierwszej opinii od razu by stwierdzono to, co w uzupełniającej — zakażenie u powoda jest zakażeniem szpitalnym, ale niewynikającym z błędów pozwanego.

Niestety odnosząc się do pisma kardiochirurga należy stwierdzić, że on w szczególności, a szpital w ogólności nie stanęli na wysokości zadania, a zdaniem autora niniejszej pracy najbardziej chodziło tutaj o usatysfakcjonowanie urażonej „ambicji" chirurga, bo mikrobiolog stwierdził, że zakażenie u powoda jest zakażeniem szpitalnym, a przez swoje pismo i zeznania lekarz ten tylko wykazał swoją ignorancję. Natomiast co do sugestii o zakażeniu podczas koronarografii, to po pierwsze były one nielogiczne, bo zakażenie dotyczyło mostka, który nie podlegał cewnikowaniu, a po drugie potencjalnie szkodliwe wręcz dla pozwanego, bo operatywny pełnomocnik powoda mógłby zapytać się kardiochirurga, dlaczego podejrzewając istnienie zakażenia u pacjenta, go operował, nie zdiagnozowawszy i nie wyleczywszy wpierw infekcji, tym bardziej że stan kliniczny powoda pozwalał na odłożenie zabiegu; na szczęście dla pozwanego tak nie się nie stało. Widać tutaj, że dyrekcje szpitali powinny wykazywać więcej asertywności wobec lokalnych „gwiazd" i nie dopuszczać do wysyłania takich pism.

Sprawa nr XXXIII — KMCMUJ

Stan faktyczny

Powód 4 czerwca 1998 r. doznał złamania otwartego prawej kości piszczelowej z przemieszczeniem odłamków. Bezpośrednio po urazie został przyjęty do Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej pozwanego szpitala, gdzie następnego dnia wykonano zespolenie złamania aparatem ZESPOL. 9 czerwca 1998 r. wystąpił skok gorączki (38,6°C) i zaobserwowano wyciek treści surowiczej z rany pooperacyjnej, a 14 czerwca stwierdzono martwicę brzegów rany w okolicy złamania (brak wpisów lekarzy dotyczących okresu od 9 do 14 czerwca). W dalszym przebiegu doszło do ropienia w okolicy rany i odsłonięcia kości wskutek progresji martwicy; później po zastosowanym leczeniu doszło do poprawy stanu klinicznego i rozpoczęcia procesu ziarninowania rany, tak że 14 września 1998 r. usunięto aparat ZESPOL, a 15 września powód został wypisany do domu z ziarninującą raną. W czasie hospitalizacji kilkakrotnie izolowano z miejsca operowanego rozmaite bakterie. W okresie od 15 września 1998 r. do 10 listopada 1998 r. powód pozostawał w leczeniu w Poradni Chirurgicznej pozwanego szpitala. Wpisy w dokumentacji medycznej z tego okresu były prowadzone trudno czytelnym i nieczytelnym pismem odręcznym oraz były w większości bardzo lakoniczne (przeważnie pojedyncze słowo „Opatrunek") i nie zawierały informacji ani o stanie klinicznym rany, ani o zastosowanym leczeniu. Najbogatszy był wpis z 12 października, gdzie znajdował się zapis o obrzęku w okolicy okienka w opatrunku gipsowym. Pod datą 24 października znajdował się zapis, który można odczytać jako „Opatr. z argentum", co sugerowało miejscowe stosowanie azotanu srebra. Ponadto w opinii biegłych z innego ośrodka i piśmie pozwanego znajdują się informacje, że powód w tym okresie niezależnie od wizyt w poradni zmieniał opatrunki samodzielnie w warunkach domowych. Ponieważ leczenie ambulatoryjne nie przyniosło efektu, w dniu 10 listopada 1998 r. powód został ponownie przyjęty do pozwanego szpitala, gdzie pobrano materiał do badania mikrobiologicznego i wyizolowano *Staphylococcus aureus*. 13 listopada wykonano stabilizację kości piszczelowej aparatem Ilizarowa; 2 grudnia powód został wypisany do domu. W dalszym przebiegu kilkakrotnie hospitalizowany w różnych jednostkach — doszło do zrostu złamania, ale do dnia dzisiejszego (badanie powoda przez biegłych 29 stycznia 2007 r.) utrzymuje się przetoka ropna na prawym podudziu, z której regularnie jest izolowany *S. aureus*.

Dokumentacja medyczna z oddziałów szpitalnych prowadzona była w miarę poprawnie — wpisy lekarzy były wykonywane czytelnym pismem, jak również zawierały wyczerpujące informacje; wyjątek stanowiło zbyt rzadkie (co 5 i więcej dni) ich sporządzanie, co uniemożliwiało właściwe śledzenie dynamiki procesu chorobowego.

Dla odmiany dokumentacja medyczna prowadzona w Poradni Chirurgicznej była prowadzona nieczytelnym pismem, wpisy składały się przeważnie z pojedynczych słów.

W aktach znajdowała się także opinia biegłych klinicystów (ortopeda i specjalista chorób zakaźnych — obie osoby już na emeryturze), która generalnie nie budziła wątpliwości oprócz tego, że jej autorzy niepotrzebnie wdali się w dywagacje z zakresu mikrobiologii (Nie były one potrzebne do wydania opinii i biegli mogli je spokojnie pominąć.), które wykazały, że ich wiedza w tym zakresie jest dalece niewystarczająca i przestarzała — np. uznali *E. (Pantoea) agglomerans*, *S. epidermidis* za bakterie niechorobotwórcze (wiedza przestarzała o kilkadziesiąt lat), nie znali współczesnych metod badania pokrewieństw między szczepami bakterii etc. Biegły tego nie dyskutował, ponieważ sąd nie zlecił mu odnieść się do tej opinii.

Wydana opinia

Pytania sądu z jego postanowienia dotyczyły związku przyczynowego pomiędzy nieprawidłowym postępowaniem personelu pozwanej jednostki a zakażeniem u powoda oraz tego, czy prawdopodobniejsze jest zakażenie w poradni przyszpitalnej, czy w szpitalu.

W wydanej opinii stwierdzono, że u powoda podczas hospitalizacji wystąpiło zakażenie szpitalne (9 czerwca 1998 r. — pierwsze objawy), ale szczupłość dokumentacji medycznej nie pozwali na szczegółowe prześledzenie jego dynamiki; jednakże zakażenie w chwili wypisu było wyleczone, co oznacza, że zdecydowanie większe prawdopodobieństwo zakażenia dotyczy poradni przyszpitalnej (dodano jednak że jest to dyskusja akademicka, ponieważ poradnia przyszpitalna i tak stanowi część pozwanego szpitala). Z kolei w przypadku poradni przyszpitalnej nie jest możliwe prześledzenie dynamiki rozwoju zakażenia, ponieważ nie pozwalają na to skrajnie lakoniczne wpisy przez cały miesiąc leczenia, a jedyny szerszy wpis sporządzony miesiąc po wypisie zawiera już opis rozwiniętego zakażenia. Stwierdzono także, że z powodu braku jakichkolwiek dokumentów i stosownych wpisów w dokumentacji nie można się wypowiedzieć odnośnie sposobu zapobiegania zakażeniom w poradni przyszpitalnej, a także ustosunkować się do sugerowanej przez pozwanego samowolnej zmiany opatrunków przez powoda w warunkach domowych.

Komentarz

Sprawa ta pokazuje, że ważne jest właściwe postępowanie z pacjentem operowanym po wypisie, o czym się zapomina w polskich warunkach — wręcz kuriozalne jest w takiej sytuacji nakazywanie pacjentowi samodzielnej zmiany opatrunków (o ile oczywiście coś takiego miało miejsce).

Z punktu widzenia szpitali ważne jest to, że przegrana sprawa może spowodować lawinę podobnych pozwów — powód pozwał Skarb Państwa po wydaniu przez Sąd Apelacyjny wyroku, w którym zobowiązał on pozwanego do wypłaty odszkodowania za szkody związane z zakażeniem innego pacjenta w tym samym szpitalu (rok przed pobytem powoda).

Z kolei z punktu widzenia opiniowania znaleziona w aktach opinii klinicystów i stwierdzone w niej błędy pokazuje, jak ważne jest dla biegłych nadążanie za postępem wiedzy medycznej oraz niewykraczanie poza własne kompetencje.

Obie strony wystosowały pisma z wnioskiem o przesłuchanie biegłego przede sądem. W przypadku tych pism stron można zauważyć, że choć obaj pełnomocnicy niezbyt przyłożyli się do uzupełnienia wiedzy (lub skorzystania z pomocy ekspertów) pozwalającej na polemizowanie z treścią opinii i zadanie dodatkowych pytań biegłemu, to jednak pełnomocnik powoda spisał się tu zdecydowanie lepiej (sformułował konkretne pytania i wykazał się większą orientacją w temacie), podczas gdy pełnomocnik pozwanego ograniczył się do polemiki bazującej na dawno nieaktualnej wiedzy i popularnych mitach, jak również nadal nie dostarczył dowodów na poparcie swoich tez — ponownie zasugerował, że powód samodzielnie zmieniał opatrunki w domu, ale nie przedstawił na to jakichkolwiek dowodów (w dokumentacji medycznej nie było ani słowa na ten temat).

Sprawa nr XXXIV — KMCMUJ

Stan faktyczny

Powód uległ 2 grudnia 2000 r. wypadkowi kolejowemu i został przewieziony do pozwanego szpitala, gdzie rozpoznano między innymi złamanie wieloodłamowe piszczeli lewej z przemieszczeniem. W związku z tym złamaniem 5 grudnia dokonano jego operacyjnego zespolenia przy użyciu płyt, śrub i drutów K. W dokumentacji medycznej znajdowały się wpisy o istnieniu obrzęku w miejscu operowanym (7 i 12 grudnia) oraz wycieku treści surowiczej (16 grudnia); u powoda 13 grudnia 2000 r. wystąpił skok gorączki (38°C). W dokumentacji medycznej ponadto pod datą 8 grudnia był wpis o niestosowaniu się powoda do zaleceń lekarzy (np. samowolnej jeździe wózkiem do toalety). 21 grudnia powód został wypisany do domu. Z powodu słabego zrostu złamania został ponownie hospitalizowany w pozwanym szpitalu od 24 do 30 stycznia 2001 r. — podczas tej hospitalizacji zmieniano opatrunki i stosowano leki przeciwbólowe; w miejscu operowanym stwierdzono żywą ziarninę. Ponownie hospitalizowany od 14 marca do 2 kwietnia 2001 r. Podczas tego pobytu 15 marca operacyjnie usunięto elementy zespolenia i ropiejącą ziarninę. Powód otrzymywał amoksycylinę z klawulanianem od 15 do 22 marca oraz stosowano płukanie miejsca zespolenia gentamycyną. 15 marca 2001 r. podczas zabiegu operacyjnego pobrano zeskrobiny, z których jednak nie udało się wyizolować żadnych bakterii (z dużym prawdopodobieństwem jednak u powoda wcześniej rozpoczęto podawanie antybiotyków). Ponownie hospitalizowany od 6 czerwca do 17 lipca 2001 r. 11 czerwca 2001 r. operacyjnie usunięto całkowicie zespolenie. 27 czerwca wykonano wymaz z rany i 2 dni później wyizolowano metycylinowrażliwy *Staphylococcus aureus*. Powód nie otrzymał jednak antybiotyków, a tylko poprzestano na miejscowym stosowaniu antyseptyków (Rivanol). Podczas kolejnej hospitalizacji (od 27 sierpnia do 14 września 2001 r.) u powoda wykonywano tylko zabiegi rehabilitacyjne. Ponieważ nadal istniały objawy zakażenia (10 grudnia pobrano materiał i wyhodowano *S. aureus*), został 26 grudnia 2001 r. ponownie przyjęty do pozwanego szpitala i przebywał tam do 18 stycznia 2002 r. 27 grudnia 2001 r. operacyjnie usunięto martwak kostny.

Dokumentacja medyczna z oddziałów szpitalnych prowadzona była w miarę poprawnie — wpisy lekarzy były wykonywane dość czytelnym pismem, jak również niektóre z nich zawierały wyczerpujące informacje; niestety były sporządzane czasami zbyt rzadko (co kilka dni) i nie zawsze zawierały potrzebne dane (np. uzasadnienie dotyczące podania lub niepodania antybiotyku). Pozwany szpital udostępnił ją dość porządnie — oryginały historii chorób zostały zaopatrzone w spisy zawartości. Niestety nie została udostępniona dokumentacja zbiorcza. Dla odmiany dokumentacja medyczna prowadzona w poradni przyszpitalnej była zbyt lakoniczna — wpisy składały się przeważnie z pojedynczych słów.

W aktach znajdowały się także opinie biegłych klinicystów, które dość wyczerpująco odpowiadały na zadane pytania z zastrzeżeniem czasem braku uzasadnienia tez oraz używaniu niejasnych określeń (np. „milipory” w kontekście mikrourazów skóry).

Wydana opinia

Sąd w postanowieniu zawarł kilkanaście pytań, które dotyczyły różnych aspektów zakażenia u powoda — charakter, możliwość jego wcześniejszego rozpoznania, prawidłowość leczenia etc.

Na początku wydanej opinii wyjaśniono, czym jest zakażenie szpitalne oraz kiedy jest ono, a kiedy nie jest związane z błędami medycznymi. Następnie stwierdzono, że zakażenie u powoda spełnia kryteria zakażenia szpitalnego. Potem odniesiono się do pojęcia „miliporów” z wcześniejszych opinii stwierdzając, że jest ono niezrozumiałe i prawdopodobnie autor miał na myśli mikrouszkodzenia skóry, które jednak jeśli są niewykrywalne klinicznie, nie są czynnikiem ryzyka zakażeń szpitalnych. Później wyjaśniono, że nie można jednoznacznie określić czasu wystąpienia zakażenia, ale najprawdopodobniejsze jest zakażenie podczas hospitalizacji, kiedy u powoda wykonano zabieg. Stwierdzono, że niestosowanie się do poleceń personelu jest czynnikiem ryzyka zakażenia, ale dotyczy to przede wszystkim samowolnej manipulacji w miejscu operowanym, czego nie opisano w dokumentacji. Wyjaśniono następnie związki między szczepem szpitalnym a zakażeniem szpitalnym i to, że zakażenie szpitalne to nie tylko zakażenie szczepem szpitalnym, jak również stwierdzono, że w otrzymanej dokumentacji brak jest dowodów na zakażenie w innym miejscu niż pozwany szpital. Potem odniesiono się do możliwości wykrycia zakażenia oraz jego leczenia i stwierdzono, że u pozwanego popełniono błędy w tym zakresie — zlekceważono objawy u powoda podczas hospitalizacji w styczniu 2001 r. i nie prowadzono ich diagnostyki, podczas hospitalizacji w marcu 2001 r. materiał do badania mikrobiologicznego pobrano po rozpoczęciu antybiotykoterapii empirycznej, co spowodowało ujemny wynik tego badania, oraz podczas hospitalizacji w czerwcu 2001 r. nie zastosowano antybiotyków pomimo potwierdzenia klinicznego i mikrobiologicznego zakażenia. Na zakończenie stwierdzono, że ocena ubytku na zdrowiu leży w kompetencjach specjalistów medycyny sądowej.

Komentarz

Sprawa ta pokazuje, że ważne jest właściwe postępowanie diagnostyczne przy możliwości zakażenia — lekarze pozwanej jednostki nie stanęli tutaj na wysokości zadania (kilkumiesięczne opóźnienie w diagnostyce, wykonanie badania mikrobiologicznego już po podaniu antybiotyku etc.).

Należy zwrócić uwagę na to, że w tej sprawie pełnomocnik powoda zaczął drążyć temat prawidłowości diagnostyki i leczenia zaistniałego zakażenia — niektóre pytania do biegłych były opracowane w tym duchu. Jest to zwiastunem takich sytuacji, kiedy przedmiotem opinii będą te zagadnienia (a nie tylko profilaktyka jak jest przeważnie w przypadku WZW), co może być „zabójcze" dla pozwanych szpitali, ponieważ ich pełnomocnicy nie radzą sobie w takich sytuacjach, jak również personel medyczny wyraźnie bagatelizuje te sprawy.

Z kolei przykład „miliporów" wskazuje jak ważne jest używanie przez biegłego właściwej terminologii w wydawanych opiniach.

Sprawa nr XXXV — KMCMUJ

Stan faktyczny

Powódka została 2 lutego 2000 r. przyjęta do Oddziału Otolaryngologicznego pozwanego szpitala w celu wykonania zabiegu z powodu zniekształcenia nosa. Zabieg ten został wykonany 4 lutego i polegał między innymi na wszczepieniu implantu protetycznego. Podczas zabiegu nie zastosowano okołooperacyjnej profilaktyki antybiotykowej. Pacjentka została wypisana 11 lutego do domu. Następnie (około miesiąc po zabiegu) doszło do nieprzyjęcia się implantu. W zeznaniach powódki i jej świadków znajdowały się dwie informacje wskazujące na możliwość zaistnienia nieprawidłowości w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych — remont wybranych sal na oddziale podczas hospitalizacji powódki w 2000 r. i stwierdzenie, że operujący lekarz podczas konsultacji ambulatoryjnych po zabiegu nie zawsze mył ręce przed czynnościami medycznymi u powódki; w tym drugim przypadku lekarz ten stwierdził w swoich zeznaniach, że jeśli korzysta w takiej sytuacji z pomocy narzędzi medycznych, to nie ma potrzeby mycia rąk. Powódka została ponownie hospitalizowana w pozwanym szpitalu w dniach 30–31 stycznia 2001 r. — podczas hospitalizacji usunięto implant.

Otrzymana dokumentacja medyczna była w większości prowadzona niezbyt czytelnym pismem odręcznym (biegli opiniujący wcześniej w sprawie nie mogli odczytać niektórych elementów — np. opisu zabiegu przeprowadzonego u powódki). Ponadto dokumentacja ambulatoryjna była prowadzona lakonicznie i z poważnymi lukami czasowymi (zeznający lekarz wyraźnie bagatelizował konieczność jej właściwego prowadzenia).

W aktach sprawy znajdowały się także opinie biegłych medyków sądowych i ich liczne polemiki z powódką, oraz dokumenty opisujące kontrolę zakażeń szpitalnych u pozwanego (a ściślej opisujące niektóre jej aspekty).

Najistotniejsze jednak znaczenie dla sprawy z punktu widzenia mikrobiologa miały zeznania operującego otolaryngologa (zresztą ordynatora oddziału) z wręcz kuriozalnym wyjaśnieniem, że jeśli przy manipulacji z pacjentem stosowane jest instrumentarium, to nie ma potrzeby mycia rąk.

Wydana opinia

W postanowieniu sąd zadał pytanie dotyczące oceny stanu sanitarnego pozwanego szpitala.

W wydanej opinii biegły stwierdził, że profilaktyka zakażeń szpitalnych była poprawna (jak na standardy 2000 r.) oprócz 2 błędów — prowadzenia prac remontowych podczas funkcjonowania jednostki i nieprawidłowego postępowania ordynatora badającego powódkę bez umycia rąk. W pierwszym przypadku środki zastosowane przez pozwanego (zasłonięcie wejść do remontowanych sal folią) były niewystarczające (robotnicy budowlani i tak do tych pomieszczeń musieli wchodzić poprzez korytarz funkcjonującej poradni przyszpitalnej), ale nie stwierdzono związku przyczynowego pomiędzy tym błędem a zakażeniem u powódki (w literaturze są opisywane zakażenia „remontowe", ale dotyczy to prawie wyłącznie pacjentów o obniżonej odporności i zakażeń grzybami pleśniowymi). W drugim przypadku badanie miejsca operowanego bez mycia rąk stanowi ewidentne niedbalstwo, które z bardzo dużym prawdopodobieństwem mogło przyczynić się do wystąpienia u powódki zakażenia. Uzasadnienie ordynatora, że jeśli przy postępowaniu z pacjentem korzysta się z pomocy narzędzi medycznych, to nie ma potrzeby mycia rąk, świadczy wręcz o olbrzymiej ignorancji wypowiadającej je osoby w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych, która nie powinna mieć miejsca u lekarza zabiegowego.

Komentarz

Sprawa ta pokazuje, że w przypadku kontroli zakażeń szpitalnych ważne jest indywidualne pozytywne nastawienie personelu do tej kontroli i wynikających z niej wymogów, bez którego najlepsze nawet standardy nie mają szansy na rzeczywiste wdrożenie.

Ważny jest także fakt, że lekarz na eksponowanym stanowisku (ordynator) wykazał się nie dość, że wręcz kuriozalną ignorancją w zakresie kontroli zakażeń, to jeszcze lekceważył obowiązujące go wymogi (dokumentacja ambulatoryjna). Jest to o tyle ważne, że takie osoby z racji swej pozycji i „doświadczenia" mogą stawiać największy opór przy wprowadzaniu właściwych procedur.

Sprawa nr XXXVI — KMCMUJ

Stan faktyczny

Powód urodził się 5 listopada 2001 r. w pozwanym szpitalu. Pomimo wielkości odpowiadającej noworodkowi donoszonemu i uzyskaniu 9 punktów w skali Apgar z uwagi na urodzenie przed terminem i obecność objawu postękiwania, neonatolog zadecydował o umieszczeniu powoda w inkubatorze. 6 listopada wykonano badanie krwi powoda i po stwierdzeniu leukocytozy 20500 w mm^3 neonatolog zadecydował o podaniu „osłonowo i profilaktycznie" ampicyliny z sulbaktamem w dawce 2×200 mg. 8 listopada 2001 r. po południu stwierdzono niepokój powoda i wzrost jego ciepłoty ciała do 38,7°C. W badaniach krwi stwierdzono spadek leukocytozy i liczby płytek krwi oraz bardzo duży wzrost poziomu CRP; nie wykonano jednak badania mikrobiologicznego krwi powoda — pracownicy pozwanego powoływali się na panującą w szpitalu atmosferę, aby „oszczędzać" na badaniach oraz niefunkcjonowanie pracowni mikrobiologicznej w godzinach popołudniowych. U powoda utrzymano ampicylinę z sulbaktamem (dawki zwiększono do 2×250 mg) i dołączono aminoglikozyd netylmycynę w dawce 1×20 mg. Ponieważ stan noworodka się pogarszał, następnego dnia przekazano go do innego szpitala, gdzie wykonano badanie mikrobiologiczne i z krwi oraz płynu mózgowo-rdzeniowego wyizolowano *E. coli* oporną między innymi na ampicylinę z sulbaktamem. Na tym oddziale powód przebywał z rozpoznaniem sepsy i zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych do 18 grudnia 2001 r., a następnie został przeniesiony do innego szpitala z powodu stwierdzenia wodogłowia trójkomorowego, skąd został wypisany do domu 9 stycznia 2002 r. W późniejszym okresie u powoda stwierdzono 4-kończynowe porażenie mózgowe oraz opóźnienie w rozwoju.

Dokumentacja medyczna prowadzona była w jednostce pozwanej odręcznie (ale dość czytelnie). W toku sprawy okazało się, że jedna z lekarek pozwanego przed udostępnieniem sądowi (kilka lat po hospitalizacji powoda) dokumentacji „uzupełniła" ją o rozpoznanie „zakażenie wewnątrzmaciczne" oraz o „epikryzę częściową" datowaną na 2001 r. mającą to rozpoznanie potwierdzić. Po wykryciu tego przez pełnomocnika powoda (skonfrontował „uzupełnioną" dokumentację z posiadanymi przez rodziców powoda kopiami bez „uzupełnień") zostało zgłoszone do prokuratury zawiadomienie o popełnieniu przestępstwa. Prokuratura umorzyła śledztwo powołując się na to, że lekarka tylko wpisała wnioski pochodzące z analizy innych elementów dokumentacji.

Wydana opinia

W wydanej opinii biegły mikrobiolog miał odpowiedzieć na liczne szczegółowe pytania pełnomocnika powoda a dotyczące charakteru zakażenia (szpitalne czy nie), poprawności postępowania z nim (szczególnie diagnostyki zakażenia i antybiotykoterapii), stanu zdrowia powoda i jego związku z przebytym zakażeniem. Dodatkowo sąd dołączył własne pytania będące uogólnieniem szczegółowych pytań pełnomocnika powoda.

W wydanej opinii biegły uznał, że przedstawiony materiał nie pozwala jednoznacznie określić, czy zakażenie u powoda jest zakażeniem szpitalnym czy nie; stwierdził ponadto, że w zakresie postępowania z powodem popełniono nieprawidłowości — nie wykonywano diagnostyki mikrobiologicznej, mimo pogarszania się stanu powoda, a tylko poprzestano na dołączeniu drugiego antybiotyku (brak tych badań opóźnił rozpoczęcie prawidłowego leczenia), podano 6 listopada ampicylinę z sulbaktamem bez uzasadnienia (stosowanie profilaktyczne antybiotyków podlega ścisłym regułom a nie widzimisię klinicysty), źle dawkowano do 8 listopada antybiotyk (powód ważył 3300–3400 g, co oznaczało, że według producenta leku powinien dostać 2×250 mg, a dawka 2×200 mg jest dla dzieci o wadze 2600–2700 g), nie odstawiono tego antybiotyku po skoku gorączki (co wskazywało na możliwość zakażenia opornymi bakteriami), dołączono netylmycynę (aminoglikozydy nie penetrują do OUN, a istniało ryzyko zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych) — błędy w antybiotykoterapii mogły przyczynić się do progresji zakażenia. W przypadku pozostałych pytań wyjaśniono, w kompetencjach jakich biegłych leży udzielenie tej odpowiedzi.

Komentarz

Z punktu widzenia stricte merytorycznego (w zakresie medycyny) sprawa pokazuje to, jak ważne są prawidłowe leczenie i diagnostyka zakażenia a nie tylko jego profilaktyka — gdyby personel pozwanego szpitala właściwie skorzystał z diagnostyki mikrobiologicznej i prawidłowo zastosował antybiotyki, prawdopodobnie w ogóle nie doszłoby do całej sprawy.

Natomiast „uzupełnianie" dokumentacji abstrahując od jednoznacznie negatywnej ocenie tego faktu z punktu widzenia etyki, po jego wykryciu ewidentnie osłabiło wiarygodność dowodów przedstawianych przez pozwanego (nawet jeśli nie stanowiło naruszenia prawa, a uzasadnienie prokuratora w decyzji o umorzeniu śledztwa akurat budzi wątpliwości autora).

Sprawa nr XXXVII — KMCMUJ

Stan faktyczny

Powódka została 6 stycznia 2004 r. przyjęta do pozwanego szpitala z objawami uwięźnięcia przepukliny pępkowej i objawami zapalenia skóry w tej okolicy. W dniu następnym wykonano zabieg operacyjny z założeniem siatki polipropylenowej. Od dnia zabiegu powódka otrzymywała do 16 stycznia 2004 r. cefuroksym w dawce wpierw 3×1,5 g, a potem (od 12 stycznia) 3×0,75 g. 19 stycznia wypisano ją do domu, ale już w następnym dniu wystąpił u niej skok gorączki, więc została ponownie przyjęta do pozwanego szpitala, gdzie stwierdzono stan zapalny w miejscu operowanym (wyizolowano metycylinooporny szczep *Staphylococcus aureus*). Włączono wankomycynę (Edicin) w dawce 2×1,0 g uzyskując poprawę stanu powódki tak, że została ona wypisana 3 lutego 2004 r. W późniejszym okresie jednak u powódki ponownie pojawiały się objawy stanu zapalnego, które do dnia złożenia pozwu nie ustąpiły.

Dokumentacja medyczna zawierała obszerne wpisy (dekursusy), ale dokonywane skrajnie nieczytelnym pismem odręcznym, a ponadto kserokopie były bardzo złej jakości. W aktach sprawy znajdowało się zeznanie ordynatora chirurgii, że początkowo zamierzał on poprzestać na leczeniu zachowawczym i podjąć się wykonania zabiegu po ustąpieniu stanu zapalnego skóry, ale w końcu uległ naleganiom powódki, która chciała mieć zabieg wykonany jak najszybciej; z kolei pielęgniarka oddziałowa zeznała, że powódka samowolnie manipulowała przy opatrunku i drenie, ale nie udało się odnaleźć jakichkolwiek wpisów na ten temat w dokumentacji medycznej (treść zeznań pielęgniarki to w skrócie: „Słyszałam, jak moje podwładne między sobą mówiły, że pacjentka tak robi, więc powiedziałam komuś, że tak mówią, i na tym poprzestałam.”).

Wydana opinia

Pytania sądu dotyczyły tego, czy zakażenie wynika z zabiegu operacyjnego u powódki, oceny uszczerbku na zdrowiu i szans na wyleczenie zakażenia, a także oceny zasadności kosztów poniesionych przez powódkę (leki i materiały opatrunkowe).

W opinii zacytowano definicję zakażenia szpitalnego i stwierdzono, że zakażenie u powódki spełnia te kryteria. Następnie stwierdzono, że zabieg operacyjny przy istnieniu stanu zapalnego skóry w sytuacji, kiedy istniała możliwość jego odłożenia (zeznania ordynatora chirurgii), był błędem. Dodano także, że jedyne uzasadnienie wykonania zabiegu w takiej sytuacji, to ryzyko poważnych powikłań związanych z uwięźnięciem przepukliny, które nie istniało, a przeprowadzanie zabiegu wskutek nalegań jest wręcz kuriozalne. Odniesiono się również do zeznań pielęgniarki oddziałowej stwierdzając, że takie postępowanie pacjentki sprzyja zakażeniu, ale brak jakichkolwiek wpisów w dokumentacji medycznej nie pozwala się tutaj wypowiedzieć.

Następnie stwierdzono, że ocena uszczerbku na zdrowiu należy do kompetencji biegłych specjalistów medycyny sądowej.

Stwierdzono również, że szanse wyleczenia zakażenia u powódki są ograniczone ponieważ przewlekłe zakażenia gronkowcowe są trudne do leczenia i przy pacjencie z chorobami współistniejącymi (jak powódka) często nie jest możliwe ich pełne wyleczenie.

W przypadku wyszczególnionych kosztów (leki, opatrunki) podano, że w większości mogą być one związane z zakażeniem, ale istnieją wyjątki (np. perindopril czy olejek rycynowy), które na pewno nie wynikają z zakażenia.

Komentarz

Sprawa ta pokazuje, że przy decyzji o wykonaniu lub nie zabiegu nie powinno mieć miejsca uleganie „naleganiom”, ponieważ główną odpowiedzialność w razie niepowodzenia i tak ponosi operator i jego pracodawca. W przypadku powódki istnieje jednak pewien wyjątek — z racji medycznego wykształcenia także powinna sobie zdawać sprawę z zagrożenia związanego z operacją w miejscu istniejącego stanu zapalnego. W związku z tym nalegając być może przyczyniła się do zakażenia — ocena tego jednak należy już do orzekającego sądu, a nie biegłego lekarza.

Z kolei sytuacja, że powód swymi działaniami przyczynia się do niepowodzenia, może „chronić” pozwanego, ale tylko wtedy, jeśli może on to uwiarygodnić np. starannym opisaniem sytuacji w dokumentacji medycznej. Bez takiego opisu zeznania pielęgniarki są delikatnie mówiąc niewiarygodne.

Sprawa nr XXXVIII — KMCMUJ

W sprawie tej uchylono się do wydania opinii do momentu usunięcia poniższych braków w dokumentacji medycznej:

- brak dokumentacji medycznej z hospitalizacji powoda w jednostce pozwanej;
- brak informacji o tym, co wykazało i kiedy wykonano zdjęcie rtg, na które powoływał się powód (mówiąc o tym, że niedokładnie amputowano palec w przebiegu stopy cukrzycowej, co miało przyczynić się do zakażenia);
- brak informacji o obowiązujących w jednostce pozwanej w okresie hospitalizacji powoda zasadach kontroli zakażeń szpitalnych;
- zła czytelność dokumentacji ambulatoryjnej (pismo odręczne).

Ponadto poproszono o jednoznaczne doprecyzowanie, które z pytań adresowane były do biegłego z Katedry Mikrobiologii CM UJ, ponieważ pierwotnie różne pytania dotyczyły innych ośrodków, z których jeden odmówił wydania opinii (brak w jednostce lekarzy mikrobiologów), a w kolejnym postanowieniu sąd nie doprecyzował, czy biegły z Katedry Mikrobiologii ma odpowiedzieć tylko na to pytanie, czy też na kolejne pytanie adresowane również do mikrobiologa (z innego ośrodka), a dotyczące zestawienia zasad kontroli zakażeń szpitalnych w pozwanym szpitalu z zasadami obowiązującymi w różnych krajach świata.

Komentarz

W sprawie tej niesmak budzi wręcz olbrzymia niedbałość stron w zbieraniu materiału dowodowego — kuriozalny jest brak dokumentacji medycznej. Niestety sąd tutaj nie stanął na wysokości zadania, bo nie dość, że nie wpływał na strony w kwestii uzupełnienia braków (wydaje się oczywistością, że w procesach „medycznych" nie można opiniować bez dokumentacji medycznej), to jeszcze niejednoznacznie określił, które z pytań dotyczą biegłego.

Dla odmiany pozytywnym zjawiskiem była treść odpowiedzi pozwanego na pozew, która wskazywała, że w jej opracowywaniu brała osoba o sporej wiedzy merytorycznej w zakresie zakażeń szpitalnych.

7.2 Katedra Medycyny Sądowej CM UJ w Krakowie

Dalej znajduje się opis opinii opracowanych w Katedrze Medycyny Sądowej CM UJ w Krakowie w sprawach związanych z bakteryjnymi zakażeniami szpitalnymi.

Każda z opinii została przedstawiona zgodnie z poniższym schematem:

- sygnatura — sygnatura nadana opinii przez jednostkę wydającą;
- wydana opinia — skrócony opis treści opinii wraz z podstawowymi informacjami o stanie faktycznym uzyskanymi na postawie analizy danej opinii (autor nie miał dostępu do oryginalnego materiału dowodowego). Jeśli w danej sprawie wydawano kilka opinii, to używane jest sformułowanie „wydane opinie". Autor nie opisywał treści całych opinii, a tylko ich fragmenty dotyczące bezpośrednio zakażenia szpitalnego, jego okoliczności i skutków;
- komentarz — zawarte tu są wnioski, jakie nasunęły się przy analizie danej opinii.

Opinia nr I — KMSCMUJ

Sygnatura

WLKMS-E–170/V–469/06

Wydana opinia

Powódka od 12 do 19 czerwca 2001 r. przebywała w pozwanym szpitalu (oddział neurologiczny) w celu diagnostyki występujących u niej zawrotów głowy. 13 czerwca wykonano u niej punkcję lędźwiową i zdjęcie rtg klatki piersiowej (bez odchyleń od normy). 19 czerwca wystąpił u niej skok gorączki, a w wykonanym od razu zdjęciu rtg klatki piersiowej stwierdzono zacienienia w dolnej części lewego płuca. Została od razu przeniesiona do innej jednostki, gdzie rozpoznano wysiękowe zapalenie opłucnej i zapalenie płuc, a z krwi pobranej 20 czerwca wyhodowano *Acinetobacter spp.* Po antybiotykoterapii zapalenie płuc ustąpiło i powódka została wypisana do domu.

Pytania sądu dotyczyły możliwych przyczyn zakażenia, a także charakteru wyizolowanej bakterii (szczep szpitalny czy nie). W opinii stwierdzono, że zapalenie płuc u powódki z prawdopodobieństwem 0,6 może wynikać z zakażenia szpitalnego, a prawdopodobieństwo, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wykonaniem punkcji lędźwiowej, a zakażeniem u powódki uznali za istotne. Natomiast co do „szpitalności" szczepu stwierdzili, że treść wyniku badania mikrobiologicznego (sama nazwa rodzajowa bez określenia gatunku) nie pozwala niczego stwierdzić w tej materii.

Komentarz

W tej sprawie istotne jest to, że ciężkie zakażenie dotyczyło oddziału niezabiegowego, a ponadto wynikało z „rutynowej" procedury — często personel medyczny zapomina o tym, że takie procedury mogą być bardzo inwazyjne i np. nie stosuje standardów ich wykonywania (z dużym prawdopodobieństwem tak było i tutaj).

Opinia nr II — KMSCMUJ

Sygnatura

WLKMS-E–826/V–717/06

Wydana opinia

Opinia została wydana dla prokuratury prowadzącej śledztwo w sprawie skutków zakażenia miejsca operowanego (zespolenie złamania wieloodłamowego piszczeli prawej).

Pytania do biegłych dotyczyły charakteru zakażenia i ustalenia osób odpowiedzialnych za jego wystąpienie. W opinii stwierdzono, że jest to zakażenie szpitalne miejsca operowanego i nie można ustalić konkretnych osób, których niewłaściwe działania doprowadziły do wystąpienia zakażenia.

Komentarz

Sprawa ta pokazuje, że w przypadku zakażeń szpitalnych zazwyczaj nie można znaleźć konkretnych winnych. W takich sprawach, o ile jakaś osoba nie popełni ewidentnych i poważnych błędów, ma się do czynienia z winą zbiorową lub anonimową.

Opinia nr III — KMSCMUJ

Sygnatura

WLKMS-E–924/V–748/06

Wydana opinia

Sprawa dotyczyła zakażenia w miejscu operowanych (operacja przepukliny) u pacjentki z obciążającym stanem ogólnym.

Biegli w opinii stwierdzili, że zakażenie u powódki spełnia kryteria szpitalnego zakażenia miejsca operowanego, ale nie znaleźli błędów medycznych, z których ono mogło wynikać — było ono wtórne w stosunku do martwicy w okolicy pępka związanej z określonym stanem ogólnym powódki.

Komentarz

Sprawa ta stanowi przykład sytuacji, kiedy zakażenie szpitalne stanowi niepowodzenie w leczeniu niezwiązane z żadnymi błędami medycznymi. Nierzadko jednak opinia o takiej treści staje się przyczyną ataków obu stron —powodowie są nieusatysfakcjonowani uznaniem roszczenia za nieuzasadnione, a pozwani walczą o „rozgrzeszenie", aby nie było „wstydu" zakażenia szpitalnego.

Opinia nr IV — KMSCMUJ

Sygnatura

WLKMS-E–1817/V–959/06

Wydana opinia

Opinię wydano w związku ze śledztwem prowadzonym przez prokuraturę w sprawie związanej z zakażeniem narządowym (włącznie z ropniem mózgu) miejsca operowanego (kraniotomia).

Biegli stwierdzili, że u poszkodowanego wystąpiło zakażenie szpitalne, ale nie znaleźli błędów medycznych, z popełnieniem których mogło się ono wiązać.

Komentarz

Sprawa stanowi kolejny przykład, że zakażenie szpitalne nie jest tożsame z popełnieniem błędu medycznego.

Opinia nr V — KMSCMUJ

Sygnatura

WLKMS-E–1822/V–825/06

Wydana opinia

U powoda wystąpiło zakażenie w miejscu ambulatoryjnego usunięcia modzeli pięty lewej, które ustąpiło po leczeniu antybiotykami.

Biegli stwierdzili, że u powoda wystąpiło zakażenie miejsca operowanego, które jednak ustąpiło (a zatem nie wpływa na jego stan zdrowia) i nie było związane z błędami medycznymi, a ponadto wykluczyli u powoda sepsę (takie pytanie zadał on), ponieważ żaden z objawów u niego nie wskazywał na istnienie tego stanu klinicznego.

Komentarz

O ile nie budzi wątpliwości bezzasadność roszczeń powoda (całkowite ustąpienie zakażenia), a „sepsa" jest wręcz niepoważna (zdaniem autora sepsa jest obecnie „medialna", więc może występować coraz częściej w roszczeniach), to jednak należy pamiętać o ryzyku zakażeń związanych z coraz inwazyjniejszymi procedurami wykonywanymi w warunkach ambulatoryjnych i stosować odpowiednie zasady profilaktyki.

Opinia nr VI — KMSCMUJ

Sygnatura

WLKMS-E–1213/V–867/06

Wydana opinia

W tej sprawie tylko jedno pytanie dotyczyło zakażenia szpitalnego (powierzchowne zakażenie miejsca operowanego po zabiegach z powodu dyskopatii spowodowane przez *Staphylococcus aureus*).

Biegli stwierdzili, że zakażenie szpitalne w żaden sposób nie wpływa na stan kręgosłupa u powódki i stanowi odrębny problem zdrowotny.

Komentarz

Ta sprawa stanowi doskonały przykład sytuacji, kiedy zakażenie szpitalne jest w danej sprawie czymś marginalnym.

Widać tutaj także zalety opiniowania zespołowego, kiedy można od razu odpowiedzieć na marginalne pytanie, podczas gdy w przypadku opiniowania indywidualnego odpowiedzieć na takie pytanie zajęłaby sporo czasu (znalezienie biegłego, wysłanie mu akt sprawy, wydanie opinii, znalezienie kolejnych biegłych).

Opinia nr VII — KMSCMUJ

Sygnatura

WLKMS-E–2170/V–942/06

Wydana opinia

U małoletniego pacjenta wykonano 5 października 2005 r. zabieg korekcji prawej stopy końsko-szpotawej. Po zabiegu założono mu opatrunek z gipsu pełnego bez oceny parametrów ukrwienia, a następnie podczas kilku kontroli ambulatoryjnych zbagatelizowano objawy rozwijającej się martwicy.

W przypadku zakażenia biegli stwierdzili, że jest ono sprawą wtórną w stosunku do rozwijającej się martwicy w miejscu operowanym, ale jego progresja mogła doprowadzić do wystąpienia sepsy.

Komentarz

Sprawa ta stanowi kolejny przykład, kiedy opiniowanie zespołowe ma przewagę nad indywidualnym.

Odnosząc się natomiast do meritum należy stwierdzić, że tutaj zakażenie w miejscu operowanym stanowi dodatkowy skutek w stosunku do innych rezultatów popełnionych błędów.

Opinia nr VIII — KMSCMUJ

Sygnatura

WLKMS-E–3522/06/V–133/07

Wydana opinia

U powoda doszło 21 lutego 2002 r. przy pracy z rurami kanalizacyjnymi do wypadku połączonego ze zmiażdżeniem lewego kciuka. Powód udał się następnie do znajomej „emerytowanej pielęgniarki" (według jego słów), która założyła opatrunek. Dopiero później zgłosił się do pozwanego szpitala, gdzie wykonano operacyjne zespolenie (12 h po wypadku). Kilka tygodni później wystąpiły objawy zakażenia w miejscu operowanym, które trwały (z przerwami) do dnia badania.

W wydanej opinii biegli stwierdzili, że w opisanej sytuacji doszło do zakażenia pozaszpitalnego związanego z charakterem (zmiażdżenie) i miejscem (rury kanalizacyjne) urazu u powoda, która pogłębiło jego (powoda) postępowanie (zaopatrzenie miejsca urazu przez przypadkową osobą i opóźnienie w udzieleniu pomocy medycznej); natomiast w jednostce pozwanej nie popełniono błędów (np. zastosowano okołooperacyjną profilaktykę antybiotykową).

Komentarz

Sytuacja, jak w tej sprawie, kiedy z dużym prawdopodobieństwem można wykluczyć fakt wystąpienia zakażenia szpitalnego, stanowi jednak wyjątek.

Ciekawie przedstawiałaby się sytuacja, gdyby w jednostce pozwanej popełniono jakieś błędy (np. niezastosowano okołooperacyjnej profilaktyki antybiotykowej) — wtedy pomimo „nieszpitalności" zakażenia roszczenie powoda byłoby przynajmniej w części zasadne.

Opinia nr IX — KMSCMUJ

Sygnatura

WLKMS-E–3933/06/V–30/07

Wydana opinia

Opinia została wydana w związku ze śledztwem prowadzonym przez prokuraturę w sprawie związanej z wystąpieniem ropnia w miejscu wykonywanych iniekcji domięśniowych w prawym pośladku.

Biegli w wydanej opinii wykazali, że ropień najprawdopodobniej wynika z niewłaściwego wykonania iniekcji (nieprawidłowe odkażenie skóry), ale nie są w stanie stwierdzić, konkretnie której iniekcji to mogło dotyczyć.

Komentarz

Z punktu widzenia kontroli zakażeń szpitalnych sprawa ta pokazuje, że nawet „banalne" procedury mogą być związane z wystąpieniem zakażenia, jeśli zostaną wykonane niewłaściwie (i pokazuje ponadto celowość opracowania standardów proceduralnych).

Widać tu także różnice pomiędzy odpowiedzialnością karną i cywilną. W sprawie cywilnej taka opinia stanowiłaby istotny dowód na poparcie zasadności roszczenia (bo niewłaściwie iniekcję wykonała i tak pracownica pozwanego szpitala). Natomiast tutaj, o ile wszystkich iniekcji nie wykonywała jedna osoba, to prokurator będzie miał trudności z postawieniem zarzutów, skoro nie można określić, kto konkretnie popełnił błąd tutaj.

Opinia nr X — KMSCMUJ

Sygnatura

WLKMS-E–264/V–334/07

Wydana opinia

U powódki doszło 6 stycznia 2003 r. do złamania prawego biodra, które zaopatrzono operacyjnie 14 stycznia w pozwanym szpitalu poprzez założenie protezy stawu biodrowego. Tydzień po wypisie (14 lutego) u powódki wystąpił skok gorączki (38°C). Powódka była potem kilkakrotnie hospitalizowana i nieskutecznie leczona antybiotykami tak, że musiano usunąć w końcu endoprotezę, a z miejsca zabiegu wyizolowano *Staphylococcus aureus*.

Biegli w wydanej opinii stwierdzili między innymi, że zakażenie u powódki stanowi szpitalne głębokie zakażenie miejsca operowanego, w pozwanym szpitalu popełniono błąd polegający na wykonaniu zabiegu z pominięciem okołooperacyjnej profilaktyki antybiotykowej, a ponadto byli w stanie określić jakie cierpienia poniosła powódka (bolesne leczenie).

Komentarz

Sprawa ta to klasyczne zakażenie szpitalne w miejscu operowanym, przy którym jednak można było stwierdzić błąd pozwanego.

Gdyby u powódki zastosowano okołooperacyjną profilaktykę antybiotykową (i nie popełniono innych błędów), to takie samo zakażenie stanowiłoby zaledwie niepowodzenie w leczeniu.

7.3 Zakład Medycyny Sądowej PAM w Szczecinie

Dalej znajduje się opis opinii opracowanych w Zakładzie Medycyny Sądowej PAM w Szczecinie w sprawach związanych z bakteryjnymi zakażeniami szpitalnymi.

Sposób prezentacji opinii jest identyczny ze sposobem przyjętym dla opinii wydanych w Katedrze Medycyny Sądowej CM UJ w Krakowie (*vide* 2.2, s. 138).

Opinia nr I — ZMSPAM

Sygnatura

1262/05

Wydane opinie

U powódki chorującej na cukrzycę doszło do złamania prawej kości udowej, które zespolono operacyjnie 29 lipca 2003 r. stosując okołooperacyjną profilaktykę antybiotykową; 4 sierpnia 2003 r. doszło z wycieku z rany, z którego wyizolowano metycylinowrażliwy *S. aureus*. Po zastosowaniu antybiotykoterapii celowanej objawy zakażenia ustąpiły.

Pytania do zespołu biegłych w kolejnych opiniach dotyczyły, czy dane zakażenie było zakażeniem szpitalnym związanym z hospitalizacją w pozwanym szpitalu (wraz z ewentualnymi uchybieniami w profilaktyce), jaki uszczerbek na zdrowiu powódki wynikał z tego zakażenia, czy zakażenie zostało wyleczone, oraz czy u powódki istniało ryzyko sepsy. Biegli stwierdzili, że zakażenie jest zakażeniem szpitalnym, nie stwierdzili uchybień w pozwanym szpitalu, uznali, że uszczerbek na zdrowiu jest co najwyżej minimalny, zakażenie zostało wyleczone, a ryzyko sepsy było podwyższone co najwyżej minimalnie.

Komentarz

Jest to typowa sprawa o zakażenie, w której dane zakażenie jest zakażeniem szpitalnym, ale niewynikającym z uchybień pozwanego oraz w praktyce niezwiązanym z ujemnymi skutkami zdrowotnymi. Obecność w zespole medyków sądowych umożliwiła określenie uszczerbku na zdrowiu.

Pozwany tutaj stanął na wysokości zadania i dysponując korzystną opinią nie walczył jednak o „rozgrzeszenie" z samego faktu wystąpienia zakażenia szpitalnego.

Opinia nr II — ZMSPAM

Sygnatura

1384/04

Wydana opinia

U powoda doszło do wieloodłamowego złamania otwartego kości podudzia prawego po upadku z drabiny zespolonego operacyjnie po przyjęciu do szpitala i następnie wystąpienia objawów zakażenia miejsca operowanego wkrótce po zabiegu.

Biegli tutaj uchylili się od udzielenia odpowiedzi, czy zakażenie u powoda było zakażeniem szpitalnym czy nie (objawy przed czy po 48 h od przyjęcia), ponieważ lakoniczna i nieczytelna dokumentacja nie pozwoliła stwierdzić, kiedy dokładnie wystąpiły pierwsze objawy zakażenia. Biegli wskutek braków w dokumentacji nie byli w stanie stwierdzić nawet, czy wyizolowany szczep *S. aureus* jest szczepem metycylinowrażliwym czy metycylinoopornym.

Komentarz

Jest to typowy przykład sytuacji, kiedy wskutek braków w dokumentacji nie można wydać opinii. Niestety pozwane szpitale zapominają o tym, że zgodnie z orzecznictwem Sądu Najwyższego, jeśli wskutek niedających się usunąć braków w dokumentacji medycznej powstaną wątpliwości w sprawie, to powinny one zostać rozstrzygnięte na korzyść strony powodowej.

Opinia nr III — ZMSPAM

Sygnatura

548/04

Wydane opinie

U powódki 22 października 1998 r. wykonano zabieg pomostowania tętnic wieńcowych, po którym w obrębie trzonu mostka doszło do zakażenia *S. aureus* (pierwotnie szczep metycylinowrażliwy, który uległ wymianie na metycylinooporny) z wytworzeniem przetoki — zakażenie to nie ustąpiło do czasu badania powódki przez biegłych.

Pytania do biegłych dotyczyły charakteru danego zakażenia, czasu jego zajścia, jakości nadzoru nad zakażeniami w pozwanym szpitalu oraz uszczerbku na zdrowiu u powódki. W pierwotnej opinii biegli uznali dane zakażenie za zakażenie szpitalne, stwierdzili, że nie są w stanie wypowiedzieć się co do nadzoru z braku stosownych dokumentów, wyjaśnili, że nie są w stanie określić dokładnego czasu zajścia zakażenia, oraz określili uszczerbek na zdrowiu na 10%. W opinii uzupełniającej wydanej po otrzymaniu dokumentacji dotyczącej nadzoru nad zakażeniami u pozwanego biegli stwierdzili, że nadzór ten był niewystarczający nawet jak na standardy 1998 r.

Komentarz

W tej sprawie z kolei istotne jest to, że zakażenie szpitalne obciąża pozwanego, który nie zapewnił adekwatnego nadzoru na zakażeniami.

Opinia nr IV — ZMSPAM

Sygnatura

1482/06

Wydane opinie

U powoda po osteotomiach w obrębie obu stóp (16 kwietnia i 17 czerwca 1997 r.) doszło do zakażenia miejsca operowanego (metycylinowrażliwy *S. aureus*).

Pytania do biegłych dotyczyły stwierdzenia, czy dane zakażenie jest zakażeniem szpitalnym, oraz czy ma charakter egzo- czy endogenny. Biegli stwierdzili, że z dużym prawdopodobieństwem jest to zakażenie szpitalne, a w przypadku drugiego pytania nie są tego jednoznacznie rozstrzygnąć. Opinię uzupełniającą wydano po piśmie pozwanego, który zasugerował „pozaszpitalność" zakażenia do typowych argumentów o endogenności dodając argument o tym, że w okresie hospitalizacji powoda nie wystąpiły zakażenia tego typu u innych pacjentów. Biegli w tej opinii ustosunkowali się do stwierdzeń pozwanego i wyjaśnili na podstawie definicji, dlaczego zakażenie u powoda uznali za szpitalne.

Komentarz

Sprawa ta stanowi klasyczny przykład trzymania się przez pozwanego opisywanych w tej pracy „mitów" dotyczących zakażeń szpitalnych.

Opinia nr V — ZMSPAM

Sygnatura

1482/05

Wydana opinia

U powoda w 1994 r. wszczepiono endoprotezę stawu biodrowego. W 1999 r. wskutek obluzowania się panewki doszło do konieczności jej wymiany, której dokonano w pozwanym szpitalu 22 lutego, a 25 lutego wystąpiły pierwsze objawy zakażenia gronkowcowego (skok gorączki). Istniejące zakażenie zmusiło do wykonania reoperacji w 2001 r. i ponownej wymiany panewki.

Opinia dotyczyła całokształtu postępowania z pacjentem (głównie ortopedycznego), a odnośnie zakażenia pytanie dotyczyło tylko tego, czy jest to zakażenie szpitalne i czy wynika z uchybień pozwanego. Biegli stwierdzili, że jest to zakażenie szpitalne, ale nie stwierdzili uchybień w profilaktyce, a tylko w antybiotykoterapii (tutaj jednak nie znaleźli związku przyczynowego ze stanem zdrowia powoda, bo później antybiotykoterapia w innej jednostce była poprawna i doprowadziła do ustąpienia zakażenia)

Komentarz

Z punktu widzenia opiniowania w sprawach zakażeń jest to klasyczna sprawa — prawidłowa profilaktyka i niepoprawna antybiotykoterapia (która jednak została skorygowana). Jako ciekawostkę można podać, że w opinii uzupełniającej biegli musieli ustosunkować się do stwierdzenia powoda, że pozwany w 1999 r. „ukradł" mu „dobrą" panewkę, aby ją wszczepić innemu choremu — biegli uznali je za „niepoważne"

Opinia nr VI — ZMSPAM

Sygnatura

767/06

Wydana opinia

Opinię wydano na zlecenie policji prowadzącej śledztwo w sprawie zgonu pacjenta. Chory z nieunormowaną cukrzycą 17 sierpnia 2004 r. uległ wypadkowi połączonemu ze zmiażdżeniem prawej stopy, które zaopatrzono operacyjnie. Następnie w miejscu zabiegu wystąpiły objawy zakażenia, z których izolowano różne bakterie (np. *P. aeruginosa*). Po wielomiesięcznej hospitalizacji pacjenta wypisano do domu (zakażenie ustąpiło), ale już w maju 2005 r. wystąpiła ropowica policzków, z której izolowano rozmaite bakterie (*Streptococcus viridans*, *Actinomyces israeli* etc.). Pomimo leczenia antybiotykami doszło u pacjenta do sepsy zakończonej zgonem.

Biegli w opinii stwierdzili, że choć zakażenie w obrębie stopy było klasycznym zakażeniem szpitalnym, to jednak nie pozostaje w jakimkolwiek związku przyczynowym z ropowicą policzka (wynikającą z dużym prawdopodobieństwem z nieuporządkowanego uzębienia), której z kolei niekorzystny przebieg wynikał ze złego stanu ogólnego pacjenta. Ponadto nie stwierdzili oni błędów medycznych.

Komentarz

Sprawa ta pokazuje, jak ważne jest kryterium związku przyczynowego, ponieważ fakt istnienia zakażenia w miejscu operowanym wcześniej wcale nie oznaczał, że mogło się ono wiązać z ropowicą policzka.

Opinia nr VII — ZMSPAM

Sygnatura

900/04

Wydana opinia

10 kwietnia 2002 r. podczas rąbania drewna doszło u powoda do urazu głowy ze złamaniem kości czołowej i wgłobieniem do jamy czaszki. W pozwanym szpitalu powoda kilkakrotnie zaopatrywano operacyjnie, a w maju 2002 r. stwierdzono w badaniu mikrobiologicznym zakażenie miejsca operowanego metycylinooopornym *S. aureus* (wcześniej bezskutecznie powoda próbowano leczyć empirycznie antybiotykami).

Pytanie do biegłych dotyczyło charakteru zakażenia (czy nie istniało ono przy przyjęciu do pozwanego szpitala) — uchylili się oni od jednoznacznej odpowiedzi, ponieważ braki w dokumentacji medycznej nie pozwalają stwierdzić, kiedy wystąpiły pierwsze objawy zakażenia.

Komentarz

Jest to kolejny przykład konsekwencji niewłaściwego prowadzenia dokumentacji medycznej, które uniemożliwia uwiarygodnienie twierdzeń pozwanego o zakażeniu istniejącym w chwili przyjęcia.

Należy dodać, że na szczęście dla pozwanego nie padło pytanie dotyczące prawidłowości diagnostyki i leczenia zakażenia u powoda, które zdaniem autora nie były w pełni prawidłowe (nie opisywano dobrze stanu miejscowego i nie prowadzono diagnostyki, a tylko „w ciemno" podawano kolejne antybiotyki, pomimo, że lokalizacja zakażenia wymagała szybkiej i wnikliwej diagnostyki i prawidłowego leczenia) — należy dodać, że zakażenia poszaszpitalne też muszą być prawidłowo diagnozowane i leczone.

Opinia nr VIII — ZMSPAM

Sygnatura

218/05

Wydana opinia

U powoda w pozwanym szpitalu wykonano z powodu dyskopatii zabieg usunięcia uszkodzonych krążków międzykręgowych 11 lutego 2002 r. Podczas zabiegu doszło do uszkodzenia opony twardej rdzenia kręgowego. Pacjent po wypisie 15 lutego już 19 lutego znalazł się w innej jednostce z objawami zapalenia opon — rozpoznanie potwierdzono laboratoryjnie (wyizolowano metycylinowrażliwy *S. aureus*). Po wyleczeniu zapalenia opon antybiotykami u powoda operacyjnie zeszyto uszkodzone opony.

Biegli odpowiadając na pytania do opinii stwierdzili, że zapalenie opon wynika z zawinionego przez pozwanego uszkodzenia opony twardej rdzenia (niestosowanie optyki powiększającej przy zabiegu i niedostateczna kontrola pola operacyjnego).

Komentarz

Jest to sprawa złożona, która doskonale pokazuje zalety opiniowania zespołowego — zespół był w stanie wydać opinię obejmującą wszystkie aspekty sprawy.

W treści opinii znajdowało się także odniesienie do wydanej w sprawie opinii biegłego neurochirurga, który stwierdził (pomimo rozpoznania klinicznego i laboratoryjnego zapalenia opon), że u powoda doszło tylko do „podrażnienia opon".

Opinia nr IX — ZMSPAM

Sygnatura

1381/02

Wydana opinia

Opinię wydano w sprawie karnej związanej ze śmiercią pacjentki w ciężkim stanie ogólnym, u której tuż przed zgonem wyizolowano z krwi *Acinetobacter spp.* Biegli odnieśli się do tego faktu poprzez stwierdzenie, że to zakażenie stanowi co najwyżej schyłkowy objaw w niekorzystnym przebiegu choroby, a być może nawet jest to zanieczyszczenie próbki.

Komentarz

Jest to przykład sytuacji, kiedy ewentualne zakażenie *de facto* nie miało jakiegokolwiek wpływu na stan pacjenta i przebieg jego choroby.

Opinia nr X — ZMSPAM

Sygnatura

2086/06

Wydana opinia

Opinie wydano na zlecenie prokuratury prowadzącej śledztwo w sprawie spowodowania uszczerbku na zdrowiu u pacjenta i narażeniu innych chorych na niebezpieczeństwo zakażenia. Chory z nieuregulowaną cukrzycą był hospitalizowany w różnych jednostkach z powodu niedokrwienia stopy lewej. Po amputacji z tego powodu części stopy (22 marca 2006 r.) doszło do zakażenia miejsca operowanego (liczne bakterie — metycylinooporny *S. aureus*, *E. faecalis*, *S. maltophilia*, *Acinetobacter spp.*) długotrwale nieskutecznie leczonego antybiotykami (dobranymi prawidłowo). Pacjent zeznał, że przy postępowaniu z nim lekarze lekceważyli zasady aseptyki (np. nie myli rąk, nie stosowali rękawiczek), podczas gdy pielęgniarki tego przestrzegały. Lekarze nie zaprzeczyli tym zeznaniom. Niektóre pielęgniarki zeznały, że pacjent był niezdyscyplinowany (np. samowolnie zdejmował opatrunki etc.), ale nie wyjaśniły, dlaczego nie poinformowały o tym przełożonych ani dlaczego nie opisały tego w dokumentacji medycznej). Ponadto pielęgniarki zeznały, że nikt ich nie poinformował, że z racji zakażenia pacjent wymaga izolacji (na oddziale istniały stosowne procedury).

Biegli w swojej opinii stwierdzili, że zakażenie mogło z pewnym prawdopodobieństwem wynikać z uchybień lekarzy, nie odnieśli się do niezdyscyplinowania pacjenta (brak zapisów w dokumentacji etc.), stwierdzono również, że nie przestrzegano na oddziale zasad izolacji pacjentów z zakażeniami.

Komentarz

Samo zakażenie u pacjenta z uwagi na jego ciężki stan kliniczny przy prawidłowym postępowaniu personelu zostałoby uznane za niepowodzenie w leczeniu, jednakże personel ów zaszkodził sobie swoim postępowaniem i nieprzestrzeganiem obowiązujących zasad. Inny aspekt to sprawa zeznań pielęgniarek — przyjmując ich wiarygodność należy stwierdzić, że one same pozbawiły się wynikającej stąd możliwości obrony, kiedy nie opisały sprawy w dokumentacji medycznej.

Nawet jeśli w toku dalszego śledztwa nie uda się ustalić jednoznacznie winy poszczególnych osób (i tym samym nikt nie poniesie odpowiedzialności karnej), to jednak, jeśli pacjent zdecyduje się na pozew cywilny, to ma bardzo duże szanse na wygranie sprawy.

Opinia nr XI — ZMSPAM

Sygnatura

1251/04

Wydane opinie

U powódki 29 października 2002 r. wykonano zabieg w przepuklinie po laparotomii z założeniem siatki. W listopadzie 2002 r. stwierdzono w miejscu operowanym naciek zapalny. Następnie do lutego 2003 r. pacjentka była leczona ambulatoryjnie, ale brak było dokumentacji medycznej z tego okresu. W lutym 2003 r. operacyjnie usunięto siatkę, ale jeszcze w kwietniu 2003 r. izolowano metycylinowrażliwy *S. aureus*. Opinia biegłych dotyczyła charakteru zakażenia i prawidłowości postępowania medycznego — stwierdzili oni u powódki zakażenie szpitalne, ale nie znaleźli dowodów na nieprawidłowość postępowania, choć podkreślili, że mogli opiniować w ograniczonym zakresie (braki w dokumentacji — też stosowanie przy opisach procedur niezrozumiałych kodów). W opinii uzupełniającej biegli podtrzymali swoje zdanie, ponieważ wyszczególnione przez nich braki w dokumentacji nie zostały uzupełnione.

Komentarz

Ta sprawa stanowi najdobitniejszy chyba przykład ważności poprawnego prowadzenia dokumentacji medycznej — pomimo niestwierdzenia błędów przez biegłych, jeśli pozwany nie uzupełni braków, to przeważy zdanie powódki (zgodnie z orzecznictwem Sądu Najwyższego braki w dokumentacji nie mogą być rozstrzygane na niekorzyść powodów).

Opinia nr XII — ZMSPAM

Sygnatura

561/07

Wydane opinie

U powoda 8 czerwca 2001 r. wykonano operację prawostronnej przepukliny pachwinowej z założeniem siatki. 18 czerwca wystąpiło ropienie w miejscu operowanym bezskutecznie leczone miejscowo i ogólnie różnymi antybiotykami oraz antyseptykami miejscowo. Dopiero 6 października 2004 r. wykonano badanie mikrobiologiczne (metycylinowrażliwy *S. aureus*), ale dalsza antybiotykoterapia była nieskuteczna (pomimo oporności szczepu na penicylinę podawano amoksycylinę) i 23 marca 2006 r. usunięto siatkę — zakażenie ustąpiło.

W pierwszej opinii biegli odnieśli się do pytań: czy jest to zakażenie szpitalne, czy zakażenie było prawidłowo leczone i czy powód odniósł uszczerbek na zdrowiu. W swej opinii biegli uznali zakażenie u powoda za szpitalne, podkreślili błąd pozwanego polegający na niezastosowaniu okolooperacyjnej profilaktyki antybiotykowej, opisali błędy związane z leczeniem zakażenia (stosowanie ponad 3 lata antybiotyków bez badania mikrobiologicznego, podawanie amoksycyliny etc.), ale równocześnie nie stwierdzili u powoda uszczerbku na zdrowiu wynikającego z zakażenia.

W opinii uzupełniającej odnieśli się oni do stwierdzeń pozwanego — najważniejsze było stwierdzenie, że powód mógł zostać zakażony podczas operacji w 1986 r., jak również istniejąca u niego marskość wątroby mogła przyczynić się do zakażenia. Wykluczyli oni możliwość zakażenia w 1986 r. oraz podwyższenie ryzyka zakażenia wynikające z marskości takiego stopnia, jak u powoda.

Komentarz

Błędy popełnione przez pozwanego w tej sprawie są wręcz kuriozalne na czele z niewłaściwą antybiotykoterapią i pozwany szpital miał ogromne szczęście, że powód nie odniósł uszczerbku na zdrowiu (choć może on mieć roszczenia z tytułu kilkuletniego leczenia i związanego z tym obniżeniem jakości życia).

Natomiast pismo pozwanego to klasyczny przykład walki o „rozgrzeszenie", która nierzadko jest dla pozwanej jednostki samobójcza (gdyby marskość wątroby sprzyjała zakażeniu, to błędy pozwanego stają się jeszcze poważniejsze), i która wskazuje, że pozwany nie zrozumiał swych błędów. Za wręcz niepoważny argument należy uznać stwierdzenie o zakażeniu kilkanaście lat wcześniej.

Opinia nr XIII — ZMSPAM

Sygnatura

536/07

Wydana opinia

Opinia została wydana na zlecenie prokuratury w związku ze śledztwem o narażenie na niebezpieczeństwo utraty zdrowia. Pacjent 12 czerwca 2005 r. miał złamanie podudzia prawego, którego zostało operacyjnie zespolone w tym samym dniu. Po wypisie 17 czerwca w kontroli ambulatoryjnej, gdzie 2 września stwierdzono przetokę ropną (w badaniu mikrobiologicznym wyizolowano metycylinowrażliwy *S. aureus*). 19 września operacyjnie usunięto zespolenie.

Biegli w swojej opinii uznali zakażenie za szpitalne (brak okołooperacyjnej profilaktyki antybiotykowej), ale nie znaleźli ewidentnych błędów, które pozwoliły stwierdzić wyczerpanie znamion przestępstwa.

Komentarz

Sprawa ta typowy przykład zakażenia szpitalnego, które jednak nie wiąże się z ujemnymi skutkami dla pacjenta.

Opinia nr XIV — ZMSPAM

Sygnatura

1205/06

Wydana opinia

U pacjentki (krewna powodów) w styczniu 2003 r. wykonano operacyjna usunięcie pęcherzyka żółciowego z powodu jego ropniaka. Wkrótce po zabiegu z miejsca operowanego wyizolowano *Staphylococcus haemolyticus* metycylinowrażliwy, który jednak nie dał ewidentnych objawów zakażenia. Pacjentka będąca osobą w złym stanie ogólnym zmarła z przyczyn neurologicznych (udar mózgu) 11 czerwca 2006 r.

Biegli w swojej opinii (kompleksowa z jednym pytaniem dotyczącym ewentualnego zakażenia) stwierdzili, że sama izolacja bakterii bez objawów klinicznych wskazuje co najwyżej na kolonizację a nie zakażenie.

Komentarz

Sprawa ta wskazuje na umiejętność rozróżnienia kolonizacji (sama obecność mikroorganizmów) od zakażenia (obecność drobnoustrojów i objawy zakażenia).

Opinia nr XV — ZMSPAM

Sygnatura

1739/07

Wydana opinia

U powoda wykonywano kilkakrotnie artroskopię obu kolan. Po kolejnym zabiegu u powoda stwierdzono kliniczne objawy zakażenia i wyizolowano metycylinowrażliwy *S. aureus*. Po antybiotykoterapii celowanej (inny szpital) zakażenie ustąpiło.

Biegli stwierdzili, że zakażenie u powoda jest zakażeniem szpitalnym i podkreślili błąd polegający na zaniechaniu okolooperacyjnej profilaktyki antybiotykowej (nie mogli ocenić całokształtu kontroli zakażeń u pozwanego z braku dokumentacji), ale nie stwierdzili ewidentnie niekorzystnego wpływu zakażenia na stan zdrowia powoda.

Komentarz

Sprawa ta pokazuje, że muszą być obecne wszystkie boki „trójkąta", aby można było mówić o odpowiedzialności pozwanej jednostki — aczkolwiek zakażenie wiązało się z błędem (zaniechanie okolooperacyjnej profilaktyki antybiotykowej), to niestwierdzenie jego niekorzystnego wpływu na stan zdrowia wyłącza odpowiedzialność. Oczywiście pozwana jednostka powinna wyciągnąć z tej sytuacji właściwe wnioski, bo następnym razem może nie mieć takiego szczęścia.

8 Wnioski

Z całej pracy można wyciągnąć sporo wniosków, które dotyczą nie tylko samego procesu opiniowania sądowo-lekarskiego, ale także postępowania stron w sprawie czy nawet programu kształcenia przed i podyplomowego lekarzy — poniżej zostały one zebrane.

I. Wnioski dotyczące procesu opiniowania sądowo-lekarskiego.

1. W każdym przypadku opiniowania sądowo-lekarskiego w sprawie związanej z bakteryjnym zakażeniem szpitalnym wskazany (a w części spraw niezbędny) jest udział biegłego lekarza specjalisty mikrobiologii lekarskiej (lub specjalisty II° mikrobiologii). Natomiast w wielu sprawach wręcz za niedopuszczalne należy uznać opiniowanie, jeśli wśród biegłych lekarzy nie będzie żadnego specjalisty z dziedzin obejmujących problematykę zakażeń szpitalnych — mikrobiologii lekarskiej (mikrobiologii), chorób zakaźnych, epidemiologii.
2. Najlepszym rozwiązaniem ze względów organizacyjnych i konieczności zapewnienia kompletności treści opinii jest opiniowanie zespołowe — lekarz specjalista medycyny sądowej i specjaliści innych dziedzin (w tym także specjalista mikrobiologii lekarskiej) w zależności od przedmiotu sprawy. W miarę poprawy sytuacji organizacyjnej w Polsce powinno ono wypierać obecny tryb indywidualnego powoływania biegłych z poszczególnych dziedzin bezpośrednio przez sądy.
3. Biegły powołany indywidualnie w treści swojej opinii powinien wyszczególnić zagadnienia, które mieszczą się w kompetencjach specjalistów innych dziedzin niż jego własna, i zaproponować powołanie odpowiednich biegłych. Za niedopuszczalne należy uznać wypowiadanie się w sprawach, w których nie ma się odpowiednich kompetencji, ponieważ grozi to popełnieniem błędu opiniodawczego.
4. Niedopuszczalne i szczególnie rażące jest wchodzenie przez biegłego w rolę:
   - „oskarżyciela” i rzecznika powoda,
   - „obrońcy” kolegów i rzecznika pozwanego.
5. Biegły powinien wydać opinię zgodnie z opisanym wcześniej wzorcem prawidłowego opiniowania (*vide* 1.2, s. 67).
6. Biegły powinien poinformować w opinii o zauważonych brakach w materiale dowodowym i ich wpływie na treść opinii. Natomiast usunięcie tych braków i zlecenie wydania ewentualnej opinii uzupełniającej powinien pozostawić w gestii sądu i stron.

7. Biegły pisząc opinię nie powinien wykraczać poza zakres pytań sądu — w niektórych wypadkach powinien jednak zawrzeć dodatkowe informacje przede wszystkim w celu skorygowania „mitów" związanych z zakażeniami szpitalnymi a wyznawanych przez strony (bez takiej korekcji opinia biegłego *de facto* będzie niezrozumiała dla stron).

II. Wnioski dotyczące działań stron związanych ze sprawą.

1. Wskazane jest, aby strony pisząc pozwy, odpowiedzi, wnioski do sądu, pytania do biegłych etc. korzystały z pomocy własnych konsultantów w zakresie zakażeń szpitalnych, żeby zapewnić właściwą jakość merytoryczną treści. Za szczególnie rażące należy uznać postępowanie większości pozwanych zakładów opieki zdrowotnej, które pozostawiają prowadzenie całej sprawy w rękach prawnika (radcy/adwokata) i klinicysty z pominięciem osób zajmujących się w danej jednostce kontrolą zakażeń; w rezultacie ich pisma charakteryzują się nierzadko niską jakością merytoryczną oraz brakami w podstawowej wiedzy z zakresu mikrobiologii i kontroli zakażeń szpitalnych.
2. Pozwane jednostki (wraz z organami założycielskimi) powinny zrewidować swoje postawy tak, aby dotychczasową zasadę „walczmy zawsze do końca bez względu na własne szanse i koszty" zastąpiła zasada „jak najwięcej spraw starajmy się rozwiązywać polubownie".
3. Wskazana jest poprawa wiedzy w zakresie szeroko pojętego błędu medycznego i jego skutków oraz odpowiedzialności za nie wśród prawników reprezentujących strony, żeby wyeliminować często spotykane błędy opisane w pracy.
4. Powodowie powinni unikać sytuacji, kiedy zakażenie szpitalne ma być zastępczą przyczyną roszczeń — np. oczekiwanie właściwego odnoszenia się personelu medycznego do pacjenta nie jest żadną „niepotrzebną fanaberią" a prawem pacjenta i obowiązkiem tegoż personelu, więc w pełni zasadne są roszczenia, gdy tak nie było.
5. Pozwane jednostki powinny dbać o staranne przygotowanie materiału dowodowego dla biegłych:
   - udostępniana dokumentacja medyczna powinna być kompletna (zarówno dokumentacja indywidualna, jak i zbiorcza);
   - w przypadku prowadzenia dokumentacji medycznej pismem odręcznym wskazane jest, aby do udostępnianej dokumentacji dołączyć drukowane i uwierzytelnione kopie mniej czytelnych wpisów;
   - w przypadku udostępniania kserokopii należy kontrolować ich czytelność;

- należy zawsze udostępniać pełną dokumentację własną i zewnętrzną (np. protokoły kontrolne Inspekcji Sanitarnej) związaną z kontrolą zakażeń szpitalnych w okresie kwestionowanego pobytu pacjenta — np. odpowiednie statystyki, standardy postępowania;
- w przypadku korzystania ze standardów terapeutycznych i receptariusza szpitalnego należy je także dołączyć (oczywiście tylko te, które obowiązywały podczas kwestionowanego pobytu pacjenta); jeśli postępowanie z pacjentem było z nimi niezgodne, wskazane jest dołączenie pisemnego wyjaśnienia, dlaczego tak a nie inaczej postąpiono w danej sytuacji.

III. Wnioski dotyczące kształcenia lekarzy i innego personelu medycznego.

1. Należy zmodyfikować system kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego lekarzy (i innego personelu medycznego), aby otrzymywali oni wystarczającą wiedzę w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych i szczególnie prawidłowej antybiotykoterapii.
2. Należy dążyć do jak najszerszego upowszechniania standardów medycznych w Polsce.
3. Należy dążyć do tego, aby regułą było egzekwowanie przez kierownictwo różnych jednostek stosowania się przez personel do obowiązujących standardów — nawet jeśli wiązać by się to miało np. z konfliktem ze szpitalną „gwiazdą medycyny".
4. Należy także dążyć do upowszechniania dobrego stylu prowadzenia dokumentacji (np. na podstawie anglosaskiego modelu SOAP) i odpowiednio modyfikować system kształcenia przeddyplomowego personelu medycznego (szczególnie lekarzy).

IV. Wnioski dotyczące funkcjonowania Inspekcji Sanitarnej.

1. Należy dążyć do poprawy jakości pracy Inspekcji Sanitarnej — wystandaryzowania zasad przeprowadzania kontroli i sporządzania protokołów oraz dalszej poprawy wiedzy pracowników tej instytucji o zasadach kontroli zakażeń szpitalnych.

9 Piśmiennictwo

1. Kowalski P. *Opiniowanie sądowo-lekarskie w sprawach roszczeń z tytułu zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu B i C*. Wydawnictwo Medyczne; Kraków 2003.
2. Marek Z., Kłys M. *Opiniowanie sądowo-lekarskie i toksykologiczne*. Zakamycze; Kraków 2001.
3. Marek Z. *Wybrane problemy opiniowania sądowo-lekarskiego*. Zakamycze; Kraków 2004.
4. Głowacki J., Marek Z. *Urazy czaszki i mózgu. Rozpoznawanie i opiniowanie*. Krakowskie Wydawnictwo Medyczne; Kraków 2000.
5. Chowaniec C., Chowaniec M. *Problemy opiniodawcze w przypadku zakażeń szpitalnych, w szczególności wirusowym zapaleniem wątroby typu B i C*. Arch Med Sąd Krym 2001; LI (1): 11–20.
6. Chowaniec C., Chowaniec M. *Opiniowanie sądowo-lekarskie w sprawach następstw wirusowych zapaleń wątroby — zasady i możliwości ustalenia wysokości procentowego uszczerbku na zdrowiu związanego z zakażeniem wirusami zapalenia wątroby typu B i C*. Arch Med Sąd Krym 2001; LI (1): 27–33.
7. Nesterowicz M. *Prawo medyczne*. Wydawnictwo „Dom Organizatora"; Toruń 2005.
8. Kordel K. *Odpowiedzialność cywilna placówek ochrony zdrowia w przypadkach zakażeń szpitalnych*. [W:] *Podręcznik dla zespołów zakażeń*. Red: Heczko P. B.; Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa [W druku] .
9. Dalkowska A., Gaworska-Krzemińska A., Krzemiński M. *Roszczenia pacjenta — konsekwencje cywilno-prawne ran powikłanych*. Zakażenia 2007; 7 (3): 80–84.
10. Damani N. N. *Praktyczne metody kontroli zakażeń*. Polskie Towarzystwo Zakażeń Szpitalnych; Kraków 1999.
11. Przondo-Mordarska A. [Red.] *Zakażenia szpitalne. Etiologia i przebieg*. Wydawnictwo Continuo; Wrocław 1999.
12. Dzierżanowska D., Jeljaszewicz J. [Red.] *Zakażenia szpitalne*. α-medica press; Bielsko-Biała 1999.
13. Dzierżanowska D. [Red.] *Zakażenia grzybicze — wybrane zagadnienia*. α-medica press; Bielsko-Biała 2006.
14. Dzierżanowska D. [Red.] *Patogeny zakażeń szpitalnych*. α-medica press; Bielsko-Biała 2007.

15. Dzierżanowska D. [Red.] *Leczenie zakażeń szpitalnych*. α-medica press; Bielsko-Biała 2007.
16. Dzierżanowska D. [Red.] *Postacie kliniczne zakażeń szpitalnych*. α-medica press; Bielsko-Biała 2007.
17. Giedrys-Kalemba S., Jursa J., Mączyńska I. *Zakażenia dróg moczowych na oddziałach urologicznych*. Przegl Urolog 2003; 3 (2): 42–48.
18. Bulanda M., Wójkowska-Mach J. *Zakażenia szpitalne. Próba oceny sytuacji zakażeń szpitalnych w Polsce*. Przewodnik Menedżera Zdrowia 2001; 3 (10): 68–74.
19. Heczko P. B., Bulanda M., Wójkowska-Mach J. *Epidemiologia zakażeń szpitalnych*. Przewodnik Menedżera Zdrowia 2001; 3 (10): 64–67.
20. Wójkowska-Mach J., Suetens C., de Leat C., Bulanda M., Fabry J., Heczko P. B. *Zakażenia miejsca operowanego w polskich szpitalach i europejskim programie HELICS*. Zakażenia 2005; 5 (2): 70–73.
21. Wójkowska-Mach J., Bulanda M., Heczko P. B. *Nadzór nad zakażeniami szpitalnymi — rozwiązania prawne*. Zakażenia 2005; 5 (6): 105-107.
22. Pawińska A., Pegdoń G. *Zakażenia związane ze stosowaniem cewników naczyniowych. Definicje, diagnostyka, profilaktyka*. Polskie Towarzystwo Zakażeń Szpitalnych; Kraków 2004.
23. Szczapa J., Wojsyk-Banaszak I. *Wybrane problemy zakażeń okresu noworodkowego*. Polskie Towarzystwo Zakażeń Szpitalnych; Kraków 2005.
24. Porter S. R. *Infection control malpractice—time for further change*. Dent Update 2001; 28 (9): 433–434.
25. Wenzel R., Brewer T., Butzler J.-P. *A guide to infection control in the hospital*. International Society for Infectious Diseases; Boston, MA, USA 2004.
26. Marek Z. *Błąd medyczny*. Krakowskie Wydawnictwo Medyczne; Kraków 2007.
27. Drzewiecki A. *Lekooporność i antybiotykoterapia*. [W:] *Podręcznik dla zespołów zakażeń*. Red: Heczko P. B.; Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa [W druku] .
28. Drzewiecki A., Bulanda M. *Nowości w dziedzinie antybiotykoterapii. Część I — wprowadzenie*. Przewodnik lekarza 2005; 4 (76): 66–68.
29. Dzierżanowska D. *Antybiotykoterapia praktyczna*. α-medica press; Bielsko-Biała 2003.
30. Hryniewicz W., Mészáros J. [Red.] *Antybiotyki w profilaktyce i leczeniu zakażeń*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL; Warszawa 2001.

31. Hryniewicz W., Grzesiowski P., Mészáros J., Radzikowski A., Ozorowski T. *Rekomendacje 2001. Zakażenia układu moczowego. Etiologia, rozpoznawanie i leczenie*. Fundacja Centrum Mikrobiologii Klinicznej; Warszawa 2001.
32. Hryniewicz W., Grzesiowski P., Mészáros J., Radzikowski A., Pirożyński M., Płusa T., Ozorowski T. *Rekomendacje 2003. Zakażenia układu oddechowego. Etiologia, rozpoznawanie i leczenie*. Fundacja Centrum Mikrobiologii Klinicznej; Warszawa 2002.
33. Sande M. A., Eliopoulos G. M., Moellering R. C., Gilbert D. N. [Tłum.:] Drzewiecki A., Kochan P. *Przewodnik terapii przeciwdrobnoustrojowej Sanforda 2007*. Polskie Towarzystwo Zakażeń Szpitalnych; Kraków 2007.
34. Bartlett J. G. [Polskie tłum.:] Tomasiewicz K. *Leczenie chorób infekcyjnych*. Wydawnictwo CZELEJ; Lublin 2006.
35. Sande M. A., Eliopoulos G. M., Moellering R. C., Gilbert D. N. *The Sanford Guide to HIV/AIDS Therapy 2006–2007*. Antimicrobial Therapy Inc.; Sperryville 2006.
36. Sande M. A., Eliopoulos G. M., Moellering R. C., Gilbert D. N. *The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy 2007*. Antimicrobial Therapy Inc.; Sperryville 2007.
37. Isaacs D., Fitzgerald D. *Seven alternatives to evidence based medicine*. BMJ 1999; 319 (7225): 1618–1618.
38. Programy specjalizacji lekarskich — http://www.cmkp.edu.pl/spis.htm .
39. Dzida J. *Granice kompetencji medyka sądowego przy współopiniowaniu z lekarzami innych specjalności*. Arch Med Sąd Krym 1996; XLVI (3): 187–190.
40. Baran E. *O wydawaniu opinii w sprawach o błąd lekarski w postępowaniu karno-sądowym*. 1998; XLVIII (3–4): 221–225.
41. Świątek B., Jurek T. (Katedra Medycyny Sądowej AM we Wrocławiu) *Wykłady z prawa medycznego* — http://www.forensic.am.wroc.pl/dyda.html .
42. Chowaniec C. *Błąd medyczny organizacyjny w epidemiologii wirusowego zapalenia wątroby typu B i C. Ocena materiału opiniodawczego Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej w Katowicach*. Arch Med Sąd Krym 2001; LI (1): 21–26.
43. Masełko J., Trela F., Skupień E. *Analiza zasad opiniowania w sprawach cywilnych dotyczących roszczeń z tytułu zakażenia wirusami zapalenia wątroby w jednostkach służby zdrowia*. Arch Med Sąd Krym 2001; LI (1): 35–43.
44. Nesterowicz M. *Odpowiedzialność cywilna zakładu opieki zdrowotnej za zakażenia wirusowym zapaleniem wątroby*. Arch Med Sąd Krym 2001; LI (1): 1–9.

45. Makowiec-Dyrda M., Windak A., Tomasik T., Kochan P., Drzewiecki A., Garlicki A., Lukas W., Horst-Sikorska W., Buczkowski K., Chlabicz S. *Profilaktyka i leczenie grypy. Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce*. Wydawnicto „AKTIS" Sp. z o.o.; Łódź 2006.
46. Hryniewicz W., Sulikowska A., Szczypa K., Skoczyńska A., Łuczak-Kadłubowska A., Gniadkowski M. *Rekomendacje doboru testów do oznaczania wrażliwości bakterii na antybiotyki i chemioterapeutyki*. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego; Warszawa 2006.
47. Kayser F. H., Bienz K. A., Eckert J., Zinkernagel R. M. [Red. wydania polskiego:] Heczko P. B. *Mikrobiologia lekarska*. PZWL; Warszawa 2007.
48. Drzewiecki A. *Wielka piątka nowych glikopeptydów*. Zakażenia 2007; 7 (4): 29–32.
49. Przondo-Mordarska A. [Red.] *Procedury diagnostyki mikrobiologicznej w wybranych zakażeniach układowych*. Wydawnictwo Continuo; Wrocław 2004.
50. Szewczyk E. M. [Red.] *Diagnostyka bakteriologiczna*. Wydawnictwo Naukowe PWN; Warszawa 2005.
51. Truszkiewicz W., Pałka J., Maciejczak P. *Opinia biegłego sądowego w procesach cywilnych, z punktu widzenia pozwanego towarzystwa ubezpieczeniowego*. Arch Med Sąd Krym 2007; LVII (1): 104–110.
52. Brzeziński T. *Historia medycyny*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL; Warszawa 2000.
53. Szumowski W. *Historia medycyny filozoficznie ujęta: podręcznik dla lekarzy i studentów z ilustracjami*. Sanmedia; Warszawa 1994.
54. Bączek-Rozwadowska K. *Odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone przy leczeniu*. TNOiK; Toruń 2007.
55. Filar M. *Lekarskie prawo karne*. Zakamycze; Kraków 2000.
56. Filar M., Krześ S., Marszałkowska-Krześ E., Zaborowski P. *Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*. Wydawnictwo Prawnicze LexisNexis; Wrocław 2004.
57. The Cochrane collaboration — http://www.cochrane.org/index.htm .
58. PubMed — http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi .
59. Bidakowski K., Wójcik T. [Red.] *Pamiętniki lekarzy*. Czytelnik; Warszawa 1964.
60. Tołłoczko T. S. *Blednące wspomnienia*. [W:] *Pamiętniki lekarzy*. Red: Drobnik E., Wunderlich J.; „Gazeta Lekarska", Warszawa 2004; 7–23.
61. Maxwell R. W. *Maxwell quick medical reference*. Maxwell Publishing Company; Tulsa, Oklahoma 2006.

62. Molęda S. *Prawo dla lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*. Medicine Today Poland; Warszawa 2006.
63. Zajdel J. *Prawo w medycynie*. Progress; Łódź 2007.
64. Liszewska A. *Odpowiedzialność karna za błąd w sztuce lekarskiej*. Zakamycze; Kraków 1998.
65. Marek Z., Plac-Bobula E. *Klasyfikacja błędu medycznego*. Arch Med Sąd Krym 1994; XLIV (4): 197–201.
66. Markiewicz Z., Kwiatkowski Z. A. *Bakterie, antybiotyki, lekooporność*. Wydawnictwo Naukowe PWN; Warszawa 2001.
67. Rudnicki J. *Jak się dawniej leczyło*. [W:] *Pamiętniki lekarzy*. Red: Drobnik E., Wunderlich J.; „Gazeta Lekarska", Warszawa 2004; 462–469.
68. Ciuruś M. J. *Zapobieganie zakażeniom w gabinetach zabiegowych a jakość usług medycznych*. Adi; Łódź 1999.
69. Ciuruś M. J. *Pielęgniarstwo operacyjne*. Wydawnictwo MakMed; Lublin 2007.
70. Bielecki K., Szreter T. [Red.] *Blok operacyjny — organizacja i funkcjonowanie*. Abacus Biuro Promocji Medycznej Sp. z o.o.; Warszawa 2007.
71. Storr J., Clayton-Kent S. *Hand hygiene*. Nurs Stand 2004; 18 (40): 45–51, 52, 54.
72. Roy K. M., Ahmed S., Cameron S. O., Shaw L., Yirrell D., Goldberg D. *Patient notification exercise following a dentist's admission of the periodic use of unsterilized equipment*. J Hosp Infect 2005; 60 (2): 163–168.
73. Marder M. Z. *Dental treatment and orthopedic implants—a malpractice case*. Gen Dent 2005; 53 (2): 125–129.
74. Epstein N. E. *It is easier to confuse a jury than convince a judge: the crisis in medical malpractice*. Spine 2002; 27 (22): 2425–2430.
75. Bulanda M., Cienciała A., Heczko P. B., Jawień M., Mądry R., Różańska A., Wójkowska-Mach J. *Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Zakażeń Szpitalnych dotyczące zapobiegania zakażeniom miejsca operowanego (ZMO)*. Zakażenia 2002; 3–4 (3–4): 5–17.
76. Fleischer M. *Badania mikrobiologiczne środowiska szpitalnego*. Zakażenia 2003; 5 (1): 18–23.
77. Fleischer M. *Programy kontroli występowania patogenów alarmowych*. Zakażenia 2004; 4 (1): 75–79.
78. Bulanda M., Jawień M. *Okołooperacyjna profilaktyka antybiotykowa w zakażeniach miejsca operowanego*. Zakażenia 2004; 4 (5): 38–42.

79. Kuydowicz J. *Biegły sądowy wobec problemów zakażeń szpitalnych na oddziałach noworodkowych*. Robocza konferencja ekspertów „Wytyczne dla nadzoru nad zakażeniami szpitalnymi w oddziałach noworodkowych: zapobieganie, monitorowanie, wykrywanie oraz opracowywanie ognisk zakażeń szpitalnych.", Warszawa 12 czerwca 2007 r.
80. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 marca 2005 r. w sprawie rejestrów zakażeń zakładowych oraz raportów o występowaniu tych zakażeń.* [Dz. U. nr 54 poz. 484].
81. *Ustawa z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach.* [Dz. U. nr 126 poz. 1384 z późn. zm.].
82. Bielecki K. *Zakażenia chirurgiczne*. Wydawnictwo Medyczne Borgis; Warszawa 2007.
83. Ciszewski J. *Prawa pacjenta w aspekcie odpowiedzialności lekarza za niektóre szkody medyczne*. Arche; Warszawa 2002.
84. *Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks Cywilny.* [Dz. U. nr 16 poz. 93 z późn. zm.].
85. *Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. Kodeks Postępowania Cywilnego.* [Dz. U. nr 43 poz. 296 z późn. zm.].
86. Śliwa M. *Ciężar dowodu w procesach medycznych — między domniemaniami faktycznymi a dowodem prima facie. II. Domniemanie faktyczne a dowód prima facie*. Arch Med Sąd Krym 2004; LIV (1): 53–63.
87. Kabiesz-Neniczka S. *Opiniowanie sądowo-lekarskie w sprawie błędu lekarskiego w materiale Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Śląskiej AM w Katowicach*. Arch Med Sąd Krym 2000; L (1): 49–56.
88. Mizerska M., Berent J., Barzdo M., Mierkuszewski L., Szram S. *Błędy medyczne z zakresu chorób wewnętrznych w materiale Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej w Łodzi*. Arch Med Sąd Krym 2004; LIV (4): 252–258.
89. Deboa D. *Błędy medyczne z zakresu chirurgii w materiale Zakładu Medycyny Sądowej PAM i Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie*. Arch Med Sąd Krym 2007; LVII (2): 205–209.
90. Szenic S. *Pitaval warszawski. T. 2 (1795–1914)*. Czytelnik; Warszawa 1959.
91. Zielińska E. *Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej*. LIBER; Warszawa 2001.
92. Paul D. M. *The opinion*. Med Sci Law 1980; 20 (3): 184–188.
93. Świątek B. *Lekarz — biegły w świetle praktyki medyka sądowego*. Arch Med Sąd Krym 1997; XLVII (2): 93–96.

94. Szmidt W. *Biegły i jego opinia w procesie*. Arch Med Sąd Krym 2007; LVII (2): 193–195.
95. Głazek A. *Opiniowanie sądowo-lekarski i jego znaczenie w świetle potrzeb prawnych*. Arch Med Sąd Krym 2007; LVII (2): 184–188.
96. Wójcikiewicz J. [Red.] *Ekspertyza sądowa. Wybrane zagadnienia*. Oficyna Wolters Kluwer Business; Warszawa 2007.
97. Evans C. *Detektywi w laboratorium. 100 największych zagadek kryminalnych świata*. Wydawnictwo Adamantan; Warszawa 1998.
98. Thorwald J. *Godzina detektywów*. Wydawnictwo Literackie; Kraków 1993.
99. Thorwald J. *Stulecie detektywów: drogi i przygody kryminalistyki*. Wydawnictwo Literackie; Kraków 1992.
100. Kunz J. *Błąd w opiniach sądowo-lekarskich w sprawach przestępstw przeciwko życiu i zdrowiu. Rozprawa habilitacyjna*. Wydawnictwo Kurii Prowincjonalnej Zakonu Pijarów; Kraków 1999.
101. DiMaio V. J., DiMaio D. [Red. wydania polskiego:] Świątek B., Przybylski Z. *Medycyna sądowa*. Urban & Partner; Wrocław 2003.
102. Chowaniec C., Nowak A., Chowaniec M., Kobek M. *Uwagi o pozycji lekarza biegłego sądowego w obowiązującym stanie prawnym*. Arch Med Sąd Krym 2005; LV (4): 268–272.
103. Piotrowska I. *Pozycja i rola biegłego sądowego w świetle oczekiwań organu procesowego*. Arch Med Sąd Krym 2007; LVII (2): 196–199.
104. Kunz J. *Błąd opiniodawczy w świetle materiału Zakładu Medycyny Sądowej CM UJ w Krakowie w latach 1991–1996*. Arch Med Sąd Krym 1998; XLVIII (1): 35–46.
105. Kunz J. *Trudności w opiniowaniu na podstawie badań pośmiertnych wykonanych przez niefachowców*. Arch Med Sąd Krym 1994; XLIV (1): 138–142.
106. Kunz J., Bajak D. *Rozbieżności a błąd opiniodawczy w opiniach kompetentnych biegłych z zakresu medycyny sądowej*. Arch Med Sąd Krym 1998; XLVIII (3–4): 215–219.
107. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2004 r. w sprawie kwalifikacji członków zespołu kontroli zakażeń zakładowych.* [Dz. U. nr 285 poz. 2869].
108. Atkinson L. *Malpractice: the hidden, emotional costs*. Iowa Med 2006; 96 (2): 30.
109. Benak L. *Risk management—the forensic nursing response 'ability'*. J Forensic Nurs 2005; 1 (2): 86–88.

110. Berry W. *Surgical malpractice: myths and realities*. J Med Pract Manage 2006; 22 (1): 50–51.
111. Bovbjerg R. R. *Commentary: malpractice reform in policy perspective*. Milbank Q 2007; 85 (2): 297–305.
112. Cascardo D. *The medical malpractice crisis: what is the cause? Is there a cure?* J Med Pract Manage 2007 ; 22 (5): 283–286.
113. Glabman M. *The top ten malpractice claims and how to minimize them*. Hosp Health Netw 2004; 78 (9): 60–62, 64–66.
114. Greene J. *Patient safety. It's an infection. Is it a lawsuit?* Hosp Health Netw 2003; 77 (4): 14.
115. Guinan J. L., McGuckin M., Shubin A., Tighe J. *A descriptive review of malpractice claims for health care-acquired infections in Philadelphia*. Am J Infect Control 2005; 33 (5): 310–312.
116. Guirguis-Blake J., Fryer G. E., Phillips R. L. Jr, Szabat R., Green L. A. *The US Medical Liability System: evidence for legislative reform*. Ann Fam Med 2006; 4 (3): 240–246.
117. Gunnar W. P. *Is there an acceptable answer to rising medical malpractice premiums?* Ann Health Law 2004; 13 (2): 465–500.
118. Harrison S. *How to stay on the right side of the infection control code*. Nurs Stand 2005; 19 (38): 14–16.
119. Karp D. *Good documentation protects everyone*. Med Econ 2006; 83 (13): 82.
120. Kelsey M. C. *The management and control of hospital-acquired infection in acute NHS trusts in England: a report by the Comptroller and Auditor General—the who, how and what*. J Hosp Infect 2000; 44 (3): 157–159.
121. Korin J. *Cost implications of malpractice and adverse events*. Hosp Formul 1993; 28 Suppl 1): 59–61.
122. Lan I. *Malpractice: suit against hospital for vicarious liability allowed despite settlement with physician*. J Law Med Ethics 2002; 30 (1): 117–118.
123. Minana G. J., Wallace L. P. *How to prepare for the medical malpractice trial*. Mo Med 2006; 103 (5): 476–477, 479–482.
124. Mingea G. D. *Documenting away a malpractice suit*. Fam Pract Manag 2006; 13 (9): 16.
125. Morris J. A. Jr, Carrillo Y., Jenkins J. M., Smith P. W., Bledsoe S., Pichert J., White A. *Surgical adverse events, risk management, and malpractice outcome: morbidity and mortality review is not enough*. Ann Surg 2003; 237 (6): 844–851; 851–852.

126. Pearlman M. D. *Patient safety in obstetrics and gynecology: an agenda for the future*. Obstet Gynecol 2006; 108 (5): 1266–1271.
127. Perrotti M., Badger W., Prader S., Moran M. E. *Medical malpractice in urology, 1985 to 2004: 469 consecutive cases closed with indemnity payment*. J Urol 2006; 176 (5): 2154–2157.
128. Reisman N. R. *Medical Malpractice: Understanding the Law, Managing the Risk*. Plast Reconstr Surg 2007; 119 (4): 1367.
129. Reynolds R. A., Rizzo J. A., Gonzalez M. L. *The cost of medical professional liability*. JAMA 1987; 257 (20): 2776–2781.
130. Rubinstein E. *Infectious diseases and litigation*. J Hosp Infect 1999; 43 Suppl): S165–167.
131. Zurad E. G. *Don't be a target for a malpractice suit*. Fam Pract Manag 2006; 13 (6): 57–64.
132. Merle V., Van Rossem V., Tavolacci M. P., Czernichow P. *Knowledge and opinions of surgical patients regarding nosocomial infections*. J Hosp Infect 2005; 60 (2): 169–171.
133. Projekt ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi — http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/pustawy_zakazenia_rm_24082007.pdf .
134. Bańko M. [Red.] *Polszczyzna na co dzień*. Wydawnictwo Naukowe PWN; Warszawa 2006.
135. Kunz J. *Błąd z bezduszności lekarskiej*. Arch Med Sąd Krym 2000; L (3): 277–280.
136. Ustjanowicz B. *Pozycja i rola biegłego medyka w świetle oczekiwań organu procesowego*. Arch Med Sąd Krym 2007; LVII (2): 189–192.
137. Tatoń J., Czech A. *Ogólna diagnostyka internistyczna*. PZWL; Warszawa 2003.
138. SOAP Note — http://en.wikipedia.org/wiki/SOAP_note .
139. SOAP Note Examples — http://www.medicalassistant.net/soap_example.htm .
140. Susło R., Świątek B. *Ochrona danych medycznych a opiniowanie sądowo-lekarskie*. Arch Med Sąd Krym 2005; LV (4): 314–318.
141. Zyss T. *Orzecznictwo rentowe ze szczególnym uwzględnieniem psychiatrii*. Wydawnictwo Medyczne; Kraków 2006.
142. Czapliński J. *Spętana sterylizacja*. Zakażenia 2007; 7 (1): 6–10.
143. Świtalski S. *Materiały i systemy opakowaniowe sterylnych wyrobów medycznych*. Zakażenia 2007; 7 (3): 9–12.

144. Waszak B. *Standaryzacja dekontaminacji — projekty norm EN ISO 15 883–1 do 883–5*. Zakażenia 2006; 6 (1): 8–11.
145. Ziemczonek J. *Walidacja procesu sterylizacji w warunkach szpitalnych*. Zakażenia 2006; 6 (4): 12–20.
146. Thorwald J. *Triumf chirurgów: według zapisków mojego dziadka, chirurga H. St. Hartmanna*. Wydawnictwo Literackie; Kraków 1996.
147. Thorwald J. *Stulecie chirurgów: według zapisków mojego dziadka, chirurga H. St. Hartmanna*. Wydawnictwo Literackie; Kraków 1996.
148. Chowaniec M., Chowaniec C., Jabłoński C., Nowak A. *Sądowo-lekarska ocena wybranych przypadków komplikacji okołoporodowych zakończonych zgonem położnic. Błąd medyczny czy niepowodzenie lecznicze?* Arch Med Sąd Krym 2005; LV (2): 115–119.
149. Mazak-Łucyk Z., Łucyk W. *Pułapki terminologii medycznej w obszarze wspólnym medycyny, prawa i techniki*. Arch Med Sąd Krym 2005; LV (1): 25–31.
150. Schopenhauer A. *Erystyka, czyli sztuka prowadzenia sporów*. Oficyna Wydawnicza „Alma-Press”; Warszawa 2005.