

Medyczno-sądowa ocena prawidłowości postępowania medycznego w zakładach opiekuńczo-leczniczych

Medicolegal assessment of the correctness of treatment in the long-term care facilities

Katarzyna Wajda-Drzewiecka¹, Rafał Andrzej Skowronek², Anna Skowronek³, Czesław Chowaniec²

¹Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Zakładzie Medycyny Sądowej i Toksykologii Sądowo-Lekarskiej, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

²Katedra i Zakład Medycyny Sądowej i Toksykologii Sądowo-Lekarskiej, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

³Centrum Psychiatrii w Katowicach

Streszczenie

Jednym z wyzwań współczesnej medycyny jest opieka nad osobami przewlekle chorymi, zwłaszcza w wieku starszym. Dawniej opieka nad takimi pacjentami była sprawowana w środowisku domowym, a czas jej trwania był przeważnie ograniczony. Obecnie pacjenci ci wymagają nawet wieloletniego stałego nadzoru fachowego personelu i udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych. Taka opieka jest prowadzona w zakładach opiekuńczo-leczniczych (ZOL), w których podobnie jak w innych placówkach medycznych istnieje możliwość popełnienia błędów medycznych z pełnymi konsekwencjami w zakresie odpowiedzialności prawno-karnej. W pracy podjęto próbę analizy prawidłowości postępowania medycznego w ZOL na podstawie spraw opiniowanych w Katedrze i Zakładzie Medycyny Sądowej i Toksykologii Sądowo-Lekarskiej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Dokonano analizy trzydziestu opinii sądowo-lekarskich opracowanych w latach 2007–2012. Stwierdzone błędy medyczne kwalifikowano do następujących grup: błędy decyzyjne diagnostyczne, błędy decyzyjne terapeutyczne, błędy wykonawcze w zakresie opieki pielęgniarstwa i błędy formalne w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej. W siedemnastu przypadkach doszło do zgonu pensjonariusza. Nieprawidłowości w zakresie diagnostyki, terapii i opieki pielęgniarstwa stwierdzono w trzynastu przypadkach, ale tylko w jednym z nich wykazano wysokie prawdopodobieństwo istnienia związku przyczynowo-skutkowego między błędnym postępowaniem a pogorszeniem stanu zdrowia pacjenta. Dominowały więc tzw. błędy bezskutkowe. Zwrócono uwagę na problem częstego niestosowania profilaktyki przeciwoleżynowej pomimo istnienia wskazań, nieprawidłowego prowadzenia dokumentacji medycznej oraz negatywne zjawiska unikania wnikliwszej diagnostyki, a w przypadku zgonu pacjenta – wykonywania sekcji zwłok.

Słowa kluczowe: zakłady opiekuńczo-lecznicze, błąd medyczny, opinia sądowo-lekarska.

Abstract

One of the challenges of the modern medicine is to care for the chronically ill patients. Historically, care for such patients was conducted in the home environment, and duration of disease was usually relatively limited. Currently, these patients require even many years of supervision by professional staff and provide hour or day health services. Such care is conducted in the long-term care facilities (ZOL), where, as in other medical facilities, there is a possibility of malpractice with full legal consequences. Therefore, this paper attempts to analyse the correctness of medical care and treatment in ZOL based on the cases evaluated in the Department of Forensic Medicine and Forensic Toxicology of Medical University of Silesia in Katowice. We performed an analysis of thirty medicolegal opinions issued in years 2007-2012. Observed medical errors were qualified into following groups: diagnostic decision errors, therapeutic decision errors, executive errors in nursing care and formal errors in preparing of medical records. In seventeen cases inmates finally died. Malpractice (on the diagnosis, therapy and nursing care) was found in thirteen cases, but only one of them showed a high probability of a causal link between them and the patient's health condition. So there were dominated so-called errors without results. Attention was paid to problems of frequent lack of preventive treatment of bedsores despite existence of indications, incorrect preparing of medical records and negative phenomena of avoiding of more detail diagnostics and in the case of patient's death – avoiding of autopsy performing.

Key words: long-term care facilities, malpractice, medicolegal opinion.

Adres do korespondencji:

lek. Rafał Andrzej Skowronek, Katedra i Zakład Medycyny Sądowej i Toksykologii Sądowo-Lekarskiej, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, ul. Medyków 18, 40-752 Katowice, e-mail: rafal-skowronek@wp.pl

WSTĘP

Jednym z najważniejszych wyzwań współczesnej medycyny jest opieka nad osobami przewlekle chorymi, wymagającymi stałego, nieraz wieloletniego nadzoru medycznego ze względu na stan zdrowia i stopień niepełnosprawności (obłożność). W przeszłości opieka ta była sprawowana w środowisku domowym, a obecnie funkcję tę przejęły zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL). Do placówek tych trafiają pacjenci, którzy według skali Barthel, oceniającej chorego pod względem jego zapotrzebowania na opiekę innych osób, m.in. podczas spożywania posiłków, poruszania się, siadania, ubierania, utrzymywania higieny osobistej czy kontrolowania czynności fizjologicznych, uzyskali 40 punktów lub mniej [1]. Celem funkcjonowania ZOL jest objęcie całodobową opieką i leczeniem osób, które przebyły ostrą fazę leczenia szpitalnego, mają ukończony proces diagnozowania, leczenia operacyjnego lub intensywnego leczenia zachowawczego i nie wymagają już dalszej hospitalizacji, jednak ze względu na stan zdrowia i stopień niepełnosprawności uwarunkowany wiekiem i rodzajem dysfunkcji narządowych oraz brak możliwości samodzielnego funkcjonowania w środowisku domowym wymagają stałego nadzoru lekarskiego, profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji, odpowiedniego leczenia farmakologicznego, zapewnienia niezbędnych konsultacji specjalistycznych i badań diagnostycznych, wsparcia psychoterapeutycznego do dalszej aktywności życiowej, zapobiegania powikłaniom wynikającym z procesu chorobowego i unieruchomienia, a także w razie konieczności przygotowanie rekonwalescencji i jego rodziny (opiekuna) do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych. Podobnie jak w każdej placówce ochrony zdrowia, także tutaj może dojść do zaistnienia nieprawidłowości w każdym z wyżej wymienionych obszarów działalności tych placówek medycznych. Zaniedbania te mogą w wielu przypadkach wyczerpywać znamiona błędów medycznych z pełnymi tego konsekwencjami w zakresie odpowiedzialności prawno-karnej i cywilnej personelu medycznego.

W dostępnym piśmiennictwie światowym sytuacja dotycząca zagadnień błędów medycznych w zakładach opieki długoterminowej jest przedstawiana sporadycznie i w niedostatecznym zakresie. Co prawda już w 1986 r. ukazała się publikacja dotycząca działań mających na celu uniknięcie pozwu z tytułu błędów

medycznych [2], a w 2011 r. został opublikowany artykuł Zhao i Haley dotyczący związku jakości opieki w takich instytucjach ze stratami finansowymi z tytułu oskarżeń o błędy medyczne [3], jednakże nadal brakuje publikacji omawiających problem w sposób kompleksowy. W polskim piśmiennictwie dotąd nie dokonano szerszej oceny problemu błędów medycznych w jednostkach opieki długoterminowej.

CEL PRACY

Celem pracy była ocena prawidłowości postępowania medycznego w stosunku do pensjonariuszy zakładów opiekuńczo-leczniczych w sprawach opiniowanych w Katedrze i Zakładzie Medycyny Sądowej i Toksykologii Sądowo-Lekarskiej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, na podstawie analizy treści zespołowych opinii wydanych na zlecenie prokuratur.

MATERIAŁ I METODY

Analizie poddano 30 opinii sądowo-lekarskich opracowanych w latach 2007–2012 przez zespoły opiniujące pod przewodnictwem biegłego specjalisty w zakresie medycyny sądowej. Podczas analizy oceniano, czy w danej opinii stwierdzono zaistnienie nieprawidłowości bądź zaniechań w działaniach personelu medycznego, wyczerpujących swym charakterem znamiona błędów medycznych oraz, czy ewentualnie stwierdzone błędy pozostawały w związku przyczynowo-skutkowym ze zgonem pacjenta lub pogorszeniem stanu zdrowia lub też spełniały przesłanki stanu narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 160 kodeksu karnego).

Błędy były klasyfikowane do następujących grup (z uwagi na specyfikę opiniowanych spraw zastosowano połączenie klasyfikacji tradycyjnej powszechnej wśród prawników oraz nowszych klasyfikacji wg Jaegermana i Marka, a także Świątek [5–9]):

- błędy decyzyjne diagnostyczne (błędy związane z nieprawidłowym rozpoznaniem schorzenia u pacjenta bądź oceną jego stanu zdrowia lub też prowadzeniem niewłaściwego procesu diagnostycznego),

- błędy decyzyjne terapeutyczne (błędy związane z leczeniem nieadekwatnym do stanu zdrowia i ustalonego rozpoznania bądź też błędy związane z niewłaściwym stosowaniem prawidłowo zaordynowanego leku, np. błędne dawkowanie),
- błędy wykonawcze w zakresie opieki pielęgniarstwa,
- błędy formalne w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej.

Zwrócono także uwagę na możliwe trudności w ocenie związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy wdrożonym postępowaniem medycznym a zaistniałymi powikłaniami, w tym uwzględniono przewłoczność, a także zaniechania w działaniach decyzyjnych.

Klasyfikując błędy medyczne, celowo połączono nowsze klasyfikacje z tradycyjną. Wynika to z przyzwyczajenia prawników do stosowania tradycyjnych podziałów błędów medycznych [6, 7]. Niestety, u ich podstaw leżą realia XIX-wieczne i starsze (całym procesem postępowania z pacjentem zajmuje się prawie wyłącznie jeden lekarz, który dodatkowo ma pełną możliwość kontroli merytorycznej pracy innych osób). Z kolei nowsze klasyfikacje (odpowiadające współczesnym realiom medycyny) są zazwyczaj słabo znane prawnikom [8].

WYNIKI

Z postanowieniem o zasięgnięciu opinii biegłego zwracały się prokuratury prowadzące postępowania wyjaśniające w związku z otrzymanymi zawiadomieniami i podejrzeniami popełnienia przestępstwa – nieumyślnego spowodowania śmierci (art. 155 k.k.), spowodowania ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 156 k.k.), spowodowania lekkiego i średniego uszczerbku na zdrowiu (art. 157 k.k.), narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 160 k.k.). Zawiadomienie składali zazwyczaj członkowie rodziny pensjonariusza (najczęściej dzieci), a bezpośrednią przyczyną był albo zgon pacjenta, albo pogorszenie stanu zdrowia (trudno gojące się odleżyny, zapalenie płuc), powzięcie informacji o niewłaściwej opiece lekarskiej i pielęgniarstwa – dalekiej od oczekiwań; w jednej sprawie zgłoszenie wynikało z istniejącego konfliktu rodzinnego.

Pensjonariusze, których dotyczyły opiniowane sprawy, mieli 39–94 lat (średnio 72 lata). Były to głównie kobiety ($n = 18$), a czas pobytu w danej jednostce wynosił od 1 tygodnia do 15 lat (średnio 37 miesięcy).

W 17 przypadkach doszło do zgonu pensjonariusza. Jedynie w 4 przypadkach wykonano patomorfologiczne (anatomopatologiczne) sekcje zwłok, natomiast sekcji sądowo-lekarskich nie przeprowadzono w ani jednym przypadku.

Nieprawidłowości w postępowaniu personelu medycznego stwierdzono w trzynastu przypadkach (w kilku sprawach były to błędy z różnych grup). W dziewięciu sprawach stwierdzono błędy w zakresie diagnostyki schorzeń u pensjonariuszy (błędy decyzyjne diagnostyczne). Polegały one na niezbyt wnikliwej, niedostatecznej diagnostyce stanu klinicznego poprzez zaniechanie wykonywania podstawowych badań obrazowych i laboratoryjnych oraz konsultacji lekarzy specjalistów. W ośmiu przypadkach stwierdzono błędy w zakresie leczenia (błędy decyzyjne terapeutyczne). W sześciu przypadkach nieprawidłowości dotyczyły farmakoterapii i polegały zazwyczaj na podaniu niewłaściwego leku (np. leku moczopędnego – furosemidu – przy współistniejących wymiotach), a rzadziej na niewłaściwym dawkowaniu (zbyt duża dawka antybiotyku – gentamycyny). W pozostałych dwóch sprawach: w jednym przypadku doszło do pominięcia chirurgicznego opracowania zmian martwiczo-odleżynowych, a w drugim – wyboru nieoptymalnej metody rehabilitacji ruchowej (leczenia usprawniającego).

Zanieдания higieniczno-pielęgnacyjne stwierdzono u czterech pensjonariuszy ZOL, przy czym w jednym przypadku była to także nieprawidłowa pielęgnacja cewnika moczowego. Profilaktyka przeciwodleżynowa prowadzona była u 21 pensjonariuszy. Odleżyny wystąpiły u 16 z nich, z czego u 3 pensjonariuszy nie była stosowana jakakolwiek profilaktyka przeciwodleżynowa.

W siedmiu przypadkach w dokumentacji medycznej stwierdzono poważne braki nie tylko o charakterze formalnym, lecz także merytorycznym – przeważnie dotyczyły one braku bieżących wpisów lekarzy, pielęgniarek itp.

W dwunastu sprawach stwierdzone zanieдания nie pozostawały w związku przyczynowo-skutkowym ze zgonem pacjenta lub pogorszeniem jego stanu zdrowia. W innych przypadkach oceny takiej nie można było dokonać z powodu istotnych braków w materiale dowodowym, tzn. dokumentacji medycznej.

Tylko w jednej sprawie stwierdzono wysokie prawdopodobieństwo istnienia takiego związku – u pensjonariuszki wskutek niedostatecznej diagnostyki manifestowanych objawów i dolegliwości nie rozpoznano złamania szyjki kości udowej, co doprowadziło do istotnego pogorszenia jej stanu zdrowia.

DYSKUSJA I WNIOSKI

Jak wspomniano na początku, problem oceny postępowania medycznego w zakładach opiekuńczo-leczniczych dotąd nie był podejmowany w polskim piśmiennictwie, dlatego też autorzy niniejszej pracy nie mogą bezpośrednio porównać wyników swoich badań.

W pracy celowo zwrócono uwagę na problem zmian martwiczo-odleżynowych związanych z nie stosowaniem profilaktyki przeciwodleżynowej pomimo istnienia wskazań do jej prowadzenia, ponieważ w publikacjach dotyczących wybranych problemów opieki długoterminowej (i możliwych do popełnienia błędów medycznych) problematyka powstawania i zaopatrywania odleżyn zajmuje szczególne miejsce [10]. Przeanalizowany materiał wskazuje, że w Polsce może to stanowić bardzo poważny problem, ponieważ obecność odleżyn dotyczyła ponad połowy pensjonariuszy, a ponadto stosunkowo często (18,75%) nie stosowano adekwatnych działań profilaktycznych. Dlatego też należy przykładać dużą wagę do szkoleń personelu medycznego w zakresie prawidłowej profilaktyki i pielęgnacji odleżyn.

Właściwe prowadzenie dokumentacji medycznej jako środka skutecznej obrony instytucji przed niesłusznym pozwem jest szeroko opisywane zarówno w piśmiennictwie polskim, jak i zagranicznym i od lat dominuje teza, że stanowi to podstawowy element obrony personelu medycznego w przypadku formułowania zarzutów [8, 9, 11, 12]. Dlatego też przedstawione wyniki analizy, w których w aż 23% przypadków stwierdzano poważne błędy w jej prowadzeniu, nie mogą napawać optymizmem. Z tego względu należy podejmować skuteczne działania mające na celu wzrost świadomości wśród personelu medycznego o szerokiej roli i znaczeniu oraz wartości dowodowej dokumentacji medycznej – nie tylko w aspekcie monitorowania czy kontroli bieżącego leczenia.

Oczywiście można założyć, że braki w dokumentacji w pewien sposób „uchroniły” personel przed potencjalną odpowiedzialnością karną, jednak należy pamiętać, że w przypadku postępowania cywilnego (czy ostatnio w myśl nowych przepisów – postępowania przed komisjami wojewódzkimi ds. orzekania o zdarzeniach medycznych) braki te mogą być szkodliwe dla pozwanego szpitala. Przywołać można w tym miejscu choćby sentencję Wyroku Sądu Najwyższego z 15 października 1997 r. (III CKN 226/97): „Niemożliwe do usunięcia braki w dokumentacji medycznej nie mogą być podstawą rozstrzygnięcia na niekorzyść strony powodowej”.

Podobne zastrzeżenie może dotyczyć także obecnego w Polsce nagminnego unikania wykonywania sekcji zwłok zmarłych pacjentów. W sytuacji istniejących uchybień w prowadzeniu dokumentacji medycznej, formułowanych wobec personelu zastrzeżeń dotyczących jakości sprawowanej opieki, diagnostyki i leczenia, pojawiających się wątpliwości co do przyczyny śmierci – ustalenia wynikające z badania autopsyjnego zwłok, nierzadko podparte badaniami histopatologicznymi wycinków tkankowych narządów wewnętrznych, a w uzasadnionych przypadkach także chemiczno-toksykologicznymi (np. określeniem stężeń leków w zabezpieczonym

pośmiertnie materiale biologicznym i ich porównaniem z referencyjnymi zakresami terapeutycznymi).

Stwierdzona w analizowanych opiniach sądowo-lekarskich częstość występowania nieprawidłowości czy uchybień w postępowaniu medycznym jest wysoka – 43,3%. Jednakże tylko w jednym przypadku zaistniałe błędy okazały się na tyle znaczące, że możliwe było wykazanie niekorzystnego bezpośredniego wpływu na stan zdrowia pensjonariusza. W pozostałych przypadkach zaistniałe nieprawidłowości należy uznać za tzw. błędy bezskutkowe.

Pomimo że dominowały błędy bezskutkowe, to tak wysoki odsetek popełnionych błędów wymaga podjęcia szerokich działań pozwalających na ich eliminację. Jest to szczególnie istotne, ponieważ wydaje się, że oskarżany personel medyczny niewłaściwie odbiera stwierdzenie błędu bezskutkowego – nie jako szczęśliwy przypadek, który może się nie powtórzyć kolejnym razem, ale jako skutek działalności „roszczeniowych” pacjentów, ich rodzin czy pełnomocników, a także wyraz „nadgorliwości” biegłych.

Zły stan ogólny (zaawansowane choroby przewlekłe i postępujące zaburzenia wielonarządowe) i zgony pensjonariuszy ZOL mogą skłaniać członków rodzin do składania zawiadomień o podejrzeniu popełnienia przestępstwa lub też pozwów niezależnie od obiektywnych przesłanek takiego działania. W polskim piśmiennictwie zwraca się uwagę na społeczny odbiór określonych schorzeń jako czynnik skłaniający do złożenia zawiadomienia o popełnionym przestępstwie lub do wniesienia powództwa [8]. W piśmiennictwie światowym także przywiązywana jest waga do istniejących nieporozumień na linii prawo – medycyna jako czynnika powodującego wszczęcie postępowania karnego czy cywilnego – odszkodowawczego [13, 14]. Niejasne jest, jakie może mieć tutaj znaczenie występowanie konfliktów rodzinnych (stwierdzono tylko jedną tego typu sytuację w przeanalizowanym materiale) oraz niewłaściwa polityka informacyjna samych jednostek, przez co zgon może być zaskoczeniem.

W polskim piśmiennictwie zwraca się uwagę na to, że w przypadku spraw dotyczących postępowań spadkowych oskarżanie placówek ochrony zdrowia i personelu medycznego o popełnione błędy może stanowić jeden z elementów działań zmierzających do podważenia testamentu [15].

W pracy Douglas i wsp. autorzy zwrócili uwagę na niedostatki w porozumieniu się placówek ochrony zdrowia z rodzinami pacjentów znajdujących się w stanach terminalnych [16]. W konkluzji autorzy stwierdzili, że konieczna jest poprawa wiedzy personelu medycznego w tym zakresie. Należy jednak pamiętać, że praca ta dotyczyła warunków w Stanach Zjednoczonych, gdzie polityka informacyjna placówek ochrony zdrowia jest na znacznie wyższym poziomie niż w Polsce. A zatem tym bardziej polskie placówki

ochrony zdrowia (szczególnie instytucje opieki długoterminowej) powinny zwrócić szczególną uwagę na jakość prowadzonej polityki informacyjnej.

Powszechnie jest unikanie wnikliwszej diagnostyki u pacjentów wymagających opieki długoterminowej. Być może uważana jest ona za zbędną i zbyt kosztowną. Niestety, takie podejście znacząco wpływa na ryzyko popełnienia błędów medycznych oraz zwiększa liczbę formułowanych zarzutów. Stan zdrowia pensjonariuszy (liczne schorzenia współistniejące, zaburzenia neuropsychiatryczne) może utrudniać prawidłowe stosowanie leków, a trudności w nawiązaniu pełnej współpracy personelu z pensjonariuszem mogą sprzyjać nieprawidłowościom w prowadzeniu diagnostyki i terapii, a szczególnie rehabilitacji.

Autorzy japońscy w pracy z 2006 r. dokonali porównania profilu pacjentów w starszym wieku leczonych na oddziałach geriatrycznych oraz w instytucjach opieki długoterminowej („hospicjach”) [17]¹. Stwierdzili oni, że problemy medyczne wśród obydwu grup pacjentów nie różniły się, więc wymagały takiego samego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, w tym pielęgnacyjnego i usprawniającego. Nie zostało przeprowadzone podobne badanie odnoszące się do polskich warunków, ale można przypuszczać, że podobna ewolucja zachodzi i będzie zachodziła i tutaj, co oznacza, że pensjonariusze zakładów opieki długoterminowej w coraz większym stopniu będą wymagały takiego samego kompleksowego i wielokierunkowego postępowania medycznego, jak pacjenci oddziałów szpitalnych. Niestety, obowiązujące aktualnie przepisy (ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej) nie w pełni odpowiadają temu trendowi, ponieważ mogą być interpretowane jako zawężające zakres świadczeń zdrowotnych udzielanych pensjonariuszom ZOL tylko do pielęgnacji i rehabilitacji (art. 9 ust. 1 pkt 1 i art. 12 ust. 1 pkt 1 ustawy) [18]. Może się to wiązać z ryzykiem wystąpienia konfliktów na linii szpitalne – ZOL oraz koniecznością rozstrzygnięcia przez biegłych spornych kwestii, gdzie powinno być prowadzone postępowanie diagnostyczne i terapeutyczne w konkretnej sytuacji.

Pensjonariusze ZOL wymagają starannej pielęgnacji, co przy uwzględnieniu wieku, obciążeń zdrowotnych, rodzaju schorzeń przewlekłych oraz ich stopnia zaawansowania wiąże się niewątpliwie z większym ryzykiem zaistnienia nieprawidłowości i narażenia na zarzut popełnienia błędu. We wspomnianej we wstępie pracy Zhao i Haley jako główny czynnik zapobiegający popełnieniu błędów medycznych w zakresie opieki pielęgniarstwa uznano poprawę wiedzy i umiejętności personelu pielęgniarstwa, podczas gdy mniejszą rolę ich zdaniem odgrywa zwiększanie liczby personelu [3]. Wnioski z tego artykułu mogą więc

zostać wykorzystane przy planowaniu zatrudnienia w polskich placówkach (choć w warunkach amerykańskich „nie oszczędza się” na liczbie personelu).

Podsumowując – należy podnieść fakt, że uchybienia formalne i merytoryczne dotyczące prowadzenia dokumentacji medycznej oraz brak badania autopsyjnego w sytuacji formułowanych zarzutów nieprawidłowego postępowania medycznego stanowią istotne utrudnienie dla wydania opinii kategorycznej i często uniemożliwiają wypowiedzenie się w kwestii istnienia związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy wykazanymi nieprawidłowościami lub zaniechaniami a zgonem czy bezpośrednio narażeniem na niebezpieczeństwo utraty życia.

Wszystkie omówione powyżej czynniki powinny być powszechnie znane, co winno determinować odpowiednio wczesne podjęcie skutecznych działań wpływających na poprawę funkcjonowania placówek opiekuńczo-leczniczych oraz prowadzących do zmniejszenia liczby formułowanych zarzutów o błędy medyczne dotyczące pacjentów ZOL.

Praca stanowi podstawę do przeprowadzenia szerszych badań w celu oceny rzeczywistej skali problemu, ale wskazuje także obszary, które powinny się znaleźć w centrum bezpośredniego zainteresowania kierownictwa jednostek i zatrudnionego personelu medycznego.

PIŚMIENNICTWO

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2010 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. Dz. U. z 2010 r. Nr 255, poz. 1719.
2. Kapp M.B. Preventing malpractice suits in long term care facilities. *QRB Qual Rev Bull* 1986; 12: 109-113.
3. Zhao M., Haley D.R. Nursing home quality, staffing, and malpractice paid-losses. *J Health Care Finance* 2011; 38: 1-10.
4. Marek Z., Plac-Bobula E. Klasyfikacja błędu medycznego. *Arch Med Sąd Krym* 1994; XLIV: 197-201.
5. Świątek B. Lekarz – biegły w świetle praktyki medyka sądowego. *Arch Med Sąd Krym* 1997; XLVII: 93-96.
6. Mołęda S. Prawo dla lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej. *Medicine Today Poland*, Warszawa 2006; 1-350.
7. Zajdel J. Prawo w medycynie dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. *Progress*, Łódź 2007; 1-128.
8. Marek Z. Błąd medyczny: odpowiedzialność etyczno-deontologiczna i prawna lekarza. *Krakowskie Wydawnictwo Medyczne*, Kraków 2007; 1-248.
9. Drzewiecki A. Błędy pozwanych jednostek ochrony zdrowia w sprawach o zakażenia szpitalne. *Libra*, Rzeszów 2012; 1-120.
10. Maklebus J. Pressure ulcers: the great insult. *Nurs Clin North Am* 2005; 40: 365-389.
11. Brooke P.S. Long-term care demands precise documentation. *Nurs Manage* 2000; 31: 23-24.
12. Karp D. Good documentation protects everyone. *Med Econ* 2006; 83: 82.

¹ W Polsce opieka długoterminowa nie jest objęta świadczeniami opieki paliatywnej.

13. Meisel A., Snyder L., Quill T. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine End-of-Life Care Consensus Panel. Seven legal barriers to end-of-life care: myths, realities, and grains of truth. *JAMA* 2000; 284: 2495-2501.
14. Luce J.M., Alpers A. End-of-life care: what do the American courts say? *Crit Care Med* 2001; 29: N40-45.
15. Marek Z. Wybrane problemy opiniowania sądowo-lekarskiego. Zakamycze, Kraków 2004, 1-246.
16. Douglas S.L., Daly B.J., Lipson A.R. Neglect of quality-of-life considerations in intensive care unit family meetings for long-stay intensive care unit patients. *Crit Care Med* 2012; 40: 461-467.
17. Masuda Y., Noguchi H., Kuzuya M. i wsp. Comparison of medical treatments for the dying in a hospice and a geriatric hospital in Japan. *J Palliat Med* 2006; 9: 152-160.
18. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Dz. U. z 2011 r. Nr 112 poz. 654 z późn. zm.