

DR HAB. PRZEMYSŁAW KONIECZNAK

UNIWERSYTET WARSZAWSKI

ORCID: 0000-0002-2933-8975

O staranności i ostrożności w rozumowaniu diagnostycznym

DOI: 10.70537/PPM/213783

Streszczenie

Jest to studium dwu stanów faktycznych, rozpoznanych w trybie odpowiedzialności zawodowej przez sądy lekarskie. W obu chodziło o postawienie diagnozy fałszywie negatywnej (nierozpoznanie rzeczywistej choroby), przez co lekarz niejako sam sobie uniemożliwił dalsze adekwatne postępowanie z pacjentem. Osobliwością tych przypadków było, że wcześniej lekarz wykonał poprawne badanie podstawowe i na tej podstawie znalazł wszystkie informacje potrzebne do wyciągania wniosków. Nic też nie wskazywało, by jego wykształcenie ogólne miało luki i nie znalazł symptomatologii chorób. Jedyne czego mu zabrakło, to wstępny domysł, co właściwie pacjentowi jest. W jednej z dwu spraw dodatkowym wątkiem była potrzeba uwzględnienia procedury intelektualnej zwanej diagnostyką różnicową, bo stwierdzone objawy mogły odpowiadać różnym chorobom (na co lekarz jednak także nie zwrócił uwagi). W tradycyjnym paradygmacie nauk prawnych i prawnej odpowiedzialności nie ma przeszkód, żeby oświadczyć, że ktoś czegoś się nie domyślił, ale powinien i mógł się domyśleć. Jednak kategoria „powinności domyslenia się” jest z racjonalnego punktu widzenia dziwna. Być może pojawianie się takich stanów faktycznych wymaga przemyślenia, czy uznawana przez nas filozofia odpowiedzialności jest właściwa i słuszna. Końcowa część zawiera krótkie, dodatkowe uwagi o zagadnieniach związku przyczynowego, statystyki

i prawdopodobieństwa, które w jednej ze spraw miały znaczenie dla rozstrzygnięcia.

Słowa kluczowe: staranność, ostrożność, rozumowanie diagnostyczne, diagnoza różnicowa, heurystyka

Artykuł ten stanowi studium dwu przypadków; obejmie też próbę wyciągnięcia pewnych uogólnień w odniesieniu do pojęć staranności i ostrożności przy stawianiu diagnoz po przeprowadzeniu lekarskiego badania podstawowego.

Oba stany faktyczne pochodzą z orzecznictwa Okręgowego Sądu Lekarskiego w Warszawie i w obu nich chodzi o podobny, choć nie całkiem identyczny problem praktyczny – „lukę” we wnioskowaniu diagnostycznym, która fatalnie skończyła się dla pacjenta. Opisywane zdarzenia nastąpiły dość dawno temu, ale problem, który ilustrują, nie zestarzał się, i może nigdy nie przestać być aktualny.

(I.) W sprawie pierwszej (OSL-34/02) obwiniona lek. J.J., z zespołem pogotowia ratunkowego¹, przybyła do lokalu, w którym zamieszkiwał dwudziestotrzyletni pacjent R.N., z matką, H.N., która pogotowie wezwała. Pacjent był wysoki, ale przy tym z bardzo dużą nadwagą. W tym czasie przebywał na zwolnieniu z pracy, po tym, jak trzy dni wcześniej usunięto mu (w izbie przyjęć pobliskiego szpitala) ropień pachy lewej; wraz z tym chirurg zlecił antybiotyki. Dzień po zabiegu był, zgodnie z zaleceniami, na zmianie opatrunku. W kolejnym dniu miał zgłosić się na kontrolę chirurgiczną, ale czuł się bardzo źle i ostatecznie nie poszedł. Według zeznań H.N. jej syn był w tym okresie osłabiony, stale senny, bardzo dużo spał, nadto wymiotował.

Obwiniona J.J. zebrała wywiad i przeprowadziła raczej ograniczone badanie przedmiotowe. Nie proponowała R.N. hospitalizacji (H.N. zeznała,

¹ Rzecz działa się przed powstaniem systemu państwowego ratownictwa medycznego, kiedy zespoły pogotowia ratunkowego standardowo miały w składzie lekarza. Obwiniona w lokalnym pogotowiu pracowała dodatkowo; jej podstawowym miejscem zatrudnienia był, zresztą zgodnie z posiadaną przez nią specjalizacją, szpitalny oddział onkologiczny.

że J.J. wyraźnie zanegowała taką potrzebę), doradziła natomiast diagnostykę ambulatoryjną, po czym zespół opuścił mieszkanie.

W ciągu tego dnia stan R.N. nie poprawiał się. Rano dnia następnego H.N. poszła do miejscowej przychodni, zajęła kolejkę do rejestracji i wróciła do domu, gdzie znalazła syna nieprzytomnego, leżącego na podłodze. Wezwany zespół pogotowia ustalił, że R.N. jest w śpiączce cukrzycowej, zapewne z powodu kwasicy ketonowej (czuć było zapach acetonu z ust), i przewiózł go do szpitala, gdzie podjęto leczenie²; pacjent zmarł jednak tego samego dnia wczesnym popołudniem.

Tak w ogólnym zarysie wyglądał stan faktyczny ustalony w I instancji. Dla zaspokojenia ewentualnej ciekawości Czytelnika można dodać, że niektóre fakty w sprawie były sporne. Sprzeczności w dowodach dotyczyły tego, jaki był stan chorego w czasie pobytu zespołu z lek. J.J., co zrobiła obwiniona w ramach podstawowego badania lekarskiego i do jakich konkluzji doszła. Z zeznań H.N. wynikało, że lekarka ograniczyła się do zebrania wywiadu i zmierzenia ciśnienia. Przesłuchani jako świadkowie kierowca i sanitariusz twierdzili, że wizyta była długa, wykonane przez obwinioną badanie sprawiało wrażenie starannego, pacjent nie wyglądał na chorego, a już na pewno nie na ciężko chorego, nie zgłaszał jakoby żadnych (!) dolegliwości, a nawet negował je, gdy odpowiadał na szczegółowe pytania w ramach wywiadu negatywnego. Stanowczo odmawiał hospitalizacji, jakkolwiek o taką możliwość dopytywała jego matka. Także obwiniona w wyjaśnieniach nie miała sobie nic do zarzucenia. Twierdziła, że podejrzewała u R.N. cukrzycę, mówiła mu o tym, była świadoma wynikającego stąd zagrożenia, proponowała pacjentowi hospitalizację, której on jednak odmówił.

Rozbieżność między zeznaniami H.N., a wyjaśnieniami J.J. i zeznaniami dwóch pozostałych świadków byłaby może nieusuwalna, i SL musiałby ją rozstrzygnąć na korzyść obwinionej (art. 5 § 2 k.p.k.), do dyspozycji

² Sędziowie mieli podejrzenia, że pacjentowi mniej zaszkodziło opóźnienie hospitalizacji, a bardziej sam pobyt w szpitalu: na podstawie dokumentacji szpitalnej można się było domyślać, że postępowanie z pacjentem było „nieprawidłowe, jeśli nie wręcz potencjalnie szkodliwe (...), zbyt agresywne (...), pacjentowi podano w krótkim czasie zbyt dużo insuliny i płynów” [z uzasadnienia]. Rzecznik, mimo tej sugestii, nie rozszerzył postępowania na inne osoby.

miał jednak jeszcze dowód z dokumentu, którym było standardowe dla tamtej epoki zlecenie wyjazdu, wypełnione przez J.J. w czasie wizyty. Jego istotne fragmenty brzmiały: w rubryce „wywiad-opis” – *Przed dwoma dniami usunięcie ropnia pachy lewej, w związku z czym przyjmuje antybiotyki. Czuje się osłabiony, okresowe nudności, przyjmuje do siedmiu litrów płynów. Do diagnostyki w rejonie. W dniu wczorajszym był na kontroli u chirurga.* W rubryce „stan chorego” w polu „ciśnienie tętnicze” wpisano 140/90 mm. Hg; w polu „tętno” zaznaczono „miarowe”. W rubryce „objawy-opis” – *St[an] og[ólny] dość dobry, pacjent osłabiony, nieco ospały, dolegliwości nie podaje, temperatura 37,2 °C. Podobne samopoczucie od kilku dni.* W rubryce „rozpoznanie-opis w języku polskim” – *Brak wskazań do interwencji.* W rubryce „postępowanie z chorym-zalecenia” – *Diagnostyka w rejonie.* Autentyczności ani wiarygodności tego dokumentu nikt nie kwestionował, a wersja obwinionej i pozostałych członków zespołu była z nim niemożliwa do pogodzenia³. W szczególności nic w treści zlecenia nie potwierdzało, by obwiniona w ogóle powzięła podejrzenie cukrzycy (lub widziała jakikolwiek inny powód do hospitalizacji pacjenta). Wyjaśnienia obwinionej również więc SL uznał za nieprawdziwe. Dał jedynie wiarę, że pacjent deklarował niechęć do pobytu w szpitalu (potwierdziły to wszystkie przesłuchiwane osoby). Stało się to jednak w sytuacji, gdy lekarz wyraźnie stwierdził i odnotował „brak wskazań do interwencji”.

Według wniosku o ukaranie „...[J.J.] nie wykazała należytej staranności w postępowaniu z chorym R.N., a to poprzez 1. niedokładne badanie podmiotowe i fizykalne, 2. nietrafną ocenę stanu ogólnego (niedostrzeżenie zagrożenia życia), 3. nierozpoznanie stanu przedśpiączkowego w przebiegu świeżej cukrzycy, powikłanej czyrakiem w dole pachowym, 4. niewłaściwą decyzję o dalszym postępowaniu (zaniechanie hospitalizacji)”. Sąd lekarski orzekł o skazaniu, ale czyn przypisany ujął inaczej: „...nie wykazała należytej staranności w postępowaniu z chorym R.N. w ten

³ Jeden ze świadków opisywał m.in., jak J.J. dopytywała pacjenta, czy nie odczuwa wzmożonego pragnienia, a on jednoznacznie temu zaprzeczał; nie sposób w takim razie racjonalnie wytłumaczyć adnotacji, że w ostatnim czasie R.N. pił dziennie „do siedmiu litrów płynów”. Zeznania kierowcy i sanitariusza były do tego „zdumiewająco szczegółowe, w stopniu, który wydaje się nie do uwierzenia w półtora roku po wydarzeniach”, z czego Sąd wnioskował, że świadkowie ci kłamali lub konfabulowali.

sposób, że nie wyciągnęła wniosków z przeprowadzonego przez siebie badania podmiotowego i fizykalnego, nie rozpoznała ani nie podejrzewała cukrzycy, i w konsekwencji nie dostrzegła wskazań do hospitalizacji pacjenta”. Według SL w tym wypadku niepoprawność postępowania lekarskiego przejawiała się nie w samym sposobie wykonywania badania podstawowego⁴, lecz w wyciąganiu wniosków. Istotne dla wnioskowania fakty były J.J. znane: miała do czynienia z człowiekiem młodym, otyłym, u którego przed paroma dniami pojawił się bardzo rozległy ropień dołu pachowego i został usunięty chirurgicznie⁵. W ostatnich dniach pacjent bardzo dużo pił (nawet siedem litrów na dobę), odczuwał nudności, był stale osłabiony i senny. Takie informacje są „wręcz alarmujące” i w każdym razie pozwalają starannemu lekarzowi na powzięcie podejrzenia cukrzycy (choć oczywiście nie wystarczają, by postawić takie rozpoznanie definitywne). Skoro obwiniona go nie powzięła, tym samym jej rozumowanie „było niestaranne i nieodpowiadające aktualnemu stanowi wiedzy medycznej, co najmniej w części, dotyczącej wyciągania logicznych wniosków z zebranego wywiadu”.

Obwiniona odwołała się; Naczelny Sąd Lekarski utrzymał skazanie w mocy, a przytoczone wyżej rozumowanie sądu I instancji zaakceptował, co ujął tak: „...dopiero wtedy można mówić o przeprowadzeniu postępowania diagnostycznego z należytą starannością (...), kiedy z podanych lekarzowi faktów ten wyciągnie wnioski i postawi diagnozę. Samo dokładne wysłuchanie pacjenta, jeśli za nim nie idzie postawienie diagnozy [*scilicet* adekwatnej], nie może wyłączać odpowiedzialności z art. 8 k.e.l.”. NSL przyznał, że od lekarza pogotowia nie sposób wymagać postawienia diagnozy pewnej, ale to dlatego, że taki lekarz z reguły dysponuje mniej-

⁴ W uzasadnieniu SL stwierdził, że „kwestia, do jakiego stopnia starannie obwiniona przeprowadziła badanie przedmiotowe, i czy nie pominęła niektórych jego składników, nie była istotna dla orzekania”. Z dowodów zresztą i tak nie wynikało, by jakiś składnik badania został pominięty lub źle wykonany.

⁵ Czytelnikom należy się wyjaśnienie: u osoby która jest młoda, (pozornie) zdrowa, nie jest niedożywiona ani wyniszczona fizycznie, taka przypadłość odbiega od normalności i wymaga wyjaśnienia. Zarazem wiadomo, że ropnie i ropowice są skorelowane z cukrzycą (ze względu na osłabienie układu odpornościowego, hiperglikemię i pogorszone krążenie). Biegły w tej sprawie zwrócił uwagę SL, już chirurg, który pierwszy miał z R.N. do czynienia, powinien był co najmniej skierować go na konsultację internistyczną.

szą ilością informacji o pacjencie, a nie dlatego, że jego rozumowaniu stawia się niższe wymagania. W tej sprawie dane będące do dyspozycji tj. wzmożone spożywanie płynów, nudności, osłabienie, ospałość, otyłość i owrzodzenia skóry były wystarczające, aby wzbudzić podejrzenie, że pacjent choruje na cukrzycę.

(II.) W drugiej sprawie (OSL-8/09)⁶ D.M. udała się do przychodni rejonowej z siedmiomiesięcznym synem (P.M.), który od kilku dni miał katar i gorączkę, a tego dnia pojawił się u niego obrzęk „okolicy kąta żuchwy po stronie lewej” (tak w dokumentacji). Obwiniona lek. E.P., pediatra, zbadala niemowlę, opuchliznę zauważyła i opisała słowami jak wyżej, niestety bez dokładniejszego określenia lokalizacji. Zinterpretowała ją jako obrzęk ślinianki przyusznej, choć wyraźnie z wątpliwościami, bo przy tej adnotacji postawiła znak zapytania. Ogólny stan pacjenta osza-

⁶ Postępowanie to było bardzo długie. Pierwsze orzeczenie skazujące w I instancji (sygn. OSL-10/01) zapadło w 2001 r. i zostało uchylone przez NSL. W artykule mowa o drugim orzeczeniu, z 2010 r. (którego ustalenia były jednak takie same). Od popełnienia czynu (1998) mijało lat 12, co nakazywało rozważyć kwestie przedawnienia karalności; okazały się one dość zawile. Z zasady przedawnienie takie następuje po upływie 5 lat od popełnienia czynu (art. 64 ust. 3 u.i.l.). Wyjątkowo, gdy czyn jest jednocześnie przestępstwem, karalność przewinienia zawodowego ustaje nie wcześniej niż karalność przestępstwa (art. 64 ust. 4 u.i.l.). Gdy OSL ponownie rozpoznawał sprawę, obwiniona była już (2005) za ten sam czyn prawomocnie skazana w postępowaniu karnym, z kwalifikacją prawną z art. 155 k.k.; górna granica ustawowego zagrożenia wynosi w tym przepisie 5 lat. Tak samo w czasie popełnienia czynu, jak w czasie orzekania, odpowiadało to art. 101 § 1 pkt 3 k.k. (występek zagrożony karą pozbawienia wolności nie przekraczającą 5 lat), przewiduje się wtedy dziesięcioletni termin przedawnienia karalności. Nadto art. 102 k.k. w brzmieniu obowiązującym w 1998 r. stanowił, że jeżeli przed upływem przedawnienia karalności wszczęto postępowanie przeciwko osobie (w omawianej sprawie warunek ten był rzecz jasna spełniony), karalność popełnionego przez tę osobę przestępstwa ustaje z upływem dodatkowych 5 lat od zakończenia tego okresu. Po noweli z 2005 r. (ustawa z 3 czerwca 2005 r. o zmianie ustawy – Kodeks karny, Dz.U. nr 132 z 2005 r., poz. 1109, z mocą od 3 sierpnia 2005 r.), ten okres dodatkowy został wydłużony do lat 10. SL dostrzegł, że niezależnie od tego, czy oceniać to z perspektywy przepisów obowiązujących w czasie popełnienia czynu, czy w czasie orzekania (odpowiednio: 15 i 20 lat), termin ten do chwili orzekania nie upłynął.

Do rozważenia było jeszcze, czy dla określenia terminu przedawnienia ma znaczenie fakt, że wobec lek. E.P. została orzeczona kara pozbawienia wolności warunkowo zawieszona tytułem próby, a próba upłynęła pomyślnie, wobec czego skazanie z mocy prawa uległo zatarciu (art. 76 § 1 k.k.). Na termin przedawnienia karalności to jednak nie wpływa. Dyspozycja art. 64 ust. 1 u.i.l. aktualizuje się, gdy czyn będący przewinieniem zawodowym jest także przestępstwem. Taka okoliczność zachodzi *ab initio* i efekt ten, jak to ujął sąd lekarski „nie może zostać magicznie anulowany przez późniejsze zatarcie skazania”. Od czasu zatarcia skazania E.P. ma status niekaranej za przestępstwo, co nie usuwa z mocą wsteczną tych skutków przestępstwa lub skazania, które powstały przed zatarciem skazania.

cowala jako dobry. Ostatecznie rozpoznała świnkę, także i tu sygnalizując niepewność znakiem zapytania, i zaleciła leczenie objawowe, którego szczegóły można pominąć jako nieistotne. Wyznaczyła wizytę kontrolną za trzy dni, zaznaczając, żeby w razie pogorszenia zgłosić się wcześniej.

Następnego dnia stan dziecka pogorszył się; w trzecim dniu, za telefoniczną poradą innego lekarza, D.M. poszła z nim wprost do szpitala zakaźnego, gdzie wykluczono świnkę, a rozpoznano naciek zapalny lewej okolicy podżuchwowej, wymagający leczenia internistycznego, chirurgicznego i laryngologicznego w szpitalu o innym, tzn. niezakaźnym profilu. P.M. został przewieziony do szpitala dziecięcego, gdzie zmarł wkrótce potem. Na podstawie sekcji zwłok ustalono, że do śmierci doprowadził ciąg kolejnych powikłań zapalenia ucha środkowego: zapalenie węzłów chłonnych, zapalenie wyrostka sutkowatego, posocznica.

Opisanego wyżej przebiegu wydarzeń żadna ze stron nie negowała; kwestią sporną była ocena poprawności postępowania lek. E.P.

W postępowaniu dopuszczono sześć dowodów z opinii biegłych. Ich jakość była różna; w większości były ujęte niekonkluzywnie, co do dwóch SL zauważył, że są niespójne, spekulatywne i zawierają wnioski niewynikające z przesłanek⁷. Niemniej po skonfrontowaniu ich treści można było dojść do całkiem jednoznacznych wniosków.

Przede wszystkim objaw stwierdzony u pacjenta w dniu wizyty, tj. obrzęk okolicy kąta żuchwy „nie jest rzeczą normalną, nie powstaje samoistnie, a jego przyczyny wymagają wyjaśnienia” [z uzasadnienia OSL].

⁷ Opinie te były zapożyczone z postępowania karnego i dziwnie podobnie sformułowane. Biegły A.G. stwierdził, że „lekarz pediatra E.P. (...) miała prawo postawić diagnozę: świnka. (...). Oczywiście należało się liczyć z możliwością innej diagnozy – głównie zapalenie węzłów [chłonnych] i zapalenie ucha. Ale to są rozważania teoretyczne. (...) w warunkach pracy rejonowej poradni dziecięcej [obwiniona] nie popełniła błędu w sztuce, nie było to też zaniedbanie”. Dlaczego „w warunkach pracy poradni rejonowej” postępowanie E.P. można uznać za staranne, tego biegły nie uzasadnia. Analogicznie według biegłej M.S. obwiniona „miała pełne prawo” postawić rozpoznanie świnki; zarazem „można było różnicować obrzęk z naciekiem [zapalnym]”, choć ich odróżnienie byłoby trudne przed wpływem doby od pojawienia się objawów. Stwierdza, że „powinno się dążyć do sprawdzenia ucha”, a zarazem że „w warunkach pracy rejonowej poradni dziecięcej lekarz pediatra E.P. nie popełniła błędu w sztuce ani nie dopuściła się zaniedbania”. SL wyraził zdziwienie, jak biegła może pogodzić tezę, że diagnostyka różnicowa była możliwa, jeśli nie pierwszego, to drugiego dnia, a E.P. powinna była zbadać stan ucha, z konkluzją, że nie popełniła żadnego uchybienia.

Biegli byli zasadniczo zgodni, że taki obraz kliniczny mógłby zgadzać się z rozpoznaniem nagminnego zapalenia ślinianki przyusznej, tj. świnki⁸. Byłby on, wszakże zgodny i z innymi rozpoznaniem. Najobszerniej wyliczył je biegły A.R.: „inne nacieki zapalne lub inne patologiczne masy (...); zapalenie węzłów chłonnych na tle zakażeń wirusowych (np. adenowirusy lub wirus cytomegalii), bakteryjnych (np. paciorkowce ropotwórcze) lub pasożytniczych (np. toksoplazmoza), (...) zakażeń okołozębowych beztlenowcami lub tzw. ropne zapalenie ślinianki przyusznej, także na tle zakażeń beztlenowcami”⁹. Większość biegłych¹⁰ przyznawała, że w tym przypadku rozpoznanie świnki pasowało do objawów, więc nie było nie logiczne, ale należałoby traktować je jako mało prawdopodobne. Choroba ta u dzieci typowo występuje po ukończeniu drugiego roku życia; u niemowląt w wieku 7 miesięcy jest przypadłością wyjątkowo rzadką¹¹. Nic przy tym nie było wiadomo, by P.M. miał kontakt z jakimś źródłem zakażenia, z zastrzeżeniem, że do takiego kontaktu mogło dojść bez niczyjej wiedzy. Z drugiej strony, rozpoznania alternatywne, tłumaczące opuchliznę w tej okolicy ciała, też są raczej rzadkie u osób w tej grupie wiekowej¹², więc mogły zdawać się równie mało prawdopodobne.

Oba składy orzekające w I instancji wyraziły myśl, że „zadaniem lekarza nie jest podanie jakiegokolwiek rozpoznania, byleby tylko było spójne z faktami ustalonymi przezeń w badaniu” [z uzasadnienia]. Jeżeli więc stan chorego wskazuje na kilka różnych możliwości, należy aktywnie dążyć do postawienia rozpoznania różnicującego, a w pierwszej kolejności

⁸ Biegła H.S. dodała jednak, że postawienie takiego rozpoznania wymagałoby potwierdzenia badaniami dodatkowymi.

⁹ Biegły zaznaczył ponadto, że opuchlizna mogłaby jeszcze, teoretycznie, stanowić objaw rozrostu nowotworowego, ale wówczas nie towarzyszyłaby jej gorączka.

¹⁰ Biegli A.R., M.K., H.S., A.O.

¹¹ Z opinii H.S. i A.O. wynikało, że jedno- lub obustronny obrzęk w tej okolicy u niemowląt jest najczęściej objawem powiększenia węzłów chłonnych, odczynowego lub zapalnego, którego podłoże może być różne (i wymaga różnicowania), ale najczęściej jest to infekcja wirusowa lub bakteryjna. Nawet w czasach, gdy nie istniała szczepionka przeciwko śwince, a choroba ta zdarzała się częściej, obrzęk szyi w okolicy kąta żuchwy na ogół powstawał na tle zapalnym; świnka stanowiła niewielki odsetek przypadków.

¹² Opinia biegłego A.R.

sprawdzać te hipotezy, z którymi – gdyby się potwierdziły – wiązałoby się największe zagrożenie dla pacjenta. Sąd dodał, że warunki pracy w przychodni dziecięcej nie mogą prowadzić do obniżenia standardu staranności tak, by zwolnić lekarza z podjęcia w razie potrzeby diagnostyki różnicowej.

W tym konkretnym wypadku świnka było tylko jednym z możliwych wyjaśnień, i to nie najbardziej wiarygodnym; sama obwiniona uważała to rozpoznanie za niepewne, ale żadnych dalszych czynności diagnostycznych nie podjęła. Sytuacja tymczasem dawała podstawy, by alternatywnie podejrzewać zapalenie ucha środkowego. Trzeba było zatem wykonać badanie otoskopowe¹³ lub „wziąć pod uwagę czynności takie, jak OB, morfologia krwi [i] konsultacja laryngologiczna”. Działania te należało przy tym podjąć szybko, bo „przebieg zapalenia ucha i jego ewentualnych powikłań może być u dzieci w tym wieku nadzwyczaj gwałtowny”, wobec czego „ogólnie dobry stan dziecka nie powinien (...) prowadzić do osłabienia czujności (...)” [z uzasadnienia]. Z tego samego powodu wizyta kontrolna powinna być wyznaczona na wcześniejszy termin, najlepiej na następny dzień. Jak dodał sąd, „wszystko to nie są czynności, których podjęcie w warunkach poradni dziecięcej byłoby niewykonalne”; co prawda konsultacja laryngologiczna byłaby kłopotliwa¹⁴, ale możliwa w pobliskim szpitalu pediatrycznym jeszcze tego samego dnia, kiedy odbywała się wizyta.

Wniosek o ukaranie zarzucał obwinionej, że „poprzez błędne rozpoznanie świnki (...) i zastosowanie wyłącznie leczenia objawowego spowodowała nieumyślnie jego śmierć” i tak samo ujął przewinienie sąd lekarski w sentencji orzeczenia (z kwalifikacją prawną z art. 8 k.e.l.). Przy skazaniu karnym czyn przypisany został ujęty najdosłowniej tak samo¹⁵.

¹³ W najprostszej formie badanie takie można wykonać bez otoskopu, przy użyciu lustra laryngologicznego i wziernika usznego. Biegły A.G., który nie dopatrywał się w postępowaniu lek. E.P. niestaranności, stwierdził zarazem, że „wystarczyło zajrzeć przyrządem (...) do uszu i sprawa byłaby praktycznie rozstrzygnięta”. Z drugiej strony biegła A.O., bardzo krytyczna wobec postępowania obwinionej, zastrzegła, że w tamtych czasach „ocena otoskopowa nie była codziennością lekarza pediatry”.

¹⁴ Wymagałaby ona przyjęcia dziecka do szpitala.

¹⁵ Wyrok Sądu Rejonowego dla Warszawy-Pragi w Wydziale IV Karnym, IV K 739/03.

Opisane sprawy są pod pewnymi względami podobne: ich osią była błędna (co najmniej w wymiarze czysto obiektywnym)¹⁶ diagnoza. W obu przypadkach chodziło o diagnozę fałszywie negatywną, tj. niewykrycie rzeczywistego problemu, co ukierunkowało decyzję kliniczną i wszystkie dalsze wydarzenia.

Pierwszy przypadek jest prosty: R.N. cierpiał na cukrzycę, i to powikłaną, bo miał objawy kwasicy ketonowej¹⁷. Lekarka J.J. nie podejrzewała takiego rozpoznania i w ogóle nie domyśliła się niczego, co by wymagało jakiejś szybkiej reakcji. Przypadek drugi był bardziej złożony. U siedmiomiesięcznego pacjenta występował jakiś problem zdrowotny; *ex post* ustalono, że było to co najmniej zapalenie ucha środkowego¹⁸. Lekarka E.P. pacjenta zbadała, ale takiej diagnozy nie sformułowała; czy się jej chociaż domyślała, postępowanie nie dało odpowiedzi¹⁹. Być może *a priori* „wyrzuciła ją z umysłu”. Postawiła natomiast, z wahaniem, rozpoznanie świnki. Z perspektywy czasu wiadomo, że było ono nietrafne, ale samo w sobie nieszkodliwe: zaordynowane w jego efekcie leczenie objawowe było dla zdrowia pacjenta obojętne²⁰. „Szkodliwość” tego roz-

¹⁶ Diagnoza była błędna (nietrafna) w tym neutralnym sensie, w jakim lekarz mówi o „błędzie diagnostycznym”, inżynier o „błędzie pomiarowym” (różnica między wynikiem pomiaru i prawdziwą wartością wielkości mierzonej), a prawnik o błędzie wymienionym w art. 28 § 1 k.k. (niezgodność między rzeczywistością a wyobrażeniem o niej; to popularne ujęcie pochodzi od W. Woltera, *Błąd w prawie karnym w ujęciu systematycznym* [w:] tenże, *Studia z zakresu prawa karnego*, Kraków 1947, s. 46). Jak wiadomo, „błąd” może być także rozumiany jako „niepoprawność” czy „nieprawidłowość” albo jako „przedsięwzięcie, które źle się skończyło”. Zob. M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Prawa pacjenta*, Warszawa 2001, s. 135-136; P. Konieczniak *System Prawa Medycznego*, t. III, *Odpowiedzialność prawna w związku z czynnościami medycznymi*, red. T. Dukiet-Nagórska, A. Liszewska, Warszawa 2021, s. 62-64.

¹⁷ Występowały już: osłabienie, senność, spożycie płynów daleko ponad przeciętność (i z pewnością także wielomocz), nudności i wymioty. Czy podczas wizyty obecny był charakterystyczny zapach z ust (stwierdzony następnego dnia), „oddech kwasiczny” lub jeszcze inne objawy, nie wiadomo.

¹⁸ Można było *post mortem* rozpoznać wyjściową chorobę i ciąg jej kolejnych powikłań, ale nie sposób odtworzyć ich dynamiki tak, by stwierdzić z całkowitą pewnością, co konkretnie działo się z pacjentem, kiedy badała go lek. E.P. Opuchlizna (o lokalizacji nieprecyzyjnie wskazanej) mogła być wtedy jeszcze tylko odczynową reakcją węzła chłonnego na pobliski stan zapalny ucha.

¹⁹ Jeden z biegłych (M.K.) wysunął przypuszczenie, że lek. E.P. po prostu nie miała wątpliwości diagnostycznych i dlatego zastosowała tylko leczenie objawowe. Jakieś wątpliwości wszakże miała, jeśli wnioskować ze znaków zapytania w historii choroby; nie wiadomo jednak, czy i jakie diagnozy alternatywne jej się nasunęły.

²⁰ OSL ujął to w uzasadnieniu bardzo lapidarnie: w istocie problemem nie było rozpoznanie świnki; problemem było nierozpoznanie zapalenia ucha.

poznania polegała na tym, że obwiniona na nim poprzestała, gdy w grę wchodziły rozpoznania konkurencyjne i sytuacja wymagała podjęcia diagnostyki różnicowej.

W obu sprawach błąd tkwił w samym **rozumowaniu** diagnostycznym. Jakkolwiek empiryczna część badania lekarskiego może być źródłem błędnych spostrzeżeń²¹, a w konsekwencji i błędnych wniosków, w tym zakresie działania obu obwinionych wydają się poprawne. Badanie podstawowe zostało wykonane, dowody nie wskazywały, by jakiś istotny jego element został pominięty²², by któraś z nich jakieś fakty ważne dla diagnozy przeoczyła przy badaniu przedmiotowym albo, zbierając wywiad, nie dopytała o nie. Nie zachodził więc przypadek tego rodzaju, że lekarz nie dowiedział się o czymś, co „powinien i mógł wiedzieć”; szło o to, że **wszystkie potrzebne informacje znał**, a mimo to właściwego rozpoznania nie postawił ani nie podejrzewał.

Dalsze rozważania można zacząć od nieco tautologicznej uwagi, że lekarz, który ma diagnozę postawić, nie ma do czynienia z „chorobą”, czy „przypadkiem chorobowym”, lecz z człowiekiem, u którego trzeba to dopiero ustalić, i który być może nawet nie jest chory²³. Sama zaś „choro-

²¹ Lekarz może pewien objaw przeoczyć, dostrzec objaw faktycznie nieistniejący, wreszcie – zinterpretować objaw pewnego rodzaju jako inny (zob. E. Szczeklik, *Diagnostyka ogólna chorób wewnętrznych*, wyd. VI, Warszawa 1974, s. 25). Ma to być przejaw „nieuwagi, albo nieumiejętności czy niedokładności obserwacji”. Te ostatnie słowa mają dla prawnika posmak potępiający, ale błędów tego typu nie wolno traktować mechanicznie jako dowodu niestaranności (*resp.* nieostrożności) percepcyjnej. Postawienie diagnozy „często wymaga sformułowania jakiegoś osądu” (por. D. Kahneman, O. Sibony, C.R. Sunstein, *Szum, czyli skąd się biorą błędy w naszych decyzjach*, Warszawa 2022, s. 323). Uwaga ta jest szczególnie trafna w odniesieniu do lekarskiego badania podstawowego w jego części empirycznej, kiedy samo stwierdzenie pewnego objawu albo jego nasilenia dokonuje się często „na wycucie”, bez dobrze określonych kryteriów.

²² W odniesieniu do lek. E.P. stwierdzono, że mogła i powinna wykonać badanie otoskopowe lub skierować dziecko na konsultację laryngologiczną. Nie są to jednak „domyślne”, rutynowe składniki ogólnego badania pediatrycznego, lecz takie, które już wymagałyby wnioskowania i odrębnej decyzji.

²³ Człowiek nie zgłasza się do lekarza, gdy jest chory, lecz gdy widzi u siebie jakieś *objawy jatrotropowe*, tj. coś o czym sądzi, że ma podłoże zdrowotne, a jest na tyle dokuczliwe lub niepokojące, że skłania do szukania pomocy; H.R. Wulff, P.C. Göttsche, *Racjonalna diagnoza i leczenie*, Łódź 2005, s. 30-31. O pacjencie nic nie wiadomo z góry, poza oczywistymi sytuacjami, jak np. widoczny uraz fizyczny. Dla porządku należy też wspomnieć o pacjentach, którzy przychodzą z jakiejś zgłola innej motywacji – np. po zaświadczenie, potrzebne im do jakichś celów pozamedycznych, lub w przekonaniu, że są zdrowi, a chcą poddać się szczerpieniu ochronnemu.

ba” w ogóle nie jest obserwowalnym faktem. Faktami są objawy kliniczne, które stwierdza się w badaniu przedmiotowym (fizykalnym) lub, które pacjent zgłasza w wywiadzie. Nawet ich najściślejsze i bezbłędne ustalenie nie jest jeszcze diagnozą, nawet wstępną. Nie pozwala na podjęcie żadnej decyzji ani o leczeniu, ani nawet o kontynuowaniu diagnostyki: uzupełnieniu wywiadu, rozszerzeniu badania przedmiotowego o elementy normalnie nie wykonywane lub zleceniu badań dodatkowych.

Jak to ujmują lecarskie podręczniki, „rozpoznanie kliniczne ustalamy porównując spostrzeżone przez nas objawy z charakterystycznymi objawami danej jednostki chorobowej”²⁴. Rzecz jednak w tym, że jednostka chorobowa odpowiadająca konkretnemu przypadkowi wcale nie jest lekarzowi *dana*. Aby porównywać objawy *in concreto* z tymi charakterystycznymi *in abstracto*, trzeba poza objawami mieć jeszcze **choćby cień domysłu co do rozpoznania**, które mogłoby do nich pasować.

Uchybienia w zakresie rozumowania diagnostycznego nazywa się zwykle „błędami logicznymi”, ale nazwa ta nie jest całkiem odpowiednia. **Stawianie rozpoznań nie jest procesem czysto logicznym**, który dalby się sprowadzić do jakiegoś prostego sylogizmu lub nawet złożonego ciągu operacji formalnych. Oczywiście opiera się ono w pewnej części na logice – można tego np. upatrywać w porównywaniu zbioru faktów (objawów) już ustalonych w badaniu z podręcznikowym modelem (wzorcem) **określonej** jednostki chorobowej. Niemniej, żeby cokolwiek porównywać, ową jednostkę chorobową należy najpierw jakoś wytypować, a tego w praktyce nie czyni się za pomocą operacji logicznych. Teoretycznie mogłoby tak być. Trzeba by w tym celu, na podstawie całej aktualnej wiedzy w zakresie symptomatologii, skonstruować wszystkie możliwe hipotezy, które są zgodne z faktami ustalonymi w dotychczasowej diagnostyce danego pacjenta. Jeżeli takich hipotez byłoby więcej niż jedna, trzeba by podejmować dalsze czynności diagnostyczne, by te hipotezy kolejno potwierdzać lub wykluczać, a częściej modyfikować ich prawdopodobień-

²⁴ E. Szczeklik, *Diagnostyka ogólna chorób wewnętrznych*, wyd. VI, Warszawa 1974, s. 27.

stwo w górę lub w dół (diagnostyka różnicowa²⁵). Takie podejście jest praktycznie możliwe jedynie poprzez automatyczne przetwarzanie informacji²⁶. Gdy umysł ludzki ma podobne zadania realizować bezpośrednio, czyni to, korzystając z **heurystyk**: krótkich, uproszczonych, nie w pełni uświadomionych sposobów rozwiązywania problemów, które mogą dawać wyniki przynajmniej w przybliżeniu trafne dostatecznie często, by z nich korzystać, niemniej na taką trafność nie dają gwarancji²⁷. Rezygnacja z heurystyk nie jest możliwa, mimo że są one zawodne i obciążone długą listą wad w postaci tzw. błędów kognitywnych (*cognitive biases*), zidentyfikowanych przez psychologów.

Dzięki heurystykom stawianie i różnicowanie diagnoz „przy pewnym doświadczeniu lekarskim odbywa się szybko, z czasem prawie automatycznie”, przynajmniej gdy chodzi o przypadki „proste, codzienne”. Jednak w innych, „rzadkich lub szczególnie powikłanych i trudnych do rozpoznania” tak nie jest²⁸. Problemy w rozumowaniu diagnostycznym wynikają więc nie tylko z tego, że zawiera ono pewne składniki pozalogiczne, ale i z tego, że same problemy bywają niesłychanie trudne do rozwiązania. Najbardziej komfortowe dla diagnosty są przypadki, gdy u pacjenta dostrzeże się tzw. objawy patognomoniczne, tj. takie, które wy-

²⁵ Obok tej nazwy używane jest określenie: diagnostyka różnicująca, a dawniej też „różniczkowa”; np. W. Biegański, *Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych*, Warszawa 1891. W najprostszej ujęciu polega na wskazaniu u pacjenta choroby spośród innych, mających podobny obraz kliniczny; F. Bolechowski, *Podstawy ogólnej diagnostyki klinicznej*, wyd. 3, Warszawa 1982, s. 13, w ten sposób że „wybiera się najwybitniejszy objaw spostrzegany u badanego, a następnie rozważa choroby, w których on występuje”, E. Szczeklik, *Diagnostyka ogólna...*, s. 27 (takie diagnozy są oczywiście bardziej skomplikowane, niż sugeruje jednozdaniowy opis).

²⁶ Od dawna istnieją tzw. systemy ekspertowe, które takie operacje sprawnie wykonują. Nie należy w tym miejscu nadużywać sloganu „sztuczna inteligencja”. Maszynowo dałoby się przeprowadzić rozumowanie diagnostyczne w prymitywnej (niemniej „logicznej”!) postaci poprzez *brute force*, zestawiając ustalony obraz kliniczny ze wszystkimi po kolei rozpoznaniem znanymi medycynie.

²⁷ Popularne ale rzetelne i obszernie omówienie zagadnienia heurystyk zob. D. Kahneman, *Pułapki myślenia. O myśleniu szybkim i wolnym*, Warszawa 2012. Na to, że stawianie diagnoz odbywa się „często nie drogą logicznego rozumowania”, zwracano uwagę od dawna, ale wiązano to z tzw. intuicją, pojmowaną niemal mistycznie, jako „niezwykły dar”, którym natura wyposaża lekarza do „wczucia się w położenie chorego”; J. Sawicki, *Błąd sztuki przy zabiegu leczniczym w prawie karnym, doktrynie i orzecznictwie*, Warszawa 1965, s. 26. Tak czy inaczej chodzi o umiejętność, którą „nie każdy dysponuje w stopniu równym” (tamże).

²⁸ E. Szczeklik, *Diagnostyka ogólna...*, s. 27-28.

stępują wyłącznie przy pewnym szczególnym rozpoznaniu chorobowym, i w żadnych innych sytuacjach. Stanowią one kryterium diagnostyczne o najwyższej możliwej swoistości („absolutnie swoiste”): jeżeli według ogólnego stanu wiedzy pewien rodzaj objawu X jest patognomoniczny dla rozpoznania Y, stwierdzenie X u konkretnego pacjenta pozwala postawić owo rozpoznanie niemal mechanicznie, bez brania pod uwagę dalszych czynności diagnostycznych²⁹. Ku utraپieniu lekarzy i pacjentów bardzo niewiele symptomów chorobowych należy do tej grupy. Ogromna ich większość ma tylko swoistość ograniczoną, tzn. są skorelowane z więcej niż jedną jednostką chorobową³⁰ (w tej sprawie taki charakter miała opuchlizna – zjawisko, które nie bierze się znikąd i świadczy o jakimś procesie chorobowym, ale bez dalszych czynności nie można stwierdzić, o jakim konkretnie). Są wreszcie objawy występujące w tak wielu chorobach, że ich wartość diagnostyczna jest niska³¹. Można jeszcze dodać, że niektóre są tak dalece niespecyficzne, że w odniesieniu do nich samo słowo „objaw” staje się zdradliwe; w pewnych kontekstach mogą one stanowić sygnał pewnego stanu chorobowego, ale kiedy indziej są normalną reakcją fizjologiczną lub losową przypadłością, która nic medycznie istotnego nie *objawia*.

W praktyce więc diagnozy są i muszą być wyprowadzane nie z obecności pojedynczego objawu, lecz z ich zespołów („syndromów”), a nawet i te mogą być niedostatecznie swoiste, by jednoznacznie przesądzać o rozpoznaniu. Do tego w literaturze medycznej opisywane są w pierw-

²⁹ Jest tak tylko teoretycznie, bo każdy objaw, nawet patognomoniczny, należy interpretować w kontekście „całości obrazu klinicznego”, tj. faktów współwystępujących; F. Bolechowski, *Podstawy ogólnej diagnostyki...*, s. 17.

Objaw patognomoniczny w odwrotną stronę nie działa, bo jest (z definicji) kryterium absolutnie swoistym, ale nie jest kryterium **czułym** – występuje tylko u pacjentów z danym rozpoznaniem, lecz niekoniecznie u wszystkich takich pacjentów (np. rumień wędrujący można zaobserwować tylko u osób z boreliozą, ale pewna ich część go nie ma). Nieobecność tego rodzaju objawu nie pozwala więc wykluczyć rozpoznania.

³⁰ Niektóre z nich, zwane „wiodącymi” lub „kardynalnymi”, występują tylko przy niewielu rozpoznaniach i są często podstawą wyjściową dla dalszego rozumowania; F. Bolechowski, *Podstawy ogólnej diagnostyki...*, s. 17.

³¹ Nazywa się je „wieloznacznymi”, „przygodnymi”, „niecharakterystycznymi”, „dodatkowymi” lub „ubocznymi”, F. Bolechowski, *Podstawy ogólnej diagnostyki...*, s. 17.

szym rzędzie zespoły objawów uważane za klasyczne czy typowe dla danej jednostki chorobowej, które jednak u konkretnego chorego wcale nie muszą wystąpić. Podręcznikowy zawał mięśnia sercowego „powinien” objawiać się m.in. szczególnego typu bólem zamostkowym, promieniującym do rąk lub żuchwy (częściej po stronie lewej), uczuciem duszności i panicznego lęku. Jednak może przebiegać inaczej, z bólem zlokalizowanym w nadbrzuszu (zawał „w masce brzusznej”), blahymi odczuciami, które kojarzą się ze zgagą lub powierzchownym urazem klatki piersiowej, a nawet w ogóle bez dolegliwości (zawał „cichy”, wykrywany niekiedy po długim czasie, podczas przypadkowego badania EKG).

Fakty nazywane objawami mogą więc być sygnałem pewnego istotnego problemu zdrowotnego, ale nie zawsze i nie wszystkie nim są; *in concreto* mogą też stanowić „szum informacyjny”, zaciemniający tylko sytuację. Mogą układać się w typowy schemat, przynajmniej teoretycznie łatwy do zidentyfikowania albo w nietypową łamigłówkę, w której części elementów brakuje; te same objawy mogą zgadzać się z różnymi rozpoznaniem, i wówczas potrzebne jest wspomniane „różnicowanie”; mogą wreszcie wynikać z wielu chorób współistniejących, a każdej trzeba domyślić się z osobna. Ostatecznie powiązanie nawet najlepiej ustalonych faktów z określonym „kodem z ICD” bywa zadaniem trudnym, tak że samo w sobie błędne rozpoznanie nie musi i nie może świadczyć o niestaranności w rozumowaniu.

Dodatkowo należy wspomnieć (sytuacja taka w opisanych wypadkach nie zachodziła), że u osoby ewidentnie chorej niekiedy w ogóle nie da się postawić konkretnego rozpoznania na podstawie badania lekarskiego, nawet rozszerzonego o diagnostykę dodatkową (omawiane sprawy do tej grupy rzecz jasna nie należały); dalsze próby diagnozowania muszą wtedy polegać na obserwacji dynamiki choroby albo wnioskowaniu na podstawie reakcji na leczenie wdrożone empirycznie (*diagnosis ex iuvantibus*)³².

Prawnik musi zdać sobie sprawę z tego, że choć symptomatologia chorób należy do aktualnego stanu wiedzy medycznej (por. art. 4 u.z.l., art. 6 ust. 1 u.p.p., art. 6 i 8 k.e.l. w aktualnej redakcji), jej nauczanie ma naj-

³² E. Szczeklik, *Diagnostyka ogólna...*, s. 28, F. Bolechowski, *Podstawy ogólnej diagnostyki...*, s. 14.

częściej kolejność zgodną z klasyfikacją chorób. W wykładzie podręcznikowym opis stanu wiedzy układa się według jednostek nozologicznych (chorobowych) i objaśnia ich etiologię, patomechanizm i symptomatologię³³. Jest chyba zresztą niemożliwe, by fundamenty wykształcenia lekarskiego mogły wyglądać inaczej. W swojej podstawowej formie wiedza o symptomatologii ma więc postać abstrakcyjną: „w populacji osób chorych na A występują objawy B, C i D”. Dla klinicysty ważne jest zaś raczej pytanie odwrotne: „u pewnej osoby stwierdza się X, Y i Z; czy są to objawy choroby, a jeśli tak, to jakiej?”³⁴ Z powodów podanych wyżej odpowiedź może być zupełnie nieoczywista. Nawet idealny, czysto hipotetyczny lekarz o nadludzkiej pamięci, który miałby w głowie cały abstrakcyjny stan wiedzy o symptomatologii³⁵, dla udzielenia odpowiedzi musiałby

³³ Oczywiście nie dotyczy to nauczania przedmiotów najogólniejszych jak anatomia prawidłowa czy biochemia, lecz zagadnień z zakresu poszczególnych specjalności. Niemniej nawet w podręcznikach diagnostyki fragmenty poświęcone symptomom mają taką właśnie kolejność. Istnieje literatura medyczna o charakterze praktycznym, która ukierunkowuje rozumowanie „od symptomów do rozpoznania”, zwykle ogranicza się do wybranych sytuacji klinicznych, które względnie typowo sprawiają trudności praktykom (np. A.J. Singer, J.L. Burstein, F.M. Schiavone, *Poradnik lekarza izby przyjęć*, Warszawa 2001; J.A. Stockman III, T.E. Corden, J.J. Kim, *Vademecum diagnostyki różnicowej w pediatrii*, Warszawa 1993). Być może jedyna po polsku publikacja o charakterze „klucza do oznaczania chorób”, w założeniu obejmująca „praktycznie wszystkie jednostki chorobowe”, prezentuje stan wiedzy z roku 1961 (W.M. Yater, W.F. Oliver, *Diagnostyka różnicowa w praktyce lekarskiej*, Warszawa 1964).

³⁴ Trudność takich zadań gwałtownie rośnie, jeżeli należałoby uwzględnić kwestie probabilistyczne, a tak jest niemal zawsze. Medycyna praktyczna jest pewnego rodzaju grą prawdopodobieństw, a typowy problem dla praktyka może stanowić oszacowanie prawdopodobieństwa diagnostycznego na podstawie prawdopodobieństwa nozologicznego („wśród osób chorych na A, objaw B występuje u 30%, jakie jest zatem prawdopodobieństwo, że konkretny pacjent ze stwierdzonym B jest chory właśnie na A?”). Zasadniczo da się to ściśle policzyć jako prawdopodobieństwo warunkowe odwrotne, ale do obliczeń trzeba by podstawić wielkości, które nie należą do ogólnego stanu wiedzy w medycynie, a zazwyczaj po prostu nie są znane, bo nikt takich danych nie zbiera i nie przetwarza (np. częstość występowania rozpoznania „A” w konkretnej, lokalnej populacji, z którą lekarz ma do czynienia).

³⁵ Człowiek nie jest żywą bazą danych i nie będzie nią, niezależnie od tego, co system prawny uzna za „wymagalne” albo zgodne z „wzorcem dobrego profesjonalisty”. Lekarz znający listę wszystkich aktualnie uznawanych jednostek chorobowych wraz z ich kryteriami diagnostycznymi jest zjawiskiem jeszcze bardziej niemożliwym, niż prawnik znający na pamięć kompletną ustawową typizację przestępstw wraz z ich znamionami. Realny lekarz, gdy dowie się z wywiadu lub wykryje w badaniu pewien objaw, może sobie przypomnieć niektóre choroby, w których on występuje, „jednak często przeglądając odpowiednie rozdziały swych podręczników (...) stwierdza, że jego pamięć jest zawodna i że być może zapomniał lub nigdy nie znalazł wielu przyczyn danego objawu”; W.M. Yater, W.F. Oliver, *Diagnostyka różnicowa...*, Warszawa 1964, przedmowa, s. VIII. Ta nietypowa monografia zawiera ostrzeżenie, że „nie jest przeznaczona do nauki” (liczy 1100 stron gęstego druku), lecz należy ją trzymać na podorzędziu,

skojarzyć ustalony przez siebie zbiór objawów z jakąś jednostką chorobową. Chodzi o skojarzenie w dosłownym sensie: łączenie wrażeń, wyobrażeń i innych przeżyć „w taki sposób, że zjawianie się w świadomości jednych powoduje uświadamianie sobie innych”³⁶. W opisanych stanach faktycznych zabrakło właśnie takiego skojarzenia, właściwe rozpoznanie po prostu nie przyszło obwinionym do głowy (jeszcze inaczej ujmując: heurystyki w tych przypadkach zawiodły).

Dla prawnika, który także zawodowo stawia pewnego rodzaju diagnozy, istotne jest, czy „obiektywny błąd w postaci nieświadomości” (diagnoza fałszywie negatywna, do której w obu sprawach bezspornie doszło) był tu zarazem karygodnym „błędem medycznym” (mówiąc bardziej adekwatnie: czy nietrafna diagnoza wynikała z niestaranności *resp.* nieostrożności). Sądy lekarskie udzieliły odpowiedzi twierdzącej, a w drugiej sprawie to samo uczyniły i sądy powszechne. Z punktu widzenia dominujących poglądów doktryny prawa i zwykłej praktyki procesowej rozstrzygnięcia te wydają się tak oczywiście słuszne, że niewarte analizy. Jest tak zwłaszcza w sprawie pierwszej, gdzie problem diagnostyczny należał do wspomnianych „prostych codziennych”. Nawet laikowi może się wydawać banalny³⁷. Objawy zgłoszone przez R.N. i jego matkę podczas wizyty, i skrupulatnie zapisane przez obwinioną w dokumentacji, podsuwały właściwe rozpoznanie jak na tacy. W takim razie jednak, dlaczego J.J. taka myśl nie wpadła do głowy? Nie ma przecież powodu sądzić, by powodem było jej „nieuctwo”, nieznajomość aktualnej wiedzy w medycynie. Bardzo możliwe (choć oczywiście niesprawdzalne), że gdyby wcześniej tego samego dnia ktoś przepytal ją z **abstrakcyjnej** wiedzy nozologicznej

stanowi „pierwszą pomoc w ustalaniu rozpoznania”, w szybkim poszukiwaniu odpowiedzi na wątpliwości diagnostyczne, „gdy chory przygotowuje się do badania lub gdy ubiera się po badaniu”; tamże, s. VIII-IX.

³⁶ *Słownik języka polskiego*, t. 8, S-J, red. W. Doroszewski, Warszawa 1966, hasła „skojarzenie”, „skojarzyć”, s. 301-302.

³⁷ Ilekroć przywoływałem ten przypadek w dydaktyce, ktoś spośród studentów wtrącał podejrzenie, że „przecież ten człowiek musiał mieć cukrzycę”. Oczywiście nie jest to domysł bezbłędny, bo kwasica ketonowa może mieć inne przyczyny, a z kolei cukrzyca może przebiegać bezobjawowo, niemniej kierunek podejrzeń był właściwy, choć studenci prawa nie są szczególnie zorientowani w biologii lub medycynie.

o cukrzycy i kwasicy ketonowej, wymieniłaby właściwy zespół objawów, bo nawet dla lekarza o specjalności „nieinternistycznej” jest to wiedza podstawowa. Kiedy jednak miała do czynienia z konkretnym pacjentem, który takie objawy prezentował, odpowiedź nie przyszła jej na myśl.

Przypadek drugi był niewątpliwie trudniejszy. Dla rozpoznania ostrego zapalenia ucha środkowego najistotniejsze są objawy miejscowe: silny, pulsujący ból ucha, nasilający się w nocy (otalgia), ból w okolicy wyrostka sutkowatego i ból głowy po tej samej stronie, uczucie zatkania ucha, upośledzenie słyszenia, szum (tinnitus) niskiej częstotliwości³⁸. Jako subiektywne dają się one ustalić tylko z wywiadu z pacjentem, co ze względów oczywistych nie wchodziło w grę. Objawy ogólne są analogiczne jak przy infekcji górnych dróg oddechowych z gorączką³⁹. Były one obecne i w tym przypadku, są jednak bardzo niespecyficzne i nie kojarzą się z niczym groźnym. Jedyny fakt niepokojący stanowiła opuchlizna; mogła ona mieć wiele wyjaśnień, które zostały już wymienione. Jednym z nich było zapalenie ucha środkowego, dające już odczyn w pobliskich węzłach chłonnych.

Samo w sobie ostre zapalenie ucha środkowego nie jest u niemowląt rzadkością; przeciwnie, niemowlę siedmiomiesięczne jest właśnie w grupie ryzyka, bo najwyższa zapadalność występuje między 6 a 24 miesiącem życia⁴⁰. Gdy przebiega bez powikłań, a tak jest najczęściej, nie jest chorobą groźną⁴¹. Lista możliwych powikłań jest jednak obszerna⁴², opuchlizna

³⁸ P. Dąbrowski, *Nawracające infekcje uszu*, „Lekarz POZ” nr 6 z 2018 r., s. 457.

<https://www.termedia.pl/Nawracajace-infekcje-uszu,98,34485,1,0.html> [dostęp: 23.07.2025 r.].

³⁹ Ibidem.

⁴⁰ Zob. J. Kuczkowski, *Aktualne problemy w rozpoznawaniu i leczeniu ostrego i wysiękowego zapalenia ucha środkowego*, „Forum Medycyny Rodzinnej” nr 5 z 2011 r., s. 288, i lit. cyt. na s. 293 (przypis 1, 2).

⁴¹ Objawy ostrego zapalenia ucha środkowego najczęściej ustępują samoistnie i niezależnie od zastosowania terapii lekami przeciwbakteryjnymi, D.A. Varrasso, *Ostre zapalenie ucha środkowego: leczenie przeciwbakteryjne czy obserwacja?*, „Medycyna po Dyplomie” nr 2 z 2010 r., s. 68; przedruk z *Acute Otitis Media: Antimicrobial Treatment or the Observation Option?*, „Current Infectious Disease Reports” nr 11 z 2009 r.

⁴² Wśród powikłań miejscowych („wewnątrzskroniowych”) są: ostre zapalenie wyrostka sutkowatego, niedowład lub porażenie nerwu twarzewego, zapalenie ucha wewnętrznego, zapalenie piramidy kości skroniowej, ropień szczytu piramidy. Możliwe są ponadto powikłania wewnątrzczaszkowe, groźne dla życia i wymagające interwencji chirurgicznej: zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, ropnie nad- i podtwardówkowe, zakrzepowego zapalenia zatoki esowatej, ropnie płata skroniowego, ropnie mózdzku; P. Dąbrowski, *Nawracające infekcje...*, s. 459.

może świadczyć o jednym z nich, a przynajmniej zaalarmować, że w uchu „coś się dzieje” i skłonić, jeśli nie do natychmiastowego zaordynowania antybiotyku, to do systematycznego nadzorowania rozwoju sytuacji⁴³. Jednak i w tej sprawie lekarka najwyraźniej nie pomyślała o możliwości takiego scenariusza.

Możliwe, że z punktu widzenia psychologii obie sytuacje są łatwo wytłumaczalne, bo obwinione działały w warunkach jakiegoś rodzaju błędu kognitywnego. Nawet jeśli system prawny nie traktuje tego rodzaju błędów jako usprawiedliwienia, trzeba jeszcze wyjaśnić i uzasadnić, w którym właściwie punkcie ich postępowania leżała niestaranność.

Kategorię staranności (w prawie karnym – ostrożności) można rozumieć na co najmniej trzy różne sposoby⁴⁴; skoncentrujemy się na podejściu tzw. formalnym. Zgodnie z nim czynność zawodową lekarza można określić jako należycie staranną wtedy, gdy jest wykonana zgodnie z właściwymi regułami – takimi, które powinny być przestrzegane w analogicznych sytuacjach klinicznych. W obu stanach faktycznych sąd lekarski wskazał na uchybienia **regułom odnoszącym się do procesów wolicjonalnych i intelektualnych (decyzyjnych i przeddecyzyjnych)**. Oczywiście wadliwości można było dopatrywać się także w przedmiotowej stronie czynu: J.J. nie zabrała do szpitala pacjenta, który tego obiektywnie wymagał; E.P. nie wykonała żadnej czynności diagnostycznej pod kątem zapalenia ucha, choć sytuacja obiektywnie pozwalała odgadnąć, że takie rozpoznanie może wchodzić w grę. Jednak wszystko to jest tylko prostą konsekwencją tego, że gdy lekarz nie domyśla się, z jaką sytuacją ma faktycznie do czynienia, nie dostrzega też potrzeby działania.

Niewątpliwie interesujące są uwagi, które poczynił OSŁ w sprawie drugiej: gdy lekarz ma do czynienia z sytuacją diagnostycznie niejasną, w której objawy mogą odpowiadać różnym chorobom, ma nie tylko „aktywnie dążyć” do różnicowania diagnozy, ale i przewidywać, jaki poten-

⁴³ W ostatnich latach ukształtowała się praktyka, by nawet gdy takie zapalenie ma etiologię bakteryjną, nie wdrażać automatycznie, u każdego z pacjentów, leczenia przeciwbakteryjnego (antybiotykami), lecz w przypadkach prostych ograniczać się początkowo do obserwacji.

⁴⁴ Omówienie szczegółów np. P. Konieczniak [w:] *System Prawa Medycznego*, t. III, s. 53 i n.

cjał zagrożeń dla pacjenta wiąże się z poszczególnymi podejrzeniami. Nie wolno mu więc poprzestać ani na pierwszym nasuwającym się domysle, ani nawet na tym, który jest przy danych objawach najbardziej prawdopodobny, ale brać pod uwagę i inne, choćby mniej prawdopodobne, lecz groźniejsze w skutkach, gdyby się potwierdziły. Wymaga to uwzględnienia nie tylko rodzaju i rozmiaru szkody, której pacjent mógłby doznać, ale również prognoz co do dynamiki choroby.

Rozumowanie obu instancji sądów lekarskich w pierwszej sprawie jest natomiast dość lakoniczne. Jeżeli odwołuje się ono do jakiejś reguły, to *implicite* do takiej, że lekarz mający do dyspozycji fakty ewidentnie wystarczające do postawienia pewnej diagnozy, ma wyciągnąć właściwe wnioski i ją postawić.

Pozostaje jednak podstawowa wątpliwość. Reguły określające np. sposoby badania przedmiotowego, dobierania sposobu leczenia do już postawionego rozpoznania czy rozumowania w tej części, w której podlega ono logice, są lepiej lub gorzej określonymi dyrektywami, do których można się stosować, a przynajmniej próbować. Jakim jednak sposobem lekarz ma się zastosować do normy, której treść w ostatecznym rachunku brzmi: *domyśl się*, skoro mowa o sytuacjach, w których on właśnie czegoś się nie domyśla? Odpowiedzi na to pytanie nie dadzą też pozostałe ujęcia staranności: ani tzw. materialne, ani oparte na odwołaniu się do wzorców osobowych. Każda z trzech interpretacji staranności pozwala najwyżej ocenić *ex post*, że lekarz nie zastosował się do oczekiwań oceniającego, i skonstruować do tego spójne uzasadnienie. Tradycyjnie w prawie zawsze się tak robiło; być może zresztą tak właśnie powinno być i takie są oczekiwania społeczne; może jednak jest to symptom jakiejś choroby tkwiącej w samym sposobie formułowania ocen, które odnosimy do tego rodzaju przypadków. Jest to wątpliwość z zakresu filozofii odpowiedzialności, zbliżona do tej, jaka bywa zgłaszana w odniesieniu do przynajmniej niektórych z tzw. przestępstw z zapomnienia⁴⁵; jej rozstrzygnięcie przekracza oczywiście ramy tego artykułu.

⁴⁵ Zob. np. M. Król-Bogomilska, *Odpowiedzialność karna za przestępstwa popełnione wskutek zapomnienia*, „Zeszyty Naukowe IB PS” nr 12 z 1979 r., nr 12; zob. też M. Król-Bogomilska, „Formy winy” w prawie karnym w świetle psychologii, Warszawa 1991, s. 196-219.

Druga z omówionych spraw ma jeszcze inne aspekty zasługujące na odnotowanie.

Rozstrzygnięcie w zakresie niestaranności przez sąd lekarski (zaś nieostrożności przez sąd karny) było, przynajmniej z punktu widzenia prawa pozytywnego, całkowicie prawidłowe. Za niekoniecznie trafne można natomiast uważać obciążenie lek. E.P. skutkiem śmiertelnym i co za tym idzie, przypisanie jej przestępstwa z art. 155 k.k. Już samo określenie czynu, przyjęte jednakowo w postępowaniu karnym i dyscyplinarnym („poprzez błędne rozpoznanie świnki (...) i zastosowanie wyłącznie leczenia objawowego (...) spowodowała śmierć”⁴⁶) jest nieadekwatne. Jak wyjaśniono ani rozpoznanie świnki, ani zalecone leczenie objawowe pacjentowi nie zaszkodziło i zaszkodzić nie mogło. Istotą stanu faktycznego było to, do czego w nim nie doszło: obwiniona nie wpadła na podejrzenia zapalenia ucha środkowego, więc nie podjęła diagnostyki w tym kierunku, nie rozpoznała (bo nie miała jak) rzeczywistej choroby ani jej powikłań, nie wdrożyła ich przyczynowego leczenia ani nie dała możliwości, by uczynili to inni lekarze⁴⁷. Chodziło więc o zaniechanie, o niezapobieżenie śmierci, nie o jej spowodowanie.

Różnica nie jest jedynie werbalna. Obciążenie człowieka skutkiem przy zaniechaniu nie opiera się na związku przyczynowym, którego w takim wypadku brak (np. w omawianej sprawie to powikłania zakończone posocznicą były, w wymiarze fizycznym, przyczyną zgonu), lecz na rozumowaniu w postaci tak zwanego „testu alternatywy” lub „hipotetycznego przebiegu przyczynowego”⁴⁸. Polega to na rozważeniu pytania, czy

⁴⁶ W sądach lekarskich takie ujęcie przewinienia stanowi rzadkość. Ogólna definicja przewinienia zawodowego z art. 53 u.i.l. nie wymaga „złego skutku”, a że ustalenia kauzalne są kłopotliwe w praktyce, organy procesowe ich unikają.

⁴⁷ Co najmniej od momentu, w którym stan zapalny objął wyrostek sutkowaty, pacjent wymagał leczenia chirurgicznego, którego obwiniona oczywiście nie mogłaby wykonać. Wyrostek sutkowaty stanowi fragment kości skroniowej stykający się z uchem środkowym; jak cała kość skroniowa jest spneumatyzowany, tzn. wśród tkanki kostnej znajdują się puste komory. Jeżeli zostaną zasiedlone przez bakterie, potrzebne jest, poza podawaniem antybiotyków dożylnie, mechaniczne otwarcie kości i usunięcie komórek powietrznych wraz z treścią.

⁴⁸ Zob. np. T. Sroka, *Odpowiedzialność karna za niewłaściwe leczenie. Problematyka obiektywnego przypisania skutku*, Warszawa 2013, s. 46-47. Obecnie zagadnienie testu alternatywy przy zaniechaniach traktuje się jako jeden z elementów szerszej koncepcji obiektywnego przypisania skutku, ale taki schemat rozumowania był w użyciu zanim koncepcja ta stała się znana.

gdyby człowiek zobowiązany do działania mającego zapobiec pewnemu nieszczęściu, który faktycznie go zaniechał, hipotetycznie owo działanie jednak wykonał – i to wykonał starannie, a nie byle jak – dalszy przebieg wydarzeń uległby zmianie tak, że nieszczęśliwe zdarzenie by nie nastąpiło. Przypisanie skutku możliwe jest tylko przy odpowiedzi pozytywnej. Kwestią sporną pozostaje, jak dalece pewny ma być taki wniosek. Tradycyjny, ale nadal spotykany jest pogląd rygorystyczny, że przynajmniej w zakresie odpowiedzialności karnej⁴⁹ obciążenie skutkiem jest możliwe tylko, gdy podjęcie wymaganego działania zapobiegłoby temu skutkowi z prawdopodobieństwem graniczącym z pewnością⁵⁰, czy wręcz po prostu z pewnością. Bywa on też, z różnymi uzasadnieniami, podważany⁵¹. Nie sposób w tym miejscu wchodzić w rozważania szczegółowe, ale taki „test”, nawet jeśli ma charakter spekulatywny, odnosi się do ustaleń faktycznych. Jeśli więc odpowiedź na pytanie „co by było, gdyby” pozostawia wątpliwości, rozstrzygnięcia należy szukać chyba w regule procesowej z art. 5 § 2 k.p.k., co przemawiałoby za podejściem rygorystycznym.

Stanowisko sądu lekarskiego było inne. Dowody w tym zakresie wyglądały następująco: biegli stwierdzali, że wcześniej podjęte leczenie **rokowało powodzenie**: „wczesna prawidłowa diagnoza i zastosowanie antybiotyków mogły opanować proces zapalny i przygotować pacjenta do operacji dłutowania kości sutkowej” (opinia A.R.), „wystarczyło zajrzeć przyrządem (...) do uszu i sprawa byłaby praktycznie rozstrzygnięta. Niemowlę skierowano by do laryngologa, dokonano by zabiegu, zapisano antybiotyki i wdrożono dalsze postępowanie, aby zapobiec posocznicy” (opinia A.G.). Jednak co do **określenia szans na zapobieżenie śmierci** wypowiadali się ostrożnie: zauważali, że proces chorobowy w tym przypadku postępował bardzo szybko (opinia M.K.), „przyczyną zgonu było uogólnione zakażenie, a podjęcie właściwego leczenia nie gwarantuje

⁴⁹ Chodzi o dokonane przestępstwa typu materialnego popełnione przez zaniechanie, bo tylko do nich odnosić się może pytanie o przypisanie skutku.

⁵⁰ Np. A. Jezusek, *Przyczynowość zaniechania oraz rola powiązań kauzalnych w obiektywnym przypisaniu skutku*, CzPKiNP nr 4 z 2015 r, s. 110.

⁵¹ Zob. np. O. Sitarz, *Glosa do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 4 marca 2020 r., IV KK 221/191*, PPM nr 1-2 z 2021 r. i zawarty tam przegląd stanowisk.

w takim wypadku powodzenia” (opinia H.S.), wreszcie, że „w kategoriach statystycznych wcześniejsze leczenie zwiększałoby szanse dziecka, ale w kategoriach deterministycznych nie można powiedzieć, czy leczenie okazałoby się skuteczne”, jakkolwiek trzeba pamiętać, że w dniu badania przez lek. E.P. stan ogólny dziecka był jeszcze dobry (opinia A.O.).

W podsumowaniu uzasadnienia OSL napisał, że wprawdzie podjęcie przez lek. E.P. właściwych czynności w dniu wizyty, a w ostateczności w dniu następnym, „nie dawałoby absolutnej gwarancji powodzenia” niemniej „ogólnie dobry stan dziecka w tym czasie pozwala sądzić, że należyce wczesne wdrożenie antybiotykoterapii i leczenia chirurgicznego dawałoby bardzo wysokie prawdopodobieństwo zapobieżenia posocznicy, której efektem był zgon P.M.” W takim razie można „obciążyć obwinioną przyczynieniem się do zgonu pacjenta, jak to zresztą uczynił sąd powszechny”.

Z dowodów wynikało jeszcze, że stan dziecka uległ pogorszeniu już drugiego dnia po wizycie w przychodni, ale wbrew zaleceniu obwinionej, matka dopiero w trzecim kolejnym dniu udała się z nim do szpitala, a opóźnienie mogło mieć poważny wpływ na dalsze wydarzenia. Tym samym mogło być istotne z punktu widzenia tzw. negatywnego przypisania skutku. Kwestia ta jednak w żadnym z postępowań nie została rozważona.

Wypada dodać kilka słów o kwestiach statystyki i prawdopodobieństwa, które pojawiły się w materiale dowodowym i były podnoszone na rozprawie. Biegli określali świnkę u niemowlęcia jako zjawisko rzadkie – więc i jako rozpoznanie mało prawdopodobne. Analogiczną uwagę odnosili jednak do rozpoznań konkurencyjnych, tak że można było odnieść (błędne) wrażenie, że w sprawie tej zaszedł jakiś niezwykley zbieg okoliczności. Zamieszanie potęgował obrońca, który zadawał biegłym dziwne pytania, sugerujące, że nie rozumiał stanu faktycznego: „czy posocznica jest zjawiskiem nagminnym u niemowląt w tym wieku? (...) jaka jest zapadalność wśród zdrowych, normalnych niemowląt? czy częściej zapadają na świnkę, czy na posocnicę?” [z protokołu].

Jak wspomnieliśmy poprzednio, wystąpienie ostrego zapalenia ucha środkowego u siedmiomiesięcznego niemowlęcia wcale nie jest niepraw-

dopodobne. Przeciwnie: jest to przedział wiekowy, w którym zapadalność na tę chorobę jest najwyższa w ciągu życia, a na dodatek masowa: oszacowania, jaka część dzieci przechodzi ją przynajmniej raz przed ukończeniem roku, wahają się między 19 a 62%⁵². Tymczasem świnkę przed ukończeniem roku przechodzi kilka osób na sto tysięcy⁵³. Chodzi więc o zjawiska o zupełnie różnej częstości. Biegli nie podawali konkretnych wartości liczbowych, ale w tej sprawie mieli zasadniczą rację. Z drugiej jednak strony kwestie statystyczne ujmowali w formę niewłaściwą. Prawdopodobieństwo diagnostyczne (że np. stojący przed lekarzem pacjent ma zapalenie ucha, świnkę, a może nawet i posocznicę) nie jest tożsame z rozpowszechnieniem danej choroby w miejscowej populacji⁵⁴. Powód jest oczywisty: pacjent nie jest obiektem wybieranym losowo jak kolorowe kule w zadaniach z rachunku prawdopodobieństwa. Trafia on do lekarza z jakiegoś powodu i już ten czynnik niesie z sobą dodatkową informację, która w pewien sposób zmienia ocenę prawdopodobieństwa. W naszym przypadku obwiniona nie miała do czynienia ze *zdrwym, normalnym niemowlęciem*, jak to widział obrońca, lecz z takim, które od kilku dni miało katar i gorączkowało, a od kilku godzin spuchniętą „okolicę kąta żuchwy po stronie lewej”. Nie stawia się wtedy pytania o ogólne prawdopodobieństwo pewnej choroby u niemowlęcia, lecz o jej prawdopodobieństwo u niemowlęcia z katarzem, gorączką i na dodatek opuchlizną⁵⁵.

Mówiąc inaczej i bardziej ogólnie: właściwe jest pytanie o prawdopodobieństwo warunkowe (prawdopodobieństwo rozpoznania X u osoby, u której widzi się objaw Y), a nie bezwarunkowe (prawdopodobieństwo rozpoznania X u jakiejkolwiek przypadkowej osoby). Jeśli Czytelnik nie zna lub nie lubi kategorii prawdopodobieństwa warunkowego, można to

⁵² J. Kuczkowski, *Aktualne problemy...*, s. 288.

⁵³ Według European Centre for Disease Prevention and Control, *Mumps. Annual Epidemiological Report for 2022*, s. 3 w ostatnim czasie jest to poniżej dwóch osób (liczone w skali całej Europy); oczywiście częstość ta mogła być inna w 1998 r., ale należała do tego samego rzędu wielkości.

⁵⁴ Tak można w uproszczeniu rozumieć epidemiologiczne pojęcia *zapadalności* oraz *chorobowości*.

⁵⁵ W takim razie diagnoza świnki nie była aż tak nieprawdopodobna, jak by wynikało z samego rozpowszechnienia tej choroby (nadal jednak relatywnie o wiele mniej prawdopodobna niż diagnoza zapalenia ucha).

samo wyrazić w ujęciu częstościowym: nie należy pytać, jak często choroba X występuje w populacji generalnej, lecz jak często występuje ona w populacji osób, u których zaobserwowano objaw Y.

Trzeba z uznaniem podkreślić, że (w przeciwieństwie do obrońcy) sędziowie w tej problematyce się nie pogubili i radzili sobie z prowadzeniem dowodów we właściwym kierunku⁵⁶.

Bibliografia:

- F. Bolechowski, Podstawy ogólnej diagnostyki klinicznej, wyd. 3, Warszawa 1982.
- M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Prawa pacjenta*, Warszawa 2001.
- P. Dąbrowski, *Nawracające infekcje uszu*, „Lekarz POZ” nr 6 z 2018 r.
- European Centre for Disease Prevention and Control, *Mumps. Annual Epidemiological Report for 2022*.
- A. Jezusek, *Przyczynowość zaniechania oraz rola powiązań kauzalnych w obiektywnym przypisaniu skutku*, CżPKiNP nr 4 z 2015 r.
- D. Kahneman, *Pułapki myślenia. O myśleniu szybkim i wolnym*, Warszawa 2012.
- D. Kahneman, O. Sibony, C.R. Sunstein, *Szum, czyli skąd się biorą błędy w naszych decyzjach*, Warszawa 2022.
- M. Król-Bogomilska, *Odpowiedzialność karna za przestępstwa popełnione wskutek zapomnienia*, „Zeszyty Naukowe IB PS” nr 12 z 1979 r., nr 12.
- M. Król-Bogomilska, *„Formy winy” w prawie karnym w świetle psychologii*, Warszawa 1991.
- J. Kuczkowski, *Aktualne problemy w rozpoznawaniu i leczeniu ostrego i wysiękowego zapalenia ucha środkowego*, „Forum Medycyny Rodzinnej” nr 5 z 2011 r.
- J. Sawicki, *Błąd sztuki przy zabiegu leczniczym w prawie karnym, doktrynie i orzecznictwie*, Warszawa 1965.

⁵⁶ Pytanie do biegłej (A.O.) „Zakładając, że u stu dzieci w pierwszym roku życia jest obrzęk w okolicy kąta żuchwy, jaka jest procentowo szansa, że jest to świnka, a jaka jest szansa, że jest to proces zapalny ucha środkowego?”

- A. J. Singer, J. L. Burstein, F. M. Schiavone, *Poradnik lekarza izby przyjęć*, Warszawa 2001.
- O. Sitarz, *Glosa do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 4 marca 2020 r., IV KK 221/191, PPM nr 1-2 z 2021 r.*
- T. Sroka, *Odpowiedzialność karna za niewłaściwe leczenie. Problematyka obiektywnego przypisania skutku*, Warszawa 2013.
- J.A. Stockman III, T.E. Corden, J.J. Kim, *Vademecum diagnostyki różnicowej w pediatrii*, Warszawa 1993.
- E. Szczeklik, *Diagnostyka ogólna chorób wewnętrznych*, wyd. VI, Warszawa 1974.
- System Prawa Medycznego, t. III, Odpowiedzialność prawna w związku z czynnościami medycznymi*, red. T. Dukiet-Nagórska, A. Liszewska, Warszawa 2021.
- D.A. Varrasso, *Ostre zapalenie ucha środkowego: leczenie przeciwbakteryjne czy obserwacja?*, „Medycyna po Dyplomie” nr 2 z 2010 r., przedruk z *Acute Otitis Media: Antimicrobial Treatment or the Observation Option?*, „Current Infectious Disease Reports” nr 11 z 2009 r.
- W. Wolter, *Błąd w prawie karnym w ujęciu systematycznym* [w:] tenże, *Studia z zakresu prawa karnego*, Kraków 1947.
- H.R. Wulff, P.C. Göttsche, *Racjonalna diagnoza i leczenie*, Łódź 2005.
- W.M. Yater, W.F. Oliver, *Diagnostyka różnicowa w praktyce lekarskiej*, Warszawa 1964.

S u m m a r y

Due care and cautiousness in medical reasoning

A double case study followed by some conclusions on diligence of a physician in drawing inferences from already known facts. The cases come from so-called „medical courts” (i.e. disciplinary, not „real” courts provided by Constitution). The essence was: a physician involved performed a physical examination of a patient as well as an interview (anamnesis).

The examination was complete and technically correct. The signs and symptoms found were sufficient to formulate a diagnosis, but a false negative error occurred. In case (1.) the physician neither made an adequate diagnosis, nor recognized the situation as an emergency one. Case (2.) was similar, with an additional factor of differential diagnosis. In both cases „wrongness” did not lay in manual or perceptual elements of the examination, but in inference. Similar errors are named „logical”, but diagnostic matter is not purely logical; it is inevitably based on heuristic and an element of guessing. The idea of „due diligence” is usually interpreted as conforming the activity performed with the adequate set of rules. Many medical actions and mental efforts are covered with rules but there are no rules of guessing. Probably all legal systems agree, that „non-guessing” can be a culpable „mental omission” and falls under responsibility. The idea is common, obvious and undoubted, but its rationale looks a little unclear. Beside this, some causal matters (or rather negative „quasi-causality”), probability and statistics, significant in the context of case (2.), are shortly discussed.

Key words: due diligence, diagnostic reasoning, diagnostic inference, differential diagnosis, heuristic