Teresa Bernadetta Kulik, Anna Pacian, Jolanta Pacian

Błąd medyczny, a odpowiedzialność karna lekarza

Acta Scientifica Academiae Ostroviensis nr 31, 17-30

2008

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

MUZEUM HISTORII POLSKI

Teresa Bernadetta Kulik, Anna Pacian, Jolanta Pacian

BŁĄD MEDYCZNY, A ODPOWIEDZIALNOŚĆ KARNA LEKARZA

Błąd medyczny (lekarski, nauki i sztuki lekarskiej) jest nie tylko różnie nazywany, ale również definiowany i rozumiany. Różnie kształtowały się poglądy na temat teorii dotyczących błędów oraz ich nazewnictwa. Na przestrzeni wielu lat powstawały różne definicje błędów. Niemniej jednak, zgodnie z każdą z nich, lekarz musi dołożyć maksymalnego wysiłku adekwatnie do okoliczności w jakich udziela pomocy choremu. Zawsze musi postępować zgodnie z zasadami wiedzy i sztuki lekarskiej. Jeżeli natomiast w wskutek błędu dojdzie do wyrządzenia szkody albo realnego zagrożenia życia, lekarz poniesie odpowiedzialność karną.

Aby można było mówić o błędzie medycznym w działaniu lekarza, musi wystąpić brak podstawowych powinności, do których przestrzegania jest obowiązany. Stanowią one pewien schemat, zgodnie z którym każdy lekarz powinien postępować. Po pierwsze lekarz nie powinien podejmować się leczenia w zakresie, w którym nie posiada dostatecznej biegłości, wyłączając przypadki nagłe, do drugie lekarz ma obowiązek dołożyć należytej staranności, po trzecie obowiązany jest mieć dostateczne kwalifikacje, a by wszystko co robi w zakresie diagnostyki i leczenia mogło pozostawać co najmniej na poziomie aktualnej wiedzy.

Według Vichrowa, wybitnego naukowca drugiej połowy XIX wieku, błędem w sztuce jest niestosowanie się podczas zabiegu leczniczego do zasad wiedzy medycznej reprezentowanej przez miarodajne koła lekarskie, które odpowiadają od dawna przyjętym poglądom rozważnych lekarzy i nie podlegają już dyskusji, jako oparte na jednomyślnej opinii[1]. Ta definicja jednak była i jest bardzo krytykowana w środowisku lekarskim ze względu na zbyt dużą ogólnikowość. Jednomyślna opinia nie do końca musi być wyrażana przez wszystkich przedstawicieli zawodu, ale zdecydowaną większość.

[1] Z. Marek.: *Błąd medyczny, odpowiedzialność etyczno-deontologiczna i prawna lekarza.* Wydawnictwo Medyczne Kraków 2007r., s 34; M. Nesterowicz: *Prawo medyczne.* Toruń 2007r., s 186-192.

To może powodować tworzenie się grup lekarzy, których opinie będą wiążące dla całego środowiska. Może to prowadzić do formułowania sztucznych opinii i powstawania poglądów niekoniecznie zgodnych ze stanowiskiem większości lekarzy. Generowanie na siłę pewnych poglądów może być także przyczyną, dla której większość lekarzy z niechęcią będzie patrzeć na tę właśnie grupę osób.

Zgodnie z panującą opinią bardziej miarodajna jest definicja Leona Wachholza, według, której błędem jest nieumyślne uszkodzenie ciała lub pozbawienie życia chorego ...wskutek nieświadomości zasad sztuki lub zaniedbania, błąd tylko wtedy może być uznany za karygodny, jeżeli jest widoczny, jeżeli można go było uniknąć przez stosowanie zwykłych, a nie nadzwyczajnych wiadomości lub zręczności[2]. Autor tej definicji wyklucza karanie lekarza za błąd popełniony w nagłej i przymusowej sytuacji zagrożenia życia. Jego zdaniem nie można karać lekarza za to, że podejmował działania ratujące w sytuacji niespodziewanej i zarazem trudnej.

Również Sąd Najwyższy wypowiedział się w kwestii błędu w sztuce lekarskiej. Zgodnie z orzeczeniem SN z 01.04.1955r.[3] „błędem w sztuce lekarskiej jest czynność (zaniechanie) lekarza w zakresie diagnozy i terapii, niezgodne z nauką medycyny w zakresie dla lekarza dostępnym". Według SN nie jest błędem niedołożenie należytej staranności, niedbalstwo bądź lekkomyślność lekarza. Nie można uznać za błąd źle wykonanego zastrzyku, zamiany leku lub nieprawidłowego jego przygotowania. Błędem jest ewidentne zaniechanie – brak działania lekarza w postawieniu prawidłowej diagnozy i podjęciu właściwej terapii.

Najbardziej miarodajna wydaje się definicja zaproponowana przez Bolesława Popielskiego „błędem lekarskim jest (działanie bądź zaniechanie) wbrew podstawowym, powszechnie uznawanym zasadom współczesnej (aktualnej) wiedzy lekarskiej [4]. Jeżeli lekarz nie leczy choć powinien, leczy nie tak jak powinien bądź leczy choć nie powinien popełnia błąd lekarski. Jednak stwierdzenie samego błędu lekarskiego nie przesądza o winie lekarza.

Wyróżnia się cztery rodzaje błędów medycznych. Pierwszym jest błąd decyzyjny, który polega na błędnym rozpoznaniu oraz błędnym wyborze terapii.

---

[2] Tamże

[3] Orzeczenie SN z 01.04.1955r., IV CR 39/54, OSN 1957, poz. 7

[4] B. Świątek: *Prawo medyczne*. Błąd lekarski. www.forensic.am.wroc.pl/bladmed.ppt

Błędne rozpoznanie może mieć podłoże w niewłaściwej ocenie stanu pacjenta. Gdyby lekarz posiadał wiedzę i odpowiednio potrafił ją wykorzystać, na pewno nie można mówić o błędnej diagnozie. O dużej liczbie błędów diagnostycznych w głównej mierze przesądza niewłaściwe przeprowadzony wywiad, a co za tym idzie powierzchowne zbadanie chorego. To te czynniki decydują o nieprawidłowym rozpoznaniu. Niewłaściwa ocena stanu pacjenta, jego predyspozycji do walki z chorobą oraz reakcji na zastosowane leczenie, także ma swoje uzasadnienie w błędnej diagnozie i terapii. W ślad za tym idzie rezygnacja z badań pomocniczych, a często także niewłaściwe odczytanie wyników. Wielokrotnie takie błędy dotyczą pacjentów, których zamiast skierować do leczenia szpitalnego bez uzasadnienia pozostawiono w domu, skierowano do izby wytrzeźwień bądź którym odmówiono hospitalizacji[5]. Takie nieraz tragiczne w skutkach błędy zdarzają się wobec chorych nieprzytomnych, bezzasadnie uważanych za nietrzeźwych.

Nie może być jednak uznane za błąd diagnostyczny takie działanie lekarza w konsekwencji, którego została postawiona błędna diagnoza bowiem pacjent miał atypowe objawy. W takiej sytuacji należy ocenić prawidłowość postępowania lekarza i trudno obarczać go odpowiedzialnością za to, że wskutek podjęcia wszelkich niezbędnych czynności i przeprowadzenia koniecznych badań, kierując się przy tym zdobytą wiedzą i działając zgodnie z lege artis, postawił nieprawidłową diagnozę. Obiegające od ogólnie przyjętej normy objawy danej choroby oraz jej specyficzny przebieg u danego pacjenta, z pewnością stanowią okoliczność łagodzącą dla lekarza stawiającego diagnozę i usprawiedliwiają zastosowane przez niego leczenie.

Dużo błędów diagnostycznych popełnianych jest w sytuacji lekceważenia przez lekarzy swoich obowiązków oraz schematyzmie działania. Dochodzi do nich najczęściej wtedy gdy mamy do czynienia ze zwiększoną zachorowalnością w danym okresie. Wówczas lekarze przeciążeni pracy, walcząc z jedną jednostką chorobową, postępują w sposób jednakowy niemalże z każdym pacjentem. Unikają holistycznego podejścia do pacjenta. Zwraca uwagę fakt, że w takich sytuacjach, szczególnie ważne jest spojrzenie na pacjenta w sposób całościowy. Zbyt powierzchowne potraktowanie może mieć ujemne konsekwencje i często może prowadzić do nieodwracalnych skutków.

[5] Z. Marek: *Sztuka leczenia, a błąd medyczny* (w:): *Medycyna u progu XXI*, pod red. K. Imielińskiego. Warszawa 1995r. S. 65-71.

Przykładem takich sytuacji są okresy nasilenia epidemicznych zachorowań grypowych i infekcyjnych. Chociaż trudno wyobrazić sobie lekarzy, którzy właśnie w takich sytuacjach podchodziliby indywidualnie do pacjenta, to trzeba mieć na uwadze fakt, że właśnie tylko takie działanie mogłoby zapobiec wielu późniejszym powikłaniom i nieprzewidzianym skutkom.

Przykładem drugiego występującego błędu jest błąd wykonawczy. Przez ten błąd należy rozumieć takie wykonanie zlecenia, w wyniku którego powstała szkoda, nawet w postaci zbędnego przedłużenia leczenia. Takim błędem jest nieprawidłowe przeprowadzenie zabiegu operacyjnego bądź badania diagnostycznego[6]. Aby udowodnić ten błąd należy wykazać, że wszystkie szkody poniesione przez chorego były wynikiem nieodpowiedniego wykonania prawidłowego zlecenia. Na każdej osobie wykonującej zlecenie spoczywa obowiązek jak najdokładniejszego wykonania zadania niezależnie, czy jest to drugi lekarz wykonujący zlecenie kolegi bądź przełożonego, czy też pielęgniarka wykonująca zlecenie lekarskie. Ciężar odpowiedzialności zawsze powinien spoczywać na wykonującym zlecenie. Tylko takie podejście do wykonania zlecenia może prowadzić do profesjonalizmu i rzetelności.

W sytuacji zabiegu przeprowadzonego przez kilku lekarzy, ciężar odpowiedzialności zawsze spoczywa odrębnie na każdym specjaliście. Można powiedzieć, że są oni współodpowiedzialni za wyrządzenie szkody pacjentowi wskutek nieprawidłowego wykonania zabiegu, niemniej jednak każdy z nich odpowiada osobno. Sądzę, że jest to dobre rozwiązanie bowiem każdy z lekarzy musi dołożyć należytej staranności przy zabiegu. Inaczej natomiast wygląda odpowiedzialność lekarza, gdy zleci on pielęgniarce wykonanie czynności wykraczających poza zakres jej obowiązków. Wtedy lekarz oczywiście ponosi odpowiedzialność za ewentualne szkody powstałe wskutek działania pielęgniarki. To rozwiązanie także ma na celu ochronę personelu medycznego przed nadmiernym wykorzystywaniem lekarzy. Spornym i wzbudzającym ciągle ostre dyskusje jest obarczanie odpowiedzialnością za błąd wykonawczy lekarzy- stażystów, którym powierzono wykonanie obowiązków przekraczających ich kompetencje.

---

[6] Z. Marek: *Niepowodzenie i błąd medyczny- dwa niezwykłe przypadki*. „Arch. Med. Sąd." 1991r., nr 41 , s. 201-206.

Pozostawianie tych lekarzy na ostrych dyżurach i dane im przyzwolenie na wykonywanie czynności, z którymi wcześnie się nie spotkali, daleko wykracza poza granice etyki lekarskiej.

Kontrowersyjne jest także to, kto ponosi odpowiedzialność w sytuacji, gdy opiekę nad jednym pacjentem sprawuje kilku lekarzy. Czy odpowiedzialność ponosi ordynator, czy lekarz dyżurny, czy też lekarz opiekujący się daną salą. Niewątpliwie jest to problem bardzo złożony i zależy przede wszystkim od kwalifikacji lekarza dyżurującego oraz zwyczajów, organizacji pracy i wyposażenia szpitala. Dlatego trudno jest jednoznacznie odpowiedzieć na to pytanie. Zgodnie z kodeksami deontologicznymi lekarz zawsze powinien być suwerenny w swoich decyzjach i mieć na uwadze dobro pacjenta. Praktyka pokazuje jednak, że bardzo trudno jest zwrócić uwagę koledze lekarzowi, który ma dłuższy staż pracy i popełnia błąd medyczny bądź też postępuje nieprawidłowo.

Najczęściej popełnianymi błędami wykonawczymi są niepoprawne wykonanie badań laboratoryjnych, błędne oznaczenie próbek krwi bądź zamiana próbek krwi do oznaczenia grupowego. Znane są także przypadki śmiertelnego wstrząsu u chorych, którym podawano antybiotyki bez przeprowadzenia próby uczuleniowej albo objawy nietolerancji na leki miejscowego znieczulenia.

Trzeci błąd to błąd organizacyjny przez który należy rozumieć wszelkie niepoprawne decyzje kierowników zespołów operacyjnych, szefów laboratoriów i pracowni diagnostycznych, osób kierujących jednostkami [7]. Do tej kategorii błędu należą wszelkiego typu niepoprawne decyzje kierowników oraz osób kierujących jednostkami. Na tę grupę błędów składają się częste przypadki nieprawidłowego przechowywania leków, niewłaściwe ich oznaczanie oraz brak troski o sterylność narzędzi i opatrunków. Wyróżnia się trzy kategorie błędu organizacyjnego. Pierwszy dotyczy przypadków, w których kierownik zespołu źle nadzoruje jego pracę. Takim błędem może być źle prowadzona dokumentacja, na przykład historia choroby, co skutkuje niemożnością udzielenia pacjentowi pomocy, w sytuacji nagłego pogorszenia jego stanu zdrowia. Odpowiedzialność ponosi wówczas osoba kierująca zespołem.

[7] K. Jaegerman, Z. Marek, E. Baran: *Błąd organizacyjny w służbie zdrowia*. „Arch. Med. Sąd." 1982r., nr 32, s. 1-12.

Druga kategoria błędu organizacyjnego dotyczy nieprawidłowego przechowywania leków, niewłaściwego ich oznaczania, braku troski o sterylność drobnych narzędzi i opatrunków. Wielokrotnie dochodziło do przypadków, w których pomyłkowo podano operowanym chorym we wlewie dożylnym wysoko stężony alkohol, czy niemowlętom wysokoprocentowy roztwór kwasu solnego. Przyczyną takiego stanu rzeczy było nieprawidłowe przechowywanie płynów infuzyjnych ze środkami do sprzątania i czyszczenia. O błędzie organizacyjnym świadczy też fakt pozostawienia ciała obcego w polu operowanym. Często są to gaziki, chusty czy narzędzia. Doświadczeni chirurdzy wiedzą, że bardzo łatwo jest pozostawić ciało obce w organizmie operowanego pacjenta, niemniej jednak jeszcze większym błędem jest nie sprawdzenie narzędzi oraz zużytych chust po operacji. Nie zweryfikowanie stanu narzędzi czy użytych materiałów po operacji stanowi poważny błąd organizacyjny dokonujących zabiegu. Podsumowaniem tego jest wyrok SN z dnia 09.02.1970r.[8], w którym SN stwierdził, że „nie można aprobować poglądu, że ryzyko na które się godzi pacjent lub może się godzić podając się operacji, obejmuje także pozostawienie w polu operacyjnym instrumentów operacyjnych, serwet operacyjnych lub jakichkolwiek przedmiotów. Ryzyko może jedynie obejmować samą dziedzinę interwencji lekarskiej. Odmienny pogląd oznaczałby pozostawienie poza skuteczną kontrolą prawa uchybień związanych z niedostateczną starannością pracowników służby zdrowia".

Trzecia kategoria błędów organizacyjnych odnosi się do kierowników dużych zespołów oraz lekarzy wojewódzkich i dotyczy katastrof, klęsk żywiołowych czy epidemii podczas, których lekarze ci nie zorganizowali właściwej pomocy. Umiejętność kierowania zespołem to jeden z mankamentów zajmowania stanowisk kierowniczych. Do ich należytego sprawowania niezbędna jest także umiejętność szybkiej oceny sytuacji i zorganizowania pomocy w sytuacji zagrożenia bądź też globalnego niebezpieczeństwa.

Czwarty rodzaj błędu to błąd opiniodawczy. Ten z kolei błąd związany jest z brakiem rzetelności w prowadzonej dokumentacji bądź fałszowaniem dokumentów. Z punktu widzenia etyki i nakazów deontologii lekarskiej godne potępienia jest świadome wydanie każdego nieprawdziwego zaświadczenia czy opinii. Takie działanie podważa nie tylko zaufanie do lekarza, ale także uderza w godność tego zawodu.

[8] II CR 556/70

Wydawanie nieprawdziwych zaświadczeń stanowi poważny problem. Lekarze wystawiając takie zaświadczenia w głównej mierze nie kierują się chęcią zysku. Najczęstszymi powodami dla których to robią niejednokrotnie są współczucie, uleganie prośbom potrzebujących oraz przekonanie o bezkarności, a dopiero w dalszej kolejności pieniądze. Opinie i zaświadczenia o niezdolności w postępowaniu wyjaśniającym i sądowym nie tylko wydłużają, ale czasem wręcz uniemożliwiają zakończenie postępowania sądowego. Aby można było potraktować wystawienie takiego zaświadczenia w kategoriach błędu opiniodawczego, to działanie lekarza musi być nieumyślne. Ta nieumyślność może być spowodowana niedbalstwem bądź brakiem należytej wiedzy do tego aby realnie ocenić sytuację. W przeciwnym razie, gdy zaświadczenie czy opinia wydane zostały świadomie, to nie można już mówić o błędzie, ale o niedopełnieniu obowiązków zawodowych bądź fałszerstwie. Wówczas w grę będzie wchodzić odpowiedzialność art. 271 i 272 Kodeksu karnego.

Art. 271. 1. Funkcjonariusz publiczny lub inna osoba uprawniona do wystawienia dokumentu, która poświadcza w nim nieprawdę co do okoliczności mającej znaczenie prawne, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do 5 lat .

2. W wypadku mniejszej wagi sprawca podlega grzywnie albo karze ograniczenia wolności

3. Jeżeli sprawca dopuszcza się czynu określonego w par. 1 w celu osiągnięcia korzyści osobistej lub majątkowej podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat.

Art. 272. 1. Kto wyłudza poświadczenie nieprawdy przez podstępne wprowadzenie w błąd funkcjonariusza publicznego lub innej osoby upoważnionej do wystawienia takiego dokumentu, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

W praktyce jednak bardzo rzadko wymiar sprawiedliwości korzysta z tych artykułów w stosunku do lekarzy, choć ich działanie nie znajduje i nie powinno znajdować usprawiedliwienia. Inaczej sytuacja wygląda gdy lekarz kierując się współczuciem nad ciężką sytuacją rodzin opiekujących się przewlekle chorymi dziećmi, wystawia zaświadczenie umożliwiające otrzymanie wsparcia finansowego. Oczywiście takie zachowanie jest niewłaściwe, jednak znajduje usprawiedliwienie społeczne i nie może być oceniane w kategoriach ani fałszerstwa, ani niedopełnienia obowiązków zawodowych.

Karygodne jest natomiast wystawianie zaświadczeń, w których lekarze orzekają o niezdolności do uczestniczenia w postępowaniu wyjaśniającym podejrzanych, oskarżonych i skazanych, a także do odbycia orzeczonej kary. Często fikcyjnie przypisują tym osobom różne choroby uniemożliwiające osadzenie w areszcie bądź odbycie kary. Takie działanie stanowi ewidentne naruszenie prawa i powinno być ścigane. Niewątpliwie jest naganne nie tylko z punku widzenia etyki, ale także poczucia sprawiedliwości.

Najczęstszymi przyczynami wszczynania spraw przeciwko lekarzom jest nagła i niespodziewana śmierć pacjenta oraz wystąpienie ciężkich powikłań, w tym mieszczących się w granicach ryzyka leczniczego, z którymi chory i rodzina nie liczyli się. Szczególne emocje wywołuje śmierć pacjenta będąca konsekwencją nieskomplikowanego zabiegu. Łatwy zabieg operacyjny mógł być tylko pozornie prosty, a podczas operacji mogło dojść do wielu nieprzewidzianych okoliczności, z którymi lekarze nie byli w stanie sobie poradzić. Niewykluczonym jest jednak fakt, że podczas zabiegu mogło dojść także do popełnienia błędu medycznego i to właśnie ten błąd mógł być przyczyną zgonu pacjenta. Również błąd medyczny może spowodować wystąpienie powikłań. Niewłaściwie postawiona na początku procesu leczenia diagnoza, zaniedbania podczas jego przebiegu bądź nierzetelnie prowadzona dokumentacja mogą przesądzać o niepełnosprawności zarówno psychicznej jak i fizycznej pacjenta. Charakterystycznym jest to, że tak naprawdę bardzo trudno jest udowodnić, że błąd medyczny był przyczyną śmierci pacjenta bądź znacznego pogorszenia jego stanu, jakie skutki spowodowało schorzenie, a jakie ewentualnie popełniony błąd. Niemożliwym jest wręcz ustalenie kto popełnił ów błąd i czy rzeczywiście wskutek tego błędu doszło do zgonu bądź powikłań.

Warunkiem koniecznym legalności czynności leczniczych jest podejmowanie ich i wykonywanie na podstawie wskazań wiedzy i sztuki lekarskiej. Takie twierdzenie znajduje uzasadnienie w art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty9, który expressis verbis stanowi, że lekarz ma obowiązek wykonywać swój zawód zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością.

9 Ustawa z dnia 05.12.1996r. Dz.U. Nr 28, poz. 152 z późn. zm.

Tylko takie zachowanie lekarza jest nienaganne i nigdy nie może być uznane za błąd medyczny.

Również SN w wyroku z dnia 16.01.1974r. potwierdził swoją wcześniejszą tezę[10]. „Lekarz dopuszcza się błędu, jeżeli chorego, powierzonego swej pieczy, uszkodzi na zdrowiu lub życiu przez swe leczenie, mimo, że mógł był korzystać ze swej wiedzy i zdolności technicznych, a nadto, jeżeli to obrażenie chorego wynikało z wykroczenia w postępowaniu lub w zaniedbaniu przeciwko ogólnie uznanym zasadom i mimo że lekarz dany przypadek ocenił i rozpoznał należycie lub też na podstawie wiadomości i zręczności zwykłych mógł był należycie rozpoznać dany przypadek, a tym samym uniknąć błędu". To czy lekarz popełnił błąd medyczny zależy od działania zgodnego bądź niezgodnego z lege artis i aktualnym stanem wiedzy medycznej, które tym samym jako kategorie obiektywne decydują o bezprawności czynu. Tylko zachowanie zgodne z zasadami wiedzy i sztuki lekarskiej nie może być uznane za błędne działanie. Przesądza o tym bowiem prawidłowość czynu oraz brak jakichkolwiek podstaw do uznana go za czyn niezgodny z prawem.

Natomiast o odpowiedzialności karnej lekarza można mówić wówczas gdy działanie lekarza było zawinione i gdy znajdą się podstawy do przypisania mu winy. Niezbędnym dla przypisania odpowiedzialności za działanie niezgodne z prawem jest wina po stronie sprawcy. To na pokrzywdzonym spoczywa ciężar udowodnienia winy i to właśnie on musi udowodnić tę winę. Ciężar dowodu zawsze spoczywa na pokrzywdzonym bowiem to pokrzywdzony z tego faktu wywodzi skutki prawne. W czasach współczesnych zmieniły się relacje pomiędzy lekarzem, a pacjentem.

Pacjent zgodnie z rozbudowanymi prawami pacjenta ma prawo współdecydowania o procedurach diagnostyczno-leczniczych. Niezbędna jest zgoda pacjenta na zabiegi lekarskie czy badania diagnostyczne, która musi być poprzedzona pełną i dostępną informacją dotyczą rodzaju zabiegu, alternatywnych metod leczenia oraz typowych dających się przewidzieć następstw i ewentualnych powikłań. SN w orzeczeniu z dnia 14.11.1972r. [11] stwierdził, że „pacjent ma prawo żądać od lekarza informacji, a także uzyskać informację nawet wówczas gdy nie dopomina się swoich praw".

[10] III KR 311/73, „Państwo i Prawo" z 1975r., nr 11, s. 176-180.
[11] I CR 463/72

To tak naprawdę lekarz powinien udzielić pacjentowi kompleksowych i wyczerpujących informacji, tak aby pacjent nie miał żadnych wątpliwości co do planowanego badania czy zabiegu. To na lekarzu spoczywa obowiązek poinformowania pacjenta oraz powinność udzielenia wyczerpujących wyjaśnień. To właśnie lekarz powinien objaśnić i skrupulatnie przedstawić wszelkie działania lecznicze podejmowane wobec pacjenta.

W relacji lekarz – pacjent, ten drugi pozostaje bierny. Dlatego powinien być traktowany z należytą rozwagą i profesjonalizmem. Kompleksowe usługi w postaci badań diagnostycznych oraz projektowanych zabiegów powinny być wykonywane rzetelnie i sumiennie, tak aby pacjent miał świadomość, że podjęto wobec niego właściwe działania. Dopiero po globalnych informacjach co do przebiegu choroby, proponowanego procesu leczenia i ewentualnych powikłań, jego zgoda będzie w pełni świadoma. Dlatego zgoda na wszystkie czynności, które mają być wykonane podczas hospitalizacji traktowana jest jako zgoda blankietowa. Może być jednak uznana za nieważną, z uwagi na brak wcześniej udzielonych wyjaśnień, co do konkretnych czynności podejmowanych przez lekarza oraz niewłaściwe poinformowanie co do ewentualnych konsekwencji z nimi związanych. Zatem najlepszym rozwiązaniem jest otwarta i profesjonalna rozmowa lekarza z pacjentem na temat konkretnego postępowania w poszczególnej jednostce chorobowej.

Powyższe znajduje potwierdzenie w art. 192 Kodeksu karnego[12], zgodnie z którym każdy kto wykonuje zabieg leczniczy bez zgody pacjenta – podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.

Wskutek błędu lekarskiego lekarz może nieumyślnie spowodować śmierć pacjenta. Podlega wówczas odpowiedzialności karnej z art. 155 K.k. Za popełnienie tego czynu grozi odpowiedzialność karna od 3 miesięcy do 5 lat. Niewątpliwie jest to najcięższy zarzut jaki można postawić lekarzowi. Trudno jest udowodnić błąd w działaniu lekarza biorąc pod uwagę różne stany pacjentów. Często w takich przypadkach dochodzi do zgonów z powodu różnych powikłań. W stanach ciężkich i bardzo ciężkich, w których znajdują się pacjenci, jeżeli dochodzi do zgonów, to zazwyczaj składa się na to kilka ich przyczyn, czy to pośrednich czy też bezpośrednich.

[12] Ustawa z dnia 06.06.1997r. Dz.U. nr 88, poz. 553 z późn. zm.

Zatem bardzo trudno jest udowodnić, na ile nieumyślne błędne działanie lekarza mogło doprowadzić się do śmierci pacjenta. Wręcz niemożliwym jest pociągnięcie lekarza do odpowiedzialności za nieumyślne spowodowanie śmierci pacjenta, który znajdował się w ciężkim stanie, na przykład w stanie pourazowym. Bowiem jest bardzo cienka granica pomiędzy powikłaniami wynikającymi z ciężkiego stanu, a rzeczywistym przyczynieniem się lekarza do śmierci pacjenta.

Lekarz może także ponieść odpowiedzialność karną za spowodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w postaci pozbawienia człowieka wzroku, słuchu, mowy, zdolności płodzenia, innego ciężkiego kalectwa, ciężkiej choroby nieuleczalnej lub choroby psychicznej, całkowitej lub trwałej niezdolności do pracy. Ponosi wówczas odpowiedzialność na gruncie art. 156 k.k. Sankcja karna przewidziana za ten czyn jest bardzo surowa i waha się w granicach od jednego roku do dziesięciu lat. Powyższe może się realizować w sytuacji zakażenia pacjenta podczas pobytu w szpitalu wirusowym zapaleniem wątroby. To skutkuje znacznym pogorszeniem stanu zdrowia pacjenta, co w konsekwencji może prowadzić do różnego rodzaju powikłań, a nawet śmierci. W tej sytuacji łatwiej jest już udowodnić winę lekarza dlatego, że błąd jest oczywisty. Nie trzeba podejmować żadnych specjalnych przedsięwzięć ażeby ustalić, że działanie lekarza doprowadziło do ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Bez przeszkód można stwierdzić, że pacjent przyjęty do szpitala wskutek błędu medycznego doznał ciężkiego kalectwa bądź zakaził się ciężką, nieuleczalną chorobą.

Za naruszenie czynności narządu ciała lub spowodowanie rozstroju zdrowia również Kodeks karny przewiduje odpowiedzialność karną. Według art. 157 k.k. za naruszenie czynności narządu ciała lub rozstrój zdrowia przewidziana jest kara pozbawienia wolności od 3 miesięcy do 5 lat, a za naruszenie czynności narządu ciała lub rozstrój zdrowia trwający nie dłużej niż 7 dni, kara grzywny, kara ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2. Przykładem takiej sytuacji może być błędne przeprowadzenie zabiegu operacyjnego w wyniku, którego doszło do usunięcia innego narządu niż planowano. Taki zabieg z pewnością rodzi ujemne skutki dla operowanego pacjenta, które prowadzą do ponownej operacji oraz rozstroju zdrowia. Cierpienia fizyczne i psychiczne związane z przeprowadzeniem ponownego zabiegu oraz konsekwencje związane z ewentualnymi powikłaniami niewątpliwie mają ujemny wpływ na pacjenta. Zatem jeszcze bardziej mogą pogłębiać rozstrój zdrowia.

Lekarz odpowiada także zgodnie z art. 160 k.k. za narażenie zdrowia i życia pacjenta. Kodeks karny przewiduje odpowiedzialność karną w wymiarze 3 lat pozbawienia wolności. Podlega odpowiedzialności karnej także lekarz, który działa nieumyślnie. Jednak w tej sytuacji kara jest mniej surowa. Kodeks karny za ten czyn przewiduje 1 rok pozbawienia wolności, karę grzywny bądź karę ograniczenia wolności. Przedmiotowy artykuł obejmuje sytuacje, w których w wyniku błędnie postawionej diagnozy, zastosowano niewłaściwe metody leczenia, a błędna diagnoza doprowadziła do pogorszenia stanu zdrowia pacjenta jak również sytuacje, w których pacjent znajdował się w stanie zagrożenia, a błąd to zagrożenie powiększył. Takie sytuacje są niewątpliwie bardzo trudne do udowodnienia. Zawsze odpowiedzialność za pogorszenie się stanu zdrowia można powiązać z ciężkim stanem pacjenta i powikłaniami powstałymi wskutek nieprzewidzianych okoliczności. Niezwykle trudno jest wykazać, że to właśnie błędna diagnoza była bezpośrednią przyczyną pogorszenia się stanu zdrowia, a działania podjęte w związku z tak ustalonym procesem leczenia jeszcze bardziej osłabiły pacjenta i doprowadziły do tego, że stan jego zdrowia się pogorszył.

Najczęstszymi przyczynami popełniania błędów przez lekarzy są przede wszystkim niewłaściwa interpretacja istniejących, nawet typowych dla danego schorzenia lub stanu pourazowego objawów, niewykorzystanie dostępnych, a koniecznych w danej sytuacji zdrowotnej możliwości diagnostycznych oraz nieuzasadniona zwłoka w przeprowadzeniu zabiegu leczniczego, najczęściej przesunięcie go z godzin nocnych na godziny ranne. Te wszystkie okoliczności rzutują na stan pacjenta. Czasem występują łącznie, czasem oddzielnie. Bywa tak, że lekarze rutynowo wykonujący swoje obowiązki, przeciążeni pracą są nieświadomi popełnianych przez siebie błędów. Niezwykle trudno jest udowodnić błąd medyczny lekarza jeżeli pacjent znajdował się w ciężkim stanie, w którym w zasadzie każde powikłanie mogło być przyczyna zgonu.

Błędy medyczne powinny być wykrywane i napiętnowane. Zdaniem Aleksandry Piątek Rzecznika Praw Pacjenta Narodowego Funduszu Zdrowia „zasada primum non nocere jest dziś ważniejsza niż w czasach Hipokratesa, bo nowoczesna opieka zdrowotna jest o wiele bardziej skomplikowana i ryzykowna. Błędy cechują każde działanie ludzkie, ale można i należy się na nich uczyć, szczególnie w opiece zdrowotnej. W tym celu niezbędne jest zgłaszanie zdarzeń

niepożądanych"[13]. Bardziej rzetelne przyglądanie się błędom medycznym, ich analizowanie i opracowywanie mogłoby w przyszłości chronić lekarzy przed popełnianiem takich samych błędów. Dokładne dokumentowanie błędów medycznych pozwoliłoby wielu lekarzom uniknąć błędów już wcześniej występujących w danych jednostkach chorobowych, a nawet błędów zbliżonych do tych ujawnionych.

Barbara Kutryba, Członek Zarządu Europejskiego Towarzystwa Jakości w Opiece Zdrowotnej twierdzi, że „zgłaszanie błędów medycznych nie służy piętnowaniu i podważaniu wiarygodności zawodowej lekarzy, nie jest też zbieraniem materiału dowodowego po to by zwiększyć roszczenia poszkodowanych pacjentów. W Danii od 2002r. obowiązuje prawo, zgodnie, z którym personel medyczny nie może zostać pociągnięty do odpowiedzialności prawnej z tytułu raportowania błędów. Jednocześnie personel medyczny ma obowiązek monitowania zdarzeń niepożądanych, choć nie jest pociągany do odpowiedzialności, gdy się do tego stosuje"[14]. Być może właśnie rejestrowanie błędów, a nie udowadnianie jest środkiem na to aby doprowadzić do ograniczenia ich liczny. Wysoce prawdopodobne jest to, że gdyby lekarze zwolnieni byli z odpowiedzialności za popełnianie błędów medycznych to dokładniej analizowaliby je i dokumentowali. Takie rozwiązanie mogłoby przyczynić się do zmniejszenia liczby popełnianych błędów. Przykład Danii dowodzi, że niekoniecznie karanie za przewinienia powoduje, że stajemy się bardziej ostrożni i nie powielamy tych samych błędów, ale już sama świadomość, że podejmując działania powinniśmy zwracać uwagę na ich skutki. Monitorowanie błędów popełnianych w typowych czy nietypowych sytuacjach może uchronić inne osoby przed ich powielaniem. Dla pozostałych może być także wskazówką, że do błędu zawsze należy się przyznać bowiem jego ujawnienie niejednokrotnie może komuś uratować życie pod warunkiem oczywiście, że w porę nastąpi reakcja i zostanie udzielona pomoc.

Adam Sandauer ze Stowarzyszenia Pacjentów Primum Non Nocere uważa, że „nie ma nic bardziej okrutnego niż ukrywanie błędów medycznych. To wydanie wyroku na pacjenta i nieudzielanie mu pomocy. Oznacza to, że nikt nie odpowiada, za to, co się stało pacjentowi. Zawód lekarza jest zawodem zaufania publicznego, ale o to zaufanie trzeba cały czas dbać.

---

[13] http://www.ichs.pl/50862.dhtml
[14] Tamże.

Wielu lekarzy za swoją pracę powinno stać na piedestale, ale ich ciężka praca i dobro, które czynią nie może roztaczać ochronnego parasola nad wszystkimi"[15]. Dlatego tak ważnym jest rejestrowanie błędów medycznych. Jest to także sposób na to, aby dyskryminować w pewnym sensie lekarzy, którzy notorycznie popełniają błędy, a którym nie można ani ich udowodnić, ani doprowadzić do tego, aby nie popełniali ciągle tych samych błędów. Funkcjonowanie takich lekarzy podważa przede wszystkim zaufanie do tego zawodu i stawia w niekorzystnym świetle osoby wykonujące ten zawód zgodnie z lege artis.

Każdego roku w Polsce z powodu błędów medycznych umiera około 40.000 tysięcy pacjentów[16]. Błędy są już piątą przyczyną zgonów i częstszą przyczyną śmierci niż rak piersi, wypadki drogowe czy AIDS. Dlatego ważne jest aby były monitorowane tak jak w USA, Wielkiej Brytanii, Danii czy Irlandii. Skandynawskie badania dowodzą, że najmniej błędów popełnianych jest w szpitalach, które przyznają się do pomyłek. Ujawnianie błędów medycznych wydaje się być jedynym sposobem na ich zmniejszenie. Tworzenie rankingów szpitali i rankingów lekarzy, którzy nie popełnili błędów medycznych bądź popełnili ich najmniej, z pewnością poprawiłoby bezpieczeństwo i jakość leczenia[17]. Myślę, że również dobrym rozwiązaniem de lege ferenda byłoby nagradzanie lekarzy, którzy w swojej praktyce nie popełnili żadnego błędu medycznego bądź popełnili ich najmniej. Wprowadzenie nagród za wzorową pracę i praktykę z pewnością doprowadziłoby do powiększenia grona lekarzy pracujących zgodnie z lege artis. Premiowanie i nagradzanie najbardziej skutecznych, starannych i rzetelnych byłoby pewnego rodzaju napiętnowaniem tych mniej profesjonalnych, a tym samym mogłoby służyć oczyszczaniu środowiska z niekompetencji.

[15] Tamże.
[16] H. Kleszcz: *Koniec tabu.* „Służba Zdrowia" z 2004r. s 35-38.
[17] M. Florek: *Plaga błędów medycznych.* „Wprost" z 2005r., nr 23.