

Błąd w sztuce lekarskiej

Error in medical malpractice

Piotr Najbuk, Natalia Łukawska

Kancelaria Domański, Zakrzewski, Palinka Sp. k., Warszawa

STRESZCZENIE

Skarg dotyczących uchybień ze strony lekarzy jest coraz więcej. Wskazanemu trendowi towarzyszą również zmiany prawne, których celem jest sprawne rozstrzygnięcie spraw wynikających z niewłaściwego udzielania świadczeń zdrowotnych. Działanie niezgodne z wymogami należytej staranności, czyli tzw. błąd w sztuce lekarskiej, jest częstym powodem pociągnięcia lekarzy do odpowiedzialności. Jakże są rodzaje błędów popełnianych przez lekarzy i jak się przed nimi uchronić? *Standardy Medyczne/Pediatra* ■ 2016 ■ T. 13 ■ 920-923

SŁOWA KLUCZOWE: ■ PRAWO MEDYCZNE ■ BŁĄD W SZTUCE LEKARSKIEJ ■ ODPOWIEDZIALNOŚĆ LEKARZY

ABSTRACT

There are more and more complaints regarding infringements on the part of physicians. The mentioned trend is accompanied also by legal changes, which aim at an efficient settlement of cases resulting from inappropriately provided healthcare benefits. Activities in compliance with due diligence requirements, that is medical malpractice, very often constitute a reason to hold physicians to account. What are the types of malpractices committed by physicians and what can be done to avoid them? *Standardy Medyczne/Pediatra* ■ 2016 ■ T. 13 ■ 920-923

KEY WORDS: ■ MEDICAL LAW ■ MEDICAL MALPRACTICE ■ DOCTOR'S RESPONSIBILITY

Wzrost liczby pozwów o błąd w sztuce lekarskiej oraz nowe instytucje prawne

Przeglądając polskie orzecznictwo, nietrudno zauważyć tendencję wzrostową w liczbie spraw sądowych, zarówno cywilnych, jak i karnych, w których pacjenci dochodzą roszczeń związanych ze szkodami wynikającymi z leczenia. Skarg dotyczących uchybień ze strony lekarzy jest coraz więcej. Dla przykładu: w 2014 r. do izb lekarskich wpłynęło ich 2,2 tys., a rok później już 3,3 tys.¹. Liczba ta nieustannie wzrasta, jednak nadal nie odpowiada rzeczywistej liczbie popełnianych błędów medycznych. Stowarzyszenie Pacjentów Primum Non Nocere podaje, że w Polsce rocznie dochodzi do 20 tys. błędów medycznych. Prokuratura podejrzewa, że jest ich dużo więcej, być może nawet 30 tys.².

Wskazanemu trendowi towarzyszą również zmiany prawne, których celem jest sprawne rozstrzygnięcie spraw wynikających z niewłaściwego udzielania świadczeń zdrowotnych.

Stosunkowo nowymi instytucjami, które pozwalają na dochodzenie roszczeń w sprawach z zakresu błędów medycznych, są – funkcjonujące od 2012 r. – wojewódzkie komisje do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. Celem postępowania przed wojewódzką komisją jest ustalenie, czy zdarzenie, którego na-



GŁÓWNE TEZY

1. Lekarze mają prawny obowiązek postępowania zgodnie z zasadami należytej staranności.
2. Skarg dotyczących uchybień ze strony lekarzy jest coraz więcej, powstają też nowe instytucje prawne, których celem jest sprawne rozstrzygnięcie spraw wynikających z niewłaściwego udzielania świadczeń zdrowotnych.
3. Dla zabezpieczenia prawnego świadczeniodawcy istotne jest prawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej oraz prawidłowe uzyskiwanie od pacjenta zgody na leczenie.

stępstwem była szkoda majątkowa lub niemajątkowa, stanowiło zdarzenie medyczne. By orzec o zdarzeniu medycznym, komisja musi stwierdzić, że podjęte wobec pacjenta postępowanie diagnostyczne, lecznicze lub terapeutyczne było niezgodne z aktualną wiedzą medyczną. Postępowanie to, w przypadku orzeczenia o zdarzeniu medycznym, może skutkować wypłatą przez ubezpieczyciela odszkodowania bądź zadośćuczynienia. Wszczęcie postępowania przed komisją jest tanie, łatwe, a samo rozstrzygnięcie jest wydawane szybko. Praktyka działań komisji wskazuje, że są one traktowane często jako pierwszy krok w do-

chodzeniu roszczeń – pacjent po uzyskaniu korzystnego orzeczenia występuje do sądu cywilnego i walczy o większe kwoty. Analiza statystyk komisji wskazuje również, że zdecydowana większość orzeczeń jest wydawana na korzyść pacjentów, co może skutkować rosnącą liczbą bezzasadnych roszczeń.

Kolejna zmiana została wprowadzona przez Ministra Sprawiedliwości, który uznał za zasadne powołanie w prokuraturach komórek odpowiedzialnych za sprawy związane z zaniedbaniami w leczeniu pacjentów. Reorganizacja została wprowadzona rozporządzeniem Ministra Sprawiedliwości z dnia 7 kwietnia 2016 r. – Regulamin wewnętrznego urzędowania powszechnych jednostek organizacyjnych prokuratury (Dz. U., Poz. 508). Rozporządzenie to przewiduje, że w prokuraturach regionalnych mogą być utworzone działy zajmujące się prowadzeniem i nadzorowaniem spraw dotyczących błędów medycznych, których skutkiem jest śmierć pacjenta (§ 27 ust. 2 pkt 1 Regulaminu). Natomiast na poziomie prokuratur okręgowych mogą być utworzone działy do prowadzenia i nadzorowania wspomnianych spraw, których skutkiem jest ciężkie uszkodzenie ciała człowieka (§ 29 ust. 2 pkt 1). Wprowadzone zmiany powinny być odczytane jako jednoznaczna deklaracja strony rządowej co do priorytetów w polityce karnej państwa – sprawne ściganie przestępstw popełnianych przez personel medyczny.

Czym jest błąd sztuki lekarskiej?

Rozważania na temat błęd sztuki lekarskiej należałoby rozpocząć jednak od zdefiniowania przedmiotowego pojęcia i uściślenia, jakiego rodzaju działania lub zaniechania lekarzy zaliczają się do kategorii tzw. błędów medycznych. Błąd sztuki lekarskiej należy traktować jako postępowanie wiążące się z naruszeniem reguł wiedzy i sztuki medycznej o charakterze nieumyślnym. W orzecznictwie definiuje się przedmiotowe zagadnienie jako „czynność (zaniechanie) lekarza w zakresie diagnozy i terapii niezgodne z nauką medyczną w zakresie dla lekarza dostępnym”³. Bardziej rozbudowana definicja brzmi następująco: „błąd w sztuce medycznej oznacza naruszenie przez lekarza (świadomego tego, że podejmuje czynność medyczną) obowiązujących go w konkretnym wypadku, wypracowanych na gruncie nauki i praktyki reguł postępowania zawodowego wobec dóbr prawnych w postaci życia i zdrowia człowieka, które na gruncie prawa stanowią podstawę do stwierdzenia naruszenia obowiązku ostrożności.”⁴.

W literaturze można spotkać się z rozróżnieniem między błędem w sztuce lekarskiej a zwykłą niestarannością czy niedbalstwem. Błąd w sztuce lekarskiej definiowany jest jako uchybienie regułem opartym na wiedzy medycznej, zaś niestaranność jako zachowanie niezgodne z obiektywnym wzorcem postępo-

wania. W praktyce przedmiotowe rozróżnienie nie ma zastosowania, ponieważ w obydwu przypadkach dochodzi do naruszenia tego samego przepisu Kodeksu cywilnego, który nakłada obowiązek zachowania należytej staranności. Tym samym kwalifikacja czynu jest jednakowa. Zgodnie z treścią Kodeksu cywilnego⁵, należyta staranność obowiązuje każdego, zaś profesjonalistów – w tym lekarzy – obowiązuje szczególnie reżim należytej staranności.

Lekarze mają ponadto obowiązek postępowania zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, czyli wiedzą o sposobach postępowania medycznego, które zostały uznane na podstawie wyników badań naukowych za rozwiązania optymalne z punktu widzenia bilansu korzyści i ryzyka. W oparciu o aktualną wiedzę medyczną gremia złożone z uznanych ekspertów opracowują standardy medyczne będące wskazówką dla lekarzy, jak powinni się zachowywać w danej sytuacji. Owe standardy mogą być kryterium kwalifikacji działania (zaniechania) lekarza jako niezgodnego z cywilistycznym obowiązkiem zachowania należytej staranności. Niedolożeniem należytej staranności wynikającej z niedbalstwa będzie np. pomylenie opakowań leku i podanie niewłaściwego produktu pacjentowi czy też transfuzja błędnej grupy krwi na skutek niesprawdzenia w dokumentacji medycznej odpowiednich danych dotyczących pacjenta⁶. Za niedbalstwo uznane będą również nieprawidłowe zrobienie zastrzyku, zwłoka w udzieleniu koniecznej pomocy, niewysterylizowanie instrumentów czy dokonanie operacji na zdrowym organie⁷.

Za najczęstsze przyczyny powstania błędu w sztuce lekarskiej uznaje się brak pełnej diagnozy, błędne i niepełne zapisy w dokumentacji medycznej, brak jasnego przekazu informacji pacjentowi, ignorowanie nietypowych objawów choroby czy brak reakcji na symptomy choroby⁸. Błędy w sztuce lekarskiej można podzielić na diagnostyczne, terapeutyczne czy też rokowania, a względnie organizacyjne.

Rodzaje błędów w sztuce oraz ich przykłady

Błąd diagnostyczny może polegać na stwierdzeniu choroby nieistniejącej lub na nierozpoznanie choroby rzeczywistej. Błędne rozpoznanie niekoniecznie przesądza o winie, ponieważ może być wynikiem braku jakichkolwiek objawów u pacjenta lub zdiagnozowaniem objawów niewskazujących na daną chorobę. Może być jednak konsekwencją nieprzeprowadzenia badań pomocniczych czy też niedokładnego zebrań wywiadu.

Do najczęstszych błędów terapeutycznych dochodzi przy porodach. Sąd Apelacyjny w Poznaniu za błąd diagnostyczny lekarza „uznał niepodłączenie zapisu KTG, które doprowadziło do podjęcia niewłaściwej decyzji o zakończeniu porodu siłami natury, podczas gdy bezwzględnie konieczne było natychmiastowe ce-

sarskie cięcie. W konsekwencji u małoletniego powoda doszło do niedokrwienno-niedotleniowego urazu okołoporodowego, powodującego 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu⁹. Natomiast Sąd Apelacyjny w Lublinie stwierdził, że błędem operacyjnym (polegającym na wadliwym przeprowadzeniu zabiegu chirurgicznego) jest „kontynuowanie porodu siłami natury pomimo wystąpienia bezwzględnych wskazań do dokonania cesarskiego cięcia. Zdaniem Sądu, lekarz podjął niewłaściwą decyzję, bagatelizując pojawiające się w pierwszym okresie porodu objawy, które w ocenie biegłych w sposób jednoznaczny świadczyły o zagrażającej wewnątrzmacicznej zamartwicy płodu wynikającej z jego niedotlenienia. Konsekwencją błędu było powstanie poważnej i nieodwracalnej szkody w postaci mózgowego porażenia dziecięcego i towarzyszącego mu znacznego upośledzenia rozwoju umysłowego.”¹⁰.

Niezaprzeczalnym błędem terapeutycznym będzie również wybór niewłaściwej metody lub wadliwego sposobu leczenia poprzez przepisanie nieodpowiedniego leku, nie pouczenie pacjenta o sposobie i częstotliwości jego stosowania, zaniechanie skierowania chorego do lekarza specjalisty, szpitala bądź na poszczególne badania¹¹.

Błędem terapeutycznym jest też podjęcie zabiegu operacyjnego mimo przeciwwskazań lekarskich lub poniechanie go pomimo bezwzględnych wskazań. Błędem jest również wykonanie zabiegu przy braku wskazań, aczkolwiek tutaj istnieją wyjątki, np. nielecnicze zabiegi chirurgii estetycznej wykonane dla celów upiększających.

Odpowiedzialność za błędy medyczne

Warunkiem odpowiedzialności prawnej lekarza jest tylko błąd zawiniony i zasadniczo najpierw stwierdza się istnienie błędu, a następnie ustala, czy miało miejsce również subiektywne zawinienie. Zgodnie ze wskazówkami Sądu Najwyższego: „ustalenie błędu w sztuce lekarskiej zależy od odpowiedzi na pytanie, czy postępowanie lekarza w konkretnej sytuacji i z uwzględnieniem całokształtu okoliczności istniejących w chwili zabiegu, a zwłaszcza tych danych, którymi wówczas dysponował lub mógł dysponować, zgodnie było z wymaganiami aktualnej wiedzy i nauki medycznej oraz powszechnie przyjętej praktyki lekarskiej”¹².

Pacjent będący ofiarą błędu medycznego ma możliwość dochodzenia swoich roszczeń związanych z powstałą szkodą zarówno na drodze prawa karnego, jak i cywilnego. Przesłanki, które muszą występować łącznie, by pociągnąć lekarza do odpowiedzialności, są następujące:

- błąd;
- ujemne następstwa dla zdrowia lub życia pacjenta określone w przepisach prawa karnego (uszkodzenie ciała, spowodowanie śmierci) – w postępowaniu karnym;

- ujemne następstwa w postaci wyrządzenia szkody majątkowej lub niemajątkowej (krzywdy) – w postępowaniu cywilnym;

- związek przyczynowy między błędem a ujemnymi następstwami;

- вина osoby wykonującej zabieg.

Lekarz może zostać również pociągnięty do odpowiedzialności zawodowej. Przedmiotem takiego postępowania jest ustalenie, czy popełniono przewinienia zawodowe, kto je popełnił i kiedy, natomiast ujemne następstwa nie stanowią warunku odpowiedzialności. Do skazania wystarczy zawinione popełnienie błędu. Postępowanie prowadzone jest przez okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej okręgowej izby lekarskiej, której członkiem jest dany lekarz, a następnie przed odpowiednim okręgowym sądem lekarskim (OSL).

Jak zabezpieczyć się przed popełnieniem błędu w sztuce lekarskiej?

Istotną kwestią jest również zagadnienie ryzyka medycznego. Sądy co do zasady wyłączają odpowiedzialność lekarzy z tego tytułu, z zastrzeżeniem, że ryzyko obejmuje tylko zwykłe następstwa leczenia. Sąd Apelacyjny w Białymstoku, w zakresie przedmiotowego zagadnienia, postanowił następująco: „W nieodłącznym związku z określeniem podstaw odpowiedzialności lekarza pozostaje zjawisko określone mianem ryzyka medycznego, gdyż nawet przy postępowaniu zgodnym z aktualną wiedzą medyczną i przy zachowaniu należytej staranności nie da się wykluczyć ryzyka powstania szkody. Pojęciem dozwolonego ryzyka jest objęte także niepowodzenie medyczne. Ryzyko, jakie bierze na siebie pacjent, wyrażając zgodę na zabieg operacyjny, obejmuje tylko zwykłe powikłania pooperacyjne. Ryzykiem pacjenta nie są objęte komplikacje powstałe wskutek pomyłki, nieuwagi lub niezręczności lekarza.”¹³.

W powyższym wyroku wskazano na konieczność wyrażenia zgody przez pacjenta na dane leczenie, co wiąże się z przejściem przez niego ryzyka stanowiącego zwykłe następstwa leczenia. Dlatego właśnie udzielenie przez pacjenta właściwej, prawidłowej zgody jest niezwykle istotne dla bezpieczeństwa prawnego świadczeniodawcy. Zgoda uzyskana od pacjenta powinna być:

- wyrażona przez osobę, która posiada kompetencję do dysponowania dobrami chronionymi przez prawo;
- wyrażona przez osobę pozostającą w odpowiednim stanie psychicznym (dobrowolność, pełna świadomość, poinformowanie);
- wyrażona w odpowiedniej formie (dorozumiana, ustna lub pisemna dla metody leczenia lub dia-



gnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko dla pacjenta);

- wyrażona przed zabiegiem.

Bazą dla zgody muszą być przekazane przez lekarza – w sposób przystępny i wyczerpujący – wiadomości dotyczące stanu faktycznego, skonkretyzowane wobec sytuacji pacjenta. Poza tym lekarz ma obowiązek poinformować pacjenta o stanie zdrowia i rozpoznaniu, w tym o proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, o dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania oraz rokowaniu na przyszłość.

Bardzo ważną kwestią jest prowadzenie w odpowiedni sposób dokumentacji medycznej, która w przypadku jakiegokolwiek postępowania o błąd w sztuce lekarskiej będzie odgrywała znaczącą rolę tzw. niemego świadka. Nierzetelna dokumentacja medyczna na ogół stwarza poważny problem dowodowy w procesie o błąd medyczny, natomiast starannie prowadzona może działać na korzyść lekarza. Wypełniając dokumentację medyczną, lekarz powinien pamiętać o następujących kwestiach:

- wpisu w dokumentacji dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, w sposób czytelny i w porządku chronologicznym;
- każdy wpis w dokumentacji opatruje się oznaczeniem osoby dokonującej wpisu;
- wpis dokonany w dokumentacji nie może być z niej usunięty, a jeżeli został dokonany błędnie, skreśla się go i zamieszcza adnotację o przyczynie błędu oraz datę i oznaczenie osoby dokonującej adnotacji;
- strony w dokumentacji prowadzonej w postaci papierowej są numerowane i stanowią chronologicznie uporządkowaną całość. W przypadku sporządzenia wydruku z dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej strony wydruku są numerowane.

Ścisłe ustalone standardy prowadzenia dokumentacji medycznej mają na celu uniknięcie pomyłek i błędów w leczeniu, biorących się z braku przepływu informacji między członkami personelu medycznego. Należy również pamiętać, że nierzetelna lub nieczytelna dokumentacja może stanowić zagrożenie dla pacjenta (np. w przypadku konieczności udzielenia natychmiastowej pomocy lekarskiej) i może być przyczyną popełnienia błędu w sztuce lekarskiej.

- Błąd sztuki lekarskiej należy traktować jako postępowanie wiążące się z naruszeniem reguł wiedzy i sztuki medycznej o charakterze nieumyślnym. Lekarzy obowiązuje reżim należytej staranności oraz wymóg postępowania zgodnie z aktualną wiedzą medyczną.

- Bardzo ważną kwestią jest prowadzenie w odpowiedni sposób dokumentacji medycznej, która w przypadku jakiegokolwiek postępowania o błąd w sztuce lekarskiej będzie odgrywała znaczącą rolę tzw. niemego świadka.

- Lekarz nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zwykłego ryzyka medycznego, z zastrzeżeniem, że ryzyko obejmuje tylko zwykłe następstwa leczenia. Dla bezpieczeństwa prawnego świadczeniodawcy konieczne jest jednak udzielenie przez pacjenta właściwej, prawidłowej zgody na dane leczenie.

Autorstwo manuskryptu:

Piotr Najbuk – opracowanie koncepcji pracy, merytoryczna recenzja artykułu,

Natalia Łukawska – zestawienie informacji, napisanie artykułu.

PIŚMIENICTWO

- 1 www.farmacja.pl/aktualnosci/prokuratura-zajmie-sie-bledami-medycznymi# (dostęp: wrzesień 2016 r.)
- 2 www.medonet.pl/zdrowie/wiadomosci/prokurator-krajowy-bierze-sie-zablednymedyczne,artykul,1721703.html (dostęp: wrzesień 2016 r.)
- 3 Orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 1 kwietnia 1995 r., sygn. akt IV CR 39/54, OSN 1957, poz. 7.
- 4 Liszewska A. *Odpowiedzialność karna za błąd w sztuce lekarskiej*. Kraków 1998;28.
- 5 Art. 355 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny; Dz. U. Nr 16, poz. 93 z późn. zm.
- 6 Liszewska A. *Błąd w sztuce medycznej przypadki szczególne*. LEX.
- 7 Nesterowicz M. *Prawo medyczne*. Toruń 2013;230.
- 8 Lenczowska-Soboń K. *Przegląd spraw sądowych w kontekście najczęściej spotykanych błędów medycznych*.
- 9 Wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 8 lutego 2006 r., sygn. akt I Aca 1131/05.
- 10 Wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 10 stycznia 2002 r., sygn. akt I Aca 576/01; OSP 2003, z. 2, poz. 23.
- 11 Nesterowicz M. *Prawo medyczne*. Toruń 2013;231.
- 12 Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 września 1972 r., sygn. akt I KR 116/72.
- 13 Wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 9 marca 2016 r., sygn. akt I Aca 817/15.

mec. Piotr Najbuk

✉ Kancelaria Domański, Zakrzewski, Palinka sp. k.
00-124 Warszawa, Rondo ONZ 1

Piotr.Najbuk@dzp.pl