

Należyta staranność zbierania wywiadu, badania przedmiotowego i kierowania na badania

Kazus z gazety

Dyrektor szpitala im. Jana Pawła II odesłał pacjenta z krwakiem mózgu. Uznał, że jest naćpany

Gdy pogotowie wiozło nieprzytomnego Marcina do szpitala, miał drgawki i pianę na ustach. Charczał, a źrenice nie reagowały. Lesław L., lekarz z 40-letnim stażem, nie zlecił nawet tomografu.

- Byłem wysportowany: biegałem, mogłem przepłynąć 50 długości basenu – opowiada 34-letni Marcin. – Dziś nie przebiegnę nawet 100 metrów. Mam drugą grupę inwalidzką, nie widzę na lewe oko, musiałem na nowo uczyć się pisanie lewą ręką. W nodze pozostał lekki niedowład, ciągnę ją po ziemi i w każdej parze niszcę lewe buty. Mam też depresję, problemy z pamięcią i kojarzeniem faktów. Nie pracuję.

Pobity w centrum Poznania

Marcin studiował w Poznaniu ochronę środowiska, potem pracował w magazynie odzieżowej firmy H&M. Zrobił kurs na operatora wózka widłowego. Jego życie zmieniła noc z 27 na 28 maja 2017 r. Marcin spotkał się ze znajomymi z pracy na grillu nad Wartą. Pili piwo. Gdy skończyli, odprowadził koleżanki na autobus, a z kolegami poszedł jeszcze do sklepu. Na ul. Garbary podszedł do nich mężczyzna, którego nie znali. Uderzył Marcina pięścią w twarz. Marcin upadł na chodnik i stracił przytomność. Przed godz. 1 w nocy pogotowie zabrało go do szpitala HCP im. Jana Pawła II na poznańskiej Wildzie. Był już przytomny, z tyłu głowy miał ranę tłuczoną. Na oddziale ratunkowym dostał tzw. trzeci priorytet segregacyjny – oznaczało to, że nie jest pilnym przypadkiem i musi dłużej czekać na badanie. Zabrano mu dowód osobisty i odesłano do poczekalni.

Po kilkudziesięciu minutach Marcin bez dokumentów wyszedł ze szpitala. O godz. 3.30 widzieli go mieszkańcy Wildy. Wyglądał na nietrzeźwego, wydawał niezrozumiałe dźwięki.

O godz. 6 mężczyzna idący do pracy zauważył Marcina leżącego na chodniku. Miał drgawki, podkurczone ręce i pianę na ustach. Pogotowie znów zabrało go do szpitala HCP – tym razem jako osobę o nieustalonej tożsamości.

Dyrektor szpitala HCP odesłał pacjenta

Na oddziale ratunkowym dyżurował Lesław L., doświadczony chirurg, lekarz z 40-letnim stażem, a jednocześnie dyrektor szpitala. Nie przyjął chorego na oddział ratunkowy, nie skierował na badanie tomografem. Uznał, że Marcin znajduje się pod wpływem narkotyków. Tą samą karetką odesłał go na toksykologię szpitala im. Raszei.

Marcin był nieprzytomny, miał zgięte kończyny, a gałki oczne uciekały w przeciwnych kierunkach. Toksykolog uznał, że te objawy wskazują na dolegliwości neurologiczne, a nie zatrucie narkotykami, zaś pacjent musi jak najszybciej znaleźć się na oddziale ratunkowym.

Tym razem karetka zabrała go do szpitala miejskiego przy ul. Szwajcarskiej. Lekarze od razu rozpoznali krwotok w mózgu, zainstalowali Marcina i przekazali na intensywną terapię. Badanie tomografem wykazało ostry krwaki, który uciskał tkanki i prowadził do niedotlenienia. Natychmiast przeprowadzono operację.

Lekarze nazywali stan pacjenta krytycznym. Marcin przez dwa tygodnie był w śpiączce. Po

miesiącu przewieziono go na oddział intensywnej terapii do rodzinnych Skierniewic.

Lesław L. twierdzi, że nie widział rany na głowie

Marcin pamięta jedynie grill ze znajomymi. Nie pamięta pobicia ani pobytu w szpitalach. Nie wie, dlaczego wyszedł w nocy ze szpitala HCP ani co potem robił. Podejrzewa tylko, że był w szoku.

Policji nie udało się ustalić, kto zaatakował Marcina na ulicy.

Prokuratura zainteresowała się natomiast lekarzami.

Specjaliści medycyny sądowej z Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie wydali w tej sprawie kilka opinii. Wynika z nich, że podczas pierwszego pobytu w szpitalu HCP personel postępował prawidłowo – stan Marcina nie wskazywał, że w głowie rośnie krwiniak. Kilka godzin później jego stan był już jednak ciężki.

Lesław L. twierdzi, że gdy badał Marcina, nie zauważył rany z tyłu głowy. Uznał, że pacjent jest pod wpływem narkotyków lub dopalaczy, bo w nosie miał wydzielinę, która miała na to wskazywać.

Ponadto ratownik medyczny Paweł O. miał pokazać lekarzowi woreczek foliowy z szarozieloną substancją odurzającą, rzekomo znaleziony przy pacjencie.

Informacji o woreczku nie ma jednak w dokumentacji medycznej. Ratownicy z karetki pogotowia powiedzieli prokuratorowi, że Marcin nic przy sobie nie miał. Pokazywania woreczka wyparł się również szpitalny ratownik Paweł O., który w przeszłości sam miał wyrok za posiadanie narkotyków.

Biegli: Uraz głowy daje objawy podobne do odurzenia

Biegli uważają, że Lesław L. popełnił błąd, bo nawet jeśli u pacjenta w takim stanie podejrzewa się zatrucie narkotykami, to należy zawsze wykonać badanie tomografem. „Urazy centralnego systemu nerwowego mogą być objawowo bardzo podobne do stanów odurzenia” - wyjaśnili eksperci. Podkreślili, że badanie tomografem to podstawowy element diagnostyki – pozwala wykluczyć lub potwierdzić podejrzenia.

Prokuratura ustaliła, że w szpitalu HCP był tomograf i tamtej nocy pracował. Wśród badanych pacjentów nie było jednak Marcina.

Prokuratura uznała, że lekarz Lesław L. złamał prawo - **nieumyślnie naraził Marcina na bezpośrednie niebezpieczeństwo wystąpienia ciężkiej choroby zagrażającej życiu.**

Biegli uznali, że największy wpływ na pogorszenie stanu zdrowia miał sam Marcin, bo gdyby w środku nocy nie wyszedł ze szpitala, zapewne zostałby prawidłowo zdiagnozowany. Ale przyznali też, że nie mogą ocenić, jaki wpływ na możliwość podejmowania przez Marcina racjonalnych decyzji miał rozwijający się w jego głowie krwiniak.

Biegli nie dopatrzili się nieprawidłowości w postępowaniu toksykologa ze szpitala Raszei, w którym nie było oddziału ratunkowego. Za nieprawidłowe uznali jedynie postępowanie Lesława L. Podkreślili, że każda zwłoka i opóźnienie leczenia pogarszały stan zdrowia i rokowania Marcina.

Lesław L.: Chciałem skrócić diagnostykę

Lesław L. (nie zgodził się na publikację nazwiska) nie przyznaje się do winy. Twierdzi, że nie miał podstaw, by kierować Marcina na tomograf.

Biegli z Krakowa mają inne zdanie – podkreślają, że tomograf to w takich przypadkach podstawa diagnostyki.

Lesław L. twierdzi, że wyczuwał od Marcina alkohol. Nie pobrał mu jednak krwi do badań ani na obecność alkoholu, ani narkotyków.

Lesław L. wyjaśnia, że w ten sposób chciał „skrócić diagnostykę”. Uznał, że odsyłając pacjenta na toksykologię w innym szpitalu, przyspieszy mu udzielenie pomocy.

- W naszym szpitalu nie mieliśmy możliwości szybkiego oznaczania narkotyków czy dopalaczy –

wyjaśnił przed sądem Lesław L.

Przekonywał też, że tomograf również opóźniłby udzielenie pomocy: wykonanie badania zajmuje pół godziny, a potem trzeba jeszcze czekać kwadrans na wynik. W dodatku w szpitalu HCP nie było neurochirurgów, którzy mogliby ocenić zdjęcie z tomografu. Płytkę ze zdjęciem trzeba by zawieźć do konsultacji w innym szpitalu, bo zdjęć nie wysyłano wtedy mailem. Zajęłoby to dwie godziny.

Lesław L. stwierdził też, że gdyby rozpoznał krwaka mózgu, i tak musiałby dla Marcina szukać miejsca w innym szpitalu z oddziałem neurochirurgicznym, a z tym zawsze był problem.

- Badanie tomografem ułatwiłoby wykrycie krwaka, co nie oznacza, że przyspieszyłoby wykonanie operacji, a śmiem twierdzić, że nawet by opóźniło – powiedział Lesław L.

Zdaniem biegłych jest bardzo prawdopodobne, że nawet wykonanie tomografii w szpitalu HCP i przeprowadzenie operacji nie zapobiegłoby skutkom odniesionego urazu – stan Marcina był już zbyt poważny. Ale nie zmienia to faktu, że brak tomografu i odesłanie chorego na toksykologię narażało jego zdrowie na ciężki uszczerbek.

Marcin chce, żeby to się nie powtórzyło

Marcin mieszka w Skierniewicach u cioci, która się nim opiekuje. Żyją ze skromnej nauczycielskiej emerytury. Marcin pracował zbyt krótko, by starać się o rentę. Przez rok dostawał zasiłek dla bezrobotnych. Urząd pracy wysłał go na staż do firmy handlującej butlami z gazem. Marcin miał prowadzić rozliczenia, ale mylił się w rachunkach. Po miesiącu szef poprosił go, by sam się zwolnił. Marcin był też na stażu w parku krajobrazowym. Podobało mu się, bo trochę siedział w biurze, a trochę spacerował po lesie. Ale staż się skończył, a park zamiast zatrudniać, zwalniał pracowników.

- Nie mogę biegać, nie mogę pływać, szybko się męczę. Jestem pod opieką neurologa i psychiatry. Biorę leki – mówi Marcin.

Cieszy się jednak, że żyje i może dziś z nami porozmawiać.

W środę 26 stycznia przyjechał do Poznania na rozprawę Lesława L. Chciałby skazania lekarza.

- Żeby osoby, które znajdują się w podobnej sytuacji, uzyskały w szpitalu pomoc – podkreśla.

Kolejne rozprawy sąd zaplanował na luty i marzec.

(Piotr Żytnicki 26 stycznia 2022 | 16:00 Wyborcza.pl)

Kodeks karny

Art. 160. § 1. Kto **[umyślnie]** naraża człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu,

podlega karze pozbawienia wolności **do lat 3**

§ 2. Jeżeli na sprawcy ciąży obowiązek opieki nad osobą narażoną na niebezpieczeństwo,

podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

§ 3. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 lub 2 działa **nieumyślnie**,

podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności **do roku**.

§ 4. Nie podlega karze za przestępstwo określone w § 1–3 sprawca, **który dobrowolnie uchylił** grożące niebezpieczeństwo.

Należyta staranność lekarska

Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty

Art. 4. Lekarz **ma obowiązek wykonywać zawód**, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz **z należyta starannością**.

Przepis ten nie wyznacza celów ani ideałów, ale **najniższy prawnie akceptowalny**

poziom działań lekarza - tzn. zakreśla granice powinności.

Jeśli przy wykonywaniu czynności zawodowych lekarz **nie zszedł poniżej** owego poziomu, to z punktu widzenia tego przepisu jego **postępowanie jest prawidłowe**.

Uchybienie tym powinnościom liczy się za bezprawie: przy spełnieniu pewnych warunków dodatkowych otwiera drogę do obciążenia odpowiedzialnością prawną.

Dla **odpowiedzialności cywilnej** warunkiem tym jest **uszczerbek dla dóbr prawnych w postaci szkody lub krzywdy**.

Do **odpowiedzialności karnej** wystarcza niekiedy samo realne ryzyko (**niebezpieczeństwo konkretne**) uszczerbku.

"Czyste" uchybienie **powinnościom** określonym w art. 4 u.z.l. stwarza jedynie podstawę **odpowiedzialności zawodowej** lekarza.

1. Pojęcie. Należyta staranność stanowi pojęcie zaczerpnięte z prawa cywilnego. Jest to kryterium powinnościowe, a nie empiryczne, skoro chodzi o staranność **wymaganą**, a nie - faktycznie przyjmowaną

Kodeks cywilny

Art. 355. § 1. Dłużnik obowiązany jest do staranności ogólnie wymaganej w stosunkach danego rodzaju (należyta staranność).

§ 2. Należyta staranność dłużnika w zakresie prowadzonej przez niego działalności gospodarczej określa się przy uwzględnieniu zawodowego charakteru tej działalności.

Niedołożenie należytej staranności lekarskiej może sprowadzać się do popełnienia uchybienia zwanego w uproszczeniu błędem: medycznego na poziomie diagnostyki, terapii, użycia niewłaściwego sprzętu (nieodpowiedniego czy wręcz niesprawnego), zastosowania przestarzałej metody operacyjnej, ale także **zaniechania w zakresie udzielonej pacjentowi informacji**, niedokładnego zebrania tzw. wywiadu i wielu innych uchybień, których typologią niepotrzebnie ekscytuje się nauka prawa (bo dla prawników to egzotyczne i fascynujące).

Klasyfikacja błędów medycznych jest o tyle mało istotna, że co prawda punktem wyjścia jest ustalenie, czy została złamana jakaś zasada wykonywania zawodu – czy to z gatunku technicznych, czy decyzyjnych, czy innych – jednak samo naruszenie nie wystarczy, żeby przypisać odpowiedzialność, ponieważ **uchybienie musi być zawinione**.

*"Istnieje prawna definicja **zaniedbania**. Ma ono miejsce, gdy lekarz udzielający pomocy medycznej naruszy przy tym zasady należytej staranności – chciałem jednak wiedzieć, jak wygląda definicja praktyczna. Lang odpowiedział, że **jeśli znajdzie błąd, w wyniku którego wystąpiła szkoda, i jeśli ustali, że lekarz mógł uniknąć popełnienia tego błędu**, to wtedy, jego zdaniem, lekarz dopuścił się zaniedbania."*

(Fragment książki Atula Gawande "Lepiej", Znak 2011,
rozdział "Co lekarze są winni")

Proponowana wyżej praktyczna i zdroworozsądkowa definicja zawinienia to **ustalenie, że konkretny lekarz mógł owego błędu uniknąć**, a więc przede wszystkim miał możliwość postąpienia inaczej **i można było od niego wymagać**, żeby przestrzegał reguły, którą złamał.. W odniesieniu do lekarza są to **ogólne wymagania w stosunkach medycznych**.

Na gruncie prawa karnego i odpowiedzialności karnej odpowiednikiem należytej staranności jest ostrożność „ogólnie wymagana w danych okolicznościach”. Oba te pojęcia są pokrewne i można ich używać niemal zamiennie.

Kryterium należytej staranności jest obecne w medycznych ustawach zawodowych, a **u.pr.pacjenta ujmuje ją jako część prawa do leczenia adresowanego do całej służby zdrowia.**

Spełnienie ogólnych wymagań w stosunkach danego rodzaju polega najogólniej na przestrzeganiu reguł, pozwalających rozsądnie liczyć na efektywną i bezpieczną realizację zamierzonej czynności. Są to reguły czysto prakseologiczne: mające na celu skuteczne, sprawne i bezpieczne wykonywanie czynności określonego rodzaju. Zasady daje się sformułować - podobnie, jak normy prawne - w postaci nakazów albo zakazów. Te ogólne wymagania służą stworzeniu miary, obiektywnego standardu staranności w danej dziedzinie.

Staranność należyta a podwyższona.

Często spotykane określanie staranności lekarskiej jako „szczególnej”, „kwalifikowanej”, „podwyższonej” czy też „najwyższej” sugeruje, że żąda się od lekarzy przejawiania staranności o stopniu wyższym niż przy działaniach zwykłych. Jest to sugestia błędna.

Obowiązkiem **staranności szczególnej ustawodawca wyróżnił niektóre inne grupy zawodowe – np. adwokatów i notariuszy.** W zakresie medycyny ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej przed zmianą z 2011 r. przewidywała w art. 18, iż „pielęgniarka, położna wykonuje zawód ze szczególną starannością”, w art. 11 ust. 1 nowej ustawy jest to już po prostu staranność należyta. Samo istnienie w języku prawnym **rozdzielenia staranności należytej i szczególnej** każe przynajmniej wstępnie zakładać, że ma ono charakter zamierzony i nie są to pojęcia tożsame, a standardy ogólne („ogólnie wymagane”) nie mogą być zrównywane w drodze wykładni ze szczególnymi, czyli podwyższonymi¹.

Zagadnienie należytej staranności medycznej ma charakter złożony i odnosi się do wielu płaszczyzn działania². Profesjonaliści medyczni mają obecnie ustawowy obowiązek dochowania staranności **należytej**, zawarty *expressis verbis* w przepisach ustaw zawodowych lub wynikający z ogólnych zasad prawa cywilnego. Najwyższa, ani nawet wzmożona czy szczególną staranność **nie znajdzie podstawy prawnej**. Bezuzyteczne jest podpieranie się w tym zakresie kryterium zasad współżycia społecznego, które prowadziłyby do pomieszania pojęć: zasad współżycia, mających wymiar etyczny, i standardów fachowych, które są etycznie obojętne. Należy doprecyzować, że staranność w działaniu może stanowić przedmiot etycznego obowiązku lub (w przypadku supererogacji) pochwały, ale same reguły staranności mają charakter prakseologiczny i są pod względem treści „amoralne”. Etyka nie wyznacza ani praw przyrody, ani techniki zabiegowej, ani czynności typu percepcyjnego, gdzie liczą się spostrzegawczość i biegłość fachowa. Mowa o tym dlatego, że w sądownictwie i w poglądach części doktryny prawa daje się stwierdzić w tej mierze swoistą eskalację wymagań. Istnieje obawa, że wynika to z niezrozumienia istoty problemu oraz z chybionej analizy podstaw normatywnych.

W nauce prawa i przeglądach orzecznictwa uporczywie przywoływany jest wyrok SN z

¹ M. Boratyńska, *Odpowiedzialność kontraktowa...*, s. 24.

² Może to być model zróżnicowany nawet w ramach pewnej grupy lekarzy, np. okulistów. Nie ma bowiem jednego modelu przeciętnej staranności wymaganej od wszystkich okulistów; w grę wchodzi różne kryteria: poziom specjalizacji, zakres kompetencji, zakres wykonywanych czynności. Nie każdy okulista dysponuje w gabinecie kosztownymi aparatami, np. synoptoforem do badań w kierunku zezów – zob. M. Boratyńska, *Wolny...*, s. 256. W braku możliwości podjęcia właściwego działania na miejscu treść obowiązku treść obowiązku musi oczywiście ulec zmianie.

29.10.2003 r., III CK 34/02, OSP 2005/4, poz. 54, którego teza 2 brzmi: „Zachowanie funkcjonariusza publicznego jest bezprawne, jeżeli pozostaje w sprzeczności z obowiązującym porządkiem prawnym, przez który należy rozumieć nie tylko obowiązujące ustawodawstwo, ale także obowiązujące w społeczeństwie zasady współżycia społecznego. Wśród tych zasad mieści się przeprowadzanie zabiegów operacyjnych zgodnie ze sztuką lekarską i **najwyższą starannością**, wymaganą od profesjonalisty”.

Mamy tu zatem do czynienia z wykładnią *contra legem*, w oderwaniu od kontekstu ustawy lekarskiej i bez oparcia na realiach medycznych. Niestety, podobny sposób rozumowania – formułujący wobec lekarzy wymogi podwyższonej staranności – powtarza się w innych orzeczeniach;³ i bywa przytaczany przez doktrynę w sposób bezrefleksyjny.⁴ Dopiero w ostatnich latach da się zaobserwować odwrót od tego stanowiska i traktowaniu staranności w medycynie jako zwykłej staranności profesjonalnej, wysokiej lecz nie „podwyższonej”⁵.

Równie trudne do przyjęcia jest żądanie od lekarza „staranności najwyższej”. W części wypadków zmuszałoby ono do przyjęcia „modelu idealistycznego”, a w części wręcz do absurdu. Pewne działania można bowiem wykonać większym lub mniejszym nakładem starań, ale zawsze dadzą się one wykonać „jeszcze staranniej”, np. poprzez proste powtórzenie czynności lub jej skontrolowanie przez inną osobę. Przykładem mogą być procedury sprawdzające zgodność narzędzi i materiałów użytych do operacji chirurgicznej: ile razy by nie przeliczyć tych przedmiotów i ile razy nie skontrolować pola operacyjnego, teoretycznie zawsze przecież można to zrobić o jeden raz więcej. Z pewnością żaden z proponentów staranności „najwyższej” nie ma na myśli takiego powtarzania w nieskończoność, zarazem jednak sama koncepcja takiej staranności nie daje żadnej odpowiedzi, gdzie przebiega najniższy poziom działania, który mielibyśmy uznać za dostatecznie staranny.

Za oczekiwaniem takiej staranności kryje się zapewne przeświadczenie, że pacjentowi należy zapewnić warunki jak najlepsze, bo przecież chodzi o ochronę jego fundamentalnych dóbr – życia i zdrowia. Innym motywem może być obawa, że staranność „ogólnie wymagana”, choć stanowi kryterium powinnościowe, musi w pewien sposób uwzględniać realną, przeciętną staranność osób wykonujących zawody medyczne; przeciętność zaś z kolei może kojarzyć się z przeciętniactwem i bylejakością. Intencją jest podwyższenie standardu ochrony, ale omawiana koncepcja nie pozwala sprecyzować, gdzie właściwie ów standard leży. Wymaganie staranności najwyższej nie wydaje się więc użyteczne praktycznie i należy traktować je tylko jako rodzaj sądowej retoryki.

Owszem, są takie pomyłki, które faktycznie przesądzają o niestaranności: gdy fachowcowi „nie wolno” się pomylić (np. wyrwać nie ten ząb, zoperować drugie kolano, resekować zdrową nerkę zamiast chorej). Sposobem na ich uniknięcie nie jest jednak zaostrzanie standardu i utożsamianie staranności należytej z najwyższą, lecz doskonalenie zasad ostrożności technicznej oraz tworzenie schematów postępowania zabezpieczających przed pomyłką, w razie potrzeby wielu stosowanych równolegle.

Np. minimum dwukrotne liczenie narzędzi i materiałów medycznych użytych przy operacji. Warto przy okazji zauważyć, że w celu zapobieżenia pozostawieniu ciał obcych w polu operacyjnym tworzone są coraz to nowe sposoby kontrolowania, kiedyś było to tylko liczenie przedmiotów, z czasem pojawiło się dodatkowo układanie ich na specjalnej tablicy lub płachcie, następnie

³ Wyrok SA w Krakowie z 9.03.2001 r., I ACa 124/01, PS 2002/10, s. 130; wyrok SN z 23.10.2003 r., V CK 311/02, LEX nr 82272; wyrok SN z 22.06.2005 r., III CK 392/04 niepubl.; wyrok SN z 10.02.2010 r., V CSK 287/09, LEX nr 786561, wraz z glosą M. Nesterowicza, PiM 2013/3–4, s. 209.

⁴ E. Bagińska, *Glosa do wyroku SN z 29.10.2003 r., III CK 34/02*, OSP 2005/4, poz. 54; R. Patryn, *Określenie zasady postępowania lekarza z należytą starannością z płaszczyzny orzecznictwa sądowego*, PiM 2012/2, s. 87.

⁵ Zob. M. Kopeć, *Ustawa o zawodach...*, s. 46-47 (teza 13, 14).

wprowadzenie znaczników rentgenowskich na chustach i gazikach, a stopniowo upowszechnia się prześwietlenie pacjenta jeszcze na sali operacyjnej.⁶ Z kolei przy transplantacjach do standardu weszło dwukrotne sprawdzanie oznaczenia pojemnika z nerką do przeszczepu: raz przez podającą pielęgniarkę i drugi raz przez kierownika zespołu na sali operacyjnej.⁷

Zaniechanie ich wdrożenia stanowi o uchybieniu organizacyjnym, a indywidualne nieprzestrzeganie ich świadczy o personalnej niestaranności (nieostrożności).

Reguły postępowania lekarskiego wyprowadzane ze stanu wiedzy stanowią tylko szczególny przypadek zasad staranności.

Inne z tych zasad nie są jednak pochodną wiedzy medycznej czy jakiegokolwiek wiedzy naukowej, lecz wiedzy potocznej i tzw. zdrowego rozsądku. Należyta staranność wymaga starań zarówno „na podłożu naukowym” (np. by adekwatnie zakwalifikować pacjenta do zabiegu chirurgicznego, a sam zabieg wykonać technicznie poprawnie), jak i zwykłych (np. by sprawdzić tożsamość pacjenta i stronę ciała, która ma być poddana zabiegowi).

W opisaney przez prasę sprawie Marcina zbiegło się niefortunnie jego przypuszczalnie nieświadome opuszczenie poczekalni szpitala z zaniedbaniami konkretnego lekarza. Pokrzywdzony zawiadomił prokuraturę, bo zależało mu na "sprawiedliwym ukaraniu" sprawcy zaniedbania. Ludzie często tak rozumują. W celu odpowiedniej oceny ciągu zdarzeń trzeba było rozpatrzyć prawidłowość zachowania wszystkich osób, które kolejno zajmowały się pacjentem. Wyszło, że uchybień dopuścił się tylko ów chirurg. Było mu o tyle trudniej, że Marcin trafił ponownie do placówki jako NN - bez dokumentów i bez historii choroby. Tym bardziej jednak trzeba było uważnie przeprowadzić badanie ogólne przedmiotowe. Wydaje się trochę dziwne, że lekarz nie dostrzegł urazu w tyle głowy. Chyba powinien był obmacać całą czaszkę, nieprawdaż? Z kolei biegli podawali, że przy takich objawach obowiązującą zasadą ostrożności jest diagnostyka różnicowa przy użyciu tomografu. Próba tłumaczenia, że takie badanie i tak opóźniłoby adekwatną pomoc, jest o tyle chybiona, że hipoteza o urazie mózgu nie została w ogóle postawiona.

Sprawa toczy się z paragrafu o samo tylko narażenie (nieumyślne) na niebezpieczeństwo i opisane zaniedbania wypełniają te cechy.

Osobną kwestią mogłoby być natomiast żądanie odszkodowania za tak poważny rozstrój zdrowia. W tym celu trzeba by było rozpreparować wszystkie fakty i każdemu z nich przypisać odpowiedni skutek. Marcin najpierw został uderzony przez nieznanego sprawcę i przyłożył potylicą w trotuar. Udzielono mu prawidłowej pomocy - tzn. zakwalifikowano wg triazu na podstawie objawów. Gdyby pogorszyło mu się z powodu długiego oczekiwania - nikt nie byłby temu winien. Następnie Marcin w malignie wyszedł na miasto. Czy ktoś z pesonelu miał obowiązek go zatrzymać? - Nie, bo nikt nie ma obowiązku jasnowidzeń: pacjent "zielony" mógł zwyczajnie stracić cierpliwość i zrezygnować z dalszego oczekiwania.

Ocena następstw urazu i zaniedbań chirurga zaczyna się od ponownego przywiezienia Marcina do szpitala. Na ile jego objawy pozwalają przyjąć hipotezę odurzenia, a na ile wymagają pogłębionej diagnostyki. Chirurg zaniechał prawidłowego postępowania diagnostycznego (tomografia) i jeszcze nie zauważył urazu potylicy - to drugie świadczy chyba o tym, że w ogóle nie wykonał badania przedmiotowego głowy pacjenta. Tworzymy następujący ciąg przyczynowy: co by było, gdyby przeprowadził badanie palpacyjne starannie? - Znalazłby ranę z tyłu głowy. Wtedy powinien by zlecić tomografię, to raczej oczywiste. Tomografia potrwałaby swoje, ale dałaby wynik,

⁶ (M. Boratyńska, *Odpowiedzialność kontraktowa...* i orzecznictwo omówione na s. 19–22).

⁷ – zob. wyrok SO we Wrocławiu z 13 lutego 2015, I C 478/12, M. Boratyńska, *Odpowiedzialność cywilna w zespole medycznym z udziałem pielęgniarek* [w:] *Zagadnienia prawa medycznego*, red. A. Górski, E. Sarnacka, Warszawa 2018, s. 27–30.

na podstawie którego przeprowadzono by operację tak szybko, jak to możliwe. Ile więc cennego czasu zostało zmarnowane na jazdę tam i z powrotem na toksykologię? Jaki byłby stan Marcina, gdyby operacja została przeprowadzona odpowiednio wcześniej, w porównaniu z jego stanem obecnym? A więc jaki stopień pogorszenia zdrowia został spowodowany zwłoką w udzieleniu właściwej pomocy? To pogorszenie stanowiłoby podstawę do żądania odszkodowania od lekarza, jak również od szpitala, którego ten lekarz jest pracownikiem. Może Marcin wyszedłby na tym lepiej niż na angażowaniu organów ścigania. Tyle tylko, że takie porównanie mogłoby doprowadzić do wniosku, że albo nie da się tego ocenić, albo że na tym etapie było już z pacjentem "wystarczająco" źle.

Z drugiej strony - wynik postępowania karnego jest jak darmowa opinia biegłych na potrzeby sprawy odszkodowawczej i pozwala ocenić swoje szanse wygrania sprawy cywilnej, która jest kosztowna i zawsze o wątpliwych szansach powodzenia. Niemniej zadośćuczynienie za doznaną krzywdę nie musi być skrupulatnie obliczane (bo nie ma tego jak zrobić). Co innego ewentualna renta - tutaj trzeba byłoby ocenić za jaką część uszczerbku zdrowotnego obciążyć odpowiedzialnością lekarza solidarnie ze szpitalem i tylko tyle zasądzić.

Reasumując: błędy chirurga były wynikiem zaniedbania, natomiast tylko normalne następstwa tego zaniedbania mogą stanowić podstawę do uzyskania odszkodowania.