

temat: Odpowiedzialność za błąd techniczny. Rzadko spotykane powikłanie po wkluciu centralnym

"Z chirurgią jest podobnie jak z innymi zawodami, umiejętności i wprawy nabiera się poprzez doświadczenie, niepewne próby i pokonywanie upokarzającej nieudolności. Chirurg, nie inaczej niż tenisista, oboista czy ktoś, kto naprawia twarde dyski, musi ćwiczyć, żeby stać się dobrym w swoim fachu. Z jedną tylko różnicą: my ćwiczymy na ludziach".

(Atul Gawande, Komplikacje. Zapiski chirurga o niedoskonałej nauce)

Atul Gawande o wkluciu centralnym

(Fragmenty książki A. Gawande "Komplikacje", Znak 2009, rozdz. Nauka skalpela)

Podejście pierwsze

Pacjentowi trzeba było założyć wklucie centralne.

- Masz okazję – powiedziała S., starsza rezydentka.
- Nigdy wcześniej tego nie robiłem.
- Przygotuj się i daj mi znać, kiedy będziesz chciał zacząć. (...)

Będzie dobrze, próbowałem się przekonać, to mój pierwszy prawdziwy zabieg. Pacjent – tęgi, małomówny mężczyzna po pięćdziesiątce – tydzień wcześniej przeszedł operację jamy brzusznej. Jelita nie zaczęły jeszcze prawidłowo funkcjonować, nie mógł więc normalnie jeść. Wyjaśniłem mu, że w takiej sytuacji musimy prowadzić odżywianie dożylne, a to z kolei wymaga umieszczenia „specjalnej rurki” w klatce piersiowej. Poinformowałem go również, że wykonam zabieg na miejscu, że będzie musiał położyć się płasko na plecach, a ja podam mu znieczulenie miejscowe. Po czym dokonam nakłucia, w które włożę cewnik. Nie wspomniałem ani słowem o długości cewnika – około dwudziestu centymetrów – ani o tym, że wprowadzę go do żyły głównej, biegnącej prosto do serca. Nie uprzedzałem też pacjenta o stopniu trudności tego zabiegu, powiedziałem tylko, że wiąże się on z „niewielkim ryzykiem” krwotoku lub zapadnięcia się płuca, jeśli jednak wklucia dokonuje profesjonalista, komplikacje zdarzają się w jednym przypadku na sto.

Ja nie byłem profesjonalistą, a tragiczne wypadki, o których słyszałem, ciążyły mi na równi ze świadomością mojego niedoświadczenia: pewna kobieta zmarła wskutek intensywnego krwotoku wywołanego uszkodzeniem żyły głównej podczas wklucia, które przeprowadzał rezydent; innego pacjenta trzeba było natychmiast operować, ponieważ rezydentowi wyslizgnęła się prowadnica i cewnik wylądował w samym sercu; w jeszcze innym przypadku doszło do nagłego zatrzymania krążenia spowodowanego migotaniem komór. Nie wspomniałem jednak o tym wszystkim ani słowem, kiedy prosiłem pacjenta o zgodę na wykonanie centralnego wklucia. Pacjent odpowiedział mi krótko: „Dobrze”. Mogłem więc działać.

Dwukrotnie widziałem, jak S. wykonuje wklucie centralne – ostatni raz akurat dzień wcześniej – i starałem się odtworzyć w pamięci każdy jej ruch. Patrzyłem, jak wyjmuje instrumenty, kładzie pacjenta i wsuwa mu między łopatki zwinięty ręcznik, tak żeby uwypuklić klatkę piersiową. Widziałem, jak ubrana w wyjałowioną odzież oczyszcza skórę pacjenta środkiem antyseptycznym, wstrzykuje miejscowy środek znieczulający, lidokainę, po czym grubą, ośmiocentymetrową, przymocowaną do strzykawki igłą dokonuje punkcji w okolicach obojczyka. Pacjent nawet nie drgnął. S. powiedziała mi, gdzie mam celować, żeby nie przebić pacjentowi płuca („Wkłuwaj się pod kątem ostrym, tuż pod obojczykiem”), i jak znaleźć żyłę podobojczykową, dopływ żyły głównej, biegnący tuż ponad szczytem płuca („Wkłuwaj się pod kątem ostrym, tuż pod obojczykiem”). Wepchnęła do środka prawie całą igłę, pociągnęła tłoczek strzykawki i udało się. Wiedziałem to stąd, że strzykawkę wypełniła ciemna krew. („Jeśli pojawi się jasna, to znaczy, że trafiłeś w tętnicę – usłyszałem. - Niedobrze”).

„Kiedy już dotrzemy do żyły, trzeba poszerzyć otwór wykonany igłą. Włożyć cewnik i

poprowadzić go we właściwym kierunku, w dół, w stronę serca, a nie w górę, w kierunku mózgu, nie naruszając przy tym naczyń krwionośnych, płuca ani żadnych innych tkanek. Żeby tego dokonać – tłumaczyła S. - należy zacząć od założenia prowadnicy". Odkręciła strzykawkę od igły i natychmiast popłynęła krew. Chwyciła sześćdziesięciocentymetrowy drut o średnicy ośmiu milimetrów, z wyglądu przypominający stalową strunę gitarową D, wprowadziła go przez igłę do żyły i dalej, do żyły głównej.

„Nigdy nie wciskaj go na siłę – przestrzegła mnie – i nigdy nie wypuść z ręki". Aparat monitorujący pracę serca zanotował serię przyspieszonych uderzeń, więc S. minimalnie cofnęła prowadnicę, która dotknęła serca, powodując chwilowe migotanie. „Zdaje się, że jesteśmy na miejscu", szepnęła do mnie lekarka, po czym głośno odezwała się do pacjenta: „Jest pan bardzo cierpliwy. Jeszcze tylko kilka minut". Usunęła igłę, a w jej miejsce wetknęła gruby, plastikowy rozwieracz, żeby jeszcze bardziej poszerzyć wejście do żyły. Po chwili wyjęła go i wreszcie nadszedł czas na wprowadzenie cewnika - żółtej, elastycznej rurki grubości makaronu spaghetti. S. nawlokła go na prowadnicę i powoli wsuwała do środka. Gdy cewnik dotarł tuż pod serce, można było wyciągnąć drut, przepłukać rurkę roztworem heparyny i przyszyć końcówkę do piersi pacjenta. I po wszystkim.

Widziałem, jak się to robi. Teraz wystarczyło wykonać to samo własnoręcznie. Zacząłem przygotowywać wszystko, co potrzebne do przeprowadzenia zabiegu – zestaw do wkłucia centralnego, rękawiczki, fartuch. Czepek, maskę, lidokainę – i zdawało mi się, że same przygotowania trwają wiecznie. Kiedy w końcu byłem gotowy, stanąłem w drzwiach sali, gdzie leżał mój pacjent, i zapatrzyłem się przed siebie, powtarzając w myślach czynności, które miałem wykonać. Wszystko zaczęło mi się mieszać, ale nie mogłem zwlekać. Czekają na mnie mnóstwo innych obowiązków: wypisać panią A., ustalić termin USG jamy brzusznej pana B., zdjąć zszywki chirurgiczne pani C... I mniej więcej co kwadrans dokładano mi nowe zajęcia – pan X. odczuwał mdłości i trzeba do niego zajrzeć; przyszła rodzina pani Y. i chciała z „kimś" porozmawiać; pan Z. prosił o środki przeciwszczepiacze. Wzięłem głęboki oddech, przybrałem kompetentny wyraz twarzy i wszedłem na salę.

Porozkładałem przybory na stoliku obok łóżka, rozwiązałem pacjentowi koszulę na karku, ułożyłem go na materacu, obnażyłem pierś i wyprostowałem ręce wzdłuż tułowia. Włączyłem fluorescencyjną lampkę, podniosłem łóżko na odpowiednią wysokość. Wezwałem S. na salę. Założyłem fartuch i rękawiczki, po czym na sterylnej tacce położyłem cewnik, prowadnicę i pozostałe elementy zestawu w takiej kolejności, w jakiej zapamiętałem. Nabrałem w strzykawkę pięć centymetrów lidokainy, nasączyłem waciki brązowożółtym, odkażającym roztworem betadyny i otworzyłem opakowanie z nimi. Mogłem zacząć.

Nadeszła S.

- Ile ma płytek krwi? - zapytała.

Poczułem, że ściska mnie w żołądku. Nie sprawdziłem. Niedobrze: jeśli liczba płytek jest zbyt niska, zabieg może doprowadzić do poważnego krwotoku. S. poszła przejrzeć ostatnie wyniki i okazało się, że są w normie.

Lekko podenerwowany przystąpiłem do odkażania skóry wacikami.

- Włożyłeś ręcznik pod plecy? - padło kolejne pytanie.

No tak, o tym też zapomniałem. Pacjent spojrzał na mnie z niepokojem. S., nie mówiąc nic więcej, sięgnęła po ręcznik, zwinęła go i wsunęła między łopatki mężczyzny. Skończyłem odkażanie i przykryłem dolną część klatki piersiowej, zostawiając nagi kawałek skóry jedynie w okolicy obojczyka. Pacjent wzdrygnął się. S. obrzuciła badawczym spojrzeniem tackę z instrumentami, a ja przygotowałem się w duchu na kolejne pytanie.

- Gdzie masz dodatkową strzykawkę do przepłukania cewnika?

Cholera... S. wyszła, by po chwili wrócić ze strzykawką.

Dotknąłem piersi pacjenta, palcami szukając właściwego miejsca. Bałem się odezwać, żeby nie stracić resztek jego zaufania, więc tylko spojrzałem pytająco: „tutaj?" S. przytaknęła skinieniem

głowy. Wstrzyknąłem znieczulającą lidokainę. („Poczuje pan teraz ukłucie i lekkie pieczenie”). Następnie sięgnąłem po ośmiocentymetrową igłę i wbiłem ją pod obojczyk pacjenta. Zanurzałem ją powoli i niepewnie, wsuwając po kilka milimetrów naraz z obawy przed uszkodzeniem czegoś po drodze. To cholernie duża igła, cały czas powtarzałem sobie w myślach. Nie mogłem uwierzyć, że wbijam ją komuś w piersi. Starąłem się prowadzić ją pod kątem ostrym. Ale zamiast ominąć obojczyk, trafiłem prosto w kość.

- Auu! - krzyknął mężczyzna.

- Przepraszam – sapnąłem.

S. pomachała mi dyskretnie, gestem nakazując skierować igłę nieco niżej. Tym razem udało się. Pociągnąłem tłoczek strzykawki. I nic. S. pokazała, żebym wbił się głębiej. Posłuchałem jej i znowu nic. Wyjąłem igłę, przetarłem i wkułem się ponownie.

- Auuaa!

Znowu za płytko. Prześlizgnąłem się pod obojczykiem, pociągnąłem tłoczek i wciąż nic. To dlatego że jest gruby, pomyślałem. S. założyła rękawiczki i fartuch.

- Może ja zobaczę – zaproponowała.

Przekazałem jej igłę i odsunąłem się od łóżka. S. wkuła się, pociągnęła i gotowe.

- Zaraz kończymy – uspokoiła pacjenta. Czułem się jak skończony nieudacznik.

Po wykonaniu wkłucia S. pozwoliła mi brnąć dalej. Nie miałem pojęcia, że prowadnica jest tak długa i elastyczna. Przekonałem się o tym dopiero wtedy, gdy wyjąłem ją z opakowania i usiłując umieścić jeden koniec w żyłę pacjenta, zapomniałem o drugim, który nieomal dotknął niesterylnego łóżka. Gdyby nie S., zapomniałbym również o rozwieraczu, a nawet jeśli bym pamiętał, to i tak nie potrafiłbym go sam prawidłowo założyć. Wsunąłem go zbyt lekko i S. musiała po mnie poprawiać. W końcu udało nam się wprowadzić cewnik, przepłukać go i przyszyć.

Po wyjściu z sali usłyszałem, że następnym razem powinienem działać bardziej zdecydowanie i że mam się zbytnio nie przejmować tym, co się wydarzyło.

- Uda ci się – zapewniła mnie S. - To tylko kwestia wprawy.

Nie byłem tego taki pewny Mimo że miałem pierwsze wkłucie za sobą, cały zabieg wciąż pozostawał dla mnie zagadką. Nie mogłem pogodzić się z faktem, że wbijamy igłę tak głęboko i na oślep w pierś pacjenta. Z niepokojem oczekiwałem wyników prześwietlenia. Okazało się jednak, że wszystko jest w jak najlepszym porządku: nie uszkodziłem płuca, a cewnik dotarł w odpowiednie miejsce.

Podejście drugie

Druga próba założenia wkłucia centralnego skończyła się podobnie do pierwszej. Tym razem pacjentka leżała na oddziale intensywnej terapii, cierpiała na nieuleczalną chorobę, oddychała za pośrednictwem respiratora i trzeba było założyć jej cewnik, żeby móc podawać silne leki nasercowe. Na szczęście dla mnie była również pod wpływem środków uspokajających i wiedziałem, że nie zwróci uwagi na moje niezdarne poczynania.

Do tego zabiegu przygotowałem się już lepiej. Wsunąłem pod plecy pacjentki ręcznik i położyłem na tacy strzykawki z heparyną. Sprawdziłem także wyniki badań laboratoryjnych oraz dopilnowałem, żeby szpitalna koszula była rozchylona dość szeroko i nawet jeśli końcówka prowadnicy opadłaby zbyt nisko, nie zetknęłaby się z niejałowym materiałem.

Mimo to zabieg znów okazał się kląpą. Najpierw wkułem się zbyt płytko, później zaś za głęboko. Frustracja była silniejsza niż niepewność; wciskałem igłę pod różnymi kątami. Nic nie pomagało. W końcu jednak w strzykawce pojawiła się krew, co znaczyło, że trafiłem w żyłę. Jedną ręką przytrzymałem igłę, a drugą zacząłem odciągać tłoczek, ale tym razem strzykawka odmówiła posłuszeństwa – tłoczek zaklinował się i musiałem pociągnąć go tak mocno, że poruszyłem igłą i zgubiłem żyłę, a przy okazji spowodowałem krwawienie do ściany klatki piersiowej. Przez ponad pięć minut uciskałem okolice uszkodzenia, ale to nie zapobiegło pojawieniu się ogromnego fioletowocznego krwaka, który uniemożliwił wprowadzenie w tym miejscu cewnika. Chciałem

zrezygnować z dalszych prób. Wiedziałem jednak, że pacjentka musi mieć wkłucie, a nadzorującemu moją pracę rezydentowi – starszemu ode mnie stażem o dwa lata – bardzo zależy, bym to ja je wykonał. Gdy prześwietlenie wykazało, że nie uszkodziłem płuca pacjentki, kazał mi spróbować jeszcze raz, po drugiej stronie, od nowa. I znów mi się nie udało. Wreszcie starszy kolega chyba zrozumiał, że to nie ma sensu, i postanowił przejąć inicjatywę, zanim zrobię coś naprawdę głupiego. Dokończenie zabiegu zajęło mu kolejne kilkanaście minut. Znalazł żyłę dopiero za drugim czy trzecim wkłuciem i przez chwilę poczułem się lepiej. Może mieliśmy do czynienia z jakimś szczególnym przypadkiem.

Kiedy jednak kilka dni później nie udało mi się to u trzeciego pacjenta, zacząłem mieć poważne wątpliwości. Znowu wkłucie, wkłucie, wkłucie i nic. Odsunąłem się od łóżka. Rezydentowi, który mnie nadzorował, udało się za pierwszym razem.

Czwarte podejście

Ostatnio przeprowadzono wiele badań, w których porównywano mistrzów w swoich dziedzinach – światowej sławy skrzypków, szachistów, zawodowych łyżwiarzy, matematyków – z ich mniej wybitnymi kolegami. Okazało się, że największa różnica między nimi polegała na ilości czasu poświęcanego na przemyślanie, zaplanowany trening. Być może więc kluczową umiejętnością jest talent do samego trenowania. (...)

Nie byłem pewny, czy mnie cechuje owa gotowość. Po co, pytałem się w duchu, robić następne wkłucia, skoro za każdym kolejnym razem wcale nie zbliżam się do doskonałości? Gdybym wiedział, na czym polega mój błąd, mógłbym się przy następnym zabiegu na nim skoncentrować, ja jednak nie miałem pojęcia, w czym tak naprawdę tkwi problem. Oczywiście wszyscy wokół mnie wiedzieli i nie szczędzili rad. Kieruj końcówkę igły lekko w górę. Nie, kieruj końcówkę w dół. Postaraj się wygiąć igłę, tak żeby trochę się uwypukliła. Nie, wygnij ją odrobinę w części środkowej. Przez pewien czas myślałem, że może uda mi się uniknąć kolejnej próby. Jednak szybko stało się jasne, że to niemożliwe.

Okoliczności były fatalne. Południe dawno minęło, a ja nie przespałem poprzedniej nocy. Pacjent cierpiał na chorobliwą otyłość, ważył około stu pięćdziesięciu kilogramów. Nie mógł długo leżeć na plecach, ponieważ w tej pozycji ciężar brzucha i klatki piersiowej znacznie utrudniał mu oddychanie. Mimo to trzeba było założyć mu cewnik. Miał ranę, w którą wdało się poważne zakażenie, i konieczne było zaaplikowanie dożylnych antybiotyków, a pielęgniarkom nie udało się znaleźć na jego rękach żył, przez które można by podłączyć kroplówkę. Nie liczyłem na to, że zdołam wykonać centralne wkłucie, ale rezydent robi to, co mu każą, a mnie kazano założyć cewnik.

Poszedłem do pacjenta. Wyglądał na przerażonego i powiedział, że raczej nie wytrzyma dłużej niż minutę, leżąc na plecach, ale przyznał też, że rozumie powagę sytuacji, i zadeklarował gotowość do współpracy. Razem zdecydowaliśmy, że będzie siedział na łóżku aż do momentu, kiedy przyjęcie pozycji leżącej będzie faktycznie niezbędne. A dalej zobaczymy.

Znów przygotowania: sprawdzenie wyników, rozłożenie instrumentów, wsunięcie zwiniętego ręcznika i tak dalej. Pacjent wciąż siedział, gdy odsłaniałem i odkażałem klatkę piersiową. Tym razem obserwowała mnie S., starsza rezydentka, i kiedy wszystko było gotowe, poprosiłem ją, żeby założyła pacjentowi maskę tlenową i pomogła mi go położyć. Wałki ciała przetoczyły się z brzucha na pierś. Nie mogłem wymacać obojczyka, pod który miałem się wkłuć. Mężczyzna zdążył już poczerwieniec na twarzy i złapać zadyszkę. Spojrzałem na S. pytająco: „Chcesz go przejąć?”. „Kontynuuj”, odpowiedziała gestem. Znieczuliłem lidokainą miejsce, w którym przypuszczalnie znajdował się obojczyk, po czym wbiłem igłę. Przez sekundę wydawało mi się, że igła okaże się za krótka, ale już za chwilę poczułem, że prześlizguje się pod obojczykiem. Wprowadziłem ją jeszcze głębiej i pociągnąłem tłoczek. I stał się cud, w strzykawce pojawiła się krew. Trafiłem. W skupieniu odkręciłem strzykawkę, uważając, żeby igła nie poruszyła się nawet o milimetr, i ostrożnie wsunąłem prowadnicę. Weszła płynnie i gładko. Pacjent z trudem łapał

powietrze, postanowiłem więc posadzić go na moment, po czym znów go położyłem, żeby założyć rozwieracz i wprowadzić cewnik. „Dobra robota”, rzuciła krótko S. i wyszła z sali.

Refleksje

Do dziś nie wiem, co takiego zrobiłem, że w końcu mi się udało. Wiem tylko, że od tamtej pory potrafię zakładać wkłucie centralne. **Nabieranie wprawy to dziwna rzecz. Przez wiele dni widzimy zaledwie kolejne fragmenty, aż pewnego dnia nagle składają się w naszej głowie w jedną całość. W niepojęty dla nas sposób świadomy proces uczenia się przechodzi w podświadomą wiedzę.**

Wykonałem już ponad sto zabiegów wkłucia centralnego. Oczywiście nie stałem się przez to nieomylny. Mam na swoim koncie pewną liczbę „działań niepożądanych”, jak wolimy je nazywać. Jednemu z pacjentów – chirurgowi z innego szpitala – przebiłem prawe płuco i z rachunku prawdopodobieństwa wynika, że coś podobnego jeszcze nieraz mi się przytrafi. **Wciąż co jakiś czas zdarza się, że pomimo najszczerzych wysiłków sfuszeruję zabieg, który nie powinien przysparzać mi żadnych trudności. (...)**

Szkolenie chirurgów można uznać za swoistą kwintesencję procesu dochodzenia do mistrzostwa: wpierw błędzenie po omacku, później wiedza fragmentaryczna, w końcu wiedza całościowa i ulotne chwile natchnionej elegancji. A wszystko to powtarzane wciąż od nowa, ponieważ cały czas dochodzą nowe zadania związane z coraz większym ryzykiem. Z początku opanowujemy podstawy: jak założyć rękawiczki i fartuch, jak obłożyć pacjenta serwetami chirurgicznymi, jak trzymać skalpel, jak zawiązać węzeł prosty na jedwabnej nici szwu (nie mówiąc już o opanowaniu sztuki wydawania poleceń i ordynowania leków czy pracy na komputerze). Z biegiem czasu zadania stają się coraz bardziej przytłaczające: uczymy się, jak przeciąć skórę, przeprowadzić koagulację elektryczną, otworzyć pierś, podwiązać krwawiące naczynie, usunąć guz i zasklepić ranę- a wszystko to podczas jednego zabiegu wycięcia guzka piersi. (...)

Trudno nam, osobom zawodowo związanym z medycyną, rozmawiać na ten temat z pacjentami. Świadomość, że ćwiczymy na ludziach, ciąży nam nieustannie, rzadko jednak mówimy o niej na głos. Przed każdą operacją udaję się w fartuchu chirurgicznym do sali przedoperacyjnej i przedstawiam się pacjentowi, powtarzając ukutą specjalnie na tę okazję formułkę: „Dzień dobry nazywam się Gawande. Jestem chirurgiem rezydentem i będę asystować podczas pańskiej operacji”. Nie wdaję się w szczegóły. Podaję pacjentowi rękę, uśmiecham się i pytam, czy jak na razie wszystko w porządku. Przez chwilę rozmawiamy, odpowiadam na wszelkie pytania. Czasem zdarza się, że pacjenci reagują nerwowo: „Nie chcę, żeby operował mnie rezydent”, protestują, a ja próbuję ich uspokoić. „Proszę się nie martwić. Ja jestem tylko asystentem – zapewniam. - Za wszystko odpowiada chirurg prowadzący”.

Nie jest to do końca kłamstwo. Chirurg prowadzący faktycznie podejmuje wszystkie decyzje podczas zabiegu i rezydenci dobrze o tym wiedzą. Weźmy na przykład operację usunięcia raka okrężnicy, którą ostatnio przeprowadziłem na siedemdziesięcioletniej kobiecie. Prowadzący przez cały czas stał naprzeciwko mnie i to on, nie ja, decydował, gdzie naciąć, w jaki sposób izolować nowotwór i ile okrężnicy wyciąć.

Jednak twierdzenie, że podczas operacji jedynie asystuję, również mijało się z prawdą. W końcu nie byłem tylko dodatkową parą rąk. To ja trzymałem skalpel, to ja stałem po tej stronie pacjenta, po której zawsze stoi operujący, i to do mojego wzrostu dostosowano wysokość stołu operacyjnego. Owszem, znajdowałem się na sali, żeby pomagać, ale przede wszystkim, żeby ćwiczyć. Widać to było dokładnie, gdy przyszło do zespolenia okrężnicy, które można wykonać na dwa sposoby – zszyć końcówki jelita ręcznie albo założyć zszywki staplerem. Drugie rozwiązanie jest szybsze. Ale chirurg prowadzący polecił mi założyć szwy ręcznie – nie dlatego że było to lepsze rozwiązanie dla pacjenta, ale dlatego że do tej pory rzadko miałem sposobność poćwiczyć szycie. Jeśli szew zostanie założony poprawnie, efekt jest taki sam, jak przy użyciu zszywek. Chirurg nie odrywał wzroku od moich rąk, ja zaś szylłem, mozolnie i niedokładnie. W pewnej

chwili prowadzący stwierdził, że zostawiam zbyt duże odstępy między szwami, kazał więc wrócić i założyć dodatkowe, tak żeby zespolenie nie przeciekało. W innym momencie uznał, że chwytam tkankę zbyt blisko brzegów, co mogło grozić rozejściem się szwu w przyszłości.

- Bardziej skręć nadgarstek – poradził.

- Tak? - upewniłem się.

- Mniej więcej – przytaknął.

Uczyłem się.

Lekarze od dawna muszą radzić sobie ze swego rodzaju konfliktem interesów, ponieważ z jednej strony są zobowiązani do zapewnienia pacjentom jak najlepszej opieki, z drugiej jednak muszą dbać o to, by nowicjusze mieli okazję do nabierania doświadczenia. Okres rezydentury jest zaplanowany w taki sposób, aby zminimalizować ryzyko skrzywdzenia pacjenta. **Dlatego rezydent ćwiczy zawsze pod nadzorem, a zabiegi, które wykonuje, są zróżnicowane pod względem stopnia trudności.** Poza tym pacjenci mogą odnosić korzyści z faktu, że przebywają w szpitalu, który zajmuje się szkoleniem nowej kadry lekarskiej. Najnowsze badania wykazują, że szpitale te ogólnie osiągają lepsze wyniki niż placówki, które nie prowadzą programu szkoleniowego. Rezydenci nie są być może fachowcami, ale ich stała obecność na terenie szpitala zdaje się mobilizować starszą kadrę do lepszego działania. Mimo to problem pierwszych zabiegów – nieudolnych wkluć centralnych, usunięcia raka piersi czy zespolenia okrężnicy – pozostaje. Żadne środki bezpieczeństwa nie zmieniają faktu, że operacje przeprowadzane przez początkującego chirurga częściej kończą się niepowodzeniem niż operacje wykonywane przez doświadczonego specjalistę. (...)

Jest to niewygodna prawda o procesie nauki. Zgodnie z normami etycznymi oraz oczekiwaniami opinii publicznej (nie mówiąc już o orzeczeniach sądu) prawo pacjenta do najlepszej możliwej opieki powinno stanowić cel pierwszorzędny, zaś szkolenie nowej kadry – drugorzędny. Chcemy osiągnąć doskonałość, pomijając etap żmudnych ćwiczeń. A przecież najgorszą szkodą dla pacjenta byłby brak wykwalifikowanej kadry. Mimo to trening wciąż odbywa się po cichu, ukryty za drzwiami sali operacyjnej i wybiegami językowymi. Co więcej, problem ten nie dotyczy tylko rezydentów, czyli lekarzy w trakcie zdobywania specjalizacji. W rzeczywistości proces szkolenia trwa o wiele dłużej, niż wielu ludziom się zdaje. (...)

Zaletą tego bezdusznego mechanizmu jest nie tylko to, że proces uczenia się faktycznie zachodzi. Skoro trening jest konieczny, ale i związany z podwyższonym ryzykiem, ważne, żeby owo ryzyko dotyczyło wszystkich jednakowo. Ludzie, którym zaproponowano by wybór, z pewnością dokonaliby go na własną korzyść i z pewnością nie byłoby to ludzie przypadkowi. Należeliby do klasy, która ma powiązania, odpowiednią wiedzę i środki, żeby wykorzystać swoją uprzywilejowaną pozycję. Prędzej byłoby to lekarze niż, dajmy na to, kierowcy ciężarówek. Dlatego jeśli wybór ma stanowić przywilej, może i lepiej, że nie ma go w ogóle.

"Koło się zamknęło, Obi-wan Kenobi..." [śródtytuł pochodzi ode mnie – MB]

Jest godzina czternasta. Znajduję się na oddziale intensywnej opieki. Pielęgniarka informuje mnie, że zatkał się cewnik wklucia centralnego pana G. Pan G. był naszym pacjentem od ponad miesiąca. Miał sześćdziesiąt parę lat, pochodził z południowego Bostonu, był wyniszczony i wyczerpany, jego życie wisiało na włosku, a właściwie na rurce. W wyniku operacji nie udało się zamknąć kilku dziur w jelicie cienkim, przez które wyciekała żółć. Teraz wydostawała się ona na zewnątrz przez dwa zaczerwienione otwory w zapadniętym brzuchu, a jedyną szansą pana G. było odżywianie dożylnie i czekanie, aż przetoki same się zamkną. Żeby dotrwał do tego czasu, trzeba było założyć nowe wklucie centralne.

Oczywiście mogłem je wykonać sam. Teraz to ja jestem tym doświadczoneym. Jednak doświadczenie niesie ze sobą pewne zobowiązanie: oczekuje się ode mnie, że będę je przekazywał.

„Zobaczyłem, zrobiłem, nauczyłem” – pół żartem, pół serio mówi stare powiedzonko.

Na dyżurze wraz ze mną jest młodsza rezydentka. Do tej pory przeprowadzała jedno, może dwa wkłucia. Mówię jej o panu G. i pytam, czy ma teraz chwilę, żeby wykonać ten zabieg. Rezydentka błędnie interpretuje moje pytanie. Zaczyna opowiadać o pacjentach, do których musi zajrzeć, innym zabiegu, który ma niedługo przeprowadzić, po czym pyta, czy mógłbym zrobić wkłucie za nią. Odmawiam. Młoda lekarka krzywi się mimowolnie. Pewnie czuje ten sam ciężar i boi się tak samo, jak kiedyś ja.

Zaczyna się koncentrować w momencie, gdy przeprowadzam coś na kształt próby generalnej i proszę, żeby opowiedziała mi, co będzie po kolei robić. Pamięta prawie wszystko, pomija tylko dwie ważne sprawy: wyniki z laboratorium i uczulenie pana G. na heparynę, którą przepłukuje się cewnik. Upewniam się, że zakodowała je w pamięci, i proszę, żeby dała mi znać, kiedy będzie gotowa.

Wciąż przyzwyczajam się do nowej roli. Branie odpowiedzialności za swoje własne błędy jest wystarczająco trudne. Przychodzi mi do głowy, że mogłem otworzyć jeden zestaw i przeprowadzić prawdziwą próbę generalną. Ale może to wcale nie byłby dobry pomysł. Taki zestaw pewnie kosztuje kilkaset dolarów. Muszę się dowiedzieć.

Pół godziny później dostaję sygnał. Pacjent jest przygotowany, rezydentka ma na sobie fartuch i rękawiczki. Informuje mnie, że do przepłukania cewnika użyje soli fizjologicznej i że wyniki są dobre.

„Podłożyłaś ręcznik?”, pytam. Zapomniała, sięgam więc po ręcznik. Zwijam go i wsuwam pod plecy pacjenta. Patrzę na pana G. i upewniam się, czy wszystko w porządku. Przytakuje skinieniem głowy. W jego oczach nie widzę strachu. Po tym wszystkim, co przeszedł, jest w nich już tylko rezygnacja.

Młoda lekarka szuka miejsca na wkłucie. Pacjent jest przeraźliwie chudy. Widzę każde jego zebro i boję się, że dziewczyna przebije mu płuco. Tymczasem ona podaje znieczulenie, po czym wkłupa się pod zupełnie złym kątem. Ruchem ręki pokazuje jej, żeby poprawiła, ale to ją tylko dodatkowo wyprowadza z równowagi. Wbija igłę głębiej, a ja już wiem, że nie trafi. Odciąga tłoczek: nie ma krwi. Wyjmuje igłę i wkłupa się po raz drugi. I znów kąt wydaje mi się nieodpowiedni. Tym razem pan G. czuje ukłucie i próbuje się wyszarpnąć. Przytrzymuję go za ramię, a rezydentce każę podać kolejną dawkę środka znieczulającego. To wszystko, co mogę zrobić, żeby nie zabrać jej igły. W duchu powtarzam sobie, że nigdy się nie nauczy, jeśli nie będzie próbować, i pozwalam na kolejne podejście.

Komentarz (MB)

Od lekarzy reprezentujących specjalności zabiegowe wolno wymagać odpowiedniego poziomu sprawności technicznej, a deklaracje jej braku wzbudzają zaskoczenie i dezaprobatę. Znajomości praktyki nie da się jednak wyczytać z podręcznika ani nie zapewni jej samo obserwowanie cudzych dokonań. Żeby się nauczyć, trzeba wypraktykować osobiście. Teoria jest taka, że lekarz powinien wszystko umieć zanim przystąpi do pacjenta, a przecież nie każdą technikę zabiegową da się wytrenować na zwłokach w prosektorium. W razie uchybienia technicznego lekarz rozliczany jest z zachowania wszelkich wymaganych prawideł i w ramach należytej staranności oczekuje się odeń także odpowiedniej wprawy, bez której nie powinien podejmować się wykonania zabiegu. Biegłość techniczna, biorąc pod uwagę teoretyczne kryteria, powinna pojawić się znikąd, skoro od lekarza przy pacjencie wymaga się, by posiadał ją już wcześniej. Ten aspekt należytej staranności lekarskiej jest trudny, jeśli nie niemożliwy do wymierzenia.

Technika zabiegowa potrzebuje wyćwiczenia czasem przez lata. Prawo stawia lekarzom wymagania należytej staranności rozumianej jako ogólna, czyli średnia. W tym kanonie mieści się również domyślnie jednolite kryterium sprawności technicznej. Uśrednione kryteria należytej

staranności nie uwzględniają wewnętrznego zróżnicowania na sumiennych rzemieślników niezastąpionych w czynnościach żmudnych i wymagających dokładności, specjalistów od spraw nietypowych i trudnych, czy obdarzonych szczególnie "dobrą ręką" do konkretnych czynności – np. laparoskopii. Stanowi to niepoddający się prawnej kwantyfikacji poziom sztuki, do którego medycy odwołują się w sytuacjach szczególnych. Biegłość praktyczna zależy wprawdzie i od posiadania wiedzy, ale, wyjąwszy niektóre tylko odizolowane aspekty, wiedzą nie jest; umiejętności technicznych nie da się zwerbalizować. Ponieważ teoria o technice zabiegowej wymaga następnie przećwiczenia w praktyce, z braku praktyki - w przeciwieństwie do braku wiedzy – nie zawsze da się zasadnie uczynić zarzut.

Przy stawianiu lekarzowi zarzutu, że czegoś nie umie, mimo że powinien, należy uwzględniać także fizyczną możliwość wcześniejszego nabycia wprawy. Jest to trudny do uniknięcia problem praktyki lekarskiej: szkolenie nowicjuszy i nabywanie przez nich doświadczenia przy apriorycznej nienależności wobec pacjenta, któremu przecież przysługuje poziom świadczeń odpowiadający standardom. Ów konflikt wartości jest możliwy do częściowego rozwiązania tylko w ten sposób, by nad czynnościami początkującego lekarza stale czuwał gotów do natychmiastowej interwencji już wyszkolony specjalista w danej dziedzinie medycyny. I tak jednak nie da się uniknąć szkód zdrowotnych, a odpowiedzialność ponosić będzie podmiot, który w taki sposób zorganizował pracę na terenie placówki. Z teoretycznego punktu widzenia uczciwe byłoby każdorazowe uprzedzenie pacjenta o dodatkowym ryzyku zabiegu spowodowanym brakiem wprawy u wykonującego go lekarza. Praktycznie jednak tego rodzaju szczerść powodowałaby zapewne masowe odmowy ze strony pacjentów. Trwa zatem swoista zabawa w chowanego.¹

Profesjoniści medyczni mają obecnie ujednolicony ustawowy obowiązek dochowania staranności należytej, zawarty *expressis verbis* w przepisach ustaw zawodowych.² Obowiązkiem staranności szczególnej ustawodawca wyróżnił tylko niektóre inne grupy zawodowe – np. adwokatów i notariuszy. Istnienie w języku prawnym rozróżnienia na staranność należyłą i szczególną pozwala zakładać, że ma to charakter zamierzony i owe pojęcia nie są tożsame, a standardy ogólne („ogólnie wymagane”) nie mogą być zrównywane w drodze wykładni ze szczególnymi, czyli podwyższonymi³. Kryterium staranności lekarskiej jako najwyższej ani nawet wzmożonej czy szczególnej nie znajduje *de lege lata* podstawy prawnej.

Same reguły staranności mają charakter prakseologiczny i pod względem treści są moralnie obojętne. Postulat, by zasady współżycia społecznego nakazywały lekarzowi bardziej sumiennie przykładać się do czynności zawodowych, bo tak się godzi ze względu na rodzaj chronionych dóbr⁴, jest nie do realizacji. Miarę sumienności stanowią bezpieczeństwo oraz szacowane powodzenie leczenia stosownie do sytuacji klinicznej. Nie wolno mieszać do tego przypadku (nietrafienia z wkluciem, przeoczenia gazika w polu operacyjnym, zawadzenia narzędziem o przewód żółciowy), ten jest bowiem niemożliwy do oceny. O zawinieniu przesądza możliwość uniknięcia uchybienia, więc miarą staranności, nawet najwyższej, nie może być niewystąpienie przypadku. Ze względu na możliwe reperkusje przypadkowych uchybień stosuje się wciąż udoskonalane zabezpieczenia, jak dwukrotne sprawdzanie przez różne osoby czy kontrolne prześwietlenie. O niestaranności świadczy ich poniesienie, ale błąd może powstać także mimo ich zachowania (np. dwukrotna pomyłka przy

1 Zob. A. Gawande, *Komplikacje*, s. 34-35.

2 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.

3 M. Boratyńska, *Odpowiedzialność kontraktowa za osoby trzecie posiadające fachowe kwalifikacje – na przykładzie lekarza i umowy o leczenie [w:] Prawo kontraktów*, red. Z. Kuniewicz, D. Sokołowska, Warszawa 2017, s. 24.

4 Zob. np. J. Bujny, *Prawa pacjenta. Między autonomią a paternalizmem*, Warszawa 2007, s. 113, który *de lege ferenda* postulował ujednolicenie kryteriów lekarskiej i pielęgniarskiej staranności jako szczególnej "ze względu na nadrzędną wartość życia i zdrowia ludzkiego."

liczeniu). W opiece medycznej dąży się do zminimalizowania ryzyka pomyłek, ale nie da się całkiem ich wyeliminować.

Od lekarza specjalisty podejmującego się pracy na określonym stanowisku – np. samodzielnie pełniącego dyżury – wolno wymagać posiadania odpowiednich kwalifikacji i umiejętności fachowych. W razie gdy dojdzie do wyrządzenia pacjentowi szkody zdrowotnej, ich brak na ogół przesądza o zawinieniu. Można jednak wymagać przynajmniej, by nieumiejętny lekarz zdawał sobie sprawę z własnych ograniczeń i z góry wyłączał się z sytuacji, gdy będzie zdany tylko na siebie, a jeśli ocenia, że nie podoła lub w razie doznanego niepowodzenia – natychmiast wezwał wsparcie.

Wykorzystywanie przez pracodawcę nie dość wprawionego rezydenta do pełnienia samodzielnych dyżurów stanowi o winie organizacyjnej placówki, jeśli nowicjusz nie ma zapewnionego realnego wsparcia ze strony osoby bardziej doświadczonej.

Rozstrzygnięta przytoczonym niżej wyrokiem sprawa odszkodowawcza dotyczyła jednak błędu przy wkluciu centralnym popełnionego przez lekarza specjalistę.

Sprawa sądowa

(Wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z 28 maja 2013 r., sygn. I ACa 124/13 - wyciąg)

WYROK

Sygn. akt I ACa 124/13

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 28 maja 2013 r.

Sąd Apelacyjny w Lublinie, I Wydział Cywilny
w składzie:

Przewodniczący - Sędzia SA Ewa Popek (spr.)

SA Danuta Mietlicka

SA Alicja Surdy

Protokolant sekr.sądowy Dorota Kabala

po rozpoznaniu w dniu 28 maja 2013 r. w Lublinie na rozprawie
sprawy z powództwa D. D.

przeciwko (...) Publicznemu Szpitalowi (...) w L.

przy udziale interwenienta ubocznego po stronie pozwanej (...) Spółki Akcyjnej w W.
o zadośćuczynienie i rentę

na skutek apelacji **pozwanego** od wyroku Sądu Okręgowego w Lublinie
z dnia 20 grudnia 2012 r., sygn. akt I C 239/06

I. oddala apelację;

II. zasądza od pozwanego (...) Publicznego Szpitala (...) w L. na rzecz powódki D. D. kwotę 2.700 złotych tytułem kosztów postępowania apelacyjnego.

Powódka D. D. wносиła o zasądzenie od pozwanego (...) Publicznego Szpitala (...) w L. na jej rzecz: 1) kwoty 70.000 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 28 stycznia 2006 roku do dnia zapłaty - tytułem zadośćuczynienia; 2) kwoty 9.063,09 zł z ustawowymi odsetkami od dnia doręczenia pisma rozszerzającego powództwo do dnia zapłaty - tytułem odszkodowania; 3) kwoty po 500 zł miesięcznie tytułem renty, płatnej z góry do dnia 10-go każdego miesiąca z ustawowymi odsetkami od dnia 10 czerwca 2003 roku do dnia zapłaty.

Pozwany (...) Publiczny Szpital (...) w L. oraz interwent uboczny po stronie pozwanej (...) Spółka Akcyjna w W. wnieśli o oddalenie powództwa w całości.

Wyrokiem z dnia 20 grudnia 2012 roku Sąd Okręgowy w Lublinie:

- I. zasądził od (...) Publicznego Szpitala (...) w L. na rzecz D. D. kwotę 70.000 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 28 stycznia 2006 roku do dnia zapłaty;
- II. zasądził od (...) Publicznego Szpitala (...) w L. na rzecz D. D. rentę w wysokości 300 zł miesięcznie płatną do 10 dnia każdego kolejnego miesiąca, poczynając od dnia 10 czerwca 2003 roku z ustawowymi odsetkami w przypadku uchybienia terminu płatności każdej z rat;
- III. oddalił powództwo w pozostałej części;

UZASADNIENIE

Danuta D. przeszła operację pomostowania aortalno-wieńcowego, która poprzedzona była założeniem wklucia centralnego (wykonaniem kaniulacji dużego naczynia żylnego w celu podawania leków i pobierania krwi do badań laboratoryjnych).

Do operacji pacjentkę znieczuliła anestezjolog J.G.. W pierwszej dobie po zabiegu wystąpiły dolegliwości bólowe w prawej okolicy nadobojczykowej i zaczerwienie skóry w okolicach nadobojczykowej o średnicy 2-3 cm o kształcie owalnym. W związku z tym J.G. zleciła wykonanie zdjęcia rtg, które wykazało, że koniec kaniuli tkwi w żyłę podobojczykowej zamiast w żyłę próżnej górnej. Cewnik został usunięty, a leki potencjalnie drażniące, w tym chlorek potasu, (standardowo aplikowany podczas operacji oraz w okresie pooperacyjnym), podawane były przez drugi, założony w tym celu. Trzy dni później podczas wizyty lekarskiej pacjentka skarżyła się na ból w okolicy nadobojczykowej prawej i drętwienie palców ręki. W okolicy nadobojczykowej prawej stwierdzono wówczas martwicę skóry o wymiarach 2-3 cm. Po wykonaniu zdjęcia rtg stwierdzono, że jedna z kaniul jest zagięta w prawą stronę. Po czterech dniach została przeprowadzona konsultacja neurologiczna, która wykazała, że bóle nie mają charakteru neuralgicznego. Po następnych pięciu dniach u Danuty D. przeprowadzono chirurgiczne wycięcie martwych tkanek.

Następnie pacjentka była poddana rekonstrukcji ubytku powłok w okolicy prawego obojczyka, który powstał w miejscu założonego do żyły podobojczykowej cewnika. W tym celu dokonano ponownego wycięcia tkanek martwiczych, a miesiąc później - pokrycia ubytku tkanek przeszczepem dermatomowym.

Obecnie Danuta D. ma unieruchomioną rękę od łokcia do przedramienia. Drętwieje jej szyja oraz cały prawy obojczyk, boli ją cały kręgosłup. W związku z tym nie może samodzielnie zrobić zakupów, bo nie może dźwigać, nie może też zrobić prania ani sprzątania. **Na skutek powikłań ma myśli samobójcze, nie chce jej się żyć, ponieważ nie może pogodzić się z tym, że jest inwalidką. Z osoby towarzyskiej i energicznej stała się bardzo nerwowa i zamknięta w sobie.** Cierpi na przewlekłe zaburzenia lękowo-depresyjne. W sytuacji niepełnego wyzdrowienia zaburzenia nerwicowe lękowe i depresyjne mogą utrzymywać się przez trudny do określenia czas. Wymaga to leczenia farmakologicznego oraz psychoterapii wspierającej.

Ostatecznie pacjentka otrzymała orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, z zaznaczeniem, że może zostać zatrudniona jedynie w warunkach pracy chronionej oraz że wymaga stałej pomocy ze strony osoby trzeciej w związku ze znacznie ograniczonymi możliwościami samodzielnej egzystencji.

Danuta D. pozwała szpital o odszkodowanie. Wniosła o rentę z powodu zwiększonych potrzeb i zadośćuczynienie pieniężne 70 000 zł.

Pozwany szpital wnosił o oddalenie powództwa w całości. Utrzymywał, że po stronie szpitala **nie** nastąpiło zawinione nieprawidłowe postępowanie diagnostyczno-lecznicze, skutkujące wystąpieniem u powódki szkody i że między działaniem lekarzy a zaistniałym skutkiem **nie** zachodzi adekwatny związek przyczynowy;

Powoływał się na to, że **dwie z trzech opinii biegłych**, sporządzone przez anestezjologów, w zasadniczej kwestii dotyczącej przypisania bądź nieprzypisania lekarzom pozwanego szpitala błędu w sztuce lekarskiej w zakresie założenia wklucia, kontroli tego wklucia i powikłań, które nastąpiły już po wkluciu i podaniu chorej chlorku potasu, są zasadniczo różne.

Zgromadzony w sprawie materiał dowodowy nie uprawnia do wyboru tylko jednej z nich, bez wyjaśnienia sprzeczności z innymi opiniami, zgodnymi w kwestii skądinąd fundamentalnej dla rozstrzygnięcia.

Ponadto Sąd ustalając stan faktyczny stwierdził, iż we wnioskach opinii biegli z Katedry i Zakładu (...) zawarte jest stwierdzenie „(...) Zabieg założenia wkłucia centralnego, jak również późniejsze jego używanie, było niezgodne z ogólnie przyjętymi zasadami” podczas gdy w rzeczywistości stwierdzili: „Reasumując, dane z akt sprawy nie dają żadnych podstaw do stwierdzenia, że postępowanie medyczne prowadzone wobec D. D. w trakcie jej hospitalizacji, a w szczególności, że zabieg założenia wkłucia centralnego, jak również późniejsze jego używanie, było niezgodne z ogólnie przyjętymi zasadami.”

Dwie opinie biegłych specjalistów anestezjologów, tj. biegłej J. Ł. i Katedry i Zakładu (...) w Ł., stwierdzają, że u powódki wystąpiło niezawinione powikłanie, a następstwa podania chlorku potasu do żyły podobojczykowej mają charakter nietypowy, niespotykany.

Zgromadzony w sprawie materiał dowodowy przeczy zatem istnieniu adekwatnego związku przyczynowego, a to winno skutkować oddaleniem powództwa.

Sąd zważył, co następuje.

Dokonując oceny prawnej ustalonych okoliczności faktycznych Sąd wskazał, że podstawę prawną roszczeń Danuty D. dotyczących zadośćuczynienia, odszkodowania i renty stanowiły przepisy [art. 445 § 1 k.c.](#) oraz [art. 444 § 1 i 2 k.c.](#)

Kodeks cywilny

Art. 444. § 1. W razie **uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia** naprawienie szkody obejmuje wszelkie wynikiłe z tego powodu koszty. Na żądanie poszkodowanego zobowiązany do naprawienia szkody powinien wyłożyć z góry sumę potrzebną na koszty leczenia, a jeżeli poszkodowany stał się inwalidą, także sumę potrzebną na koszty przygotowania do innego zawodu.

§ 2. Jeżeli poszkodowany utracił całkowicie lub częściowo zdolność do pracy zarobkowej albo jeżeli zwiększyły się jego potrzeby lub zmniejszyły widoki powodzenia na przyszłość, może on żądać od zobowiązanego do naprawienia szkody odpowiedniej renty.

§ 3. Jeżeli w chwili wydania wyroku szkody nie da się dokładnie ustalić, poszkodowanemu może być przyznana renta tymczasowa.

Art. 445. § 1. W wypadkach przewidzianych w artykule poprzedzającym **sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia** pieniężnego za doznaną krzywdę.

§ 2. Przepis powyższy stosuje się również w wypadku pozbawienia wolności oraz w wypadku skłonienia za pomocą podstępów, gwałtu lub nadużycia stosunku zależności do poddania się czynowi nieładnemu.

Odpowiedzialność zakładu opieki zdrowotnej może opierać się zarówno na podstawie deliktu, jak również na zasadach odpowiedzialności kontraktowej. W każdym razie dla powstania odszkodowawczej odpowiedzialności cywilnej muszą zostać spełnione następujące przesłanki:

- 1) **zdarzenie wyrządzające szkodę**, za które prawo czyni dłużnika odpowiedzialnym (niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania albo czyn niedozwolony),
- 2) **szkoda** mająca charakter **majątkowy** (na osobie lub mieniu) **lub niemajątkowy** (doznana krzywda),
- 3) **związek przyczynowy** pomiędzy tym zdarzeniem, a szkodą.

Opinia biegłego podlega, jak inne dowody, swobodnej ocenie sądu według [art. 233 § 1 k.p.c.](#),

lecz co odróżnia ją pod tym względem, to szczególne dla tego dowodu kryteria oceny, które stanowią: poziom wiedzy biegłego, podstawy teoretyczne opinii, sposób motywowania sformułowanego w niej stanowiska oraz stopień stanowczości wyrażonych w niej ocen, a także zgodność z zasadami logiki i wiedzy powszechnej.

Kodeks postępowania cywilnego

Art. 233. § 1. Sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów według własnego przekonania, na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału.

§ 2. Sąd oceni na tej samej podstawie, jakie znaczenie nadać odmowie przedstawienia przez stronę dowodu lub przeszkodom stawianym przez nią w jego przeprowadzeniu wbrew postanowieniu sądu.

Specyfika oceny dowodu z opinii biegłego wyraża się w tym, że sfera merytoryczna opinii kontrolowana jest przez sąd, który nie posiada wiadomości specjalnych, w istocie tylko w zakresie zgodności z zasadami logicznego myślenia, doświadczenia życiowego i wiedzy powszechnej. Odwołanie się przez Sąd do tych kryteriów oceny stanowi więc wystarczające i należyte uzasadnienie przyczyn uznania opinii biegłego za nieprzekonującą.

Jeżeli opinie dwóch lub większej liczby biegłych są ze sobą sprzeczne, ocena i ewentualne przyznanie przewagi jednej z opinii nad drugą powinny być oparte na gruntownej i wnikliwej analizie treści uzasadnienia każdej z nich.

Sąd wnikliwie przeanalizował opinie biegłych: zespołu z (...), anestezjolog J.Ł. oraz specjalisty z zakresu chorób wewnętrznych i toksykologii klinicznej H.G. i doszedł do wniosku, że należy podzielić w całości ostatnią z wymienionych opinii, a z dwiema pozostałymi zgodzić się jedynie częściowo, wyłączając ich końcowe wnioski, sprzeczne z wnioskami opinii H.G..

Biegła H.G. posiada ponad trzydziestoletnie doświadczenie jako lekarz chorób wewnętrznych, dwudziestoletnie doświadczenie jako specjalista toksykolog kliniczny z pacjentami w bardzo ciężkim stanie, wymagającymi zakładania i prowadzenia wklucia centralnego. Biegła **łączyła zatem wiedzę fachową i wieloletnie doświadczenie zarówno jeżeli chodzi o toksykologię jak zakładanie i prowadzenie wklucia centralnego**. Wnioski opinii H.G. są stanowcze, jednoznaczne, szczegółowe, są one również przekonująco uzasadnione.

Biegła H.G. w sposób szczegółowy opisała procedury związane z zakładaniem wklucia centralnego. Wskazała, co wymaga podkreślenia, że założenie wklucia centralnego jest zabiegiem trudnym, wymagającym doświadczenia anestezjologa i współpracy pozostałego personelu medycznego. Zabieg ten klasyfikowany jest jako „duży”, obciążony dużym ryzykiem powikłań w czasie i po operacji. Według biegłej H. G. zabieg ten obarczony jest ryzykiem szeregu poważnych powikłań.

Okoliczność, że wklucie centralne jest zabiegiem trudnym i noszącym ze sobą ryzyko szeregu poważnych powikłań, wynika także z opinii Katedry i Zakładu w Ł. oraz anestezjolog J. Ł.. Biegli ci również wskazali na konieczność sprawdzenia, czy wklucie wykonane zostało prawidłowo i następnie konieczność monitorowania stanu pacjenta, właśnie z uwagi na możliwość wystąpienia poważnych powikłań w postaci odmy opłucnej i zaburzeń czynności serca oraz układu oddechowego. J.Ł. wymieniała także jako możliwe powikłanie – krwiak i martwicę tej okolicy, przez którą przeprowadzono igłę. O tym, że zabieg jest trudny do wykonania, świadczy opis jego przeprowadzenia. **Zakładanie wklucia centralnego odbywa się najczęściej przez nakłucie żyły szyjnej zewnętrznej (przeważnie po stronie prawej). O miejscu założenia decyduje anestezjolog, biorąc pod uwagę własne umiejętności, doświadczenie i konieczny z przyczyn medycznych pośpiech.** Biegła J.Ł. podała, że po nakłuciu żyły wprowadza się prowadnicę, po której wprowadzany jest następnie cewnik. **Zaznaczyła jednocześnie, że: „gdzie powędruje cewnik, „tego się nie wie, bo nie ma**

się na to wpływu”, „cewnik drogą naczyń wędruje do miejsca, gdzie są najlepsze uwarunkowania” W przypadku Danuty D. cewnik znalazł się w żyłę podobojczykowej prawej i był zagięty, zamiast powędrować do żyły próżnej (głównej) górnej. Zważywszy na powyższe okoliczności, w szczególności, że wkłucie centralne jest zabiegiem trudnym, obarczonym ryzykiem szeregu poważnych powikłań, **logiczne i przekonujące są wnioski opinii biegłej H.G., że bezpośrednio po wykonaniu wkłucia i jego ufixowaniu (przyszyciu do skóry) lub też bezpośrednio po zabiegu operacyjnym należy wykonać badanie kontrolujące prawidłowość założenia cewnika tj. badanie radiologiczne** (rtg klatki piersiowej przyłóżkowe). Samo monitorowanie oddechu pacjenta oraz saturacji nie jest wystarczające, bo może jedynie pośrednio świadczyć o tym, że nie doszło do odmy opłucnowej. **Taki standard postępowania dotyczy każdego pacjenta i pozwala na uniknięcie powikłań wymienionych przez wszystkich wskazanych biegłych.**

Biegła H.G. stwierdziła stanowczo, że do rozległego uszkodzenia okolicy nadobojczykowej u powódki przyczynił się chlorek potasu, który zamiast do żyły próżnej (głównej) górnej dostawał się poprzez zagiętą końcówkę kaniuli do żyły podobojczykowej doprowadzając do uszkodzenia jej ściany, przedostania się drażniącego, stężonego chlorku potasu do tkanek miękkich, a w następnej kolejności do uszkodzenia okolicznych tkanek. Według H. G., **procedury podawania chlorku potasu zostały zachowane** (przygotowanie, ilość w pompie, dawka leku), jednakże **dużym uchybieniem był brak kontroli położenia końcówki cewnika po zakończeniu zabiegu operacyjnego, a przed rozpoczęciem przetaczania chlorku potasu.** Biegła wyjaśniła, że koniec cewnika musi być prawidłowo założony - wtedy podawane leki dostają się do żyły centralnej i z prądem krwi do prawego przedsionka i nie drażnią naczyń, ani żyły szyjnej, ani żyły podobojczykowej, nie doprowadzają do martwicy okolicznych tkanek. Chlorek potasu jest substancją drażniącą i dlatego podawany powinien być do włucia centralnego prawidłowo założonego i po skontrolowaniu położenia końcówki cewnika. Podanie chlorku potasu z szybkością taką, jak zaznaczono na karcie do *vena cava superior* (żyły głównej górnej) wyeliminowałoby reakcję toksykologiczną i uszkodzenie tkanek okolicy dołu podobojczykowego po stronie prawnej. Takie wnioski opinii H. G.są w ocenie Sądu logiczne, stanowcze i przekonujące. Opinia ta jest także rzetelna, oparta na kompleksowej i wnikliwej analizie dokumentacji lekarskiej. **Nie można podzielić zarzutów, że opinia ta jest niejednoznaczna, z tej przyczyny, że H. G. jednocześnie stwierdziła, że „opieka medyczna podczas operacji oraz w okresie pooperacyjnym sprawowana była prawidłowo. Prawidłowo kontrolowano i odnotowywano parametry życiowe, badanie biochemiczne, morfologiczne (...). Również dalszy przebieg pooperacyjny (...) było jak najbardziej prawidłowe”.** Biegła H. G. w powoływanych fragmentach opinii wypowiadała się odnośnie pozostałych procedur medycznych, nie zaś kwestii prawidłowości założenia wkłucia centralnego i konieczności kontroli końcówki cewnika. Dokładna analiza opinii tej biegłej nie pozwala na podzielenie zarzutu, że opinia jest niejednoznaczna. Wręcz przeciwnie: biegła wskazała, że analiza materiału zgromadzonego w sprawie, osobiste zbadanie powódki, ponad trzydziestoletnie doświadczenie biegłej jako lekarza chorób wewnętrznych, dwudziestoletnie doświadczenie w pracy na sali intensywnej terapii jako specjalisty toksykologa klinicznego z pacjentami w bardzo ciężkim stanie, wymagającymi zakładania i prowadzenia wkłucia centralnego, pozwoliły biegłej zająć stanowisko w sposób jednoznaczny i bez większych wątpliwości

Wnioski opinii Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej (...) w Ł. oraz anestezjolog J. Ł., że w przypadku powódki nie było konieczności wykonania badania rtg bezpośrednio po dokonaniu wkłucia lub zakończeniu zabiegu operacyjnego, **nie są przekonujące w świetle przedstawionych wyżej okoliczności.**

Sąd zwrócił uwagę na niekonsekwencje i wewnętrznie niespójne wnioski biegłej J. Ł.. **Biegła ta z jednej strony dostrzegała konieczność kontroli założenia wkłucia i umieszczenia cewnika i następnie monitorowania stanu pacjenta, ale jednocześnie wskazała, że w przypadku powódki weryfikacja położenia końcówki cewnika (badaniem rtg) nie była pilna.** Również w opinii Katedry i Zakładu (...) w Ł. wskazano na prawdopodobieństwo wystąpienia powikłań w postaci uszkodzenia naczynia i pozanaczyniowego podania leku, **ale i tam nie dostrzeżono konieczności kontroli u powódki umieszczenia końcówki cewnika przy pomocy badania rtg.**

Wprawdzie biegli z Katedry i Zakładu (...) w Ł. określili prawdopodobieństwo powikłań jako niewielkie, ale z ich opinii wynika, że takie prawdopodobieństwo istnieje. **Tak więc logiczny jest wniosek, że należyte postępowanie lekarskie powinno zapobiegać możliwości występowania powikłań nawet jeżeli ryzyko ich wystąpienia jest niewielkie.**

Zwrócić także należy uwagę na stwierdzenie biegłej J. Ł., że martwica tkanek nie jest zjawiskiem, które występuje nagle; jest to proces, który się toczy i może różnie przebiegać. Biegła **wymieniała jednocześnie jako powikłanie po dokonaniu wkłucia właśnie martwicę**. Zatem jest to dodatkowy argument przemawiający za koniecznością kontroli umieszczenia końcówki cewnika, skoro do martwicy tkanek może dojść dopiero po pewnym czasie.

Aktualny stan zdrowia Danuty D. jest według Sądu wynikiem nieskorygowania badaniem radiologicznym prawidłowości założenia cewnika do wkłucia centralnego celem ustalenia, gdzie znajduje się jego kaniula. Działanie to wypełnia znamiona **błędu**, bowiem jest działaniem niezgodnym z przyjętymi zasadami wiedzy medycznej co do ryzyka powikłań mogących wystąpić w przypadku źle założonego cewnika.

Krzywdą, która dotknęła Danutę D., jest poważna jeżeli chodzi o dolegliwości fizyczne i psychiczne. Pacjentka odczuwa obecnie dolegliwości związane z poruszaniem prawym stawem barkowym i prawą ręką. Pomimo odbytej rehabilitacji pojawiają się powracające bóle powysiłkowe nasilające się przy zmianie warunków atmosferycznych. Wprawdzie w chwili orzekania Danuta D. już funkcjonuje samodzielnie, ale wymaga pomocy innych osób, gdy chodzi o cięższe czynności życia codziennego i osobistej obsługi, ponieważ każdy wysiłek powoduje u niej nawracające dolegliwości bólowe. Przeszła trzy operacje naprawcze w pełnej narkozie, w tym operację związaną z przeszczepem skóry pobranej z prawej nogi. W dalszym ciągu leczy się u ortopedy, psychiatry i neurologa. Musi liczyć się w przyszłości z zabiegiem rekonstrukcyjnym, który umożliwi należyte zabezpieczenie dla życiowo niezbędnych naczyń i nerwów wciągniętych w bliznę i uwolni od przykurczy bliznowatych barku i szyi. Dolegliwości w zakresie zdrowia psychicznego mogą utrzymywać się do czasu, gdy pacjentka powróci do pełnej sprawności sprzed zabiegu operacyjnego, co budzi poważne wątpliwości. Powódka w związku z tym wymaga stałego leczenia farmakologicznego, stałej kontroli lekarza psychiatry i psychoterapii wspomagającej. Wymaga też systematycznej rehabilitacji celem podtrzymania aktualnego stanu zdrowia zakresie uzyskanej siły mięśniowej i zakresu ruchu barku. Z czasem mogą się u niej rozwijać zmiany zniekształceniowo-zwyrodnieniowe kręgosłupa, zwłaszcza szyjnego i piersiowego oraz stawów kończyny górnej prawej i zwyrodnienia kończyny górnej lewej, z uwagi na jej przeciążenia.

W sprawie zostało udowodnione, że powstanie szkody zdrowotnej wiązało się z postępowaniem lekarzy, którzy sprawowali opiekę nad pacjentką w tej fazie leczenia, gdy po zabiegu operacyjnym, a przed rozpoczęciem przetaczania chlorku potasu nie skontrolowano położenia końcówki cewnika. Jak stwierdziła biegła toksykolog H.G., z największym prawdopodobieństwem do rozległego uszkodzenia okolicy nadobojczykowej przyczynił się chlorek potasu, który dostawał się przez zagiętą końcówkę kaniuli do żyły podobojczykowej prawej, doprowadzając do uszkodzenia jej ściany i przedostania się drażniącego, stężonego chlorku potasu

do tkanek miękkich, a w następnej kolejności do uszkodzenia okolicznych tkanek.

W przypadku Danuty D. **doszło do nieprawidłowego założenia cewnika, gdyż jego kaniula zamiast w żyłę próżnej górnej, znajdowała się w żyłę podobojczykowej prawej i była zagięta.** Lekarz dokonujący wkłucia centralnego powinien wiedzieć, że taka sytuacja może wystąpić i wiedząc o tym, jeszcze przed podaniem leku podjąć działania zmierzające do sprawdzenia, gdzie rzeczywiście znajduje się końcówka kaniuli cewnika, zwłaszcza, że **podczas zakładania cewnika może dojść do uszkodzenia opłucnej i odmy oraz uszkodzenia naczynia, bądź nieprawidłowego umieszczenia cewnika centralnego.** Tak więc, **nieodzowne w tej sytuacji powinno być badanie radiologiczne celem sprawdzenia, gdzie znajduje się koniec cewnika oraz czy nie doszło do uszkodzenia opłucnej i do odmy opłucnowej.** Nie jest wystarczające samo monitorowanie oddechu pacjenta oraz saturacji ani zdanie się lekarza dokonującego wkłucia centralnego tylko na doświadczenie i stan pacjenta po rozpoczęciu podawania leku, czego dowodem są dolegliwości powódki.

Pozwany **szpital ponosi odpowiedzialność za szkodę** na osobie powódki z uwagi na popełniony błąd w sztuce lekarskiej polegający na braku kontroli położenia końcówki cewnika bezpośrednio po zakończeniu zabiegu operacyjnego a przed rozpoczęciem przetaczania chlorku potasu.

Kodeks cywilny

Art. 430. Kto **na własny rachunek powierza** wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej czynności **podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazań**, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną **z winy** tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności.

Nie można podzielić zarzutu, że powstanie szkody na osobie Danuty D. nie miało związku przyczynowego ze wskazanym wyżej błędem w sztuce lekarskiej, bo reakcja organizmu powódki na podanie chlorku potasu była nietypowa. Nie ma racji pozwany kwestionując, że nie zostało udowodnione jego zawinienie w powstaniu negatywnych następstw zdrowotnych związanych z „wlewem” chlorku potasu. Odnosząc się do takich zarzutów pozwanego powołać jeszcze raz należy wnioski opinii biegłej H. G. (które należy w całości podzielić), że **przyczyną powikłań był nieprawidłowo założony cewnik do wkłucia centralnego: zamiast w żyłę próżnej górnej końcówka cewnika znajdowała się w żyłę podobojczykowej, zaś wykonane badanie rtg pozwoliłoby na wykrycie tej nieprawidłowości.** Według biegłej dużym uchybieniem był brak kontroli położenia końcówki cewnika po zakończeniu zabiegu operacyjnego, a przed rozpoczęciem przetaczania chlorku potasu, ponieważ chlorek potasu jest substancją drażniącą i dlatego też podawany powinien być do wkłucia centralnego prawidłowo założonego i po skontrolowaniu położenia końcówki cewnika. Wnioski opinii biegłej H. G. jednoznacznie wskazują na istnienie **normalnego związku przyczynowego** w rozumieniu [art. 361 § 1 k.c.](#) pomiędzy uchybieniem polegającym na braku kontroli położenia końcówki cewnika a powstaniem martwicy tkanek u powódki.

Kodeks cywilny

Art. 361. § 1. Zobowiązany do odszkodowania ponosi **odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła.**

Gdyby bowiem dokonano kontroli położenia końcówki cewnika przy pomocy badania rtg przed rozpoczęciem podawania chlorku potasu, nie doszłoby do uszkodzenia tkanek i powstania ich

martwicy. **Dla oceny związku przyczynowego nie ma znaczenia, że wymienieni biegli nie spotkali się z takimi powikłaniami po podaniu chlorku potasu, jakie powstały u powódki.** Wszyscy biegli wskazywali bowiem na drażniące działanie chlorku potasu.

Podsumowując, stwierdzić należy, że **błąd należy uznać za zawiniony, ponieważ zważywszy na prawdopodobieństwo wystąpienia poważnych powikłań, konieczne było dokonanie kontroli położenia końcówki cewnika przy pomocy badania rtg. Brak takiej kontroli wypełnia znamiona błędu w sztuce lekarskiej, ponieważ takie zaniechanie było niezgodne z zasadami wiedzy medycznej co do zapobiegania ryzyku wystąpienia powikłań w przypadku nieprawidłowo założonego wkłucia centralnego.**

Ustawa o zawodzie lekarza

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 należytą starannością.**

Lekarzom pozwanego szpitala została przypisana wina nieumyślna w formie niedbalstwa, czyli niedołożenia należytej staranności.

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.**

O niedbalstwie

Lang [adwokat od spraw medycznych] chce brać tylko te sprawy, w których ma szansę wygrać, a takie przypadki muszą koniecznie, jak mówi, zawierać dwa elementy. „Po pierwsze, lekarz musi dopuścić się zaniedbania. Po drugie, zaniedbanie to musi spowodować szkodę”.

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.

(Fragmenty książki Atula Gawande "Lepiej. Zapiski chirurga o efektywności medycyny", Znak 2011)

Pytania kontrolne problemowe

1. Jakie zasady ostrożności obowiązują przy wprowadzaniu wkłucia centralnego? Czy i w jaki sposób należy upewnić się, że zostało założone prawidłowo?
2. Na czym polega wina i czym jest niedbalstwo?
3. Jaki błąd został popełniony w opiece nad Danutą D. i czy można go uznać za zawiniony?
4. Czy w należytej staranności lekarskiej mieści się obowiązek zapobiegania powikłanion zdarzającym się rzadko?
5. Kto i na jakiej podstawie prawnej odpowiada za szkody zdrowotne doznane przez pacjentów w trakcie leczenia?
6. Jaką linię obrony przyjął szpital?
7. W jaki sposób kwestionowany był normalny związek przyczynowy między zdarzeniem niepożądanym a szkodą u pacjentki i czy jest to rozumowanie słuszne pod względem logicznym?

Pytania sprawdzające zdalnie (prawda/fałsz)

1. Powikłanie, które wystąpiło u pacjentki, jest niezawinione i nie powinno obciążać szpitala

odpowiedzialnością odszkodowawczą.

2. Kontrola prawidłowości wykonanego wkłucia z pomocą RTG stanowi obowiązującą w takich przypadkach zasadę ostrożności.

3. Nieusuwalna rozbieżność między opiniami biegłych przemawia za oddaleniem roszczenia pacjentki.

4. W należytej staranności lekarskiej mieści się również obowiązek zapobiegania powikłanion zdarzającym się rzadko.

5. Popęlnienie błędu technicznego samo w sobie nie świadczy o zawinieniu.