

Maria Boratyńska, Zakład Medycyny Sądowej WUM
Kazus z prawa medycznego, Dzielnia młoda anestezjolog
(IACa 1838/14 - wyrok z uzasadnieniem Sąd Apelacyjny w Łodzi z 2015-06-12)

W dniu **31 marca 2011 r.** pacjentka J. C., powódka w sprawie, została przyjęta spoza szpitala na planowany zabieg laparoskopowego usunięcia pęcherzyka żółciowego do Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej im. Prymasa Kardynała S. W. w S. Wcześniej została poinformowana przez lekarza A.K. podczas konsultacji, że po zabiegu laparoskopii najpóźniej w ciągu tygodnia będzie mogła wrócić do codziennych zajęć i taką informację przekazała w pracy.

Przed zabiegiem pacjentka wypełniła ankietę przedoperacyjną oraz podpisała pisemną zgodę na wykonanie znieczulenia ogólnego, a także oświadczenie, że została poinformowana o celu, przebiegu i skutkach operacji. Pobrano jej także krew i wykonano EKG. Wyniki badań przekazano ordynatorowi, który ze względu na brak przeciwwskazań umieścił powódkę w planie zabiegów laparoskopowych. W ankiecie przedoperacyjnej odpowiadając na pytanie dotyczące chorób układu oddechowego powódka zakreśliła odpowiedź „nie wiem”. Jako rodzaj znieczulenia anestezjolog S. G. wpisała: (...) z ryzykiem ASA 1, co znaczy, że stan pacjentki jest dobry, nie pali papierosów, nie ma chorób współistniejących i została ona zakwalifikowana do znieczulenia ogólnego.

Zabieg laparoskopowy został wykonany w dniu 1 kwietnia 2011 r. przez lekarza A.K. w asyście **anestezjolog S. G.** oraz pielęgniarki i instrumentariuszki. **S.G.** od 1 marca 2007 r. do 31 marca 2008 r. wykonywała pracę lekarza stażysty. W dniu 1 kwietnia 2009 r. została skierowana do **odbywania specjalizacji** z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii **w ramach rezydentury** na podstawie umowy o pracę na czas określony zawartej z pozwanym szpitalem w dniu 15 kwietnia 2009 r. i **miała uprawnienia do samodzielnego wykonywania znieczulenia.**

Przebieg zabiegu był typowy. Początkowo wkłuto igłę poniżej pępka i wytworzono odnę otrzewnej przy użyciu dwutlenku węgla. Jest to niezbędnym warunkiem przeprowadzenia cholecystektomii laparoskopowej, celem uzyskania widoczności w optyce endoskopowej, uniesienia powłok brzusznych i wytworzenia przejrzystego pola operacyjnego. Odma otrzewnowa musi być podtrzymywana przez cały czas trwania laparoskopii. Gaz z jamy otrzewnowej po zabiegu usuwa się przez istniejące nacięcia powłok. U pacjentki wytworzono odnę otrzewnową o prawidłowej wartości ciśnienia 12 mm Hg, przy normie wynoszącej od 10 do 15 mm Hg. Następnie do jamy otrzewnej wprowadzono trokary N^o 10 i N^o 5, zidentyfikowano stosunki anatomiczne w zakresie dróg żółciowych zewnątrzwątrobowych i wykonano typową cholecystektomię laparoskopową. W protokole operacyjnym rozpoznano mięśniaka macicy.

Po zakończeniu zabiegu J. C. została wybudzona ze znieczulenia ogólnego i przewieziona na salę wybudzeń. Nadal pozostawała pod wpływem leków znieczulających do zabiegu. Po około 15 minutach wystąpiły u niej trudności w oddychaniu, wzmożony wysiłek oddechowy i spadek saturacji do 82%. **Anestezjolog S. G. stwierdziła rozedmę opłucną.**[odma opłucnowa vel odma opłucnej] a nie rozedma¹ Odumą opłucnej nazywamy obecność gazu w jamie opłucnowej, w tym dwutlenku węgla używanego w chirurgii laparoskopowej do wytwarzania odmy otrzewnowej. **S. G. zleciła konsultację chirurgiczną oraz wykonanie RTG klatki piersiowej, o czym informowała pacjentkę.** Badanie RTG ujawniło rozedmę [wł. odnę] podskórną w okolicach nadobojczykowych i odnę płaszczową lewej jamy opłucnej, w związku z czym wykonano drenaż jamy opłucnowej i podłączono pacjentkę do drenażu ssącego. W znieczuleniu nasiękowym 1% lignokainą wprowadzono dren ssący do lewej jamy opłucnowej poprzez VI lewe międzyżebro w linii pachowej środkowej. Powódka została przewieziona na salę chirurgiczną. W miarę trwania

¹ Według opinii słuchaczy będących lekarzami, w dalszej części uzasadnienia pojęcia odmy i rozedmy bywają stosowane nieprawidłowo. Jest to jednak podane *in extenso* uzasadnienie wyroku sądowego, nie można więc wprowadzać w nim poprawek i zmian według własnej choćby najlepszej wiedzy. Dlatego pozostawiam wszystko jak jest z następującym wyjaśnieniem: **to nie ja, to sąd** (MB).

drenażu ssącego uzyskano rozprężenie płuca, ustąpienie objawów odmy opłucnej i rozedmy [odmę nie rozedmę] podskórnej. **Po wykonaniu drenu lekarz A. K. poinformował męża powódki o powikłaniu pooperacyjnym w postaci odmy opłucnej.**

Po wybudzeniu na sali chirurgicznej ok. godz. 22 pacjentka była wystraszona, nie wiedziała co się z nią dzieje i gdzie jest, nic nie pamiętała. Dodzwoniła się do męża, który przekazał jej, że operacja się udała, ale były jakieś komplikacje związane z płucem. Powódka miała problemy z oddychaniem i odczuwała ból w ranie po rozcięciu powłok brzusznych. Do końca pobytu w szpitalu miała problemy z zasypianiem. Lekarze informowali ją, że zabieg był udany. Dren z lewej jamy opłucnej usunięto w dniu 5 kwietnia 2011 r. po uprzedniej kontroli radiologicznej, która wykazała rozprężenie płuca. Powódkę wypisano do domu w stanie ogólnym dobrym 7 kwietnia 2011 r..

Odma opłucnowa i rozedma podskórna są powikłaniami zabiegu cholecystektomii laparoskopowej, jednak **procent ich wystąpienia w odniesieniu do wszystkich powikłań wiążących się z tym zabiegiem jest bardzo niski.** W przypadku odmy opłucnej określony jest na poziomie 0,01% - 0,08%, a w przypadku rozedmy podskórnej na poziomie 1,5%. Prawdopodobnie przeprowadzony zabieg, przebiegający bez śródoperacyjnych i okołoperacyjnych komplikacji nie powinien wiązać się z występowaniem takich powikłań, jednakże ich występowanie może być związane z zaburzoną fizjologią czy anatomią pacjenta.

W przypadku powódki nie wystąpiły żadne nieprawidłowości w zakresie wykonywania operacji cholecystektomii laparoskopowej, można mówić jedynie o **przypadkowym powikłaniu.** Z uwagi na brak obciążeń w postaci chorób przewlekłych oraz stan ogólny pacjentki kwalifikacja na wymieniony zabieg była trafna. Kolejność wykonywanych czynności technicznych, wybór miejsca nacięcia powłok jamy brzusznej i wytworzenie ciśnienia wewnątrz jamy otrzewnowej na poziomie 12 mm Hg nie budzą zastrzeżeń. **Odnotowane w protokole rozpoznanie mięśniaka macicy wskazuje na fakt dokładnej lustracji diagnostycznej całej jamy otrzewnej, co uznawane jest za kanon właściwego i odpowiedzialnego postępowania chirurga laparoskopowego.** Brak wskazania w dokumentacji medycznej ilości gazu wtłoczonego do jamy otrzewnowej podczas zabiegu nie stanowił błędu, gdyż odnotowanie takiej informacji nie należy do obowiązku operatora ani żadnej innej osoby uczestniczącej w zabiegu operacyjnym. Ilość wtłoczonego gazu nie jest istotnym parametrem w analizie przebiegu zabiegu i ewentualnych powikłań.

Przyczyny powstania u powódki odmy opłucnowej płaszczowej i rozedmy po zabiegu laparoskopowym pozostają nieznane i nie dadzą się wyjaśnić na podstawie badania lekarskiego ani dostępnej dokumentacji medycznej. Aktualny stan wiedzy medycznej pozwala jedynie na stawianie kilku możliwych hipotez w tym zakresie, których nie da się potwierdzić w sposób niewątpliwy.

Odma lewostronna opłucnowa i rozedma tkanek miękkich szyi i okolic nadobojczykowych powstała u powódki wskutek przedostania się gazu do lewej jamy płucnej, śródpiersia i na szyję. Źródło pochodzenia gazu, jego charakter i droga rozprzestrzeniania się pozostają nieznane. **U powódki nie mogło dojść do uszkodzenia okołointubacyjnego tchawicy lub oskrzeli, gdyż była znieczulona całkowitym dożylnym znieczuleniem ogólnym.** [non sequitur] Z dokumentacji nie wynika również możliwość jatrogennego uszkodzenia miąższu płucnego, ponieważ operacja odbywała się w obrębie jamy otrzewnowej, pole operacyjne było położone po prawej stronie jamy brzusznej, a u powódki wystąpiła odma lewej jamy opłucnej. **Blizny pooperacyjne na ciele powódki znajdują się w miejscach typowych, co wyklucza kontakt narzędzi chirurgicznych z lewą jamą opłucnową.** Gdyby u powódki doszło do uszkodzenia mechanicznego lub jatrogennego górnych dróg oddechowych bądź przepony, przebieg odmy opłucnej byłby inny. Narastałaby ona wówczas dynamicznie, co zostałoby unaocznione poprzez sygnał aparatury monitorującej w trakcie zabiegu, a nie po jego zakończeniu, a zatem takie uszkodzenie należy wykluczyć. **Brak także przesłanek do doszukiwania się powstania**

powikłań u powódki w związku z działaniami anestetycznymi, które zostały wykonane poprawnie.

Należy także wykluczyć możliwość podania powódce zbyt dużej ilości dwutlenku węgla, albowiem etap insulflacji odbywa się pod kontrolą całego zespołu z kontrolą ciśnienia i ilości włączanego gazu. Gdyby nawet doszło do przekroczenia normy wprowadzonej ilości gazu, mogłoby to ewentualnie doprowadzić do uszkodzeń otrzewnej jako błony, ale nie spowodowałoby równoległego uszkodzenia opłucnej, która jest integralną błoną surowiczą.

Istnieje możliwość wystąpienia tzw. samoistnej odmy opłucnowej lewostronnej u osób posiadających wrodzone defekty tkanki płucnej pod postacią tzw. pęcherzy rozedmowych, które mogą samoistnie pękać przy zwiększeniu ciśnienia w drogach oddechowych. **Powódka nie przechodziła diagnostyki pulmonologicznej, zaś w ankiecie przedoperacyjnej odpowiadając na pytanie dotyczące chorób układu oddechowego zakreśliła odpowiedź „nie wiem”, więc nie wiadomo, czy taki stan u niej występował.**

Najbardziej prawdopodobnym wyjaśnieniem przyczyn wystąpienia odmy opłucnowej i rozedmy tkanek miękkich u J. C. może być przypadkowe przedostanie się dwutlenku węgla z jamy otrzewnej do lewej jamy opłucnej ze względu na istnienie wcześniejszych chorób układu oddechowego albo nieprawidłowości anatomicznych w budowie ciała. W warunkach prawidłowych jama opłucnej jest szczelnie oddzielona od jamy otrzewnej i śródpiersia, jednakże nie da się wykluczyć występowania jakiegokolwiek, nieujawnionej wcześniej, nieszczelności pomiędzy jamą opłucnej a jamą otrzewnej. **W przeponie lub błonach surowiczych, takich jak otrzewna i opłucna, mogą istnieć wrodzone ubytki skutkujące występowaniem tzw. przepuklin przeponowych albo naturalnych szczelin. U pacjentów, którzy nie przechodzili specjalistycznej diagnostyki ani nie byli uprzednio operowani, nie ma możliwości rozpoznania tych drobnych anomalii anatomicznych.** W warunkach prawidłowych taka okoliczność mogłaby pozostawać niezauważona i bez wpływu na mechanikę oddychania, ale przy wytworzeniu odmy gaz podany pod ciśnieniem mógłby łatwo penetrować poza obręb jamy otrzewnej, przedostając się do lewej jamy opłucnej i na szyję.

Rozpoznanie odmy opłucnej nastąpiło u powódki w krótkim czasie, a wdrożone następnie postępowanie było natychmiastowe i prawidłowe. Saturacja w okresie pooperacyjnym była monitorowana właściwie, co pozwoliło na szybkie rozpoznanie rozedmy i podjęcie właściwego leczenia. Podjęte działania chirurgiczne były szybkie i prawidłowo wykonane technicznie. Wprowadzenie powódki w śpiączkę farmakologiczną było korzystne dla jej zdrowia i miało na celu zapewnienie jej komfortu po założeniu drenu.

Na skutek powstania odmy opłucnej płaszczowej u powódki wystąpił jedynie chwilowy spadek saturacji do 82%, podczas gdy norma wynosi 95% - 99%, a spadek poniżej 90% oznacza niedotlenienie. Po ok. 20 min. udało się przywrócić wartość saturacji do normy, a tak krótki okres niedotlenienia nie skutkuje żadnymi uszkodzeniami narządów wewnętrznych i nie pozostawia niekorzystnych następstw w organizmie. **Długość utrzymywania drenu w jamie opłucnej, który u powódki został usunięty po 5 dniach, nie jest miernikiem skomplikowania przebytej odmy. U powódki nie wystąpił ucisk na żyły szyjne mogący powodować niedotlenienie mózgu lub serca. Przypadek odmy płaszczowej nie zagroził życiu pacjentki. Obecnie powódka nie wykazuje żadnych następstw przebytych powikłań poza blizną na ciele.** Brak następstw powikłań odległych dla zdrowia potwierdza konsultacja pulmonologiczna, podczas której lekarz stwierdził prawidłową wentylację i brak potrzeby leczenia.

Po powrocie do domu powódka odczuwała duszności i ból w klatce piersiowej, w związku z czym korzystała z pomocy **mamy**. W tym okresie miała do zrealizowania ważny projekt w pracy i bała się, że ze względu na gorsze samopoczucie nie będzie w stanie podołać zadaniu. Z uwagi na

znaczny stres udała się do psychiatry, który skierował ją na roczną terapię. Chirurg, do którego wybrała się na konsultację zasugerował, że objawy pooperacyjne związane z odmą płucną mogły być wynikiem błędu lekarskiego, co powódka sprawdziła także w Internecie.

Sąd zastrzegł, że **błędy diagnostyki i terapii, opieszałość w podejmowaniu czynności, zaniechania wykonania badań, przeoczenia nieprawidłowości przy dokonywanych zabiegach i niedostateczne pouczenie pacjenta o ryzyku związanym ze stanem jego zdrowia, stanowią mogą podstawę odpowiedzialności osób wykonujących zawód medyczny z tytułu czynu niedozwolonego, pod warunkiem, że są przez nich zawinione.** Zaznaczono, że winę można przypisać tylko wówczas, kiedy istnieją podstawy do negatywnej oceny zachowania z punktu widzenia zarówno obiektywnego, jak i subiektywnego. **O przypisaniu winy, a tym samym i odpowiedzialności, można mówić jedynie w sytuacjach, gdy porównanie postępowania lekarza z przyjętym standardem leczenia wypadnie na niekorzyść lekarza, gdy w jego działaniu można stwierdzić brak należytej staranności.** Samo przyjęcie winy nie decyduje jednakże o odpowiedzialności lekarza, jeżeli między jego zachowaniem, a szkodą nie ma związku przyczynowego. Jeżeli zachodzi prawdopodobieństwo wysokiego stopnia, że działanie lub zaniechanie lekarza było przyczyną szkody, można uznać związek przyczynowy za ustalony. Lekarz **nie odpowiada natomiast za nadzwyczajne, nie do przewidzenia komplikacje** oraz za inne, nie pozostające w normalnym związku przyczynowym z jego postępowaniem skutki.

W ocenie Sądu brak jest jakichkolwiek podstaw do uznania, iż w trakcie leczenia powódki w pozwanej placówce doszło do błędu medycznego, czy też niezachowania należytej staranności bądź ostrożności przez personel medyczny, które skutkowały powstaniem szkody w postaci uszkodzenia ciała czy rozstroju zdrowia. Dochodząc do takiego przekonania Sąd I Instancji oparł się przede wszystkim na opiniach sporządzonych przez dwóch niezależnych biegłych z zakresu chirurgii, którzy swoje wnioski formułowali na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej, a także osobistego badania powódki.

Zaznaczono, że obydwójce opiniujący w sposób stanowczy i jednoznaczny stwierdzili, że ze względu na swój stan zdrowia powódka zasadnie została zakwalifikowana na przeprowadzenie zabiegu cholecystektomii laparoskopowej pęcherzyka żółciowego, który wykonany został w sposób staranny i prawidłowy z zachowaniem reguł sztuki i aktualnej wiedzy medycznej. Ich opinie były zgodne także w zakresie, w jakim wskazywali, iż **ujawnione po zabiegu powikłania w postaci odmy płaszczowej i rozedmy tkanek miękkich są jednym ze wskazywanych w literaturze medycznej następstw opisywanego zabiegu, jednakże ze względu na ich charakter i dynamikę przebiegu u powódki, nie mogły powstać na skutek działania personelu medycznego.** Powódka była znieczulana metodą, która wykluczyła możliwość przebiccia tchawicy lub oskrzeli, co mogłoby spowodować przedostanie się gazu do tkanek miękkich i płuc. **Odma i rozedma nie ujawniły się u niej w trakcie podawania znieczulenia dożylnego, a dopiero w 15 minut po zakończonym zabiegu, a zatem nie mogło być mowy o jakichkolwiek nieprawidłowościach w działaniu i stosowaniu sztuki medycznej przez anestezjolog, która zresztą jako pierwsza dostrzegła następnie objawy rozedmy tkanek i natychmiast wdrożyła niezbędne postępowanie lecznicze, co tym bardziej potwierdza jej kompetencje i wiedzę medyczną.** Powikłania nie mogły być także następstwem mechanicznego uszkodzenia miąższu płucnego przez operatora, ponieważ operacja odbywała się w obrębie jamy otrzewnej po prawej stronie jamy brzusznej i nie jest w takim wypadku możliwe dotknięcie narządami lewego płuca czy opłucnej. Powikłania nie mogły również powstać na skutek użycia nieprawidłowego ciśnienia lub wprowadzenia niewłaściwej ilości dwutlenku węgla. Z dokumentacji medycznej i zeznań świadków wynikało, że uzyskane ciśnienie mieściło się w normach przewidzianych dla tego typu zabiegów (12 mm Hg), zaś ilość gazu, mimo iż

nie odnotowana, nie stanowiła parametru, który mógł mieć wpływ na powstanie odmy, ponieważ działanie gazu nie mogło samoistnie doprowadzić do przebicia płuca, a co najwyżej jamy otrzewnej, zaś takie uszkodzenie u powódki nie powstało.

Za najbardziej prawdopodobną przyczynę wystąpienia opisywanych powikłań obaj biegli uznali nieprawidłowości w budowie anatomicznej ciała powódki, które mogły nie dawać wcześniejszych objawów i nie skutkowały widocznym pogorszeniem stanu zdrowia w zakresie mechaniki oddychania, ale przy wytworzeniu odmy otrzewnej koniecznej do przeprowadzenia zabiegu laparoskopii, mogły prowadzić do wydostania się gazu poza obręb jamy otrzewnej i przemieszczenia się go do lewej jamy opłucnej oraz okolic nadobojczykowych. Zdaniem Sądu postawienie takiej hipotezy nie było czynieniem nieuprawnionych domniemań na temat stanu zdrowia powódki czy „tworzeniem faktów”. **Biegli jednomyślnie stwierdzili, że nie da się w sposób niewątpliwy wskazać konkretnej przyczyny wystąpienia odmy i rozedmy u powódki, jednakże z wachlarza istniejących możliwości jej powstania pewne okoliczności, w oparciu o istniejącą dokumentację medyczną i badanie przeprowadzone na potrzeby wydania opinii, można z pewnością wykluczyć, a inne wziąć pod uwagę. W ten właśnie sposób biegli wytypowali najbardziej prawdopodobne źródło wystąpienia powikłań u pacjentki, które to wnioski Sąd podzielił jako logiczne i przekonujące.**

Sąd zaznaczył, że z punktu widzenia medycznego opisywane powikłania nie wywołały żadnych ujemnych następstw, które miałyby obiektywny wpływ na obecny stan zdrowia pacjentki. **Personel medyczny w sposób właściwy zareagował na ujawnione nieprawidłowości i zastosował adekwatne metody leczenia** – drenaż ssący, które doprowadziły ostatecznie do rozprężenia płuc i ustąpienia objawów rozedmy tkanek i odmy płaszczowej. Odma opłucnej wywołała jedynie krótki stan niedotlenienia, który nie skutkował żadnym uszkodzeniem narządów wewnętrznych ani zagrożeniem życia. Powódka **po przebudzeniu po zabiegu mogła odczuwać lęk i niepokój o własne zdrowie oraz, że była przestraszona. Doświadczenie życiowe nakazuje jednak stwierdzić, że takie objawy są typowe dla osoby, która budzi się po zastosowaniu znieczulenia ogólnego w obcym miejscu.** Powódka nie udowodniła przy tym, aby dolegliwości, które odczuwała po powrocie do domu, miały jakikolwiek związek z zabiegiem i powikłaniami po nim. Wynik aktualnej konsultacji pulmonologicznej potwierdził, że wentylacja płuc powódki jest prawidłowa i brak po jej stronie potrzeby leczenia. Jeśli zaś chodzi o towarzyszący jej stres, który skutkowało podjęciem terapii psychiatrycznej, nie jest wykluczone, iż ma on związek z trybem życia, a nie przebytą operacją, tym bardziej, że sama powódka podkreślała, iż piastuje odpowiedzialne stanowisko i martwiła się terminową realizacją powierzonych projektów.

Zdaniem Sądu **nie można uznać**, iż na skutek zabiegu przeprowadzonego w placówce pozwanego, przez zatrudnionych u niego pracowników, którym powierzono wykonywanie czynności medycznych, doszło do wyrządzenia powódce w sposób zawiniony jakiegokolwiek szkody. **Powstałe powikłania należały do typowych i nastąpiły z przyczyn niezależnych od zachowania personelu medycznego, który w sposób prawidłowy dokonał zabiegu cholecystektomii oraz skutecznie zareagował na ujawnienie odmy opłucnej i rozedmy tkanek, doprowadzając ostatecznie do ich wyeliminowania.**

Odnosząc się do kwestii braku zgody na wykonanie drenażu ssącego, Sąd podkreślił, że art. 33 ust 1 (uzawlek.) wskazuje, że udzielenie pacjentowi świadczenia zdrowotnego bez jego zgody jest dopuszczalne, jeżeli wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym. Decyzję o podjęciu czynności medycznych w okolicznościach, o których mowa w ust. 1, lekarz powinien w miarę możliwości skonsultować z innym lekarzem. Zdaniem Sądu **wykonanie drenażu w okolicznościach wystąpienia**

powikłań w postaci odmy opłucnej i rozedmy tkanek **mieściło się w zakresie konieczności udzielenia niezwłocznej pomocy lekarskiej**. Jak wynikało z zeznania świadków, pacjentka była wówczas nadal pod wpływem środków znieczulających, a zatem nie mogła wyrazić świadomej zgody na zabieg, co w świetle wymienionego przepisu stanowiło wystarczającą przesłankę podjęcia działań przez personel medyczny bez obowiązku jej uzyskania. Nie można było przecież oczekiwać, ażeby lekarze czekali aż pacjentka w pełni odzyska świadomość i wyrazi zgodę na podjęcie zabiegu, bez wykonania którego w krótkotrwałym czasie mogłoby dojść do znaczącego pogorszenia jej stanu zdrowia. Istotne jest przy tym, że **świadek S. G. wskazała, iż decyzji o wykonaniu dodatkowych badań i zastosowaniu drenażu nie podjęła samodzielnie, ale w tym celu skonsultowała się z lekarzem wcześniej wykonującym zabieg, wobec czego nie może być mowy o żadnym naruszeniu przepisów**.

Z dokumentacji medycznej wynika także, że powódka dzień przed operacją miała przeprowadzone niezbędne badanie krwi i serca, z którymi lekarz anestezjolog musiała się zapoznać, albowiem zgodnie z ich treścią uzupełniła właściwe rubryki w ankiecie przedoperacyjnej. Podkreślono, że **lekarz anestezjolog S.G. w czasie wykonywania zabiegu nie była stażystką i miała uprawnienia do samodzielnego pełnienia dyżuru jako lekarz odbywający specjalizację w ramach rezydentury, a rozpoznając w porę objawy powikłań udowodniła, że posiada niezbędną wiedzę do przeprowadzania zabiegów medycznych**.

Skarżąca **nie dowiodła też, że sam fakt przeprowadzania czynności anestezjologicznych przez będącą w trakcie specjalizacji S. G. spowodował niedbałe wykonanie obowiązków przez tę osobę**. Niezależnie od powyższego, pozwany szpital przeprowadził dowód z dokumentów, z których wynika, że w tym samym czasie na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpitala pełniło obowiązki 5 lekarzy z II stopniem specjalizacji anestezjologicznej (w tym lek. med. L. J. – kierownik specjalizacji S. G.) oraz jeden z I stopniem specjalizacji. Oznacza to, że **zapewniona została możliwość bezpośredniego podjęcia przez tych lekarzy czynności w wypadku, gdyby w trakcie zabiegu wystąpiły zjawiska, które przekraczałyby zakres kompetencji asystującej przy zabiegu laparoskopowym S. G.** Zdaniem Sądu Apelacyjnego, spełnione zatem zostały wymogi określone w § 13 ust. 1 i § 14 rozp. Min. Zdrowia i Opieki Społecznej z 27.II.1998 r. w spr. standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii w zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 37, poz. 215 ze zm.). Skarżąca nie zaprzeczała faktowi, że S. G. była obecna przy niej przez cały czas zabiegu laparoskopowego, jak również w trakcie wybudzania. Natomiast przewidziany w § 14 tego rozporządzenia **bezpośredni nadzór nad wykonującym znieczulenie lekarzem będącym w trakcie specjalizacji, nie może być rozumiany jako bezpośrednia, fizyczna bliskość lekarza nadzorującego oraz lekarza rezydenta (a przez to również i znieczulanego pacjenta)**. Takiej wykładni powołanych przepisów zaprzecza różnokształtna treść § 13 ust. 1 i § 14 tego rozporządzenia. Gdyby bowiem założyć, że ustawodawca nakładałby obowiązek przebywania w fizycznej bliskości trzech osób – pacjenta, lekarza rezydenta i lekarza nadzorującego, to użyłby dokładnie takiego samego sformułowania, jak w 13 ust. 1. **Przede wszystkim jednak zgromadzony materiał dowodowy, w tym zwłaszcza opinie biegłych, zaprzeczały tezie, jakoby S. G. nie podjęła właściwej reakcji na zaobserwowaną podczas wybudzania odmę opłucnową. Przeciwnie, we wnioskach opinii podkreślono profesjonalizm i sprawność reakcji tej osoby**.

Ustawa o zawodzie lekarza w sprawie stażystów i specjalizantów

Lekarz stażysta - uprawnienia

- 1) przedmiotowego i podmiotowego badania pacjenta oraz udzielania, po konsultacji z opiekunem, porad lekarskich;
- 2) wydawania, po konsultacji z opiekunem, zleceń lekarskich;
- 3) wydawania skierowań na badania laboratoryjne oraz inne badania diagnostyczne, a po uzgodnieniu z opiekunem lub z lekarzem wskazanym przez opiekuna – na badania wymagające metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta;
- 4) **samodzielnego stosowania zleconych** przez lekarza posiadającego prawo wykonywania zawodu na czas nieokreślony **metod diagnostycznych i leczniczych, których praktyczna umiejętność została stwierdzona przez opiekuna**;
- 5) **wspólnego** z lekarzem posiadającym prawo wykonywania zawodu na czas nieokreślony stosowania metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta oraz **wspólnego z nim wykonywania zabiegów operacyjnych, objętych programem stażu** podyplomowego;
- 6) prowadzenia historii choroby i innej dokumentacji medycznej we współpracy z opiekunem;
- 7) udzielania informacji o stanie zdrowia pacjenta;
- 8) zlecenia czynności pielęgnacyjnych;
- 9) doraźnego podania lub zlecenia podania pacjentowi leków w stanach nagłych, a jeżeli są to leki silnie lub bardzo silnie działające – po zasięgnięciu, w miarę możliwości, opinii innego lekarza;
- 10) stwierdzania zgonu;
- 11) wystawiania recept, z wyłączeniem recept „pro auctore” i „pro familiae”, oraz wydawania opinii i orzeczeń lekarskich po uzgodnieniu ich treści z opiekunem;
- 12) **pełnienia dyżurów medycznych z lekarzem pełniącym dyżur samodzielnie.**

Komentarz

Dawniej było to nazywane **ograniczonym prawem wykonywania zawodu**. Oznacza w praktyce, iż stażysta wykonuje czynności lekarskie **niesamodzielnie** i tylko, o ile "zatwierdzi" mu je opiekun. Działa tutaj **zasada bardzo ograniczonego zaufania do stażysty**, a ciężar odpowiedzialności merytorycznej obarcza opiekuna. Popelnione błędy są zatem bardziej błędami oceny opiekuna, które mogą przez to obciążać szpital.

Lekarz w trakcie specjalizacji

Art. 16m. 1. Lekarz odbywa **szkolenie specjalizacyjne pod kierunkiem** lekarza zatrudnionego na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej albo wykonującego zawód na podstawie stosunku służby w podmiocie prowadzącym szkolenie specjalizacyjne, wyznaczonego przez kierownika tego podmiotu, zwanego dalej „kierownikiem specjalizacji”.

7. Kierownik specjalizacji sprawuje nadzór nad realizacją programu specjalizacji przez lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne. W ramach sprawowanego nadzoru:

- 2) **konsultuje i ocenia proponowane i wykonywane przez lekarza** badania diagnostyczne i ich interpretację, rozpoznania choroby, sposoby leczenia, rokowania i zalecenia dla pacjenta;
- 3) **prowadzi nadzór nad wykonywaniem przez lekarza zabiegów** diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych objętych programem specjalizacji do czasu nabycia przez lekarza umiejętności samodzielnego ich wykonywania;
- 4) **uczestniczy w wykonywanym przez lekarza zabiegu operacyjnym** albo stosowanej metodzie leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko dla pacjenta, **do czasu nabycia przez lekarza umiejętności samodzielnego** ich wykonywania lub stosowania;

Komentarz: To z kolei można nazwać **zależnym** prawem wykonywania zawodu - gdy dopuści kierownik specjalizacji.

Konkluzje

Powierzenie czynności **do samodzielnego wykonania** stażystcie lub specjalizantowi może być traktowane jako wina opiekuna stażu bądź kierownika specjalizacji, jeśli zostanie wykazane, że w świetle okoliczności obdarzył podwładnego zbyt dużym zaufaniem.

Może to być również przejaw winy organizacyjnej po stronie placówki.

Przepisy są skonstruowane tak, żeby stażysta był pod kontrolą praktycznie przez cały czas, a specjalizanta można było puścić samego, gdy tak oceni kierownik jego specjalizacji.

Specjalizantka anestezyjologiczna S.G. w krytycznym momencie była na specjalizacji od dwóch lat i "miała uprawnienia do samodzielnego **wykonywania znieczulenia**" oraz "**do samodzielnego pełnienia dyżuru**" – co wg ustawy oznacza, że jej umiejętności musiał potwierdzić kierownik specjalizacji.

Tyle teorii, bo w praktyce może się zdarzyć, że braki kadrowe wymuszają puszczenie młodych do samodzielnego dyżurowania, mimo że jeszcze nie nabyli umiejętności. Wówczas jest to przejaw **winy organizacyjnej** (która może być przypisana tylko placówce jako osobie prawnej), a do młodych trudno mieć pretensje personalnie, gdy od tego zależy ich praca w szpitalu i dalsze szczeble awansu zawodowego. Wolno twierdzić, że działają pod swego rodzaju przymusem.

Błędy stażysty bądź **specjalizanta** co do zasady ocenia się wg ogólnych wymagań dla powierzonych czynności.

Jeśli młody i niedoświadczony lekarz popełni taki sam błąd jak specjalista – kryteria oceny są jednakowe – tzn. **zestaw cech starannego i kompetentnego specjalisty**.

Jeśli młody popełni **błąd wynikający z niedoświadczenia** (np. źle trafi z wkłuciem), to błąd pozostaje błędem.

Istnieje jednak taka sfera działań medycznych, gdzie potrzebna jest wypraktykowana sprawność manualna. Brak praktyki równa się wtedy nieumiejętności. Tyle, że praktykę trzeba móc kiedyś wyćwiczyć i **nietrafienie z braku wprawy jest uchybieniem, tyle że niezawinionym z punktu widzenia żółtodzioba**. Dlatego za jego plecami - w przenośni lub dosłownie – powinien stać opiekun lub kierownik specjalizacji, który w porę przejmie sprawę.

Jeśli z powodu braku wprawy zostanie wyrządzona szkoda – wolno ją potraktować jako powstałą z "winy organizacyjnej" placówki bądź z zaniedbania opiekuna stażu czy kierownika specjalizacji – jeśli ten pozwolił podopiecznemu na zbyt długie bezskuteczne próby kosztem powikłań u pacjenta (*vide* autentyczny przypadek 40 minut daremnego wkłuwania znieczulenia w przestrzeń zewnątrzoponową i zapaść u rodzącej pacjentki, która przez ten czas musiała tkwić zwinięta w literę "c"). **Uchybienie polega bądź na wadliwej obsadzie dyżuru, bądź jest winą własną bezpośredniego przełożonego**: ponosi ją ten, kto puścił niewprawnego lekarza samego do pacjentów, jeśli stosownie do okoliczności faktycznych wolno było wymagać, by nie puszczał.

Kryteria te ulegają złagodzeniu, gdy chodzi o sytuacje krytyczne (art. 15 ust. 3b w zw. z 30 uzawlek.). Wtedy należy uznać, że decydujące znaczenie ma potrzeba ratowania pacjenta, a nie tracenie czasu na ustalanie, kto ma do czego uprawnienia.

Od takiego nieodświadczonego lekarza można jednak **wymagać, by zdawał sobie sprawę z własnej niedoskonałości** i jeśli oceni, że nie podoła lub w razie doznanego niepowodzenia – żeby natychmiast zawezwał wsparcie. Od placówki wolno zaś wymagać, **żeby wsparcie było na wyciągnięcie ręki**.

O winie można mówić, jeśli młody popełnił błąd, a można było wymagać, by nie popełnił:

- przerabiał teorię, ale ją zapomniał;
- znał teorię, ale bał się spróbować (w każdej sprawie kiedyś jest ten pierwszy raz);

- nie wiedział co robić, choć powinien wiedzieć, ale stracił głowę;
- nie posłuchał dobrej rady mądrzejszego kolegi
- a przy tym nie zrobił nic, by znaleźć dla pacjenta pomoc u kogo innego lub w ogóle gdzie indziej.

Tyle, że takie same wymagania można stawiać każdemu lekarzowi niezależnie od posiadanego doświadczenia.

Fragment książki Atula Gawande "Lepiej. Zapiski chirurga o efektywności medycyny" (Znak 2011):

Pojechałem do Bostonu, by odwiedzić Langa w jego biurze.

„- Myślałem, że jak już dostanę jakieś zlecenia i sprawa będzie wystarczająco mocna, lekarze szybko pójdą na ugodę, żebym wycofał pozew – mówił Lang. - Tak się jednak nie stało. Byłem niesamowicie naiwny. Nikt nigdy nie przystaje na ugodę przed wyznaczeniem pierwszej rozprawy. Nie ma znaczenia, jak mocne są dowody w sprawie: lekarze zawsze myślą, że mają rację. Poza tym z upływem czasu wszystko może się zmienić. No i niech pan sam powie, mając do wyboru zapłacić od razu albo zapłacić później, co by pan chętniej zrobił?" (...)

Lang 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 ustalą, że lekarz mógł uniknąć popełnienia tego błędu**, to wtedy, jego zdaniem, lekarz dopuścił się zaniedbania.