

ŻAKLINA SKRENTY
Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Sulechowie

Organizacyjny błąd medyczny

1. Wprowadzenie

Celem niniejszej publikacji jest próba ukazania przeglądu najczęściej w praktyce występujących błędów medycznych, będących następstwem nieprawidłowej organizacji pracy podmiotu leczniczego – czy szerzej – systemu służby zdrowia. Skutek błędu organizacyjnego jest zasadniczo podobny jak w przypadku błędu w sztuce lekarskiej, tj. może wystąpić uszczerbek na zdrowiu lub utrata życia pacjenta, ale jego przyczyna nie jest związana z naruszeniem zasad wykonywania świadczeń medycznych, czego w przypadku błędów organizacyjnych nie można zarzucić. Błąd organizacyjny może występować jednak równoległe z błędem w sztuce lekarskiej.

Błąd organizacyjny w czystej postaci rodzić powinien wyłącznie odpowiedzialność podmiotu leczniczego, osoby kierującej tym podmiotem lub jego komórką organizacyjną, a nie lekarza. Błąd organizacyjny będzie jednak rodził odpowiedzialność pracownika medycznego, gdy nie będzie on przestrzegał, ustalonych przepisami prawa – powszechnie obowiązującymi lub wewnętrznymi – reguł postępowania, innych niż wynikające z zasad sztuki lekarskiej. Nie można obarczać taką odpowiedzialnością pracownika medycznego w sytuacji, gdy takie procedury nie zostały ustalone.

Na przykładzie orzecnictwa sądowego oraz opisanych przez praktyków przypadków ukazana zostanie problematyka nieprawidłowości występujących

w podmiotach leczniczych i działań osób organizujących pracę tych podmiotów, skutkująca nierzadko ujemnymi następstwami dla pacjentów.

Poruszony zostanie również temat warunków pracy pracowników medycznych, szerzej określany jako zasady ergonomii pracy w podmiotach leczniczych, które nie pozostają bez wpływu na jakość udzielanych świadczeń oraz rodzą ryzyko błędów lekarskich.

2. Pojęcie błędu medycznego i zdarzenia niepożądanego w medycynie

Dla potrzeb niniejszego artykułu, przyjęto posługiwanie się pojęciem organizacyjnego błędu medycznego jako pojęciem oznaczającym niedopełnienie lub nienależyte pełnienie funkcji administracyjnej lub organizacyjnej przez podmiot wykonujący świadczenia medyczne¹. W przypadku błędu organizacyjnego szkoda powstaje nie w wyniku błędu lekarza, ale w wyniku czynników niezależnych. Ustalenie tego błędu będzie stanowić podstawę do przyjęcia obowiązku odszkodowania przez instytucję służby zdrowia². Wadliwe decyzje związane ze zorganizowaniem pracy w tych instytucjach mają negatywny wpływ na udzielaną pomoc lekarską. Zła organizacja leczenia może bezpośrednio spowodować ujemne dla zdrowia pacjenta skutki, ale także pośrednio – może stać się przyczyną popełnienia błędu terapeutycznego przez pracującego tam lekarza i w konsekwencji narażenie zdrowia i życia pacjenta³.

Zła organizacja pracy lekarzy i personelu medycznego może się stać przyczyną błędów technicznych w postaci zaniedbania lub pomyłki, np. zaniedbanie dokumentacji prowadzi do pomyłki tożsamości pacjenta, co skutkować może dokonaniem zabiegu na innym chorym, wykonaniem innego zabiegu albo zabiegu niepotrzebnego, ale także wykonaniem zabiegu na organie innym niż

¹ W literaturze spotyka się zdefiniowanie błędu organizacyjnego jako wadliwej organizacji pomocy medycznej, która nie pozostaje bez wpływu na życie i zdrowie pacjentów – tak np. A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd w sztuce lekarskiej*, Kraków 1998, s. 196.

² W przypadku błędów organizacyjnych można mówić o tzw. winie anonimowej, która ma zbliżoną konstrukcję do winy organizacyjnej – por. K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone przy leczeniu*, Toruń 2013, s. 81 oraz przywoływana tam literatura.

³ R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem czynności medycznych*, Warszawa 2009, s. 228.

wskazany (w przypadku organów parzystych), złe oznakowanie leku do podania niewłaściwego preparatu⁴.

Powyższe należy odróżnić od błędu w sztuce lekarskiej, którym będzie udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób niezgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością⁵. Należy przy tym podkreślić, że o wystąpieniu błędu w sztuce lekarskiej w formie zawinionej może zdecydować nie tylko zarzucenie lekarzowi braku wystarczającej wiedzy i umiejętności praktycznych, odpowiadających aprobowanemu wzorcowi należytą staranności, ale także niezręczność i nieuwaga przeprowadzanego zabiegu, jeżeli – oceniając obiektywnie – nie powinny one wystąpić w konkretnych okolicznościach. Nie chodzi zatem o staranność wyższą od przeciętnej wymaganą wobec lekarza, lecz o wysoki poziom przeciętnej staranności każdego lekarza jako staranności zawodowej i według tej przeciętnej ocenianie konkretnego zachowania. Do obowiązków lekarzy oraz personelu medycznego należy bowiem podjęcie takiego sposobu postępowania (leczenia), które gwarantować powinno, przy zachowaniu aktualnego stanu wiedzy i zasad staranności, przewidywalny efekt w postaci wyleczenia, a przede wszystkim nienarażenie pacjentów na pogorszenie stanu zdrowia⁶.

Za klasyczny można uznać podział błędów w sztuce lekarskiej dokonany przez Filara⁷, który stwierdza, że lekarz naraża się na odpowiedzialność w trzech sytuacjach: gdy nie leczy, choć powinien; gdy leczy nie tak, jak powinien; gdy leczy, choć nie powinien.

Błąd to niepowodzenie działania zaplanowanego w celu osiągnięcia określonego efektu diagnostycznego lub leczniczego. Błąd jest działaniem zamierzonym, które od początku jest złe – przygotowanie jest prawidłowe, ale wykonanie złe. Może wystąpić również jako zaniedbanie, zaniechanie, a więc wystąpi w sytuacji, gdy nie podjęto działania niezbędnego⁸.

⁴ *Ibidem*.

⁵ Por. brzmienie art. 4 ustawy z dnia 05.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz.U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634 ze zm.).

⁶ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 14.02.2013 r., sygn. akt. I ACa 970/12, publ. LEX nr 1289424.

⁷ M. Filar, *Lekarskie prawo karne*, Kraków 2000, s. 18.

⁸ K. Bielecki, *Zdarzenia niepożądane w chirurgii a błąd medyczny*, [w:] *Błąd medyczny. Uwarunkowania ergonomiczne*, J. Pokorski, J. Pokorska, M. Złowodzki (red.), Kraków 2010, s. 72-73.

Błąd medyczny będzie występował w działalności leczniczej, a więc podczas lub w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Świadczenie zdrowotne to działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania⁹.

Klasyfikacji błędów medycznych¹⁰ dokonuje się zwykle poprzez określenie etapu postępowania leczniczego, na którym miał on miejsce. Wyróżnia się więc: błąd diagnostyczny – na etapie rozpoznawania choroby, błąd terapeutyczny – na etapie podejmowanego leczenia¹¹, niekiedy również błąd profilaktyczny – w związku z działaniami o takim charakterze, a także błąd techniczny¹² i będący przedmiotem niniejszej pracy błąd organizacyjny, którego nie można zaklasyfikować jako błędów w sztuce.

Obok pojęcia błędu, szczególnie w kontekście nieprawidłowości o charakterze organizacyjnym, zasadnym jest wyróżnienie szerszego pojęcia – zdarzenia niepożądanego. Zdarzenie niepożądane to odchylenie od czegoś, co powinno przebiegać prawidłowo, ale stało się inaczej. W innym ujęciu, to każde zdarzenie, które nie jest powikłaniem choroby lub leczenia, ale prowadzi do czasowego lub stałego negatywnego wpływu na stan fizyczny lub psychiczny zdrowia pacjenta. Zdarzenie to definiowane jest również jako uszczerbek na zdrowiu pacjenta w trakcie diagnostyki lub leczenia, niezwiązany z naturalnym przebiegiem choroby lub stanu zdrowia. Zwykle zdarzenie niepożądane występuje w szpitalu i to on odpowiada za jego wystąpienie i skutki¹³.

Pojęcie zdarzenia niepożądanego wydaje się bardziej optymalnym dla podkreślenia charakterystycznego dla błędu organizacyjnego braku możliwości wskazania osoby odpowiedzialnej za jego powstanie. Trudno jest bowiem zi-

⁹ Art. 3 ust. 1 oraz art. 2 ust 1 pkt 10 ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2013 r., poz. 217).

¹⁰ Tutaj powołano klasyfikację przedstawioną przez Liszewską – A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna...*, *op. cit.*, s. 153-154.

¹¹ Niekiedy trudno rozróżnić, kiedy kończy się etap diagnozy, a etap właściwego leczenia, a często występują one jednocześnie, stąd w niniejszej pracy dokonuje się uproszczonego podziału na błędy organizacyjne i błędy w sztuce lekarskiej, określane również łącznie jako terapeutyczne.

¹² Liszewska uznaje za błąd techniczny niewłaściwe w sensie technicznym wykonanie czynności leczniczej, który nie zawsze jest jednocześnie błędem w sztuce lekarskiej, gdyż często wynika z zaniedbania lub pomyłki – A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna...*, *op. cit.*, s. 190.

¹³ K. Bielecki, *Zdarzenia niepożądane w chirurgii...*, *op. cit.*, s. 72.

dentyfikować twórcę nieprawidłowo funkcjonującego systemu. Dlatego bywa tak, że odpowiedzialność za błąd organizacyjny ponosi jego ofiara, co dobrze obrazuje przytoczony przykład. Za przygotowanie niewłaściwego leku karana będzie pielęgniarka, która pomyliła opakowania, a nie producent, który różne leki konfekcjonuje w ludzko podobne kartoniki. Nie będzie ponosił również odpowiedzialności personel techniczny, który nie zapewnił dostatecznego oświetlenia w miejscu przygotowania leków i nie przełożona, która się powinna sprzeciwić komasowaniu dyżurów przez pielęgniarki, gdyż pielęgniarka w chwili popełnienia omyłki miała już za sobą 18 godzin pracy¹⁴.

3. Klasyfikacja błędów organizacyjnych i zdarzeń niepożądanych. Przykłady błędów organizacyjnych z praktyki medycznej i orzecznictwa sądowego

Najczęściej spotykane błędy organizacyjne to¹⁵:

1) Błędy wynikające z niewłaściwej organizacji pracy podmiotu leczniczego

a) **nieprawidłowa obsada dyżurów, powierzenie pełnienia dyżuru osobie nieposiadającej odpowiednich kwalifikacji i doświadczenia, np. stażysty albo stomatologowi na dyżurze chirurgicznym**

Rozważając odpowiedzialność szpitala należy zbadać czy lekarz był zatrudniony na odpowiednim stanowisku lub czy przydzielono mu odpowiednie stanowisko pracy. Stanowisko pracy byłoby nieodpowiednie, gdyby np. lekarzowi posiadającemu dyplom lekarski i uprawnienie do wykonywania zawodu lekarskiego, lecz nie posiadającemu ani praktyki zawodowej, ani doświadczenia zawodowego, administracja szpitalna powierzyła stanowisko pracy wymagające praktyki i doświadczenia niezbędnych do podejmowania decyzji w kwestii terapii. W takim wypadku miałoby się do czynienia ze złą organizacją pracy

¹⁴ R. Nizankowski, *Jak poprawić bezpieczeństwo pacjenta w szpitalu?*, [w:] *Błąd medyczny. Uwarunkowania ...*, op.cit., s. 62.

¹⁵ Przykłady błędów organizacyjnych zaczerpnięte z: M. Nesterowicz, *Odpowiedzialność cywilna zakładu leczniczego*, [w:] *Prawo medyczne*, Toruń 2013, s. 417; R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza...*, op. cit., s. 228; T. Sroka, *Odpowiedzialność karna za niewłaściwe leczenie. Problematyka obiektywnego przypisania skutku*, Wydawnictwo Elektroniczne LEX 2013, nr 170297.

w szpitalu, co mogłoby uzasadniać współodpowiedzialność szpitala za wyrządzoną szkodę¹⁶. Przykładem tego rodzaju błędu może również być nieobecność specjalisty na dyżurze, np. anestezjologa na oddziale położniczym w sytuacji, gdy ze względu na okoliczności, trzeba liczyć się z koniecznością przeprowadzenia cesarskiego cięcia¹⁷.

b) brak koordynacji w funkcjonowaniu poszczególnych jednostek organizacyjnych, niedociągnięcia w zakresie przepływu informacji, brak odpowiedniej komunikacji między osobami udzielającymi świadczeń zdrowotnych

Za prawidłowe działanie określonej jednostki odpowiada jej kierownik. Nieprawidłowości w zakresie przepływu informacji i wynikającej z tego braku koordynacji leczenia pacjenta, są z reguły efektem nieustalenia lub nierealizowania procedury współpracy między komórkami organizacyjnymi. Zwykle bywa tak, że podmioty lecznicze opracowują stosowne procedury, ale informacja o ich istnieniu i praktycznym sposobie stosowania nie jest przekazywana pracownikom. Koordynacja taka jest niezbędna wewnątrz każdego podmiotu. Przekazywanie informacji równie często odbywa się na poziomie zewnętrznym, gdy przykładowo pacjent przekazywany jest do ośrodka specjalistycznego celem przeprowadzenia operacji. Niezwykle istotna jest sprawna komunikacja w sytuacjach zagrożenia życia, czego zabrakło w poniższym przykładzie: po przewiezieniu pacjentki do szpitala nie odebrano wywiadu od lekarza karetki pogotowia ratunkowego, który stosował tlenoterapię bierną w postaci maski z tlenem. Konsekwencją tego było nieprzygotowanie sali z dostępem do tlenu, co miało wpływ na dalsze postępowanie lecznicze. Zaniechanie podania tlenu mogło skutkować niedotlenieniem mózgu¹⁸.

c) brak odpowiedniego wyposażenia w sprzęt i wyroby medyczne, gdy powodują niemożność udzielenia świadczenia zgodnie z wymogami

¹⁶ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 24.06.1963 r., sygn. akt II CR 851/62, publ. LEX nr 105514.

¹⁷ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 18.04.2002 r., sygn. akt I ACa 214/02.

¹⁸ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 20.01.2010 r., sygn. akt I ACa 571/09, publ. LEX nr 1164166.

aktualnej wiedzy medycznej lub posługiwanie się wadliwymi przyrządami lub urządzeniami

Brak odpowiedniego wyposażenia polskich placówek udzielających świadczeń zdrowotnych można uznać za fakt notoryjny. Lekarz często stawać może w obliczu dylematu czy leczyć dostępnymi metodami i środkami, narażając zdrowie pacjenta, czy nie leczyć w ogóle. Wydaje się oczywiste, że powinien przede wszystkim podjąć czynności medyczne, a dla uwolnienia się od odpowiedzialności indywidualnej zgłosić wszelkie nieprawidłowości w wyposażeniu kierownikowi placówki lub swojemu przełożonemu. Trudno jednak przypuszczać, że w przypadku tragicznych dla pacjenta skutków, lekarz uwolni się także od odpowiedzialności przed własnym sumieniem.

W opisanym w orzecznictwie przypadku, obok prowadzenia porodu niezgodnie z zasadami sztuki lekarskiej (mimo wystąpienia w pierwszym okresie porodu objawów jednoznacznie świadczących o zagrażającej wewnątrzmacicznej zamartwicy płodu wynikającej z jego niedotlenienia, podjęto błędną decyzję o kontynuowaniu porodu siłami natury, czego konsekwencją była ciężka postać okołoporodowej encefalopatii niedotlenieniowo-niedokrwiennej pod postacią niedowładu spastycznego, padaczki i uszkodzenia drogi wzrokowej), wystąpił również błąd organizacyjny. W sposób wadliwy funkcjonował oddział położniczy. Nie było zaplecza organizacyjnego, pozwalającego na przeprowadzenie w koniecznych przypadkach zabiegu cesarskiego cięcia. Sposób prowadzenia nadzoru nad ciężarnymi, a zwłaszcza rodzącymi, stwarzał sytuacje niebezpieczne dla zdrowia i życia rodzących oraz noworodków. Ustalono, że oddział nie spełniał wymogów i zaleceń nadzoru krajowego dla oddziałów położniczo-ginekologicznych i niezbędne było odesłanie rodzącej do innego szpitala (czego nie uczyniono)¹⁹.

W innym przypadku pacjent podczas operacji doznał oparzeń narzędziem chirurgicznym (nożem elektrycznym). Były to oparzenia od I do III stopnia, powodujące trwałe inwalidztwo. Choć pracownicy zakładu leczniczego przeprowadzili uwięzioną sukcesem operację, to jednak powód doznał przy tym szkód, które były następstwem dających się uniknąć przyczyn. To, co zostało określone jako „przebicie” prądu, jest przyczyną, której można było zapobiec przy starannym sprawdzeniu stanu technicznego sprzętu elektrycznego używa-

¹⁹ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 10.01.2002 r., I ACa 576/01, publ. LEX nr 74359.

nego w czasie operacji. Konieczność zachowania należytej staranności ciążyąca na lekarzach nie oznacza nic innego jak obowiązek szczególnej troski o sprzęt operacyjny, by jego użycie nie zagrażało ani życiu i zdrowiu pacjentów, ani też bezpieczeństwu zespołu operacyjnego²⁰.

Rzeczą pracowników medycznych było takie zorganizowanie kontroli sprawności stosowanego elektrycznego sprzętu medycznego, zresztą nie tylko medycznego, by sprzęt ten, zwłaszcza w czasie operacji, nie zagrażał życiu i zdrowiu pacjentów. Przeprowadzanie okresowych kontroli przez wyspecjalizowany serwis jest niewystarczające²¹.

Obowiązek sprawdzenia sprawności sprzętu medycznego (operacyjnego) przed każdym zabiegiem operacyjnym jest tym bardziej uzasadniony, że pacjent poddany zabiegowi operacyjnemu wprowadzony jest w stan odurzenia, które nie pozwala mu na stosowne reagowanie na bodźce zewnętrzne, m.in. na oparzenia, jakie mogą powodować zwarcia w urządzeniach elektrycznych. Stąd też nie może się on uchronić przed tego rodzaju szkodą²². Drugi z przykładów wskazuje również na niedopełnienie procedur wymagających przygotowania i sprawdzenia sprzętu przed planowanym zabiegiem.

d) nieobsadzenie wszystkich stanowisk, których funkcjonowanie jest niezbędne dla właściwego przebiegu procesu diagnostycznego i terapeutycznego (brak odpowiedniej liczby wymaganych dla działania podmiotu leczniczego doświadczonych lekarzy i specjalistów)

Szpital odpowiadałby za braki organizacyjne, np. za skutki zaniedbania chorego przez lekarza na skutek obciążenia lekarzy zbyt wielką liczbą chorych²³. Zasada prawidłowej organizacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych opierać się musi na dwóch aspektach: właściwej strukturze organizacyjnej podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych oraz ustaleniu i przestrzeganiu odpowiednich procedur współdziałania komórek w strukturze organizacyjnej, a także osób zatrudnionych w tych komórkach. Ponadto niezbędne jest utworzenie wszystkich komórek niezbędnych do udzielania świadczeń określonego rodzaju i zakresu,

²⁰ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11.05.1983 r., sygn. Akt IV CR 118/83, publ. LEX 2899.

²¹ *Ibidem.*

²² *Ibidem.*

²³ Orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 10.09.1953 r., sygn. akt II C 2527/52, publ. LEX nr 117556.

stosownie do przedmiotu działalności podmiotu lub zapewnienie korzystania ze świadczeń na zewnątrz (tzw. *outsourcing*), np. w zakresie analiz laboratoryjnych. W dalszej kolejności niezbędne jest wyposażenie komórek w urządzenia, sprzęt, wyroby medyczne oraz utworzenie stanowisk pracy niezbędnych do zapewnienia odpowiedniego zarządu, nadzoru i koordynacji pracy podmiotu udzielającego świadczeń oraz realizacji poszczególnych etapów leczenia pacjentów. Nadto ustalenie zakresu obowiązków – kompetencji personelu i dbałość o ich ciągle dokształcanie, ustalenie sposobu i zakres wydawania poleceń, ustalenie hierarchii i podporządkowania²⁴.

e) niezapewnienie pacjentowi hospitalizacji w przypadku tego wymagającym z uwagi na brak wolnych łóżek

Decyzja lekarza o leczeniu szpitalnym lub ambulatoryjnym należy również do terapii i może stanowić błąd w sztuce lekarskiej. Decyzja ta może być jednak również następstwem wadliwej organizacji pracy szpitala, jeżeli np. względy administracyjne – wbrew wskazaniu – skłaniały lekarza do decyzji o leczeniu ambulatoryjnym²⁵. Prawidłowe postępowanie w przypadku złamania kończyny poprzez jego nastawienie i ustalenie go opatrunkiem gipsowym nie jest wystarczające, jeżeli wskazania wiedzy medycznej nakazują nadto zastosowanie leczenia szpitalnego celem ścisłej obserwacji, co do ryzyka wystąpienia objawów ucisku. Tylko obserwacja szpitalna i szybkie przeciwdziałanie występującym powikłaniom mogło, choć nie musiało, zapobiec niedowładowi kończyny górnej²⁶.

f) złe warunki sanitarne, nieprzestrzeganie zasad aseptyki

Efektom tego rodzaju zaniedbań jest zakażenie rany pooperacyjnej, które może mieć dotkliwe dla pacjenta skutki. Istotne jest nie tylko zachowanie zasad aseptyki na sali operacyjnej, ale również w sali ambulatoryjnej, w której dokonuje się zmiany opatrunków oraz w salach chorych, w których pacjenci mogą być na przykład narażeni na bezpośredni kontakt z pacjentami dotkniętymi powikłaniami ropnymi. W zasadach tych należy uwzględnić również osłonę antybioty-

²⁴ T. Sroka, *Odpowiedzialność karna...*, *op. cit.*

²⁵ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 24.06.1963 r., sygn. akt II CR 851/62, publ. LEX nr 105514.

²⁶ *Ibidem.*

kową w trakcie zabiegu. Za nieprawidłowości o takim charakterze uznać należy niedopełnienie obowiązku umycia rąk przed zabiegiem operacyjnym, czy w zasadzie przed każdym kontaktem z pacjentem, a bezwzględnie przed zabiegiem, w którym dochodzi do kontaktu z otwartymi ranami²⁷. Można uznać tego rodzaju błąd równocześnie za nieprzestrzeżenie procedur przedoperacyjnych.

Po operacji usunięcia cysty podskórnej w okolicy kości ogonowej, nastąpiło zanieczyszczenie rany pooperacyjnej i w jej wyniku – zgorzel gazowa. Jej wystąpienie spowodowało doznanie przez pacjenta ciężkiego inwalidztwa w postaci rozległej blizny pooperacyjnej, znacznych ubytków ciała, przykurczu w stawie biodrowym i w stawie kolanowym. W związku z tym cierpi on na niedowład kończyny lewej dolnej i ma trudności w poruszaniu się. Nastąpiło także skrzywienie kręgosłupa i zeszpecenie. Powyższe można by uznać za powikłania, ale przy uwzględnieniu okoliczności odnoszących się do miejsca dokonania zabiegu i zmiany opatrunków, ogólnego stanu higienicznego kliniki, wywołanego nadmiernym zagęszczeniem pacjentów (kilkunastu w sali), istnieją podstawy do przyjęcia w tej sprawie wysokiego prawdopodobieństwa wpływu zaniedbań organizacyjnych na powstanie zgorzeli i jej powikłań²⁸.

2) Błędy wynikające z braku wewnętrznych procedur lub nieprzestrzeżenia takich procedur

a) niewłaściwe przechowywanie – np. leki wspólnie ze środkami silnie toksycznymi

Przechowywanie w jednej szafce leków i środków toksycznych, które nierzadko mają podobne opakowania lub podobną formę, zwiększa ryzyko zaistnienia pomyłki i możliwego zatrucia pacjenta. Środki toksyczne winny być przechowywane w miejscach wyodrębnionych i pod kontrolą. Środki stwarzające niebezpieczeństwo dla zdrowia i życia pacjentów należy ponadto gromadzić w ilościach niezbędnych. Konieczne jest również zapewnienie nadzoru nad aptecz-

²⁷ Por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17.02.1967 r., sygn. akt I CR 435/66, publ. Legalis nr 12963.

²⁸ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14.12.1973 r., sygn. akt II CR 692/73, publ. Legalis nr 17587. Podobnie wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 14.10.1992 r., I ACr 374/92, publ. Legalis nr 32993, w którym sąd uznał za błąd organizacyjny narażenie pacjenta na ryzyko zarażenia chorobą zakaźną.

kami oddziałowymi, kontrola ilości zużycia wszelkich środków, a także przeszkolenie, co do konsekwencji zastosowania niewłaściwej substancji.

W sprawie będącej przedmiotem rozpoznania sądu, pacjentkom zalecono podanie soli gorzkiej jako środka przeczyszczającego. Położna przygotowująca lek do podania, sięgnęła do szafki, w której zwykle przechowywano sól gorzką. W podobnej torebce w szafce znajdował się również azotyn sodu, używany jako dodatek do płynów dezynfekujących narzędzia lekarskie po ich wysterylizowaniu. Po zażyciu toksycznej substancji, w ilości wielokrotnie przekraczającej dawkę śmiertelną, mimo podjętej niezwłocznie akcji reanimacyjnej zmarły cztery pacjentki. Położna nie sprawdziła nazwy leku, a oba środki mają krystaliczną konsystencję i tendencję do zbrylania się²⁹.

b) zaniedbania dot. prowadzenia dokumentacji, kontroli zużytych narzędzi i materiału operacyjnego, skutkujące także pozostawieniem ciała obcego w polu operacyjnym

Dokonywanie w dokumentacji medycznej wpisów nierzetelnych, z opóźnieniem lub nieprowadzenie jej w ogóle, może spowodować tragiczne dla pacjentów skutki. Nadmienić należy, że prawidłowa dokumentacja niejednokrotnie pozwala na uwolnienie się od odpowiedzialności zawodowej i karnej, czy wykazanie braku podstaw odpowiedzialności cywilnej lekarza. Wynikać z niej powinno przykładowo uzasadnienie rozszerzenia pola operacyjnego czy konieczność zastosowania określonej metody leczenia. Gwarantuje także, że publiczny płatnik nie będzie miał podstaw do kwestionowania zleconych świadczeń lub leków.

Dokumentacja medyczna powinna być podstawą podejmowania decyzji, co jest szczególnie ważne w sytuacjach wymagających niezwłocznych reakcji, gdy ma miejsce współpraca kilku specjalistów opiekujących się jednym pacjentem. Jeżeli nie zostanie odnotowane, jakie zostało zastosowane leczenie, jakie i kiedy zostały podane dawki leków, skutkiem może być kilkakrotne podanie tej samej substancji leczniczej, zaordynowanej zgodnie z zasadami wiedzy medycznej, ale w dawce zagrażającej zdrowiu lub nawet śmiertelnej.

Taka sytuacja miała miejsce w związku z podawaną pacjentce celem znieczulenia na czas porodu lidokainą. Środek podawany był kilka razy, naj-

²⁹ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27.10.1983 r., sygn. Akt II KR 219/83, publ. LEX nr 19934.

pierw przez anestezjologa, a następnie przez położną, a więc nadto osobę bez uprawnień do znieczulania pacjenta. Nieistotne jest przy tym, że z pacjentką przeprowadzono prawidłowy wywiad anestezjologiczny, odebrano od niej zgodę na wykonanie znieczulenia i przeprowadzono stosowną próbę na ewentualne reakcje uczuleniowe. Nadmierna, gdyż podana bez uzasadnienia kilkakrotnie, dawka lidokainy spowodowała porażenie mięśni oddechowych. Po akcji reanimacyjnej przywrócono akcję serca i śladowy oddech. Pacjentka doznała rozległego uszkodzenia ośrodka systemu nerwowego. Nie można nawiązać z nią kontaktu słownego, cierpi na niedowład czterokończynowy, a dla zapobieżenia przykurczom i odleżynom konieczna jest codzienna rehabilitacja i masaże. Karmiona jest przez sondę³⁰.

Za zaniedbanie w powyższej sprawie należy uznać nie tylko brak dokumentacji anestezjologicznej, ale również podanie znieczulenia przez osobę nieuprawnioną, a także nieprzewodzenie akcji reanimacyjnej przez anestezjologa, pozostawienie pacjentki znieczulonej bez nadzoru³¹.

Często występującym przykładem błędu organizacyjnego jest pozostawienie w polu operacyjnym ciała obcego. Zwykle są to środki opatrunkowe³², ale mogą to być również igły chirurgiczne, np. atraumatyczne pozostawione w sercu³³. Pozostawienie ciała obcego w ciele pacjenta jest spowodowane niedopełnieniem obowiązku policzenia materiałów użytych i pozostałych po operacji, ale nie sposób przypisać w takim przypadku winę jedynie instrumentariuszce, czy nawet operatorowi odpowiedzialnemu za sprawdzenie pola operacyjnego. Na powstanie tego typu błędów ma wpływ również niestosowanie systemu rejestrowania zużywanych materiałów lub stosowanie jego w sposób niedokładny, pośpiech w działaniu, zszywanie rany przed policzeniem przygotowanych i zużytych środków.

Pozostawienie przykładowo gazika w ranie pooperacyjnej skutkuje wytworzeniem ropnia i zakażeniem. Naraża to w każdym przypadku pacjenta na kolejny zabieg operacyjny. Ponadto zakażenie, do którego doszło w związku

³⁰ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Rzeszowie z dnia 12.10.2006 r., sygn. akt I ACa 377/06, publ. LEX nr 526714.

³¹ *Ibidem*.

³² Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17.02.1967 r., sygn. akt I CR 435/66, publ. LEX nr 573.

³³ Wyrok Sądu Okręgowego we Wrocławiu z dnia 20.09.1999 r., I C 708/96, publ. „Prawo i Medycyna” 2001, nr 9.

pozostawieniem gazika, stanowi ryzyko powikłań w postaci zapalenia kości i zakażenia uogólnionego, w tym sepsy³⁴.

c) nieprzestrzeganie zależności służbowej

Lekarz, jako przedstawiciel wolnego zawodu, nie może otrzymywać wiążących poleceń, co do istoty wykonywanej pracy, a jedynie spraw administracyjnych. W zakresie czynności związanych bezpośrednio z wykonywaniem zawodu jest on całkowicie niezależny³⁵.

Sąd Apelacyjny w Białymstoku stanął na stanowisku, że w konkretnej sytuacji osoba wykonująca czynność może mieć pozostawioną stosunkowo dużą samodzielność, a nawet może faktycznie nie stosować się do poleceń swego zwierzchnika³⁶. Bez wątplenia więc niestosowanie się do poleceń zwierzchnika będzie nie tylko dozwolone, ale wręcz nakazane, jeżeli polecenia te będą przeciwstawiły się zasadom sztuki lekarskiej. Niekiedy jednak może być trudne rozgraniczenie czynności administracyjnych (przestrzeganie ustalonych przepisami wewnętrznymi procedur) od tych stanowiących wykonywanie zawodu.

d) niezbadanie chorego przy przyjęciu do szpitala, zwłoka w udzieleniu żądanej pomocy lekarskiej

Lekarze są związani regulaminem i ustalonymi zasadami natury organizacyjnej. Szpital odpowiadałby np. za skutki niezbadania przez lekarza chorego po przyjęciu do szpitala, jeśli to było wskazane lub należało to uznać za obowiązkowe³⁷. Dokonanie oceny stanu chorego, wobec którego ma być zastosowane leczenie szpitalne, nie tylko winno być uznane za standard organizacyjny. Wydaje się oczywistym, że ocena taka jest niezbędna przede wszystkim dla wdrożenia prawidłowej terapii.

e) brak wytyczenia kompetencji i brak delegacji do wykonywania określonych czynności

³⁴ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 30.10.2012 r., sygn. akt I ACa 650/12, publ. LEX nr 1236383.

³⁵ T. Sroka, *Odpowiedzialność karna...*, *op. cit.*

³⁶ Wyrok z dnia 20.01.2010 r., sygn. akt I ACa 571/09, publ. LEX nr 1164166.

³⁷ Orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 10.09.1953 r., sygn. akt II C 2527/52, publ. LEX nr 117556.

Tego rodzaju błąd oznacza niemożność działania z uwagi na brak uprawnienia do takiego działania. Oznaczać może również nieustalenie podziału obowiązków między poszczególne komórki organizacyjne i chaos organizacyjny. W każdym przypadku jest wynikiem braku określenia obowiązków przypisanych danemu stanowisku lub danej komórce organizacyjnej. Polegać może przykładowo na braku wskazania, kto w danej sytuacji odpowiada za przyjęcie pacjenta, skierowanie go na badania, transport pacjenta. Mimo wynikającej z wiedzy medycznej konieczności niezwłocznego przeprowadzenia badania lub zabiegu, wskutek braku kompetencji do wystawienia stosownego skierowania, wystąpi opóźnienie w udzieleniu świadczenia pacjentowi. Może to spowodować negatywny wpływ na jego zdrowie.

f) niezabezpieczenie pacjenta w czasie transportu (niewłaściwa obsada, wykorzystanie zwykłej zamiast specjalnej karetki, mało sprawnej technicznie, przenoszenie pacjenta przy pomocy innych chorych)

Za przesłankę niezależną od jakichkolwiek czynników ludzkich należy uznać brak wolnych miejsc na oddziale. Jeżeli jednak pacjent wymaga hospitalizacji, niezbędne jest zapewnienie mu transportu medycznego. Jeżeli nie jest możliwe niezwłoczne przetransportowanie chorego, to niedopuszczalne jest pozostawienie go do czasu zorganizowania transportu bez nadzoru medycznego. Transport chorych naraża wiele problemów podmiotom leczniczym. Zdarza się, że brakuje pracowników, którzy powinni przenosić pacjentów i prosi się o pomoc chorych z lżejszymi dolegliwościami. Nietrudno sobie wyobrazić, że naraża się takimi prośbami zarówno pomagających, jak i transportowanych.

W jednym z opisanych przypadków, pacjentka zgłosiła się ze skurczami porodowymi, wobec czego podjęto decyzję o hospitalizacji. Wobec braku miejsc na bloku porodowym, prawidłowo ustalono z lekarzem dyżurnym innego szpitala, że pacjentka zostanie skierowana do tej placówki. Ze względu na porę wieczorną, oczekiwanie na transport sanitarny trwałoby ok. 30 minut, więc lekarz zasugerował, że najszybsze będzie samodzielne przewiezienie rodzącej przez jej męża. W efekcie pacjentka urodziła w samochodzie, przed budynkiem szpitala, który miał ją przyjąć. Poród odbył się bez powikłań mogących spowodować utratę życia lub ciężki rozstrój zdrowia rodzącej i noworodka, jednak naraził pacjentkę na dodatkowy czynnik stresogenny. Powinien odbyć się w asyście pracowników opieki medycznej, a nie policjantów, którzy eskortowali sa-

mochód do szpitala, po tym, jak mąż rodzącej został zatrzymany za przekroczenie prędkości³⁸. Należy wskazać, że po zaistniałym incydencie wydano zarządzenie o zapewnieniu transportu medycznego w każdym przypadku zakwalifikowania do leczenia szpitalnego i jednoczesnego braku miejsc³⁹. Pacjentka urodzić powinna w specjalistycznej karetce, która dysponowała niezbędnym sprzętem medycznym oraz zapewniała specjalistyczną opiekę.

g) niedostateczny nadzór nad pacjentami (zaniedbania w zakresie organizacji bezpieczeństwa, higieny i opieki nad chorym)

Nadzór nad pacjentem należy rozumieć jako obserwację podczas udzielania świadczeń medycznych oraz monitorowanie stanu pacjenta za pomocą specjalnych urządzeń. Niedopuszczalne jest, aby podczas narażenia pacjenta na działanie potencjalnie szkodliwego czynnika nie kontrolować jego natężenia czy dawki. Niezbędne jest również regularne kontrolowanie prawidłowości działania sprzętu, za pomocą którego badania się wykonuje. Częstym przypadkiem braku nadzoru jest niedostateczna opieka nad pacjentem pooperacyjnym, u którego nie tylko mogą wystąpić powikłania, np. w postaci krwotoku, ale również reakcji psychicznej, będącej następstwem ubocznego działania środka anestetycznego⁴⁰.

Jeden z pacjentów podczas zabiegu naświetlania doznał oparzenia promieniami Roentgena. Poruszał się i spowodował osunięcie się gumy ochronnej, wskutek czego pozostał pod działaniem promieniowania ponad normę i doznał oparzeń, w następstwie których stał się trwale i w 100% niezdolny do pracy. Wystąpiło tutaj zaniedbanie lekarza w zakresie obowiązków otoczenia chorego opieką oraz w zakresie organizacji bezpieczeństwa i higieny opieki nad chorym⁴¹.

Inną pacjentkę zbyt szybko przeniesiono z sali porodowej na salę chorych, w której nie było dostatecznej opieki lekarskiej. Podczas porodu nie zdia-

³⁸ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 29.08.2006 r., sygn. akt I ACa 310/06, publ. LEX nr 394065.

³⁹ *Ibidem*.

⁴⁰ W sprawie będącej przedmiotem rozpoznania przez Sąd Najwyższy, pacjent – prawdopodobnie w wskutek halucynogennego działania środka – wyskoczył z okna; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19.11.1969 r., II CR 294/69, publ. Legalis nr 14200.

⁴¹ Orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 01.04.1955 r., sygn. akt IV CR 39/54, publ. LEX nr 118379.

gnozowano pęknięcia macicy i pacjentka w wyniku krwotoku dostrzeżonego zbyt późno, doznała uszkodzenia ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego w wyniku niedotlenienia, powikłanej ostrej przednerkowej niewydolności nerek z zaburzeniami krzepnięcia, niedowładu czterokończynowego i posocznicy. W sprawie nie tylko postąpiono nieprawidłowo z uwagi na przedwczesne przeniesienie pacjentki, ale także zwlekano z decyzją o przeniesieniu jej do ośrodka z większymi możliwościami i umiejętnościami leczenia⁴².

h) niedostateczny nadzór nad pacjentami chorymi psychicznie

Specjalnemu nadzorowi podlegać muszą pacjenci z zaburzeniami psychicznymi, a zwłaszcza ci, u których objawiają się zachowania agresywne wobec siebie lub innych. W jednym z przypadków, cierpiąca na zespół depresyjno-paranoidalny pacjentka przyjęta została na oddział psychiatryczny. Pierwotnie przebywała w części obserwacyjnej oddziału, w której pacjenci w stanach silnego nasilenia objawów chorobowych i pobudzenia podlegają ścisłemu nadzorowi, a następnie, wobec poprawy jej stanu, w części terapeutycznej, z której pacjenci wychodzili na spacer, korzystając z własnej odzieży. Pacjentka samowolnie oddaliła się ze szpitala, czego nie dostrzegł żaden z pracowników oddziału. Nie zauważono jej nieobecności nawet podczas wydawania posiłku. Kilka dni później znaleziono przejechane przez pociąg jej zwłoki. Sąd zwrócił uwagę, że pacjentkę hospitalizowano po raz kolejny oraz że była ona niebezpieczna dla siebie samej. W przeszłości podejmowała już próby samobójcze i te samobójcze tendencje były typowym i wiodącym objawem rozpoznanego w jej przypadku procesu chorobowego. Przy tym – jak to wynikało z opinii biegłego – tendencje samobójcze realizowane są przez tego rodzaju chorych przeważnie właśnie w okresie poprawy stanu psychicznego. Z przeniesieniem więc jej na oddział terapeutyczny wiązało się duże ryzyko, a im większe ryzyko, tym większa potrzeba staranności⁴³.

⁴² Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12.02.2013 r., sygn. akt II KK 124/12, publ. LEX nr 1277697 (z uwagi na uchylenie niniejszym wyrokiem wyroku sądu II instancji, należy w sprawie mówić o potencjalnym zaistnieniu błędu organizacyjnego). W literaturze opisany jest również przypadek, w którym decyzja o przewiezieniu pacjenta do bardziej doświadczonego ośrodka zakończyła się zgonem pacjenta, gdyż wymagał on natychmiastowej operacji – zob. R. Drozd, *Zabójcza psychologia*, [w:] *Prawo medyczne w praktyce. Antologia tekstów prawnych z Medical Tribune z lat 2007-2011*, D.J. Michalski (red.), Warszawa 2012, s. 379-381.

⁴³ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 28.06.1995 r., sygn. Akt I ACr

Drugi z przypadków opisuje pacjenta szpitala dla nerwowo i psychicznie chorych, u którego przed hospitalizacją narastała w stosunku do żony psychoza podejrzeń o zdradę małżeńską. Objawiała się w inwigilacji żony w zakładzie pracy, w domu, czynienie wymówek, wszczynanie kłótni i awantur. Pacjent samowolnie oddalił się ze szpitala, gdy z innymi pacjentami szedł na drugie śniadanie i zabrał stojący pod budynkiem rower. Pojechał do domu, gdzie uderzył swoją żonę żelaznym prętem w głowę. Zabrano ją w stanie ciężkim do szpitala.

W następstwie otwartego czaszko-mózgowego urazu doświadczyła ona ciężkich obrażeń, dużego stopnia cierpień fizycznych i psychicznych, utraciła zmysły węchu i smaku, straciła zdolność do wykonywania dotychczasowej pracy, doznała oszpeccenia twarzy oraz w 70% trwałego uszczerbku na zdrowiu. Prowadzone w stosunku do hospitalizowanego postępowanie karne zostało prawomocnie umorzone wobec stwierdzenia, iż w chwili czynu pozostawał w stanie niepoczytalności⁴⁴.

i) nieprzestrzeganie procedur postępowania podczas pobierania krwi do przetoczenia

Szeroko rozumiane zakażenia szpitalne uznać można za typowy przykład błędu organizacyjnego, wynikającego z braku zachowania zasad bezpieczeństwa przeprowadzania zabiegów lub niedostatecznej kontroli pobieranego lub podawanego pacjentom materiału biologicznego. W jednym z przypadków nastąpiło pobranie krwi do przetoczenia prawdopodobnie od pacjenta z grupy zwiększonego ryzyka, co zgodnie z wytycznymi Ministra Zdrowia jest niedozwolone. Stacja krwiodawstwa powinna zachować przy każdej tego typu procedurze szczególne środki ostrożności mające na celu weryfikację dawcy, a następnie przebadanie krwi⁴⁵.

j) nieprzestrzeganie procedur identyfikacji chorych

39/95, publ. LEX nr 25506.

⁴⁴ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15.06.1981 r., sygn. Akt I CR 174/81, publ. LEX nr 5149.

⁴⁵ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 26.06.1992 r., sygn. akt I ACr 254/92, publ. LEX nr 5539.

Pomyłki w identyfikacji chorych powodować mogą dokonanie zabiegu chirurgicznego na innej osobie, a więc w praktyce na osobie, która tego nie wymaga. Spowodowane to może być nieprzestrzeganiem stosownych procedur identyfikacji chorych, co powinno odbyć się przed każdym zabiegiem, a zwłaszcza przed interwencją chirurgiczną. Bez wątpienia tego rodzaju pomyłkom zapobiegałoby umieszczanie wszystkim pacjentom szpitali identyfikatora z danymi osobowymi na przegubie ręki. W identyfikacji byłoby również pomocne rzetelne przeprowadzanie rozmów z pacjentami celem zapoznania ich ze szczegółami zabiegu oraz odebrania zgody na zabieg, a także przeprowadzanie wywiadu anestezjologicznego.

W sprawie rozpoznawanej przez sąd nastąpiło pomylenie pacjentek, wskutek czego zoperowano inną chorą. Operator, mimo wcześniejszej rozmowy z pacjentką na temat zabiegu, nie znał jej nazwiska. Pielęgniarka przysłała natomiast inną pacjentkę na salę operacyjną, nie mając w ogóle wiedzy, która pacjentka ma być poddana operacji. Przed zabiegiem nie sprawdzono, która z pacjentek będzie operowana⁴⁶.

Powyższy przykład obrazuje nie tylko niezachowanie lub brak stosownych procedur wewnętrznych, ale świadczy również o rutynowym podejściu do obowiązków zawodowych, podczas gdy wystarczyło sprawdzić w dokumentacji nazwisko pacjentki skierowanej na zabieg i zapytać o nazwisko pacjentkę, która przytomna została przewieziona na salę.

Błędy organizacyjne odnośnie identyfikacji chorych dotyczą również dokumentacji lekarskiej. Wskutek braku staranności, niedopełnienia obowiązku rzetelnego oznaczania pobranych od pacjentów materiałów lub zdjęć RTG, albo braku świadomości znaczenia tego typu zaniedbań, dochodzi do pomyłek w oznaczeniach wyników tych badań.

Zamiana zdjęcia rentgenowskiego spowodowała, że u pacjentki rozpoznano gruźlicę, podczas gdy faktycznie było to rozpoznanie dla innej osoby. Diagnoza ta spowodowała, że zwolniono ją z pracy i poddano przymusowemu leczeniu przeciwgruźliczemu. Kolejne zdjęcie wykonane kontrolnie wykazało, że powódka nigdy nie miała gruźlicy, a przedłożone przez nią pierwsze zdjęcie jest zdjęciem klatki piersiowej mężczyzny. Powódka, mimo długotrwałego za-

⁴⁶ Orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 10.12.1952 r., sygn. akt C 584/52, publ. LEX nr 308493.

żywania leku, nie doznała trwałych zmian fizycznych, lecz świadomość ciężkiej choroby, którą u niej stwierdzono, spowodowała cierpienia psychiczne⁴⁷.

Bezpośrednią przyczyną zaistniałej pomyłki była zamiana zdjęć przez zakład radiologii, ale należy zwrócić również uwagę na to, że nieodróżnienie płci pacjenta było wynikiem niedbałego odczytywania wyników.

3) Błędy wynikające z warunków pracy i zasad ergonomii

a) komasowanie dyżurów

Powoduje nadmierne obciążenie pracą, a to z kolei zmęczenie wpływające na obniżenie koncentracji.

b) złe oświetlenie stanowisk pracy

Na sali operacyjnej może skutkować uchwyceniem i podaniem niewłaściwego narzędzia, błędnym lub nieskutecznym założeniem wenflonu lub wykonaniem iniekcji. W pokoju przygotowań może skutkować podaniem niewłaściwego leku lub niewłaściwej dawki⁴⁸.

c) niedostateczne wyposażenie w urządzenia medyczne wymuszające przyjęcie niewygodnej pozycji ciała

Przykładem tego typu błędu może być np. pozycja stojąca w pracy stomatologa⁴⁹.

d) brak szybkich i bezpiecznych połączeń komunikacyjnych między izbą przyjęć i oddziałem ratunkowym a traktem operacyjnym, oddziałem intensywnej opieki medycznej i zespołem diagnostyki obrazowej⁵⁰

⁴⁷ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 04.07.1969 r., sygn. akt I PR 178/69, publ. LEX nr 990.

⁴⁸ E. Janosik, E. Kułagowska, *Oświetlenie jako czynnik kształtujący warunki pracy wzrokowej personelu pielęgniarstwa na salach operacyjnych i jego potencjalny wpływ na ryzyko błędów medycznych*, [w:] *Błąd medyczny. Uwarunkowania...*, op. cit., s. 327.

⁴⁹ J. Krupiński, *Ergonomia w stomatologii*, [w:] *Błąd medyczny. Uwarunkowania...*, op. cit., s. 122.

⁵⁰ J. Orłowski, A. Walkowski, M. Złowodzki, *Aspekty ergonomiczne w projektowaniu funkcjonalno-przestrzennym szpitali*, [w:] *Błąd medyczny. Uwarunkowania ...*,

Utrudnienia tego rodzaju mogą skutkować opóźnieniem w wykonaniu zabiegu medycznego ratującego życie.

e) błędne ustawienie łóżek w salach⁵¹

Łóżko chorego powinno być dostępne z trzech stron – zwykle w polskich szpitalach łóżka ustawiane są wzdłuż ścian, a niedostateczna szerokość pokoju łóżkowego uniemożliwia wyjazd łóżka bez przesuwania pozostałych łóżek. Między łózkami są zbyt wąskie odstępy spowodowane niedostateczną powierzchnią pokoi łóżkowych lub całych obiektów (niewystarczająca ilość pomieszczeń).

f) niedostateczna szerokość schodów ewakuacyjnych⁵²

Bez wątpienia powoduje to utrudnienie i wydłużenie akcji ewakuacyjnej.

g) brak posadzek antypoślizgowych⁵³

Brak wyposażenia w tego typu posadzki zwiększa zagrożenie urazami chorych i personelu medycznego.

h) pokrycie powłok ściennych niewłaściwym materiałem

Używanie nieodpowiednich środków do pokrycia ścian zwiększa ryzyko rozwoju zakażeń bakteryjnych⁵⁴.

i) zły stan techniczny pomieszczeń szpitalnych

Stan pomieszczeń szpitalnych obniża komfort pracy lekarzy, ale również pobytu pacjentów, a nierzadko sprzyja też zakażeniom.

j) problemy z oznaczeniami produktów leczniczych⁵⁵

Na możliwość pomyłkowego podania złego leku lub nadmiernej dawki mają wpływ: umieszczanie tabletek w blistrach opisanych w części ulegającej uszko-

op. cit., s. 337.

⁵¹ *Ibidem*, s. 341.

⁵² *Ibidem*, s. 349.

⁵³ *Ibidem*.

⁵⁴ *Ibidem*.

⁵⁵ J. Pokorski, *Ergonomiczne uwarunkowania błędów medycznych*, [w:] *Błąd medyczny...*, *op. cit.*, s. 216-217.

dzeniu podczas wydobywania tabletek, stosowanie podobnie wyglądających opakowań lub podobnie brzmiących nazw leków, oznakowanie leków zawierających tę samą substancję leczniczą różniącymi się nazwami handlowymi.

k) niezastosowanie kryteriów ergonomicznych w projektowanych urządzeniach i osprzęcie⁵⁶

Zwiększa ryzyko błędów stosowanie zunifikowanych strzykawek, trudnych do odróżnienia końcówek łącznika cewnika zewnątrzoponowego i cewnika dożylnego. Wskutek tego miało miejsce podanie do kanału kręgowego preparatu do żywienia parenteralnego. Pielęgniarka pomyliła końcówki cewnika zewnątrzoponowego z cewnikiem dożylnym, a w wyniku jej błędu doszło do ucisku struktur nerwowych w kanale kręgowym, skutkiem czego jest paraliż od odcinka piersiowego w dół. Zdarzenie mające miejsce w marcu 2002 r. w Górnośląskim Centrum Zdrowia Dziecka i Matki nie jest jednak jedynym. Wystarczające byłoby stosowanie (opracowanych już) takich elementów układów do podawania leków przez cewnik zewnątrzoponowy i cewnik dożylny, które – poprzez eliminację kompatybilności elementów obu układów – zabezpieczyłyby przed niezamierzonym podaniem niewłaściwego preparatu.

Rzadko bywa tak, że skutek w postaci utraty zdrowia pacjenta ma tylko jedną przyczynę. Do przyczyn zewnętrznych – jak nieczytelne oznakowanie leków – musi zawsze dołączyć się przyczyna w postaci zmęczenia personelu lub niedostatecznego oświetlenia. Nie bez znaczenia pozostaje również obecność stresu wynikającego z nadmiernego obciążenia pracą, niedostatecznej ilości sprzętu, przy jednoczesnym oczekiwaniu ponadprzeciętnego standardu wykonania usługi.

Za błędy organizacyjne należy uznać również błędy będące następstwem nieprawidłowości w organizacji systemu służby zdrowia. Najczęściej występujące tego rodzaju błędy to ograniczona dostępność do określonych badań z uwagi na system „kolejkowy”, ograniczona dostępność do badań w dni wolne od pracy, nadmierna biurokratyzacja pracy – zwiększająca się liczba formularzy, sprawozdań, powodująca obiektywne zmniejszenie czasu, który lekarz po-

⁵⁶ A. Kwosek, H. Misiólek, *Sposób unikania błędów i powikłań przy podawaniu leków różnymi drogami za pomocą cewników*, [w:] *Błąd medyczny...*, op. cit., s. 103-106.

winien przeznaczyć na badanie pacjenta. Z uwagi na fakt, że przyczyny tych błędów nie wynikają z działalności podmiotów leczniczych, a są wynikiem koncepcji systemowej w służbie zdrowia, nie będą przedmiotem dalszych rozważań w niniejszej pracy.

Przybliżyć warto również inną klasyfikację, dokonaną w oparciu o opisane wyżej pojęcie zdarzenia niepożądanego, a zaprezentowaną w nauce prawa amerykańskiego⁵⁷. Zwraca ona uwagę na niemal identyczne zjawiska występujące w podmiotach leczniczych, jak wyżej wymienione błędy organizacyjne:

- a) **zdarzenie niepożądane w chirurgii** – występuje w następujących postaciach: zabieg wykonany na niewłaściwym narzędziu, wynikający z niewłaściwego oznaczenia miejsca operacji przed zabiegiem, wykonanie niewłaściwej operacji, wykonanie operacji na niewłaściwym pacjencie. Jego przyczyną jest zła komunikacja między pacjentem a zespołem leczącym, brak identyfikacji chorego w bloku operacyjnym – winni za to odpowiadać chirurdzy i anestezjolog. Takim zdarzeniem jest również pozostawienie ciała obcego w polu operacyjnym.
- b) **zdarzenie niepożądane związane ze środowiskiem szpitalnym** – występuje jako: następstwa zadziałania energii elektrycznej, oparzenia w związku z użyciem sprzętu elektromagnetycznego lub środków chemicznych, następstwa upadku w czasie pobytu w szpitalu, urazy w wyniku stosowania lub niezastosowania pasów bezpieczeństwa lub drabinek przyłóżkowych.
- c) **zdarzenie niepożądane związane z ochroną pacjenta** – przykładami takich zdarzeń jest oddanie noworodka niewłaściwej osobie podającej się za członka rodziny, zgon lub ciężkie kalectwo pacjenta związane z jego oddaleniem się ze szpitala, samobójstwo lub jego próba u pacjenta, wynikająca z ciężkiej niesprawności lub świadomości kalectwa, nieuleczalności choroby. Przykładem takiego zdarzenia niepożądanego jest również niedopilnowanie zwolnienia ucisku stopy przez opatrunek gipsowy po

⁵⁷ Podaję za: K. Bielecki, *Zdarzenia niepożądane w chirurgii...*, op. cit., s. 75-77. W tekście wymienione są tylko te rodzaje zdarzeń niepożądanych, których przyczyny są związane z nieprawidłowym funkcjonowaniem podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych.

operacji koślawego palucha, w wyniku czego doszło do martwicy stopy i konieczności amputacji.

- d) **zdarzenia niepożądane związane z używanymi narzędziami lub aparatami** – na przykład zgon lub ciężkie kalectwo w wyniku użycia uszkodzonego narzędzia lub zepsucia się narzędzia po regeneracji, w wyniku niekompatybilności sprzętu medycznego pochodzącego od różnych producentów czy kolejne wersje tego samego produktu różniące się między sobą. Przykładem takiego zdarzenia niepożądanego jest również doznanie podczas operacji oparzenia elektrycznego w miejscu przyłożenia płytki elektrody obojętnej i w efekcie martwica skóry i tkanki podskórnej.
- e) **zdarzenia niepożądane na bloku operacyjnym** – zaniedbania w procesie dezynfekcji, sterylizacji i aseptyce, nadmierne wychłodzenie chorego, powikłania procedur anestezyjologicznych (niejałowe wkłucia, intubacja zabrudzoną rurką intubacyjną), wychodzenie z bloku i powrót w tym samym ubraniu.
- f) **zdarzenia niepożądane w wyniku „chorego” systemu ochrony zdrowia** – wielomiesięczne, wieloletnie kolejki oczekujących na planowe operacje, opóźnienie leczenia z uwagi na brak zgody na refundację w innym ośrodku.

Dostrzeżone przyczyny zdarzeń niepożądanych są w zasadzie jednolite z wyróżnionymi wcześniej błędami organizacyjnymi⁵⁸:

- a) zła komunikacja w zespole, brak jednoznacznej odpowiedzialności, brak bliskiego kontaktu z chorym, rozproszenie uwagi – efekt – opóźnienie leczenia;
- b) nieodpowiednia liczba personelu – w USA wykazano znacząco istotną statystycznie i odwrotnie proporcjonalną zależność między liczbą zatrudnionych pielęgniarek a częstością zakażeń dróg moczowych, zapaleń płuc, powikłań zakrzepowo-zatorowych po operacjach;
- c) zmęczenie, presja pacjenta i jego rodziny;
- d) praca w nieakceptowanych warunkach – podjęcie się wykonania trudnego zabiegu przy użyciu sprzętu trudnego w obsłudze, w warunkach presji czasowej;

⁵⁸ *Ibidem*, s. 79-80.

- e) zbyt częste traktowanie zakażenia szpitalnego jako powikłania chorobowego;
- f) brak monitorowania zdarzeń niepożądanych – zapewnienie systemu zgłaszania zdarzeń niepożądanych przy zapewnieniu immunitetu zgłaszającemu jest niezbędne w celu zapobiegania ich występowania. Zgłoszenie nie może być jednak podstawą wszczęcia postępowania karnego, roszczeń finansowych czy zwolnienia z pracy.

Ostatnia z przyczyn, tj. brak monitorowania zdarzeń niepożądanych, wydaje się najistotniejsza. Badanie wielości podobnych przypadków pozwala w stopniu granicznym z pewnością ustalić przyczynę wystąpienia zdarzenia niepożądanego (błędu organizacyjnego). Zmiana zachowań lub wprowadzenie określonej procedury mogłoby nastąpić wprawdzie po wystąpieniu określonego zdarzenia, ale nie tylko w podmiocie zgłaszającym takie zdarzenie, lecz w całym systemie.

4. Rola regulacji prawnych w obniżeniu ryzyka wystąpienia błędu organizacyjnego

Nieprzestrzeżenie lub brak ustalonych procedur jest jednym z przejawów nieprawidłowości funkcjonowania podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, mających nierzadko ujemne następstwa dla pacjentów. Należy zwrócić uwagę na istotną rolę opracowania takich procedur, ale również ich znajomości i przestrzegania w codziennej praktyce personelu medycznego.

Podstawowym aktem wewnętrznym, obowiązującym w strukturze podmiotu wykonującego działalność leczniczą, jest regulamin organizacyjny. Powinien on zawierać w szczególności następujące postanowienia: rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych, miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych, przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach lub komórkach organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu, organizację i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu oraz warunki współdziałania tych jednostek lub komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania podmiotu pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym, warunki współdziałania z innymi podmiotami

wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych⁵⁹.

Niezwykle istotne jest określenie zasad komunikowania się między poszczególnymi komórkami organizacyjnymi i przekazywanie informacji o pacjencie, zasad identyfikacji pacjenta przed zabiegiem operacyjnym, zasad identyfikacji próbek pobranego materiału do badania, zdjęć RTG. Kwestią oczywistą wydaje się konieczność oznaczenia identyfikującego pacjenta od chwili przyjęcia do szpitala aż do jego opuszczenia. Za niezbędne należy również uznać ustalanie procedur przygotowania pacjenta do zabiegów, uzyskiwania od niego „świadomej zgody”, przygotowanie pola operacyjnego i jego właściwe oznaczenie. Istnienie stosownej procedury oraz wskazanie osoby odpowiedzialnej za sprawdzenie stanu zużytych materiałów i narzędzi, pozwoliłoby na uniknięcie pozostawienia ciała obcego w polu operacyjnym.

Istnienie takich procedur, jak i konieczność ich przestrzegania jest zapewne oczywiste dla znacznej większości personelu medycznego pracującego w polskich podmiotach leczniczych. Jak wskazują jednak liczne przykłady występowania błędów o charakterze organizacyjnym, w praktyce są ignorowane. Do kierowników podmiotów leczniczych i ich komórek organizacyjnych należy więc weryfikowanie znajomości tych procedur oraz kształtowanie właściwych wzorców zachowań.

Należy ponadto zauważyć, że wymagania w zakresie standardów wyposażenia, usytuowania oraz liczebności i kwalifikacji personelu dla oddziałów szpitalnych zawierają przepisy powszechnie obowiązującego prawa. Ich treść jasno wskazuje, że część opisanych wyżej błędów organizacyjnych nie miałyby miejsca przy ich starannym przestrzeganiu.

Przykładowo usytuowanie oddziału anestezjologii i intensywnej terapii⁶⁰ winno zapewniać komunikację z blokiem operacyjnym, szpitalnym oddziałem ratunkowym oraz ze wszystkimi oddziałami łóżkowymi. Liczba łóżek na takim oddziale stanowić powinna co najmniej 2% ogólnej liczby łóżek w szpitalu.

⁵⁹ Art. 24 ust. 1 pkt 4-8 ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2013 r., poz. 217).

⁶⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20.12.2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą (Dz.U. z 2013 r., poz. 15).

Przepisy określają również liczbę etatów lekarskich i pielęgniarskich, wyposażenie w wyroby medyczne całego oddziału, stanowisk znieczulenia, stanowisk intensywnej terapii, stanowisk nadzoru poznieczuleniowego. Określają również wymagania przestrzenne, tj. powierzchnię pokoju łóżkowego i sali nadzoru poznieczuleniowego.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia⁶¹ zobowiązuje nadto kierownika podmiotu leczniczego do określenia, w porozumieniu z lekarzem kierującym oddziałem, procedur ustalenia sposobu komunikacji alarmowej oraz przygotowania pacjenta do znieczulenia celem bezpiecznego przeprowadzenia zabiegu.

Powyższe rozporządzenie określa również w szczególności zasady ustalania planu zabiegów w szpitalu, obowiązki lekarza dokonującego znieczulenia przed przystąpieniem do znieczulenia, w szczególności polegające na: sprawdzeniu sprawności działania wyrobów medycznych, skontrolowaniu oznakowania płynów infuzyjnych i strzykawek ze środkami anestetycznymi, przeprowadzeniu kontroli zgodności biorecy z każdą jednostką krwi przeznaczoną do przetoczenia, obowiązku identyfikacji pacjenta poddawanego znieczuleniu.

5. Podsumowanie

Zważywszy na fakt, że występujące w praktyce organizacyjne błędy medyczne tylko w części są przedmiotem postępowania sądowego, a jednocześnie mając na uwadze liczebność orzecznictwa w tym przedmiocie, należy stwierdzić, że błąd o takim charakterze występuje nader często⁶². Również przedstawiciele zawodów medycznych, cytowani w niniejszej pracy, zwracają uwagę na niedostateczne wyposażenie polskich szpitali, zły stan techniczny sprzętu (i brak środków na jego wymianę), czy też braki kadrowe skutkujące nadmiernym obciążeniem pracą.

Najczęstszym w przypadku opisywania błędów medycznych w literaturze prawniczej jest skupienie się na ich aspekcie odszkodowawczym. Wynika to w szczególności z obecności takich zdarzeń w orzecznictwie sądowym wyłącz-

⁶¹ *Ibidem*.

⁶² Inny pogląd wyrażają Podciechowski i in., którzy twierdzą, że to wyłącznie orzecznictwo przypisuje błędowi organizacyjnemu wielką wagę, podczas gdy jego praktyczne znaczenie jest niewielkie – tak: L. Podciechowski, A. Królikowska, P. Hincz, J. Wilczyński, *Organizacyjny błąd medyczny*, *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia*, t. 2, z. 4, 2009, s. 288. Nie sposób jednak nie dostrzec, że orzecznictwo bada przypadki, które rzeczywiście miały miejsce.

nie w sytuacjach, gdy poszkodowany pacjent lub jego rodzina występuje z roszczeniem przeciwko podmiotowi leczniczemu lub osobie wykonującej zawód medyczny. Występuje w tych przypadkach naturalna chęć ukarania winnego i uzyskania rekompensaty.

Przekonanie o zbawiennym wpływie kar jest jednak tylko z pozoru logiczne. Nie rozróżnia bowiem błędów popełnianych z winy człowieka oraz tych, które wynikają z winy systemu, w którym człowiek działa⁶³. Z uwagi ponadto na oczywisty fakt, że nawet najwyższa kwota pieniężna nie jest w stanie przywrócić utraconego zdrowia, cenniejsze winno być skupienie się na rzeczywistych przyczynach występujących błędów oraz wypracowanie zachowań i procedur im zapobiegającym.

Organisational medical error

Summary

An organisational medical error is frequently defined as an inappropriate organisation of the health service, which may result in unsuccessful treatment. Due to extensive case-law concerning this type of medical error, it is substantiated by numerous examples of neglect of organisational nature in places offering medical services, such as incorrect manning of emergency wards, incorrect coordination of work of individual organisational units, failure to observe procedures resulting in incorrect identification of a patient or incorrect sanitary conditions. The extent of the case-law proves that it is a significant problem frequently encountered in medical practice. A way of minimising their number is an introduction of a relatively simple system of reporting adverse situations resulting from organisational errors, and observing procedures.

Medizinischer Organisationsfehler

Zusammenfassung

Medizinischer Organisationsfehler wird oft als eine nicht richtige Organisation des Systems der ärztlichen Hilfe, die eine fehlgeschlagene Behandlung zur Folge haben könnte, definiert. Wegen der umfangreichen Rechtsprechung, die die-

⁶³ R. Niżankowski, *Jak poprawić bezpieczeństwo...*, *op. cit.*, s. 61.

se Art des medizinischen Behandlungsfehlers bemerkt, wird er in der Regel durch die Nennung zahlreicher Beispiele der Vernachlässigungen eines organisatorischen Charakters in den Anstalten, die Gesundheitsleistungen anbieten, beschrieben. Er kommt vor allem in Form von nicht richtiger Dienstbesetzung, nicht richtiger Koordinierung der Arbeit einzelner Organisationseinheiten, Nichtbeachtung der festgelegten Verfahren, die z.B. zu einer Fehlidentifizierung des Patienten führen und in Form von fehlender Gewährleistung erforderlicher Hygienebedingungen vor. Die umfangreiche Rechtsprechung weist darauf hin, dass dies ein wesentliches Problem ist, das in der medizinischen Praxis oft vorkommt. Ein Mittel zu der Minimierung derartiger Fehler wäre eines relativ unkompliziertes Systems zur Anmeldung der unerwünschten Ereignisse einzuführen, denen ein medizinischer Organisationsfehler zugrunde liegt und die Befolgung festgelegter Verfahren.