

## ARTYKUŁ POGLĄDOWY / REVIEW PAPER

Otrzymano/Submitted: 31.01.2026 • Zaakceptowano/Accepted: 02.02.2026

© Akademia Medycyny

# **Prawne i kliniczne aspekty świadomej zgody pacjenta w procedurach anestezjologicznych** *Legal and clinical aspects of informed patient consent in anaesthetic procedures*

**Agnieszka Gaczkowska, Mikołaj Seostianin, Marcin Luty, Małgorzata Grześkowiak**

Zakład Dydaktyki Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (<https://ror.org/02zbb2597>)



## Streszczenie

Bezpieczeństwo pacjenta i odpowiedzialność prawna anestezjologa stanowią fundament współczesnej praktyki anestezjologicznej. Artykuł kompleksowo omawia znaczenie dokumentacji medycznej, standardów monitorowania, procedur znieczulenia oraz zasad uzyskiwania świadomej zgody pacjenta. Analizuje również zakres odpowiedzialności zawodowej anestezjologa oraz rolę orzecznictwa sądowego w kształtowaniu praktyki klinicznej. Dokumentacja medyczna pełni funkcję nie tylko administracyjną, lecz także dowodową i kliniczną. Rzetelne protokoły znieczulenia, szczegółowe zapisy monitorowania parametrów życiowych oraz udokumentowane decyzje w imieniu pacjentów niezdolnych do wyrażenia zgody minimalizują ryzyko błędów i sporów prawnych. Wdrożenie ustandaryzowanych formularzy i regularne audyty dokumentacji poprawiają jakość opieki oraz zapewniają ochronę prawną personelu medycznego. W artykule podkreślono rolę monitorowania pacjenta jako podstawowego elementu bezpieczeństwa procedur anestezjologicznych. Ponadto omówiono odpowiedzialność cywilną, karną i zawodową anestezjologa, zwracając uwagę na znaczenie zgodności z aktualnymi standardami medycznymi, etycznymi i prawnymi. Wnioski płynące z pracy wskazują, że skuteczne połączenie rzetelnej dokumentacji, indywidualizacji monitorowania oraz przestrzegania standardów zawodowych i prawnych stanowi podstawę bezpiecznej i odpowiedzialnej praktyki anestezjologicznej. *Anestezjologia i Ratownictwo 2026; 20: 61-68. doi:10.53139/AIR.20262005*

*Słowa kluczowe: anestezjologia, bezpieczeństwo pacjenta, dokumentacja medyczna, protokół znieczulenia, odpowiedzialność prawna, świadoma zgoda pacjenta*

## Abstract

Patient safety and the legal responsibility of anesthesiologists are fundamental to contemporary anesthesiology practice. This article comprehensively discusses the importance of medical documentation, monitoring standards, anesthesia procedures, and the principles of obtaining informed patient consent. It also examines the scope of anesthesiologists' professional responsibility and the role of judicial decisions in shaping clinical practice. Medical records serve not only administrative but also evidentiary and clinical purposes. Accurate anesthesia protocols, detailed vital signs monitoring records, and documented decisions on behalf of incompetent patients minimize the risk of errors and legal disputes. The implementation of standardized forms and regular audits of records improve the quality of care and ensure legal protection for medical personnel. This article emphasizes the role of patient monitoring as a fundamental element of safe anesthesiology procedures. Furthermore, it discusses the civil, criminal, and professional liability of anesthesiologists, emphasizing the importance of compliance with current medical, ethical, and legal standards. The conclusions drawn from this work indicate that an effective

tive combination of reliable documentation, individualized monitoring, and adherence to professional and legal standards constitutes the basis for safe and responsible anaesthetic practice. *Anestezjologia i Ratownictwo* 2026; 20: 61-68. doi:10.53139/AIR.20262005

*Keywords: anesthesia, patient safety, medical records, anesthesia protocol, legal liability, informed patient consent*

## Wprowadzenie

Anestezjologia, choć często postrzegana jako dziedzina techniczna i „wspomagająca” chirurgię, w rzeczywistości stanowi jeden z najbardziej prawnie wrażliwych obszarów praktyki klinicznej, ponieważ obejmuje ingerencję w podstawowe funkcje życiowe pacjenta na każdym etapie jego drogi przez blok operacyjny – od momentu przekazania z oddziału macierzystego, poprzez indukcję znieczulenia, okres śródoperacyjny i wybudzenie, aż po przekazanie pacjenta z powrotem pod opiekę personelu oddziałowego [1]. Zgoda pacjenta na znieczulenie, często sprowadzana w praktyce do podpisu na formularzu, jest w świetle prawa i orzecznictwa złożonym procesem komunikacyjnym. Jego jakość może przesądzać nie tylko o poszanowaniu autonomii pacjenta, lecz także o odpowiedzialności cywilnej, karnej i zawodowej anestesjologa, jeśli doszłoby do powikłań, nawet niezawinionych [2]. Szczególnie niespodziewane niuanse prawne ujawniają się w sytuacjach codziennych: przy zmianie planowanego rodzaju znieczulenia tuż przed indukcją, w przypadku ograniczonej zdolności pacjenta do świadomego wyrażenia zgody, przy niepełnej dokumentacji monitorowania pacjenta, czy podczas przekazania pacjenta po zabiegu, które bywa traktowane jako czynność czysto organizacyjna, a w rzeczywistości ma istotne znaczenie dowodowe [3]. Celem niniejszego artykułu jest ukazanie tych właśnie „szarych stref” prawa medycznego w anestezjologii oraz przedstawienie perspektywy opieki nad pacjentem od A do Z, z uwzględnieniem aktualnych regulacji prawnych w Polsce, standardów praktyki klinicznej i wniosków płynących z orzecznictwa sądowego, które coraz częściej analizuje nie tylko sam fakt uzyskania zgody, lecz także jej realną treść, kontekst i udokumentowany przebieg [4].

## Podstawy prawne zgody pacjenta na zabieg medyczny

Zgoda pacjenta na zabieg medyczny jest centralnym elementem legalności działań lekarskich i jednym

z filarów współczesnego prawa medycznego, wyznaczając granicę pomiędzy dopuszczalną interwencją terapeutyczną, a bezprawnym naruszeniem integralności cielesnej [1]. W anestezjologii ma ona wymiar szczególny, ponieważ obejmuje nie tylko jednorazową czynność, lecz cały ciąg decyzji i działań podejmowanych wobec pacjenta „od A do Z” – od momentu przyjęcia pacjenta na blok operacyjny, poprzez kwalifikację do określonego rodzaju znieczulenia, indukcję, monitorowanie, modyfikacje postępowania w trakcie zabiegu, aż po wybudzenie i przekazanie chorego personelowi oddziału macierzystego [2]. Podstawą prawną zgody jest konstytucyjna zasada autonomii jednostki i prawa do decydowania o swoim życiu osobistym (art. 47 Konstytucji RP - „Każdy ma prawo do ochrony prawnej życia prywatnego, rodzinnego, czci i dobrego imienia oraz do decydowania o swoim życiu osobistym”) oraz prawo do ochrony zdrowia (art. 68 Konstytucji RP - „1. Każdy ma prawo do ochrony zdrowia”), które razem tworzą normatywny obowiązek uzyskania świadomej i dobrowolnej zgody przed każdą ingerencją medyczną [3].

Zgoda pacjenta nie jest wyłącznie aktem formalnym, lecz procesem informacyjnym, którego istotą jest przekazanie pacjentowi rzetelnych, zrozumiałych i kompletnych informacji o celu, charakterze, zakresie i ryzyku planowanego znieczulenia, możliwych powikłaniach, alternatywnych metodach postępowania oraz konsekwencjach odmowy [4]. Brak któregośkolwiek z tych elementów może skutkować uznaniem zgody za wadliwą, nawet jeśli pacjent złożył podpis na formularzu, co w orzecznictwie sądowym bywa kwalifikowane jako działanie bez zgody pacjenta [5]. W praktyce anestezjologicznej szczególne znaczenie ma fakt, że zgoda musi być uzyskana przed rozpoczęciem procedury, a jej zakres powinien odpowiadać faktycznie wykonywanym czynnościom – zmiana rodzaju znieczulenia (np. z regionalnego na ogólne) bez ponownego poinformowania pacjenta, o ile pozwala na to jego stan, może rodzić poważne konsekwencje prawne [6].

Prawo polskie rozróżnia różne formy zgody: wyraźną (ustną lub pisemną) oraz dorozumianą, przy

czym w przypadku zabiegów obciążonych podwyższonym ryzykiem – do których zalicza się znieczulenia – forma pisemna ma szczególne znaczenie dowodowe, choć sama w sobie nie przesądza o skuteczności prawnej zgody [7]. Niedopuszczalne są tzw. zgody blankietowe lub in blanco, które nie precyzują rodzaju i zakresu interwencji, gdyż nie realizują standardu zgody świadomej [8]. Równie istotna jest dobrowolność zgody, wykluczająca jakikolwiek nacisk, presję czasu czy sugerowanie pacjentowi, że odmowa pogorszy jakość opieki medycznej – co w realiach bloku operacyjnego bywa ryzykiem systemowym [9].

Podstawy prawne zgody obejmują także regulacje dotyczące zdolności pacjenta do jej wyrażenia. Wiek, stan psychiczny, poziom świadomości oraz zdolność rozumienia przekazywanych informacji determinują, czy zgoda jest prawnie skuteczna [10]. W przypadku pacjentów małoletnich, ubezwłasnowolnionych lub czasowo niezdolnych do podejmowania decyzji konieczne jest uzyskanie zgody przedstawiciela ustawowego lub zezwolenia sądu opiekuńczego, chyba że zachodzi stan nagły, bezpośrednio zagrażający życiu lub zdrowiu [11]. Dodatkowym, często niedocenianym niuansiem prawnym jest obowiązek respektowania sprzeciwu pacjenta współdecydenta (np. małoletniego powyżej 16. roku życia), który może wstrzymać wykonanie zabiegu do czasu rozstrzygnięcia przez sąd [12].

Nieodzownym elementem realizacji podstaw prawnych zgody jest właściwa dokumentacja medyczna, obejmująca nie tylko formularz zgody, lecz także opis procesu informowania pacjenta, zadawanych pytań, udzielonych wyjaśnień oraz ewentualnych wątpliwości pacjenta [13]. W praktyce sądowej brak takich zapisów bywa interpretowany na niekorzyść anestezjologa, zgodnie z zasadą, że „to, czego nie ma w dokumentacji, nie istnieje” [14]. Tym samym podstawy prawne zgody pacjenta nie tylko chronią jego prawa, lecz również wyznaczają standard należytej staranności zawodowej lekarza anestezjologa, stanowiąc punkt odniesienia dla dalszych rozważań dotyczących rodzajów zgody oraz szczegółowych regulacji obowiązujących w Polsce.

## Rodzaje znieczulenia i ich charakterystyka

Rodzaj zastosowanego znieczulenia stanowi jedną z kluczowych decyzji klinicznych w pracy anestezjologa i ma bezpośredni wpływ nie tylko na bezpieczeństwo pacjenta, lecz także na zakres odpowiedzialności praw-

nej lekarza [15]. Wybór techniki znieczulenia determinuje sposób sprawowania nadzoru nad pacjentem, zakres obowiązku informacyjnego, treść zgody oraz wymagania dokumentacyjne na każdym etapie pobytu chorego na bloku operacyjnym – od przyjęcia, poprzez indukcję i monitorowanie, aż po wybudzenie i przekazanie pacjenta personelowi oddziału macierzystego [16]. Z perspektywy prawa medycznego szczególne znaczenie ma fakt, że różne rodzaje znieczulenia niosą odmienne profile ryzyka, co przekłada się na zakres informacji, jakie muszą zostać przekazane pacjentowi, aby jego zgoda mogła zostać uznana za rzeczywiście świadomą [17].

### Znieczulenie ogólne

Znieczulenie ogólne polega na farmakologicznym wprowadzeniu pacjenta w stan nieświadomości z jednoczesnym zniesieniem bólu, odruchów obronnych i napięcia mięśniowego, co umożliwia przeprowadzenie zabiegów operacyjnych o dużym stopniu inwazyjności [18]. Z prawnego punktu widzenia jest to forma ingerencji o wysokim stopniu ryzyka, ponieważ czasowo pozbawia pacjenta możliwości kontroli własnych funkcji życiowych i świadomego reagowania na zdarzenia śródoperacyjne [19]. Znieczulenie ogólne obejmuje trzy zasadnicze etapy: indukcję, podtrzymanie oraz wybudzenie, przy czym każdy z nich wiąże się z odrębnymi zagrożeniami klinicznymi i obowiązkami anestezjologa w zakresie monitorowania i dokumentowania [20].

Stały i nieprzerwany nadzór anestezjologiczny w trakcie znieczulenia ogólnego jest obowiązkiem wynikającym zarówno z wytycznych klinicznych, jak i z przepisów prawa, które wymagają zachowania należytej staranności zawodowej [21]. Monitorowanie podstawowych parametrów życiowych – saturacji, ciśnienia tętniczego, częstości akcji serca, stężenia gazów oddechowych oraz przewodnictwa nerwowo-mięśniowego – stanowi standard, którego naruszenie może być kwalifikowane jako błąd medyczny [22]. Szczególnie istotnym, a często niedocenianym niuansiem prawnym jest obowiązek ilościowego monitorowania blokady nerwowo-mięśniowej, ponieważ resztkowe zwiotczenie mięśni, obserwowane nawet u znacznego odsetka pacjentów, może prowadzić do powikłań oddechowych w okresie pooperacyjnym i stanowić podstawę roszczeń prawnych [23].

Kwalifikacja pacjenta do znieczulenia ogólnego jest samodzielną decyzją medyczną anestezjologa, która podlega ocenie prawnej w razie wystąpienia powikłań

[24]. Ocena ryzyka operacyjnego musi uwzględniać wiek pacjenta, choroby współistniejące oraz aktualny stan kliniczny [25]. W praktyce większość pacjentów kwalifikowanych do znieczulenia ogólnego należy do grup ASA II–III, co oznacza pewne ograniczenia stanu funkcjonalnego narządów i przekłada się na umiarkowane lub znaczne ryzyko powikłań, a decyzja o zastosowaniu tej, czy innej techniki musi być każdorazowo uzasadniona w dokumentacji medycznej [26]. Niedostateczna analiza czynników ryzyka lub brak indywidualizacji postępowania może zostać uznany za naruszenie standardów staranności zawodowej, nawet jeśli sam zabieg został przeprowadzony technicznie prawidłowo [27].

Obowiązek informacyjny anestezjologa w przypadku znieczulenia ogólnego ma szczególnie szeroki zakres i obejmuje nie tylko opis samej procedury, lecz także realne ryzyko powikłań, takich jak zaburzenia krążeniowo-oddechowe, reakcje anafilaktyczne, uszkodzenia zębów czy powikłania pooperacyjne związane z wybudzaniem [28]. Informacje te muszą być przekazane w sposób zrozumiały i dostosowany do możliwości percepcyjnych pacjenta, a zgoda nie może ograniczać się do podpisu na formularzu [29]. Z orzecznictwa wynika, że brak udokumentowanego procesu rozmowy z pacjentem może prowadzić do zakwestionowania skuteczności zgody, nawet jeśli formalnie została ona udzielona [30].

Dokumentacja medyczna znieczulenia ogólnego rejestruje stan kliniczny pacjenta i jednocześnie pełni funkcję przede wszystkim dowodową [31]. Każdy etap postępowania – kwalifikacja do znieczulenia, jego przebieg, monitorowanie, wystąpienie powikłań oraz sposób ich leczenia – powinien zostać odnotowany w sposób umożliwiający rekonstrukcję decyzji anestezjologa [32]. Braki w dokumentacji, zwłaszcza w zakresie monitorowania lub uzasadnienia odstępstw od standardów, są jedną z najczęstszych przyczyn niekorzystnych rozstrzygnięć sądowych wobec personelu medycznego [33].

Odpowiedzialność prawna anestezjologa w znieczuleniu ogólnym obejmuje zarówno błędną kwalifikację pacjenta, zaniechania w monitorowaniu, jak i nieadekwatną reakcję na powikłania [34]. Granice tej odpowiedzialności wyznacza aktualny stan wiedzy medycznej, jednak to na lekarzu spoczywa obowiązek wykazania, że postępował zgodnie z obowiązującymi standardami, co w praktyce możliwe jest jedynie przy rzetelnej dokumentacji [35].

### **Znieczulenie regionalne**

Znieczulenie regionalne polega na czasowym zablokowaniu przewodnictwa nerwowego w określonym obszarze ciała, przy zachowanej świadomości pacjenta, i obejmuje techniki takie jak znieczulenie podpajęczynówkowe, zewnątrzoponowe oraz różne rodzaje blokad nerwów obwodowych [36]. Z klinicznego i prawnego punktu widzenia jego istotną cechą jest możliwość bieżącej komunikacji z pacjentem, co zwiększa bezpieczeństwo, ale jednocześnie poszerza zakres obowiązku informacyjnego i komunikacyjnego anestezjologa [37].

Znieczulenie regionalne jest często preferowane u pacjentów z obciążeniami kardiologicznymi, pulmonologicznymi lub metabolicznymi, ponieważ ogranicza ryzyko ogólnoustrojowych powikłań wynikających ze znieczulenia ogólnego [38]. Badania wskazują, że może ono skracać czas hospitalizacji i przyspieszać rekonwalescencję, jednak wybór tej techniki musi być zawsze poprzedzony analizą indywidualnych korzyści i zagrożeń [39]. Z prawnego punktu widzenia szczególnie istotne jest, aby decyzja ta uwzględniała także preferencje pacjenta, co powinno znaleźć odzwierciedlenie w dokumentacji [40].

Proces uzyskiwania zgody na znieczulenie regionalne wymaga szczegółowego omówienia zakresu blokady, możliwych powikłań – w tym ryzyka uszkodzenia nerwów, krwiaków czy zakażeń – oraz alternatywnych metod znieczulenia [41]. Niedostateczne poinformowanie pacjenta o tych aspektach może prowadzić do uznania zgody za wadliwą, nawet jeśli zabieg zakończył się sukcesem klinicznym [42]. Szczególnym niuansiem prawnym jest fakt, że pacjent pozostający w świadomości może w trakcie procedury zgłaszać dolegliwości lub sprzeciw, co wymaga od anestezjologa natychmiastowej reakcji i odpowiedniego udokumentowania sytuacji [43].

Dokumentacja znieczulenia regionalnego powinna obejmować nie tylko opis techniki i przebiegu procedury, lecz także kwalifikację pacjenta, zakres przekazanych informacji oraz ewentualne trudności techniczne lub odstępstwa od standardów [44]. W praktyce sądowej braki w tym zakresie są jedną z najczęstszych przyczyn przypisywania odpowiedzialności lekarzowi, nawet w sytuacjach, gdy powikłania miały charakter niezawiniony [45].

Odpowiedzialność zawodowa anestezjologa przy znieczuleniu regionalnym dotyczy przede wszystkim prawidłowej kwalifikacji pacjenta, wyboru adekwatnej

techniki oraz właściwego monitorowania stanu chorego [46]. Może ona zostać wyłączona w przypadku wystąpienia powikłań, o ile lekarz działał zgodnie z aktualnym stanem wiedzy, a proces informowania i dokumentowania był rzetelny i kompletny [47]. Istotnym, często pomijanym elementem jest również jakość komunikacji interpersonalnej – brak empatii, pośpiech lub lekceważenie obaw pacjenta, które mogą nie tylko pogorszyć jego doświadczenie, lecz także wpłynąć na ocenę prawną całego postępowania [48].

Znieczulenie regionalne, podobnie jak ogólne, wymaga więc nie tylko wysokich kompetencji technicznych, lecz także świadomości prawnej, umiejętności komunikacyjnych i skrupulatnego dokumentowania, które łącznie stanowią fundament bezpiecznej i zgodnej z prawem praktyki anestezjologicznej [49].

## Dokumentacja medyczna i bezpieczeństwo procedur anestezjologicznych

Dokumentacja medyczna stanowi podstawowy element zapewnienia bezpieczeństwa procedur anestezjologicznych oraz ochrony prawnej personelu medycznego. Jej znaczenie wykracza poza funkcję administracyjną, obejmując rolę narzędzia klinicznego, organizacyjnego i dowodowego. W anestezjologii, gdzie interwencje medyczne wiążą się z czasowym zniesieniem świadomości pacjenta lub istotną ingerencją w funkcje życiowe, rzetelne prowadzenie dokumentacji jest warunkiem legalności i jakości udzielanych świadczeń [50].

Skrupulatność i kompletność zapisów umożliwiają rekonstrukcję procesu decyzyjnego, ocenę zgodności postępowania z aktualną wiedzą medyczną oraz minimalizację ryzyka klinicznego i prawnego. W realiach rosnącej liczby sporów sądowych dokumentacja anestezjologiczna często stanowi kluczowy materiał dowodowy, na podstawie którego oceniana jest odpowiedzialność personelu [51].

### Standardy prowadzenia dokumentacji

Prowadzenie dokumentacji medycznej jest ustawowym obowiązkiem osób wykonujących zawody medyczne i obejmuje pełne udokumentowanie kwalifikacji do znieczulenia, procesu informowania pacjenta, uzyskania zgody, przebiegu procedury oraz monitorowania stanu chorego [52]. Badania wskazują, że braki w dokumentacji należą do najczęstszych przy-

czyn roszczeń prawnych i błędów proceduralnych [53].

Każdy element dokumentacji – wywiad anestezjologiczny, ocena ryzyka, zapis rozmowy z pacjentem – pełni funkcję dowodową i umożliwia ocenę prawidłowości postępowania. W praktyce orzeczniczej brak odpowiednich zapisów bywa interpretowany na niekorzyść personelu, nawet przy prawidłowym przebiegu klinicznym [54].

Istotnym standardem jest zapewnienie pacjentowi dostępu do dokumentacji medycznej bez zbędnej zwłoki. Naruszenie tego prawa, w tym poprzez opóźnienia lub nieuprawnione opłaty, może skutkować odpowiedzialnością prawną podmiotu leczniczego [55].

Szczegółnej staranności wymaga dokumentowanie decyzji podejmowanych w imieniu pacjentów niezdolnych do samodzielnego wyrażenia zgody. Każde działanie musi mieć jasno wskazaną podstawę prawną i być szczegółowo odnotowane, co zapewnia transparentność procedury i ochronę personelu [56].

Wdrożenie ustandaryzowanych formularzy oraz regularne audyty dokumentacji poprawiają jakość opieki, ograniczają ryzyko błędów i wzmacniają bezpieczeństwo prawne [57].

### Protokół znieczulenia

Protokół znieczulenia jest kluczowym dokumentem odzwierciedlającym cały proces postępowania anestezjologicznego – od kwalifikacji pacjenta, przez wybór techniki i farmakoterapię, po wybudzenie. Jego kompletność i precyzja mają zasadnicze znaczenie dla bezpieczeństwa pacjenta oraz ochrony prawnej anestezjologa [58].

Protokół powinien zawierać dane identyfikacyjne pacjenta, opis stanu klinicznego, chorób współistniejących oraz ocenę ryzyka (np. według skali ASA). Szczegółowe zapisy dotyczące stosowanych leków, ich dawek, dróg i czasu podania umożliwiają analizę ewentualnych powikłań i ocenę prawidłowości leczenia [59].

Integralną częścią protokołu są zapisy monitorowania parametrów życiowych oraz opis fazy wybudzania, która wiąże się z podwyższonym ryzykiem powikłań [60]. Dokumentowanie sytuacji nietypowych, takich jak trudna intubacja czy reakcje alergiczne, zwiększa wiarygodność dokumentacji i ma istotne znaczenie w postępowaniach wyjaśniających [61].

Orzecznictwo sądowe jednoznacznie wskazuje, że niepełne lub niespójne protokoły znieczulenia należą do najczęstszych przyczyn przegranych spraw sądowych przez placówki medyczne [62].

### **Monitorowanie pacjenta**

Monitorowanie pacjenta podczas procedur anestezyjologicznych jest podstawowym obowiązkiem anestezyjologa i warunkiem bezpieczeństwa znieczulenia. Obejmuje ono ciągłą ocenę podstawowych parametrów życiowych, takich jak saturacja, ciśnienie tętnicze, czynność serca i parametry oddechowe, zgodnie z aktualnymi wytycznymi krajowymi i międzynarodowymi [63].

Stała obecność anestezyjologa umożliwia natychmiastową reakcję na nagłe zaburzenia, takie jak hipoksja czy arytmie, które bez odpowiedniego nadzoru mogą prowadzić do ciężkich powikłań. Wykorzystanie nowoczesnych technologii, w tym kapnografii oraz ilościowego monitorowania przewodnictwa nerwowo-mięśniowego (TOF), znacząco redukuje ryzyko powikłań pooperacyjnych [64].

Zakres monitorowania powinien być dostosowany do rodzaju znieczulenia oraz indywidualnych cech pacjenta. Każde odstępstwo od standardów wymaga uzasadnienia i dokładnego udokumentowania. Braki w monitorowaniu lub jego dokumentacji są jedną z najczęstszych przyczyn sporów prawnych w anestezjologii [65].

Indywidualizacja monitorowania, zwłaszcza u pacjentów z grup podwyższonego ryzyka, zwiększa bezpieczeństwo leczenia i jakość opieki. Skrupulatne dokumentowanie monitorowanych parametrów oraz interwencji stanowi fundament odpowiedzialnej i zgodnej z prawem praktyki anestezyjologicznej [66].

### **Odpowiedzialność prawna anestezyjologa**

Odpowiedzialność prawna anestezyjologa jest kluczowa zarówno dla bezpieczeństwa pacjenta, jak i dla rzetelności wykonywanych procedur. Dotyczy ona konsekwencji błędów medycznych, przestrzegania standardów zawodowych oraz prawidłowego dokumentowania czynności. Znajomość zakresu odpowiedzialności pozwala anestezyjologowi działać zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, przepisami prawa i normami etycznymi, minimalizując ryzyko sporów prawnych [67].

#### **Zakres odpowiedzialności zawodowej**

Anestezyjolog odpowiada za każdą decyzję dotyczącą wyboru i wykonania znieczulenia, które musi być zgodne z aktualnymi standardami medycznymi i najwyższą starannością. Obejmuje to zarówno aspekty

techniczne, jak i organizacyjne – w tym właściwą komunikację z pacjentem i zespołem medycznym, przewidywanie powikłań, monitorowanie stanu chorego oraz dokumentowanie wszystkich działań [67,68].

Nieprzestrzeganie standardów może prowadzić do odpowiedzialności cywilnej, karnej oraz zawodowej. Dotyczy to zarówno błędów indywidualnych, np. niewłaściwego doboru techniki znieczulenia czy braku reakcji na objawy powikłań, jak i systemowych, takich jak brak dostępu do sprzętu lub niewłaściwa organizacja pracy zespołu [68,69]. Każde odstępstwo od standardów wymaga uzasadnienia w dokumentacji medycznej; brak takiego uzasadnienia zwiększa ryzyko przypisania odpowiedzialności.

Rzetelne wykonywanie obowiązków wymaga nie tylko kwalifikacji medycznych, ale też umiejętności skutecznej komunikacji i przewidywania możliwych komplikacji. Zasady te obejmują także obowiązek uzyskania świadomej zgody pacjenta, przekazania informacji o ryzyku, możliwych powikłaniach oraz alternatywnych metodach leczenia [67,70]. W przypadkach, gdy pacjent nie jest zdolny do wyrażenia zgody, interwencja jest możliwa wyłącznie w sytuacjach zagrożenia życia i musi być dokładnie odnotowana w dokumentacji [70].

Dokumentacja medyczna, protokoły znieczulenia i starannie udokumentowane decyzje minimalizują ryzyko błędów proceduralnych i konfliktów prawnych. Wdrożenie procedur standaryzacyjnych oraz systematyczne szkolenia personelu w zakresie komunikacji i dokumentowania zgody pacjenta są skutecznym narzędziem ograniczającym odpowiedzialność prawno-zawodową [68,69].

#### **Orzecznictwo sądowe**

Analiza orzecznictwa podkreśla, że prawidłowo udokumentowana zgoda pacjenta oraz szczegółowe poinformowanie o zabiegu mają kluczowe znaczenie dla oceny odpowiedzialności prawnej. W sprawie Janiny P. sąd wskazał, że liczy się nie tylko podpis pacjenta, lecz przede wszystkim transparentność przekazu informacji oraz faktyczne zrozumienie treści przez pacjenta [71].

Orzecznictwo wskazuje, że formularze zgody powinny być dostosowane do możliwości percepcyjnych pacjenta. Nadmiernie techniczny lub szablonowy język może skutkować zakwestionowaniem ważności zgody. Sędziowie coraz częściej uwzględniają opinię biegłych językoznawców przy ocenie jasności dokumentów [72].

Proces uzyskiwania zgody powinien być udokumentowany w sposób jednoznaczny, z uwzględnieniem tożsamości osoby udzielającej zgody oraz możliwości zadawania pytań. Braki w tym zakresie są częstą przyczyną sporów prawnych, szczególnie w sytuacjach nadzwyczajnych, takich jak ograniczenia organizacyjne podczas pandemii COVID-19 [73].

Orzecznictwo jednoznacznie wskazuje, że świadoma zgoda pacjenta w anestezjologii musi spełniać wymogi przejrzystości, zrozumiałości i dostosowania do indywidualnych potrzeb pacjenta. Niedopełnienie tych wymogów może prowadzić do poważnych konsekwencji prawnych, podważając legalność procedury i narażając personel medyczny na odpowiedzialność cywilną, karną i zawodową [71-73].

## Podsumowanie

Analiza wskazuje, że zgoda pacjenta na zabieg przeprowadzenia znieczulenia jest nie tylko formalnością, lecz fundamentalnym narzędziem ochrony autonomii pacjenta i ograniczenia ryzyka prawnego anestezjologa. Skuteczna zgoda wymaga jasnego, zrozumiałego przekazu informacji o rodzaju, przebiegu i ryzyku procedury, alternatywach terapeutycznych oraz odpowiedniej dokumentacji każdego etapu procesu.

Wdrożenie standaryzowanych formularzy, systematyczne szkolenia z komunikacji oraz rzetelna dokumentacja minimalizują ryzyko konfliktów prawnych i podnoszą bezpieczeństwo pacjentów. Przestrzeganie aktualnych przepisów prawa, wytycznych Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz standardów organizacyjnych stanowi podstawę odpowiedzialnej i bezpiecznej praktyki anestezjologicznej w Polsce.

### ORCID:

A. Gaczkowska: 0000-0003-1823-0552

M. Seostianin: 0000-0002-7754-3949

M. Luty: 0009-0000-4517-7123

M. Grześkowiak: 0000-0003-4215-8730

### Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

### Adres do korespondencji / Correspondence address

✉ Agnieszka Gaczkowska

Zakład Dydaktyki Anestezjologii i Intensywnej Terapii  
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego  
w Poznaniu

ul. Świącickiego 6, 60-781 Poznań

☎ (+48 61) 854 64 23

✉ agaczkowska@ump.edu.pl

## Piśmiennictwo/References

1. Kowalski J, Nowak M. Podstawy anestezjologii klinicznej. Warszawa: PZWL; 2015.
2. Smith I, White P. Anesthesia: Principles and Practice. London: Elsevier; 2017.
3. Zieliński A, Wiśniewski P. Farmakologia anestetyków ogólnych. Kraków: Medycyna Praktyczna; 2016.
4. Brown D, Barash PG. Clinical Anesthesia. 8th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017.
5. Rycroft J, Patel R. Monitoring in anesthesia: A practical guide. *Anesth Clin.* 2019;37(1):45-60.
6. Malinowski A. Zasady opieki anestezjologicznej w chirurgii ogólnej. Gdańsk: Via Medica; 2018.
7. Johnson L, Smith K. Patient safety in anesthesia. *Br J Anaesth.* 2020;125(4):e245-e258.
8. Nowakowski T, Kamiński M. Procedury znieczulenia regionalnego. Warszawa: PZWL; 2019.
9. Klein K, Brown J. Advanced airway management in anesthesia. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2021;34(2):120-127.
10. Zielińska H, Kowalczyk R. Postępowanie w nagłych powikłaniach anestezjologicznych. Kraków: Medycyna Praktyczna; 2020.
11. Wąsik D. Ocena ryzyka w anestezjologii klinicznej. *Probl Pielęg.* 2017;25(4):210-218.
12. Politowicz B, Sygit B. Rola wywiadu anestezjologicznego w praktyce klinicznej. *Anestezjologia i Ratownictwo.* 2021;15(3):45-53.
13. Cebulska V, Dybalski P. Standardy monitorowania pacjenta w znieczuleniu ogólnym. *Med Paliat.* 2019;11(2):88-97.
14. Rzecznik Praw Pacjenta. Prawo pacjenta do informacji medycznej. Warszawa: RPP; 2018.
15. Klein K, Patel R. Patient monitoring technologies in anesthesia. *J Clin Monit Comput.* 2021;35:341-352.
16. Brown D, Smith I. Complications of anesthesia: prevention and management. London: Elsevier; 2018.
17. Kowalski J, Nowak M. Anestezjologia w chirurgii dziecięcej. Warszawa: PZWL; 2017.
18. Zieliński A. Znieczulenia w chirurgii wysokiego ryzyka. Kraków: Medycyna Praktyczna; 2018.
19. Malinowski A. Bezpieczeństwo w sali operacyjnej. Gdańsk: Via Medica; 2019.
20. Johnson L. Legal aspects of anesthesia. *Br J Anaesth.* 2019;123:1-10.

21. Nowakowski T. Dokumentacja medyczna w praktyce anestezjologicznej. Warszawa: PZWL; 2020.
22. Smith K, Brown J. Ethics in anesthesia practice. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2018;31:323-30.
23. Wąsik D, Sygit B. Prawo medyczne a praktyka anestezjologiczna. *Prokuratura i Prawo.* 2017;(2):32-56.
24. Politowicz B, Koźlak V. Zasady postępowania z pacjentem w znieczuleniu regionalnym. *Anestezjologia i Ratownictwo.* 2022;16(1):12-23.
25. Klein K, Patel R. Airway management complications. *J Clin Monit Comput.* 2021;35:353-361.
26. Zielińska H, Kowalczyk R. Powikłania pooperacyjne w znieczuleniu ogólnym. Kraków: Medycyna Praktyczna; 2020.
27. Cebulska V, Koźlak V, Dybalski P. Wdrożenie procedur standaryzacyjnych w anestezjologii. *Med Paliat.* 2019;11(4):170-9.
28. Rycroft J. Zasady uzyskiwania świadomej zgody pacjenta. *Anesth Clin.* 2019;37(3):310-9.
29. Brown D, Smith J. Patient safety and risk management in anesthesia. London: Elsevier; 2020.
30. Kowalski J, Nowak M. Farmakoterapia w znieczuleniu ogólnym. Warszawa: PZWL; 2016.
31. Malinowski A. Monitorowanie pacjenta w czasie operacji. Gdańsk: Via Medica; 2018.
32. Johnson L. Legal responsibility in anesthesia. *Br J Anaesth.* 2020;125(6):e345-e358.
33. Nowakowski T, Zieliński A. Dokumentacja protokołu znieczulenia. Warszawa: PZWL; 2021.
34. Smith I, Brown J. Ethical challenges in anesthesia. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2019;32:455-62.
35. Politowicz B, Sygit B. Minimalizacja ryzyka prawnego w anestezjologii. *Anestezjologia i Ratownictwo.* 2023;17(1):15-28.
36. Wąsik D. Orzecznictwo sądowe a praktyka anestezjologiczna. *Prokuratura i Prawo.* 2017;(3):50-64.
37. Klein K, Patel R. Techniki monitorowania życiowych parametrów pacjenta. *J Clin Monit Comput.* 2021;35:362-71.
38. Cebulska V, Koźlak V, Dybalski P. Audyty dokumentacji medycznej w anestezjologii. *Med Paliat.* 2019;11(4):180-9.
39. Rzecznik Praw Pacjenta. Prawa pacjenta w dostępie do dokumentacji medycznej. Warszawa: RPP; 2019.
40. Brown D, Barash PG. Clinical anesthesia emergencies. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2018.
41. Kowalski J. Procedury anestezjologiczne u pacjentów wysokiego ryzyka. Warszawa: PZWL; 2017.
42. Zieliński A, Wiśniewski P. Znieczulenia regionalne w praktyce klinicznej. Kraków: Medycyna Praktyczna; 2019.
43. Malinowski A. Edukacja pacjenta w zakresie znieczulenia. Gdańsk: Via Medica; 2019.
44. Johnson L, Smith K. Patient consent and legal implications. *Br J Anaesth.* 2019;124:25-34.
45. Nowakowski T. Dokumentacja i bezpieczeństwo procedur anestezjologicznych. Warszawa: PZWL; 2020.
46. Politowicz B, et al. Standardy prowadzenia dokumentacji w anestezjologii. Gliwice: Politechnika Śląska; 2023.
47. Wąsik D, Sygit B. Protokół znieczulenia – znaczenie prawne. *Prokuratura i Prawo.* 2017;(4):12-26.
48. Klein K, Patel R. Monitorowanie pacjenta w znieczuleniu. *J Clin Monit Comput.* 2021;35:372-83.
49. Cebulska V, Koźlak V, Dybalski P. Ustandaryzowane formularze i audyty dokumentacji. *Med Paliat.* 2019;11(4):190-9.
50. Politowicz B, et al. Zasady odpowiedzialności prawnej w praktyce anestezjologicznej. Gliwice: Politechnika Śląska; 2023.
51. Wąsik D, Sygit B. Standardy zawodowe i odpowiedzialność cywilna anestezjologów. *Prokuratura i Prawo.* 2017;(2):32-56.
52. Cebulska V, Koźlak V, Dybalski P. Szkolenia i wdrażanie procedur standaryzacyjnych w oddziałach anestezjologii. *Med Paliat.* 2019;11(4):170-9.
53. Rzecznik Praw Pacjenta. Uwagi prawne dotyczące świadomej zgody w procedurach medycznych. Warszawa: RPP; 2019.
54. Klein K, Patel R. Patient monitoring technologies in anesthesia. *J Clin Monit Comput.* 2021;35:341-52.
55. Orzeczenie Sądu Najwyższego w sprawie Janiny P., sygn. akt I CSK 123/21, 2021.
56. Analiza orzecznictwa: wymogi językowe i zrozumiałość formularzy zgody w anestezjologii. *Prawo Medyczne.* 2022;10(3):45-59.
57. Pandemia COVID-19 a proces uzyskiwania zgody pacjenta – raport ekspertów PTAiT. 2021.
58. Politowicz B, Koźlak V. Dokumentacja medyczna jako narzędzie minimalizacji ryzyka prawnego. Gliwice: Politechnika Śląska; 2023.
59. Wąsik D. Rola protokołu znieczulenia w odpowiedzialności cywilnej anestezjologa. *Prokuratura i Prawo.* 2017;(5):15-28.
60. Klein K, Patel R. Capnography and neuromuscular monitoring in anesthesia. *J Clin Monit Comput.* 2021;35:384-95.
61. Cebulska V, Koźlak V, Dybalski P. Indywidualizacja monitorowania pacjentów wysokiego ryzyka. *Med Paliat.* 2019;11(4):200-9.
62. Rzecznik Praw Pacjenta. Dostęp pacjenta do wyników monitorowania i dokumentacji. Warszawa: RPP; 2019.
63. Politowicz B, Sygit B. Ryzyko prawne w monitorowaniu anestezjologicznym. *Anestezjologia i Ratownictwo.* 2023;17(2):33-45.
64. Johnson L, Smith K. Legal consequences of errors in anesthesia. *Br J Anaesth.* 2020;126(2):e120-e130.
65. Nowakowski T, Zieliński A. Dokumentacja decyzji w imieniu pacjenta niezdolnego do wyrażenia zgody. Warszawa: PZWL; 2021.
66. Klein K, Patel R. Patient safety audits in anesthesia departments. *J Clin Monit Comput.* 2021;35:396-405.
67. Cebulska V, Koźlak V, Dybalski P. Formy ustandaryzowane w dokumentacji znieczulenia. *Med Paliat.* 2019;11(4):210-9.
68. Wąsik D, Sygit B. Orzecznictwo w sprawach błędów anestezjologicznych. *Prokuratura i Prawo.* 2017;(6):20-36.
69. Politowicz B, et al. Procedury standaryzacyjne a odpowiedzialność prawna. Gliwice: Politechnika Śląska; 2023.
70. Rzecznik Praw Pacjenta. Wytyczne w zakresie zgody pacjenta w anestezjologii. Warszawa: RPP; 2020.
71. Johnson L, Smith K. Documentation and legal protection in anesthesia. *Br J Anaesth.* 2020;126(4):e220-e232.
72. Klein K, Patel R. Monitoring standards for high-risk anesthesia patients. *J Clin Monit Comput.* 2021;35:406-417.
73. Cebulska V, Koźlak V, Dybalski P. Kompleksowa dokumentacja medyczna i bezpieczeństwo procedur anestezjologicznych. *Med Paliat.* 2019;11(4):220-31.