



KULTURA PRAWNA

ISSN: 2545-3734

CZASOPISMO INSTYTUTU NA RZECZ KULTURY PRAWNEJ ORDO IURIS
THE LEGAL CULTURE. THE JOURNAL OF THE ORDO IURIS INSTITUTE

NR 1 (1/2018)

S. 72-84

WWW.KULTURAPRAWNA.PL

LEK. MED. DR IWONA WRZEŚNIEWSKA - WAL

KIEROWNIK W ZAKŁADZIE EKONOMIKI, PRAWA I ZARZĄDZANIA SZKOŁY ZDROWIA PUBLICZNEGO W CENTRUM MEDYCZNEGO KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO. PROWADZI WYKŁADY I SZKOLENIA DLA LEKARZY. W ZAKRESIE LEGISLACJI ZWIĄZANEJ Z OCHRONĄ ZDROWIA WSPÓŁPRACUJE Z UNIWERSYTEM WARSZAWSKIM I SZKOŁĄ GŁÓWNAJĄ HANDLOWĄ. W 2013 R. UZYSKAŁA TYTUŁ ZAWODOWY RADCY PRAWNEGO. SPECJALIZUJE SIĘ W PRAWIE CYWILNYM I ADMINISTRACYJNYM DOTYCZĄCYM OCHRONY ZDROWIA ORAZ UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH ORAZ W PRAWIE ŻYWNOŚCIOWYM. JEST AUTORKĄ WIELU ARTYKUŁÓW I OPRACOWAŃ NA TEMAT PRAWA MEDYCZNEGO.

ARTYKUŁ POWSTAŁ W RAMACH KONFERENCJI NAUKOWEJ, ZORGANIZOWANEJ PRZEZ CENTRUM BIOETYKI INSTYTUTU NA RZECZ KULTURY PRAWNEJ *ORDO IURIS* ORAZ SZKOŁĘ WYŻSZĄ PRZYMIERZA RODZIN, PT. „PRZEBIEG CIĄŻY A ZDROWIE MATKI. UWARUNKOWANIA MEDYCZNE I PRAWNE”, KTÓRA ODBYŁA SIĘ 18 LISTOPADA 2017 R. W WARSZAWIE.

PRZEBIEG CIĄŻY A ZDROWIE MATKI I DZIECKA W WYBRANYCH ORZECZENIACH SĄDU LEKARSKIEGO

WSTĘP

Już na samym początku swojej drogi zawodowej lekarz przyrzeka uroczyście „służyć życiu”. Obowiązek ten wynika zarówno z przepisów prawa, jak i norm etycznych. Ogólne zasady postępowania lekarza również wobec kobiety ciężarnej i jej dziecka mają swoje umocowanie ustawowe m.in. w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty¹, ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta² i wielu innych. Orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego wskazuje, że życie ludzkie człowieka, także w fazie prenatalnej, stanowi „wartość konstytucyjną”³, co oznacza, że podlega ochronie Konstytucji. Trybunał Konstytucyjny podkreślił, że ochrona macierzyństwa nie może przejawiać się wyłącznie

¹ Dz.U. 2018 poz. 617.

² Dz.U. 2017 poz. 1318.

³ Orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z 28 maja 1997 r., sygn. K 26/96, OTK ZU 1997, Nr 2, poz. 19.

w ochronie interesów kobiety ciężarnej i matki oraz wyraził zdanie, że równorzędnym podmiotem ochrony macierzyństwa, obok matki, musi być płód i jego prawidłowy rozwój. W zawodzie lekarza dopełnieniem tych norm są zasady etyczne zawarte w Kodeksie Etyki Lekarskiej (dalej: KEL)⁴, uchwalonym przez Nadzwyczajny Krajowy Zjazd Lekarzy na podstawie przepisów ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (dalej: ustawa o izbach lekarskich)⁵, która upoważniała samorząd zawodowy lekarzy do ustanowienia dla wszystkich lekarzy zasad etyki i deontologii zawodowej. Kodeks Etyki Lekarskiej odnosi się do początków życia i tym samym do dziecka poczętego w rozdziale zatytułowanym: „Prokreacja”, obejmującym artykuły 38, 39 i 39b, które stanowią uzupełnienie ogólnych zasad postępowania lekarza w stosunku do sytuacji szczególnej, jaką jest przekazywanie ludzkiego życia⁶. Dla służby życiu określającej zadania lekarza należy poradnictwo w zakresie ochrony życia w ogóle, a poczętego życia w szczególności⁷. Na obowiązki w tym zakresie wskazuje art. 38 ust. 1 KEL, który ujmuje kwestie związane z powstaniem i pierwszymi fazami rozwojowymi życia ludzkiego: „Lekarz powinien z poczuciem szczególnej odpowiedzialności odnosić się do procesu przekazywania życia ludzkiego”. Kolejny art. 39 KEL stanowi: „Podejmując działania lekarskie u kobiety w ciąży, lekarz równocześnie odpowiada za zdrowie i życie jej dziecka. Dlatego obowiązkiem lekarza są starania o zachowanie zdrowia i życia dziecka również przed jego urodzeniem”.

Przestrzeżenie zasad Kodeksu Etyki Lekarskiej gwarantowane jest przepisami ustawy o izbach lekarskich, które stanowią o odpowiedzialności lekarzy przed sądami dyscyplinarnymi. Definicja przewinienia zawodowego z art. 53 ust. 1 ustawy o izbach lekarskich wskazuje, że każdy lekarz, jako członek izby lekarskiej jest zobowiązany do przestrzegania zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza pod rygorem odpowiedzialności zawodowej. W tym przypadku warto pokreślić, że odpowiedzialność zawodowa za postępowanie sprzeczne z zasadami etyki i deontologii zawodowej potraktowana została w powyższej ustawie na równi z odpowiedzialnością za naruszenie przepisów o wykonywaniu zawodu lekarza⁸.

NALEŻYTA STARANNOŚĆ W POŁOŻNICTWIE

Najważniejsze kryteria prawidłowego wykonywania zawodu określa art. 4 ustawy o zwodach lekarza i lekarza dentystry, który nakazuje lekarzowi wykonywać swój zawód zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. Aktualność oznacza, że posiadana przez lekarza wiedza medyczna musi być obowiązująca w momencie udzielania świadczeń. Poszukiwanie wzorców działania lekarza z aktualną wiedzą medyczną sprawiło, że coraz częściej wprowadzane są standardy medyczne⁹. Standardy te tworzą zespoły ekspertów (naukowcy

4 Kodeks Etyki Lekarskiej z dnia 2 stycznia 2004 r., tekst jednolity; zawierający zmiany uchwalone 20 września 2003 r. przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy.

5 Dz.U. 2009 nr 219 poz. 1708 z późn. zm.

6 J. Haberko, *Prokreacja. Kilka uwag-komentarza do art. 38–39a Kodeksu Etyki Lekarskiej*, „Medyczna Wokanda”, nr 6 (2014), s. 41, https://wil.org.pl/wp-content/uploads/Joanna_Haberko_Prokreacja.-Kilka-uwag-komentarza-do-art.-38%E2%80%9339a-Kodeksu-etyki-lekarskiej.pdf, dostęp: 1 sierpnia 2018.

7 S. Olejnik, *Etyka lekarska*, Wydawnictwo Unia, Katowice 1995, s. 93.

8 Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 11 lutego 2016 r., sygn. akt SDI 71/15, SIP Legalis nr 1433064.

9 Standardy medyczne to zbiory rekomendacji, które odnoszą się do wszystkich działań zapobiegawczych, diagnostycznych i leczniczych. Są przedstawiane jako wytyczne lub ścieżki postępowania medycznego. Jest to model uznanych profesjonalnych działań leczniczych, pielęgnacyjnych, rehabilitacyjnych, diagnostycznych lub organizacyjnych, służących do oceny jakości świadczeń, <http://www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/organizacja-ochrony-zdrowia/standardy-medyczne>, dostęp: 13 kwietnia 2018.

10 P. Zieliński, *Kilka słów o pojęciu oraz rodzajach błędów medycznego*, „Medyczna Wokanda”, nr 8 (2016), s. 191–192, <https://wil.org.pl/wp-content/uploads/13-Zielinski.pdf>, dostęp: 1 sierpnia 2018.

11 J. Dziekoński, *Standard broni lekarzy*, wywiad zamieszczony na portalu Medycyna Praktyczna, <https://www.mp.pl/ginekologia/wywiady/185422,standard-broni-lekarzy>, dostęp: 21 kwietnia 2018.

12 Art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2016 poz. 1638 z późn. zm.). Dotychczas wydano standardy postępowania medycznego z anestezjologii i intensywnej terapii opieki okołoporodowej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, łagodzenia bólu podczas porodu oraz standardy organizacyjne w zakresie patomorfologii.

13 T. Rek, D. Hajdukiewicz, *Lekarz a prawa pacjenta. Poradnik prawny*, Wolters Kluwer, Warszawa 2016, s. 29–30.

14 J. Zajdel, *Moc prawna standardów medycznych i wytycznych praktyki klinicznej*, <https://prawo.mp.pl/publikacje/prawomedyczne/52342,moc-prawna-standardow-medycznych-i-wytycznych-praktyki-klinicznej>, dostęp: 21 kwietnia 2018.

15 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, porożu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych (Dz.U. 2015 poz. 2007); Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego (Dz.U. 2015 poz. 1997).

16 Stanowisko Nr 16/18/P-VII Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej dnia 20 kwietnia 2018 r. w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, <https://www.nil.org.pl/aktualnosci/stanowiska-prezydium-nrl-podjete-20-kwietnia-2018-r.>, dostęp: 21 kwietnia 2018.

17 Art. 22 ust. 5 zmieniony przez art. 1 pkt 1 lit. b ustawy z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2016 poz. 960) zmieniającej niniejszą ustawę ~~dotyczącą~~ **dotyczącą** opieki okołoporodowej: czego mogą oczekiwać rodzaje?, „Rynek Zdrowia” z 5 kwietnia 2018, <http://www.rynekzdrowia.pl/Serwis-Ginekologia-i-poloznictwo/Nowe-standardy-opieki-okoloporodowej-czego-moga-oczekiwac-rodzace,182826,209.html>, dostęp: 1 maja 2018.

i praktycy) z różnych dziedzin medycyny, towarzystwa medyczne oraz zrzeczenia i stowarzyszenia lekarzy. Nie są to dokumenty o charakterze bezwzględnie obowiązującym lekarza, ale stosowanie się lekarza do reguł w nich zawartych stanowi przejaw medycyny opartej na dowodach obiektywnych¹⁰ (zgodnie z zasadami Evidence-Based Medicine – dalej: EBM). Wprowadzenie standardów podzieliło środowisko lekarskie. Część lekarzy uważa, że są one niepotrzebne, ponieważ należy pozwolić na indywidualizację postępowania wobec pacjenta. Zwolennicy standardów uważają, że takie podejście niesie ze sobą niebezpieczeństwo popełnienia błędów czy zaniechań. Tymczasem umieszczenie w standardach zapisów mówiących o tym, jakie kolejno kroki wskazuje praktyka lekarska, jest znacznie bezpieczniejsze¹¹. Jednak niektóre standardy wynikają z aktów prawa powszechnie obowiązującego, jakimi są rozporządzenia Ministra Zdrowia (anestezjologiczne, położnicze i w zakresie patomorfologii)¹². Normatywnie wprowadzane standardy określają poszczególne elementy opieki medycznej, m.in. zakres niezbędnych badań diagnostycznych, świadczeń profilaktycznych i leczniczych, a także miejsca ich udzielania¹³. Tym samym standardy te stają się prawem, a niezastosowanie się do nich skutkuje odpowiedzialnością prawną lekarza¹⁴. Obowiązujące obecnie standardy w położnictwie¹⁵ były wielokrotnie krytykowane przez środowisko lekarskie. W ocenie Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej za nieuzasadnione należy uznać zamieszczanie w przepisach rozporządzenia treści rekomendacji medycznych. Rekomendacje takie stale się zmieniają, co jest związane z postępem wiedzy medycznej. Ustanawianie standardów medycznych w formie rozporządzenia może być niebezpieczne dla pacjentów również dlatego, że często wymagają oni zindywidualizowanego podejścia¹⁶. Najlepszym rozwiązaniem są elastyczne rekomendacje np. Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Jednak nie jest to wówczas prawo, do którego środowisko lekarskie musi się stosować. Warto podkreślić, że na mocy nowelizacji ustawy o działalności leczniczej¹⁷ Minister Zdrowia nie może już określać standardów postępowania medycznego, lecz standardy organizacyjne opieki zdrowotnej w czasie ciąży, porodu i porożu oraz organizację opieki nad noworodkiem. Ministerstwo Zdrowia pracuje aktualnie nad nowymi standardami opieki okołoporodowej. Nowe standardy w znaczącej części będą powtórzeniem tego, co jest zapisane w obowiązujących przepisach. Główny akcent ma być położony na szeroki dostęp do znieczulenia, zapewnienie intymności przy porodzie oraz wsparcia psychologicznego. Ponadto personel medyczny w placówkach, gdzie przyjmuje się porody, będzie musiał zostać przeszkolony ze znajomości standardów, a ich stosowanie w szpitalach ma też być weryfikowane¹⁸.

Odnoszący się do wykonywania zawodu art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty zawiera zastrzeżenie, iż lekarz – również lekarz położnik – ma wykonywać zawód „dostępny mi metodami

i środkami”. Doktryna wskazuje, że pojęcie dostępności może być rozpatrywane w trzech aspektach: fizycznym, prawnym i ekonomicznym¹⁹. Dostępność fizyczna sugeruje, że chodzi o środki i metody, którymi lekarz osobiście dysponuje. Szerzej rozumiana dostępność oznacza możliwość przekazania pacjenta do jednostki specjalistycznej, gdzie dana metoda może być zastosowana wobec m.in. matki w ciąży i jej dziecka. O dostępności w znaczeniu prawnym można mówić, jeżeli dana metoda jest w położnictwie dozwolona oraz gdy pacjentka wyraziła zgodę na to świadczenie. Zgoda jest to akt woli pacjentki o charakterze upoważniającym i odwołałym, wyrażony według reguł znaczeniowych dostępnych dla uczestników procesu medycznego, podjęty swobodnie i na podstawie rzetelnej informacji, udzielonej w sposób przystępny oraz dotyczącej wszystkich stadiów postępowania²⁰. Lekarz zawsze powinien rzetelnie przedstawić kobiecie ciężarnej wszystkie możliwe warianty opieki i leczenia, w tym skuteczność oraz ryzyko z punktu widzenia rodzącej i jej dziecka. Pacjentka ma bowiem wyrazić zgodę na świadczenie zdrowotne ze świadomością różnych opcji związanych z wyborem metod diagnostyczno-terapeutycznych i w tym zakresie obowiązek lekarski właściwego rozpoznania i zaproponowania najskuteczniejszej metody musi być egzekwowany²¹. Wykonywanie zabiegów leczniczych bez wymaganej zgody pacjentki kwalifikuje się jako zamach na wolność człowieka²². Ta wolność podlega fundamentalnej ochronie przewidzianej w przepisach prawa. Działania lekarskie, polegające na wykonaniu zabiegu bez zgody pacjenta, zostały zaliczone do katalogu przestępstw przeciwko wolności – z art. 192 Kodeksu karnego²³. Dopełnieniem tych regulacji jest art. 16 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, zgodnie z którym pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody. Z powyższym prawem pacjenta łączy się obowiązek lekarza uzyskania zgody na leczenie po wyrażeniu zgody przez pacjenta (art. 32 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry). W ścisłym związku z tymi przepisami pozostaje też art. 15 KEL, który stanowi, że postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze wymaga zgody pacjenta. Z kolei z punktu widzenia ekonomii dostępność rozważana jest na gruncie art. 68 ust. 2 Konstytucji RP, który gwarantuje każdemu, niezależnie od sytuacji materialnej, równy dostęp do świadczeń finansowanych ze środków publicznych²⁴.

Lekarz ma również obowiązek wykonywać zawód z należytą starannością. Zagadnienie poziomu należytej staranności reguluje kodeks cywilny (dalej: k.c.)²⁶ i określa ją jako staranność ogólnie wymaganą w stosunkach danego rodzaju (art. 355 § 1 k.c.). Nie jest to jednak staranność wyższa niż przeciętnie wymagana wobec lekarza. Poziom staranności każdego lekarza traktowany jest jako staranność zawodowa (art. 355 § 2 k.c.) i według tej przeciętnej oceniane jest konkretne zachowanie²⁷. W piśmiennictwie nieraz przyjmuje się, że naruszenie zasad

19 Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz, red. E. Zielińska, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2008, s. 70–78.

20 M. Świdarska, Zgoda pacjenta na zabieg medyczny, *Towarzystwo Naukowe Organizacji i Kierownictwa „Dom Organizatora”*, Toruń 2007, s. 19–29.

21 M. Safjan, *Prawo i medycyna. Ochrona praw jednostki a dylematy współczesnej medycyny*, Oficyna Naukowa, Warszawa 1998, s. 100–105.

22 K. Daszkiewicz, *Uchylenie odpowiedzialności lekarza za wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta*, „Palestra”, t. 46, nr 11–12 (2002), s. 31–45, <http://palestra.pl/old/index.php?go=artykul&id=831>, dostęp: 1 sierpnia 2018.

23 Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz.U. 1997 nr 88, poz. 553 z późn. zm.).

24 Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 7 stycznia 2004 r., sygn. akt K 14/03, OTK-A 2004, nr 1, poz. 1.

25 E. Wędrzychowska, I. Wrześniewska-Wal, *System ochrony zdrowia po orzeczeniu Trybunału Konstytucyjnego – uwarunkowania kolejnej reformy służby zdrowia (sprawozdanie z seminarium „Prawa i Medycyna”*, Warszawa, 02.04.2004 r.), „Prawo i Medycyna”, nr 2 (2004), s. 15.

26 Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz.U. 1964 nr 16 poz. 93 z późn. zm.).

27 Wyrok Sądu Najwyższego z 10 lutego 2010 r., sygn. akt V CSK 287/09, LEX 786561.

28 *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentyści...*, dz. cyt., s. 70–78.

29 I. Wrześniewska -Wal, *Wpływ Kodeksu etyki lekarskiej na wykonywanie zawodu lekarza. Analiza orzecznictwa i praktyka sądów lekarskich* [w:] *Wybrane aspekty praw człowieka a bioetyka. Monografia. Rzecznik Praw Obywatelskich*, red. A. Białek, M. Wróblewski, Warszawa 2016, s. 151

30 A. Muszala, P. Jaranowski, *Kodeks etyki lekarskiej – odcinek 15: Z należytą starannością, poświęcając swój czas*, „Medycyna Praktyczna”, nr 5(2014), s. 114–116.

31 T. Rek, D. Hajdukiewicz, dz. cyt., s. 33.

32 *Rozpoznanie różnicowe w medycynie wewnętrznej. Od objawu do rozpoznania*, tom. 1, red. W. Siegenthaler, red. wyd. pol. P. Zaborowski, MediPage, Warszawa 2009, s. 4–5.

33 *Orzeczenie Okręgowego Sądu Lekarskiego w Poznaniu z dnia 16 lipca 2015 r.*, sygn. akt 56/WU/2015, niepublikowane.

wiedzy medycznej oznacza równocześnie naruszenie obowiązku należytej staranności. Jest oczywiste, że lekarz, który nie śledzi na bieżąco literatury medycznej, nie dokłada równocześnie należytej staranności w zakresie uzupełniania i uaktualniania wiedzy. Pojęcie należytej staranności można traktować jako nadrzędne w stosunku do pojęcia błędu sztuki lekarskiej. Łączenie tych pojęć przeczy intencjom ustawodawcy²⁸.

Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentyści wskazuje, że lekarz ma wykonywać swój zawód zgodnie z etyką zawodową. Etykę zawodową w doktrynie określa się jako pewną doktrynę moralną, dokonującą systematyzacji ocen i norm moralnych związanych z wykonywaniem określonego zawodu. Zwyczajowo zamiennie używamy terminów etyka i moralność, pamiętać jednak warto, że słowa te mają odmienną etymologię. Wyraz etyka oznacza zwyczaj, obyczaj, a moralność to, co słuszne²⁹. Postępowanie etyczne powinno być zatem rozumiane jako postępowanie odpowiadające akceptowanym w społeczeństwie wzorom. Problemy etyki zawodowej uwidaczniają się szczególnie w tych wolnych zawodach, przy wykonywaniu których należy mieć na uwadze dobra postrzegane społecznie, jako szczególnie cenne i warte ochrony. Zasady moralne pracy lekarzy wyznacza Kodeks Etyki Lekarskiej. Jedną z najważniejszych zasad zawiera art. 8 KEL, zgodnie z którym lekarz powinien przeprowadzać wszelkie postępowania diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze z należytą starannością, poświęcając im niezbędny czas. Kodeks etyki wskazuje tutaj na dwa aspekty właściwej relacji lekarza do pacjenta: ogólnie pojętą staranność czynności lekarza oraz poświęcenie pacjentowi odpowiedniej ilości czasu³⁰. Ocena staranności nie wymaga wiedzy specjalistycznej, lecz opiera się na doświadczeniu życiowym i zdrowym rozsądku³¹.

ISTOTA MONITOROWANIA STANU PACJENTKI A ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZAWODOWA LEKARZY

Lekarz stawia rozpoznanie na podstawie: wywiadu, badania przedmiotowego oraz badań dodatkowych. Jednak ustalone rozpoznanie zawsze wymaga ponownej oceny, ponieważ mogą występować choroby wtórne, powikłania i niepożądane objawy leczenia oraz „atypowe” przypadki postępu choroby lub wybrane leczenie jest nieskuteczne. Dlatego należy pamiętać o jeszcze jednym ważnym elemencie diagnostycznym, jakim jest monitorowanie³². Kwestia braku kontynuacji monitorowania KTG pacjentki w celu oceny ewentualnego ukończenia ciąży cięciem cesarskim stała się przedmiotem sprawy rozpatrywanej przez Okręgowy Sąd Lekarski (dalej: OSŁ) w Poznaniu³³.

U pacjentki w 31 tygodniu ciąży stwierdzono skracanie się szyjki macicy, opryszczki na ustach oraz obrzęk kończyn dolnych. W 37 tygodniu ciąży około północy zaczęły pojawiać się u pokrzywdzonej bóle podbrzusza, co ok. 25 min. Pacjentka zgłosiła się do szpitala, gdzie

została zbadana ginekologicznie oraz wykonano badanie KTG i została przyjęta na Oddział Położniczy. W godzinach porannych następnego dnia odbyła się wizyta lekarska, podczas której ponownie wykonano KTG. Ponadto u pacjentki stwierdzono wybroczyny na dekolcie, ale nie podjęto dodatkowej diagnostyki w tym kierunku. Badanie KTG powtórzono również wieczorem, nie zlecono żadnych dodatkowych badań. Kolejnego dnia w godzinach popołudniowych chora zaczęła gorączkować (38,5°C), co zgłosiła lekarzowi dyżurnemu. Lekarz podał leki przeciwgorączkowe oraz płyny dożylnie. Ciężota ciała pokrzywdzonej systematycznie wzrastała, wobec czego lekarz dyżurny podał dożylnie antybiotyki (Augmentin lub Ampicylinę – występuje tu niezgodność zeznań świadków i zapisów w dokumentacji medycznej). W godzinach wieczornych przeprowadzono kolejne dwa badania KTG. W ocenie biegłego powołanego przez Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej oraz w ocenie Okręgowego Sądu Lekarskiego zapisy tych dwóch badań były nieprawidłowe. Jednak lekarz dyżurny nie zlecił kontynuacji monitorowania KTG ani żadnych innych badań dodatkowych, ani też nie podjął żadnych działań zmierzających do ewentualnego ukończenia ciąży cięciem cesarskim. Kolejny zapis KTG wykonano dopiero o godz. 7.00 rano, a lekarz dyżurny oceniając ten zapis rozpoznał zagrożenie życia płodu. Wykonano cięcie cesarskie o godz. 8.30. Noworodek urodził się, uzyskując 1 punkt w skali Apgar.

W ocenie Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej obwiniony lekarz dyżurny nie dochował należytej staranności w trakcie sprawowania opieki nad pacjentką w zakresie niezlecenia badań dodatkowych (pierwszy zarzut) oraz oceny KTG i dalszego monitorowania porodu (drugi zarzut). Obowiązkiem lekarza jest leczenie chorego sumienne i okazywanie mu pomocy. Nieodłącznym elementem pracy lekarza jest staranność w podejmowanych działaniach, a podstawą skutecznego leczenia postawienie prawidłowej diagnozy. Diagnoza to proces, którego celem jest ocena stanu i sytuacji pacjenta, a w węższym zakresie ustalenie rozpoznania³⁴. Przeprowadzony przez lekarza wywiad i badanie przedmiotowe pozwalają dokonać wstępnego określenia problemu pacjenta. Na tym etapie formułowany jest wyjściowy zbiór hipotez diagnostycznych, które stanowią podstawę do decyzji o przeprowadzeniu odpowiednich badań diagnostycznych³⁵. Jednym z najtrudniejszych zagadnień w praktyce lekarskiej jest przewidywanie następstwa swoich działań na każdym etapie procesu diagnostycznego i w czasie kontroli leczenia. Żadna trudność nie zwalnia lekarza od konieczności pomyślenia o różnych następstwach swojego działania³⁶. Stąd tak dużą wagę przywiązuje się do procesu monitorowania pacjentki prostymi metodami diagnostycznymi, takimi jak badanie KTG.

W tej sprawie obwiniony, bazując na swojej nieprawidłowej interpretacji wieczornych zapisów KTG i ocenie stanu klinicznego pacjentki, nie stwierdził wskazań do kontynuacji nadzoru porodu i nie rozważał

34 P. Zaborowski, *Filozofia postępowania lekarskiego*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1990, s. 119.

35 M. Banasiak, *Od objawu do działania. Problemy metodologiczne procedury diagnostyczno-terapeutycznej w medycynie*, „Studia Metodologiczne”, z. 30 (2013), s.71.

36 P. Zaborowski, dz. cyt., s. 117–118.

ewentualnego wcześniejszego ukończenia ciąży cięciem cesarskim. Chociaż po retrospektywnej analizie całości niniejszej sprawy OSŁ uznał, że opisane zaniechania prawdopodobnie nie miały istotnego znaczenia dla stanu dziecka po urodzeniu, to jednak od obwinionego należało oczekiwać starannego i prawidłowego postępowania, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną odnoszącą się do podobnych sytuacji położniczych. Okręgowy Sąd Lekarski podkreślił, że stwierdzenie naruszenia przez obwinionego zasady należytej staranności podczas opieki nad ciężarną pacjentką nie przesądza o winie obwinionego za stan dziecka bezpośrednio po urodzeniu i w okresie leczenia na oddziałach noworodkowych oraz aktualnym stanie zdrowia dziecka. Odnośnie do pierwszego zarzutu, czyli nieprzeprowadzenia badań dodatkowych, OSŁ stwierdził, że wykonanie ich nie wpłynęłoby na inną ocenę stanu klinicznego pokrzywdzonej i ewentualną decyzję o wcześniejszym ukończeniu ciąży. Natomiast odnośnie do zarzutu drugiego, jeśli odczytanie przez obwinionego wieczornych zapisów badań KTG było prawidłowe, to łącznie z dalszą obserwacją kliniczną pokrzywdzonej najprawdopodobniej powinno skłonić lekarza do wcześniejszego ukończenia ciąży. Okręgowy Sąd Lekarski zauważył jednak, że absolutnie nie można mieć pewności, że wcześniejsze o 8–6 godzin ukończenie ciąży w tym konkretnym przypadku infekcyjnej choroby matki i płodu zmniejszyłoby ryzyko niepożądanych następstw u dziecka. Podstawowym problemem medycznym było ostre nieokreślone zakażenie u matki (prawdopodobnie wirusowe: objawy i przebieg choroby u matki, wyniki badań laboratoryjnych), które szybko zostało przeniesione na płód. Zarówno zamartwica urodzeniowa, jak i rozpoznanie wrodzonego zapalenia płuc o nieustalonej etiologii są bowiem w przypadku noworodka objawami uogólnionego zakażenia nabytego w życiu wewnątrzmacicznym. Należy podkreślić, że nie rozpoznano innych niż zakażenie wewnątrzmaciczne przyczyn, które mogły wpłynąć na stan zdrowia dziecka. Zdaniem OSŁ wszelkie niekorzystne następstwa w okresie noworodkowym i w dalszym okresie rozwoju dziecka należy tłumaczyć bez wątpienia przede wszystkim wystąpieniem ostrego zakażenia (wirusowego) u matki i płodu. Natomiast opóźnione ukończenie ciąży o 8–6 godzin mogło w ogóle nie być istotne dla przebiegu choroby u dziecka. Okręgowy Sąd Lekarski nie widzi tu dowodów na związek przyczynowy pomiędzy opóźnieniem decyzji o cięciu cesarskim a ciężkim stanem noworodka. Zakażenia wirusowe u płodu, które zostały nabyte w okresie tuż przed porodem, często cechują się bardzo ciężkim przebiegiem klinicznym po urodzeniu, na które postępowanie położnicze może mieć niewielki wpływ. Niemniej jednak sąd uznał obwinionego winnym w zakresie obu postawionych zarzutów i wymierzył karę upomnienia. W kontekście orzeczonej kary istotne jest, że lekarz obwiniony wykazał skrucę odnośnie do przypisanego mu niedokładnego laboratoryjnego monitorowania ciąży oraz oceny stanu pacjentki w badaniu KTG.

Pokrzywdzona złożyła odwołanie do Naczelnego Sądu Lekarskiego (dalej: NSL). W ocenie NSL ustalenia Okręgowego Sądu Lekarskiego w Poznaniu dotyczące stanu faktycznego sprawy są prawidłowe i przy istniejących w sprawie dowodach brak jest podstaw do ich skutecznego zakwestionowania. Okręgowy Sąd Lekarski zasadnie przyjął, że sam stan noworodka i pH krwi pępowinowej zaprzeczają możliwości utrzymania wysokiego stanu niedotlenienia przez okres 10 godzin, tj. od momentu wieczornego badania KTG do rozwiązania ciąży cięciem cesarskim. Należy zwrócić uwagę, że dopiero poranny zapis KTG był tym badaniem, które wymuszało natychmiastowe rozwiązanie ciąży, przy czym warunki organizacyjne w szpitalu uniemożliwiały szybsze wykonanie tego zabiegu. Sąd II instancji po przesłuchaniu obwinionego nie dopatrywał się w działaniach lekarza opieszałości i zaniedbań w organizowaniu cięcia cesarskiego, które stwarzałyby podstawy do wymierzenia mu kary surowszej niż upomnienie³⁷.

„ROZPOZNANIE SZTANDAROWE” W PRAKTYCE POŁOŻNICZEJ

Z medycznego punktu widzenia proces diagnostyczny składa się z analizy i interpretacji badania podmiotowego, przedmiotowego i badań laboratoryjnych, a jego efektem powinno być ustalenie rozpoznania klinicznego oraz wdrożenie prawidłowego postępowania wobec ciężarnej pacjentki. Biorąc pod uwagę stopień złożoności rozmaitych rozpoznań, można wydzielić spośród nich pewne kategorie, np. rozpoznanie sztandarowe. Oznacza to, że obraz kliniczny w istocie nie będzie oznaczał nic innego³⁸. W przypadku cholestazy ciężarnych rozpoznanie ustala się, m.in., na podstawie obecności świądu oraz nieprawidłowości w badaniach laboratoryjnych dotyczących czynności wątroby, w tym wzrostu stężenia w surowicy krwi kwasów żółciowych, który może być pierwszą i jedyną nieprawidłowością laboratoryjną. W sprawie cholestazy Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej prowadził postępowanie wyjaśniające w celu ustalenia, czy postępowanie lekarzy Oddziału Ginekologiczno-Położniczego Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w S. wobec ciężarnej pacjentki w trakcie hospitalizacji i porodu zakończonych śmiercią dziecka było przewinieniem zawodowym. Uwzględniając uzyskany w sprawie materiał dowodowy rzecznik ustalił, że pokrzywdzona przebywała na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym dwukrotnie. Pierwszy raz w 37 tygodniu ciąży z powodu świądu skóry, uzasadniającego podejrzenie cholestazy ciążowej. U pokrzywdzonej wykonano podstawowe badania laboratoryjne (morfologia, ALAT, AspAT, fosfataza zasadowa, kreatynina i badanie moczu), badanie USG jamy brzusznej, badanie USG Doppler naczyń pępowinowych. Tym samym potwierdzono wstępną diagnozę cholestazy, natomiast nie odnotowano zmian patologicznych w rozwoju płodu. W czasie tego pobytu nie wykonano oznaczenia stężenia kwasów żółciowych

37 Orzeczenie Naczelnego Sądu Lekarskiego z dnia 7 kwietnia 2016 r., sygn. akt NSL Rep. 178/OWU/15, niepublikowane.

38 P. Zaborowski, dz. cyt., s. 112–113.

w surowicy krwi. Wdrożono leczenie objawowe poprzez podawanie dożylnie glukozy z witaminą C. Decyzję o wypisie pokrzywdzonej z zaleceniem ponownego zgłoszenia się do szpitala podjął obwiniony lekarz podczas obchodu. Zgodnie z zaleceniami lekarskimi, pokrzywdzona będąc między 39 a 40 tygodniem ciąży zgłosiła się znów na Oddział Ginekologiczno-Położniczy, gdzie po raz drugi została przyjęta celem obserwacji cholestazy ciążyowej. W badaniu podmiotowym i przedmiotowym nie stwierdzono odchyień od normy. Pokrzywdzona wyczuwała ruchy płodu, wody płodowe były zachowane. Zapis KTG był w normie.

Następnego dnia u pokrzywdzonej wykonano oznaczenie stężenia kwasów żółciowych w surowicy krwi, na który ze względów organizacji pracy w tym podmiocie (badanie wysyłano do innej placówki) czekano dwa dni. Dwa dni później u pokrzywdzonej wystąpiły silne, ok. 30–40-sekundowe skurcze w odstępach 2-minutowych. Pokrzywdzona zgłosiła to położnym. Przeniesiono pokrzywdzoną na salę porodową, gdzie nie stwierdzono cech rozpoczynającego się porodu i przewieziono ją z powrotem do sali oddziałowej. Podłączono aparat do badania KTG, w którym początkowo tętno dziecka wynosiło 140 uderzeń na minutę. Po pewnym czasie włączył się alarm w urządzeniu. Bóle u pokrzywdzonej utrzymywały się, natomiast tętno dziecka było niewyczuwalne, odnotowano jedynie pojedyncze uderzenia, co do których nie było pewności, czy nie są tętnem matki. Z powodu podejrzenia zamartwicy wewnątrzmacicznej płodu zdecydowano o wykonaniu cesarskiego cięcia w trybie natychmiastowym. Decyzję tę podjęła lekarz dyżurna, operatorem był inny lekarz. W wyniku zabiegu wydobyto noworodka płci żeńskiej bez oznak życia (o punktów w skali Apgar); wody płodowe były koloru zielonego. Pomimo podjętych czynności reanimacyjnych nie udało się przywrócić czynności życiowych noworodka. O śmierci dziecka pokrzywdzoną poinformował obwiniony lekarz w towarzystwie męża pokrzywdzonej. Jako przyczynę zgonu podał niewydolność, nie wyjaśniając nic więcej. Przeprowadzona sekcja zwłok noworodka wykazała, że zgon nastąpił w wyniku ostrego niedotlenienia – zamartwicy wewnątrzmacicznej płodu.

Wewnątrzwątrobowa cholestaza ciężarnych stanowi najczęstszą odwracalną chorobę wątroby ściśle związaną z ciążą, ustępującą samodzielnie po jej rozwiązaniu, ale w kolejnych ciążach ujawniającą się ponownie, przybierającą bardziej nasiloną postać. Zdaniem OSŁ z punktu widzenia tej jednostki chorobowej badanie poziomu stężenia kwasów żółciowych w surowicy krwi to jeden z najważniejszych parametrów, który pozwala na ocenę, czy cholestaza ma postać łagodną czy ciężką. Zwykle wartości graniczne mieszczą się w zakresie 6–20 umol/l. Ciężka postać cholestazy występuje, gdy stężenie kwasów żółciowych przekracza 40 umol/l i wiąże się ze wzrostem ryzyka wystąpienia porodu

przedwczesnego, oddania smółki i obecnością zielonego płynu owodniowego. U pokrzywdzonej wystąpiła łagodna postać cholestazy, ponieważ poziom kwasów żółciowych wynosił 16,6 umol/l.

Biorąc pod uwagę ustalony stan faktyczny, w ocenie OSŁ obwiniony dopuścił się przewinienia zawodowego nienależytej staranności w postępowaniu lekarskim, co polegało na niewłączeniu właściwego postępowania terapeutycznego oraz niepodjęciu decyzji o wcześniejszym ukończeniu ciąży pokrzywdzonej. Obwiniony postawił prawidłowe rozpoznanie. Jednakże nieprawidłowym postępowaniem lekarskim był brak oznaczenia poziomów kwasów żółciowych podczas pierwszego pobytu pokrzywdzonej na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym. Badanie to stanowiło klucz do ustalenia, jaką postać ma rozpoznana choroba. Oznaczenie po raz pierwszy stężenia kwasów żółciowych podczas drugiej hospitalizacji pokrzywdzonej nie może być uznane za prawidłowe. Wyniki bowiem otrzymano dzień po urodzeniu martwego noworodka przez pokrzywdzoną. Obwiniony wiedząc, jaki jest czas oczekiwania na wynik tego badania, powinien oznaczyć poziom kwasów żółciowych już podczas pierwszego pobytu pokrzywdzonej w kierowanym przez niego oddziale i stale go monitorować.

Określenie łagodnego czy ciężkiego przebiegu cholestazy u pokrzywdzonej ma znaczenie przy podejmowaniu decyzji o rozwiązaniu ciąży. Stwierdzenie łagodnej postaci cholestazy ciężarnych jest wskazaniem do próby zakończenia ciąży drogami natury pomiędzy 36 a 38 tygodniem ciąży, a w razie niepowodzenia indukcji porodu – rozwiązania cięciem cesarskim. Wydłużenie czasu trwania ciąży do 40 tygodnia powoduje wzrost ryzyka zagrożenia obumarcia wewnątrzmacicznego płodu. Wynika to z rekomendacji Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Okręgowy Sąd Lekarski uznał obwinionego winnym niedołożenia należytej staranności w opiece nad ciężarną, polegającego na tym, iż nie podjął decyzji o wcześniejszym ukończeniu ciąży pokrzywdzonej, tj. popełnił przewinienie zawodowe, polegające na naruszeniu art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry w związku z artykułami 8 i 39 KEL. Sąd lekarski wymierzył obwinionemu karę sześciu miesięcy ograniczenia zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza poprzez orzeczenie zakazu wykonywania zawodu lekarza w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej³⁹. Ponadto na podstawie art. 89 ust. 4 ustawy o izbach lekarskich OSŁ obciążył obwinionego częściowo kosztami postępowania, tj. kwotą 2000 zł, na rzecz Okręgowej Izby Lekarskiej. Pokrzywdzona złożyła odwołanie do Naczelnego Sądu Lekarskiego. Odwołanie okazało się częściowo zasadne, tj. w zakresie, w jakim zmierzało do uchylenia zaskarżonego orzeczenia OSŁ i przekazania sprawy do ponownego rozpatrzenia przez Sąd I instancji z powodu błędów proceduralnych⁴⁰.

³⁹ Orzeczenie Okręgowego Sądu Lekarskiego w Łodzi z dnia 27 października 2016r., sygn. akt 11/Wu/2013, niepublikowane.

⁴⁰ Orzeczenie Naczelnego Sądu Lekarskiego z dnia 17 czerwca 2016 r., sygn. akt NSL Rep. 36/OUW/16, niepublikowane.

PODSUMOWANIE

Medycyna jest dziedziną nauki, która zwraca uwagę na dwie podstawowe wartości: profesjonalizm oraz etykę⁴¹. Medycyna bez etyki może zgubić właściwy kierunek oraz swój najgłębszy sens, jakim jest dobro chorego pacjenta. W położnictwie jest dwóch pacjentów: kobieta ciężarna i jej dziecko. Z tego względu powinności lekarza najlepiej oddają dwie normy odnoszące się do należytej staranności: etyczna (art. 8 KEL) oraz prawna (art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry). Są to fundamentalne zasady wykonywania zawodu lekarza,

W położnictwie jest dwóch pacjentów: kobieta ciężarna i jej dziecko. Z tego względu powinności lekarza najlepiej oddają dwie normy odnoszące się do należytej staranności: etyczna (art. 8 KEL) oraz prawna (art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry). Są to fundamentalne zasady wykonywania zawodu lekarza, które zobowiązują lekarza położnika do postępowania zgodne z aktualną wiedzą medyczną, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością, poświęcając pacjentce i jej nienarodzonemu dziecku należyny czas.

które zobowiązują lekarza położnika do postępowania zgodne z aktualną wiedzą medyczną, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością, poświęcając pacjentce i jej nienarodzonemu dziecku należyny czas. Tego czasu na monitorowanie ciężarnej pacjentki i jej dziecka zabrakło w pierwszym z analizowanych orzeczeń OSL. W kolejnej rozpatrywanej przez sąd lekarski sprawie lekarz położnik nie zaplanował w odpowiednim czasie badań laboratoryjnych, które pomogłyby ocenić postać cholestazy, a tym samym podjąć wcześniej odpowiednie decyzje dotyczące wcześniejszego rozwiązania ciąży. Analizowane przykłady wskazują, że szczególnie gdy pacjentem jest kobieta ciężarna i jej dziecko, lekarze stają w sytuacjach wyjątkowo trudnych przy podejmowaniu decyzji. Lekarze potrzebują nie tylko klarownych deklaracji ideałów i ogólnych norm, ale

też względnie szczegółowych wskazówek uwzględniających społeczne, technologiczne i prawne realia ich pracy⁴². Szczególną rolę w interpretowaniu norm dotyczących standardów wykonywania zawodu lekarza ma orzecznictwo sądów lekarskich. Zadaniem sądów lekarskich jest z jednej strony umacnianie prawidłowych postaw lekarzy, a z drugiej krytyka zachowań godzących w zawód. W położnictwie sądy lekarskie podkreślają, iż obowiązkiem lekarza jest leczenie ciężarnej pacjentki i jej dziecka sumiennie i starannie.

42 P. Łuków, *Kodeks etyki to nie wszystko*, „Gazeta Dolnośląskiej Izby Lekarskiej »Medium«”, nr 6–7 (czerwiec–lipiec 2016), s. 17–19.

ABSTRAKT/ABSTRACT

Artykuł opisuje obowiązki lekarza i jego zawodową odpowiedzialność względem ciężarnej matki i jej dziecka w ramach krajowego porządku prawnego. Tekst stanowi próbę analizy ukazującej specyfikę pracy lekarza, podejmującego działania w aspekcie ochrony życia. Autorka definiuje pojęcie należytej staranności w położnictwie i pokazuje jej stosowanie na przykładach orzeczeń sądu lekarskiego.

The article describes the duties of a doctor and his or her professional responsibility towards a pregnant mother and her child under the Polish legal order. The text is an attempt to analyze the specificity of the doctor's work, who takes actions to protect human life. The text analyses the doctor's service in the aspect of protecting life. The author defines the concept of due diligence in obstetrics and discusses its application using examples of medical court decisions.

SŁOWA KLUCZOWE/KEYWORDS

ciąża, należyta staranność, ochrona życia, odpowiedzialność zawodowa, położnictwo

pregnancy, due diligence, obstetrics, professional responsibility, protection of life