

OBOWIAZEK NALEŻYTEJ STARANNOŚCI LEKARZA WOBEC DZIECKA POCZĘTEGO NA PRZYKŁADZIE ORZECZEŃ SĄDÓW LEKARSKICH

Wstęp

W dniu otrzymania dyplomu lekarz, wypowiadając słowa przyrzeczenia lekarskiego, które jest wstępem do Kodeksu Etyki Lekarskiej¹, przyrzeka uroczyscie „służyć życiu”. Musi zatem zdawać sobie sprawę jakie obowiązki wiążą się z tym przyrzeczeniem i służbą. Obowiązki te wynikają zarówno z przepisów prawa, jak i norm etycznych. Naruszenie ciążących na lekarzu obowiązków związanych z ochroną życia może prowadzić do pociągnięcia go do odpowiedzialności również przed organami samorządu zawodowego, czyli odpowiedzialności zawodowej. Zgodnie z art. 53 ustawy o izbach lekarskich² odpowiedzialność zawodową będzie ponosił każdy lekarz, który nie przestrzega przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza oraz zasad etyki lekarskiej. W związku z tym przesłanki odpowiedzialności zawodowej lekarzy należy podzielić na dwie grupy. Jedną można umownie nazwać prawną, gdyż obejmuje ona naruszenia prawa („przepisy związane z wykonywaniem zawodu lekarza”), a drugą – etyczną, ponieważ odnosi się ona do naruszenia norm i wartości etycznych („naruszenie zasad etyki lekarskiej”).

Przepisy związane z wykonywaniem zawodu to wszelkie przepisy ustawowe i akty wykonawcze do tych przepisów dotyczące wykonywania zawodu lekarza, w szczególności ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza den-

1 Kodeks Etyki Lekarskiej (tekst jedn. z 2 stycznia 2004 r., w brzmieniu nadanym uchwałą VII Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy z 20 września 2003 r.), http://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0003/4764/Kodeks-Etyki-Lekarskiej.pdf, dostęp 25 lipca 2017.

2 Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. 2009 nr 219 poz. 1708 z późn. zm.).

tysty³, ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej czy ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Z kolei zasady etyki lekarskiej tworzone są przez normy zawarte we wspomnianym już Kodeksie Etyki Lekarskiej. Kodeks Etyki Lekarskiej został uchwalony przez Nadzwyczajny Krajowy Zjazd Lekarzy na podstawie przepisów ustawy o izbach lekarskich, które to przepisy upoważniały samorząd lekarzy do ustanowienia dla wszystkich lekarzy zasad etyki i deontologii zawodowej. Przestrzeganie zasad Kodeksu Etyki Lekarskiej gwarantowane jest przepisami ustawy o izbach lekarskich, które stanowią o odpowiedzialności lekarzy przed sądami dyscyplinarnymi za postępowanie sprzeczne z zasadami etyki lekarskiej i deontologii lekarskiej. W tym przypadku warto podkreślić, 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 lekarza⁴.

Kodeks Etyki Lekarskiej wobec początków życia

Lekarz, wykonując swój zawód, jest zobowiązany kierować się zasadami etyki lekarskiej, zatem zasadne jest rozpocząć rozważania dotyczące obowiązków lekarza od norm zawartych w samym Kodeksie Etyki Lekarskiej. Kodeks odnosi się do początków życia i tym samym do dziecka poczętego w zawierającym trzy przepisy rozdziale zatytułowanym „Prokreacja”, które stanowią uzupełnienie ogólnych zasad postępowania lekarza w stosunku do sytuacji szczególnej, jaką jest przekazywanie ludzkiego życia.

Dla służby życiu określającej zadania lekarza należy poradnictwo w zakresie ochrony życia w ogóle, a poczętego życia w szczególności⁵. Na obowiązki w tym zakresie wskazuje art. 38 ust. 1 Kodeksu, 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”. Niestety, powyższy zapis normy etycznej budzi poważne zastrzeżenia. Norma ta stanowi, iż lekarz „powinien”, co oznacza „musi” z poczuciem szczególnej odpowiedzialności, odnosić się do procesu przekazywania życia ludzkiego. Skoro jest to obowiązek lekarza, to jak go odnieść do dalszej części przepisu, która mówi o „poczuciu”⁶. Czy normy deontologiczne mogą opierać się na tak subiektywnym kryterium, jak „poczucie odpowiedzialności”? Od lekarzy wymaga się odpowie-

3 Ustawa z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. 2008 nr 136 poz. 857 z późn. zm.).

4 Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 11 lutego 2016 r., sygn. SDI 71/15.

5 S. Olejnik, *Etyka lekarska*, Katowice 1995, s. 93.

6 J. Haberko, *Komentarz do Kodeksu Etyki Lekarskiej*, „Medyczna Wokanda” nr 6 (2014), s. 41–42.

działności za proces przekazywania życia, nie zaś samego pocucia odpowiedzialności. Lekarz przekonany o swych racjach nie może być oskarżony o naruszenie norm etycznych, skoro zapisano, że wystarczy, aby miał poczucie odpowiedzialności⁷. Nie jasne jest również określenie „odnosić się do procesu przekazywania życia”. Wydaje się, że chodzi o szacunek lekarza w odniesieniu do przekazywania życia ludzkiego, które ma własny charakter pochodzący z samej właściwości osoby ludzkiej⁸.

Następny przepis to art. 38 ust. 2 Kodeksu Etyki Lekarskiej: „Lekarz powinien udzielać zgodnych z wiedzą medyczną informacji dotyczących procesów zapłodnienia i metod regulacji poczęć, uwzględniając ich skuteczność, mechanizm działania i ryzyko”. Oznacza to, że lekarz z racji swego przygotowania zawodowego powinien uczestniczyć w wyjaśnianiu aspektów życia płciowego, które wynikają z fizjologii, i w miarę potrzeb osób zwracających się do niego służyć radą i pomocą⁹. W doktrynie wskazuje się, że przepis ten jest mało precyzyjny, ponieważ nie wiadomo, komu lekarz powinien udzielić tych informacji¹⁰. Z punktu widzenia ogólnych zasad postępowania lekarza wydaje się, że należy przyjąć, iż przepis ten nakłada na lekarza obowiązek informowania zainteresowanych tą problematyką pacjentów o procesach zapłodnienia i regulacji poczęć. Zatem odnosi się to do udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach np. porad lekarskich.

W art. 38 ust. 3 Kodeksu Etyki Lekarskiej znajdują się przepisy odnoszące się do badań prenatalnych, z których wynika obowiązek lekarza do zapoznania pacjentów z wymogami współczesnej genetyki lekarskiej, a także diagnostyki i terapii przedurodzeniowej. Stwierdza, że lekarz powinien informować pacjentów o możliwościach współczesnej diagnostyki dziecka w okresie płodowym pod kątem jego wyposażenia genetycznego. Wracając do reguł postępowania zawartych w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty, informacja taka powinna być pełna, zrozumiała dla odbiorcy i – jeśli jest to możliwe – udzielona obojgu rodzicom. Równocześnie, przekazując powyższe informacje, lekarz ma obowiązek poinformować o ryzyku związanym z przeprowadzeniem badań przedurodzeniowych. Zadaniem lekarza jest stwierdzenie, czy w ogóle istnieje uzasadniony powód do

7 T. Zielonka, *Na marginesie Kodeksu Etyki Lekarskiej – art. 38 ust. 1 primo*, <http://spolecznosc.gazetalekarska.pl/gazeta-lekarska-archiwum-wydan/2001/numer-2001-11/na-marginesie-kodeksu-etyki-lekarskiej>, dostęp: 25 lipca 2017.

8 Instrukcja o szacunku dla rodzącego się życia ludzkiego i o godności jego przekazywania. Odpowiedzi na niektóre aktualne zagadnienia, Kongregacja Nauki Wiary, Rzym 22 lutego 1987, http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19870222_respect-for-human-life_pl.html, dostęp: 25 lipca 2017.

9 T. Brzeziński, *Etyka lekarska*, Warszawa 2011, s. 153.

10 J. Haberko, *Prokreacja. Kilka uwag komentarza do art. 38–39a Kodeksu Etyki Lekarskiej*, „Medyczna Wokanda” nr 6 (2014), s. 43–44.

przeprowadzenia badań genetycznych (np. wiek rodziców, wcześniejsze poronienia, urodzenie dziecka z chorobą uwarunkowaną genetycznie, śmierć dziecka wkrótce po urodzeniu, bliskie pokrewieństwo małżonków itp.)¹¹.

Odpowiedzialność za dziecko i matkę

Z punktu widzenia obowiązków lekarza wobec dziecka poczętego kluczowe znaczenie ma art. 39 Kodeksu Etyki Lekarskiej. Poprzedni przepis Kodeksu podkreślał szczególną odpowiedzialność lekarza wobec procesu przekazywania ludzkiego życia, konieczność udzielania wiarygodnych informacji dotyczących procesu zapłodnienia i metod regulacji poczęć oraz wskazywał zasady etyczne diagnostyki prenatalnej, ten przepis z kolei kładzie wyraźny nacisk na troskę lekarza o matkę i dziecko w dalszych etapach rozwoju ciąży. Artykuł 39 Kodeksu Etyki Lekarskiej stanowi: „Podjęmując 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”. Z treści tej normy wynika odpowiedzialność lekarza za życie i zdrowie dziecka oraz jego obowiązku do czynienia starań o zachowanie jego zdrowia i życia również przed urodzeniem¹². Zakłada jednakowe traktowanie matki i dziecka przed urodzeniem. Lekarz nie może zapominać, że ma do czynienia nie z jednym, lecz z dwoma pacjentami. Zarówno matka, jak i dziecko muszą być przedmiotem największej i jednokowej troski lekarza¹³.

W kolejnych artykułach Kodeks Etyki Lekarskiej chroni embrion ludzki. Artykuł 45 ust. 2 rozdziału II Kodeksu Etyki Lekarskiej zajmuje się kwestią eksperymentów: „Lekarzowi nie wolno przeprowadzać eksperymentów badawczych z udziałem człowieka w stadium embrionalnym”. Z kolej ust. 3 tego artykułu dopuszcza tylko takie eksperymenty terapeutyczne na embrionach, które zgodnie z zasadą ryzyka proporcjonalnego przynoszą embrionom korzyść zdrowotną: „Lekarz może przeprowadzać eksperymenty lecznicze z udziałem człowieka w stadium embrionalnym tylko wtedy, gdy spodziewane korzyści zdrowotne w sposób istotny przekraczają ryzyko zdrowotne embrionów niepoddanych eksperymentowi leczniczemu”. W doktrynie podnosi się, że omawiane powyżej przepisy art. 45 ust. 2 i 3 Kodeksu Etyki Lekarskiej odnoszą się zarówno do człowieka w stadium embrionalnym, rozwijającym się *in utero*, jak i do embrionu znajdującego się poza ustrojem kobiety

11 A. Muszala, *Kodeks Etyki Lekarskiej – odcinek 40: Troska lekarza o ochronę początkowych stadiów życia ludzkiego*, „Medycyna Praktyczna” nr 1 (2017), s. 128–132.

12 A. Gubiński, *Kodeks Etyki Lekarskiej – komentarz*, Warszawa 1995, s. 161.

13 A. Muszala, *Kodeks Etyki Lekarskiej – odcinek 41: Medycyna prenatalna w trosce o matkę i dziecko*, „Medycyna Praktyczna” nr 2 (2017), s. 115–116.

(*in vitro*). Niedopuszczalne byłoby różnicowanie pozycji prawnej samego dziecka poczętego w zależności od tego, czy zostało poczęte naturalnie, czy pozaustrojowo, oraz ze względu na to, czy znajduje się w stanie preimplantacyjnym, czy rozwija się już w łonie matki. W tym kontekście, podzielić należy stanowisko doktryny, iż *de lege ferenda* embrion *in vitro* powinien przyjąć status dziecka poczętego¹⁴.

Podobnie chronią ludzki embrion normy podane w rozdziale IIb Kodeksu Etyki Lekarskiej odnoszące się do ludzkiego genomu. Kodeks Etyki Lekarskiej ujął zagadnienie ochrony genomu w jednym przepisie, którego zakres jest bardzo zbliżony do Europejskiej Konwencji Bioetycznej¹⁵. Przepisy Kodeksu są jednak skierowane do lekarzy, dlatego np. zakaz dyskryminacji adresowany jest do lekarzy, odpowiedni zakaz Konwencji ma zaś zastosowanie powszechne¹⁶. W artykule 51h ust. 1 Kodeksu Etyki Lekarskiej czytamy: „Lekarzowi nie wolno dyskryminować osób ze względu na dziedzictwo genetyczne”. Tak więc zakazy eksperymentowania na embrionach ludzkich, eliminowania ich z powodów wad genetycznych, zakaz ich klonowania w celach reprodukcyjnych lub terapeutycznych – potwierdzają opowiedzenie się Kodeksu Etyki Lekarskiej z 2003 r. za ochroną życia ludzkiego od jego początku¹⁷.

Należyta staranność

Formując w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw pacjenta katalog praw, ustawodawca nie dostrzegł problemu szczególnej pozycji pacjentki ciężarnej i nie uregulował odrębnie zasad udzielania jej świadczeń zdrowotnych, by odzwierciedlały specyfikę sytuacji wynikającą z konieczności uwzględnienia interesu płodu w trakcie udzielania świadczeń¹⁸. W związku z tym analizując obowiązki lekarza wobec dziecka poczętego, należy odnosić się do ogólnych zasad postępowania medycznego, wynikających m.in. z ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty. Kluczowe znaczenie z punktu widzenia zawodu lekarza ma art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, który zawiera podstawowe dyrektywy postępowania lekarza. Przewiduje on wiążące lekarza obowiązki, a równocześnie zarysowuje

14 M. Puk, *Eksperyment medyczny w świetle Kodeksu Etyki Lekarskiej. Zagadnienia problemowe*, „Medyczna Wokanda” nr 7 (2015), s. 106, J. Haberk, *Cywilnoprawna ochrona dziecka poczętego a stosowanie procedur medycznych*, Warszawa 2010, s. 95–109.

15 Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Godności Istoty Ludzkiej Wobec Zastosowań Biologii i Medycyny, zwana Konwencją Bioetyczną, została przyjęta przez Komitet Ministrów Rady Europy 19 listopada 1996 r. Polska podpisała tę Konwencję, ale do dzisiaj jej nie ratyfikowała. Council of Europe Treaty Series 1997, No. 164.

16 T. Gardocka, *Ochrona genomu ludzkiego*, „Medyczna Wokanda” nr 7 (2015), s. 47.

17 S. Biesag, *Kodeks Etyki Lekarskiej*, „Medyczna Praktyczna” nr 9 (2006), s. 24.

18 M. Reshef, *Płód – pacjentem w świetle obowiązujących przepisów prawa w Polsce*, [w:] *Medyczne prawo karne*, red. T. Gardocka, D. Jagiełło, Warszawa 2016, s. 94.

granice wynikających z nich powinności. Z tego przepisu wynika, po pierwsze, obowiązek wykonywania przez lekarza zawodu zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej, jednak z zastrzeżeniem, że dostępnymi mu metodami i środkami. Po drugie, przepis ten ustanawia obowiązek przestrzegania zasad etyki zawodowej. Po trzecie, wprowadza on nakaz zachowania przy wykonywaniu czynności zawodowych należytej staranności¹⁹.

Na jakość udzielanych świadczeń zwraca również uwagę art. 8 Kodeksu Etyki Lekarskiej: „Lekarz powinien prowadzić wszelkie postępowanie diagnostyczne, terapeutyczne i zapobiegawcze z należyłą starannością, poświęcając im niezbędnny czas”. Kodeks Etyki Lekarskiej używa, tak jak Kodeks cywilny, pojęcia należytej staranności. Występujące w obszarze prawa medycznego pojęcie postępowania z należyłą starannością zostało zapożyczzone z prawa cywilnego – art. 355 § 2 k.c. Natomiast sama staranność w znaczeniu potocznym jest postawą charakteryzującą się sumiennością, rzetelnością, troską o ogólnie pojęte dobro drugiego²⁰. Najbardziej trafną definicję tego pojęcia zawarto w treści orzeczenia francuskiego sądu kasacyjnego z 20 maja 1936 r.: lekarz zobowiązuje się wobec pacjenta do dania zabiegów sumiennych, uważnych i z zastrzeżeniem okoliczności wyjątkowych, zgodnych z zasadami wiedzy, a nie rezultatu²¹. Natomiast w art. 355 § 1 k.c. chodzi o staranność wymaganą w stosunkach danego rodzaju, przy czym staranność dłużnika w zakresie prowadzonej przez niego działalności gospodarczej określa się przy uwzględnieniu zawodowego charakteru tej działalności. Lekarz jako profesjonalista ma obowiązek wykonywania zawodu z należyłą starannością. Kodeks cywilny nie określa, na czym zachowanie należytej staranności ma polegać. W doktrynie podnosi się, że jest to ustalenie pewnej miary, wzorca, według którego należy oceniać postępowanie lekarza. Wzorcem, do którego należy sięgać, jest w odniesieniu do lekarza jest wzorzec „dobrego fachowca”. W literaturze, na podstawie analizy orzecznictwa sądowego, twierdzi się, że „musi to być jednak staranność wysokiego stopnia, oznaczająca, że powstanie wypadku czy innego ujemnego dla pacjenta zdarzenia wyrządzającego mu szkodę było nie do uniknięcia nawet przez najbardziej przezornego, starannego i kwalifikowanego lekarza”²². Z praktycznego punktu widzenia należyta staranność

19 E. Zielińska, *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*, Warszawa 2014.

20 A. Muszala, P. Jaranowski, *Kodeks Etyki Lekarskiej – odcinek 15: Z należyłą starannością, poświęcając swój czas*, „Medycyna Praktyczna”

21 M. Sośniak, *Elementy zawodowe w odpowiedzialności odszkodowawczej*, „Palestra” nr 9 (1964), s. 4–8.

22 M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, s. 42; M. Sośniak, *Należyta staranność. Cywilna odpowiedzialność lekarza*, s. 103 i n.

to z jednej strony otwarty katalog wielu czynności, które lekarz powinien wykonać w stosunku do chorego, z drugiej – uporządkowany i przemyślany katalog działań.

Lekarze często domagają się stworzenia półzamkniętej lub zamkniętej listy niezbędnych czynności, odnoszących się do określonego „przypadku”. Wiele takich procedur/schematów postępowania już opisano, jednak wiele podlega stałej modyfikacji, związanej np. z postępem i rozwojem medycyny²³. Nie należy zapominać, że nie da się stworzyć procedur/schematów dla wszystkich możliwych przypadków. Należy zatem kierować się zasadą należytej staranności, wykonywać swoje obowiązki w sposób poprawny, najlepszy z możliwych, jak najlepiej, z zachowaniem zdrowego rozsądku.

Dla osiągnięcia staranności ważny jest czas poświęcony dla pacjenta. Korzyści są obopólne: lekarz może dokładnie zebrać wywiad i zbadać pacjenta przedmiotowo, pacjent uspokaja się, bo może opowiedzieć o swoich dolegliwościach i bólu. Czas poświęcony pacjentowi buduje zaufanie, czyli fundament relacji lekarz – pacjent. Właściwa relacja lekarz – pacjent to – z jednej strony – fachowość i kompetencja zawodowa, z drugiej zaś – poświęcenie pacjentowi swojej uwagi, odpowiedniego czasu.

Wykonywanie zawodu lekarza wiąże się z pewną wiedzą teoretyczną oraz określonymi umiejętnościami praktycznymi. Wymagania stawiane lekarzowi zależą od poziomu jego wykształcenia i doświadczenia (lekarzom specjalistom z wieloletnią praktyką zawodową stawiane są wyższe wymagania)²⁴.

Z praktyki sądów lekarskich

Należy przyjąć, że postępowanie z należytą starannością oddaje najważniejszą zasadę, o jakiej lekarz nigdy nie może zapominać na każdym etapie swojego działania. Jednak w praktyce art. 8 Kodeksu Etyki Lekarskiej w zbiegu z art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty jest najczęściej naruszaną normą prawną z zakresu prawa medycznego.

NIEPRAWIDŁOWY ZAPIS KTG

Lekarze sprawujący opiekę nad matką i dzieckiem podczas porodu muszą działać z należytą starannością oraz powinni być przygotowani na każdą ewentualność, w tym również wykonanie czynności interwencyjnych w zakresie rodzącej oraz opieki nad noworodkiem. Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej pro-

23 G. Wrona, *O należytej staranności. Nie tylko w SOR!*, „Gazeta Lekarska” nr majowy (2015).

24 A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd w sztuce lekarskiej*, Karków 1998; E. Zielińska, *Wzajemne relacje w zespołowym działaniu medycznym w aspekcie odpowiedzialności karnej i zawodowej*, „Prawo i Medycyna” nr 9 (2001), s. 44.

wadził postępowanie wyjaśniające w sprawie skargi pacjentki związanej z niewłaściwym postępowaniem lekarzy szpitala ginekologiczno-położniczego w stosunku do matki i jej nienarodzonego dziecka. Pacjentka w 37. tygodniu ciąży zgłosiła się do szpitala 13 października 2011 r. około godz. 10.00 z powodu utrzymujących się od dwóch dni wymiotów (poprzedniej nocy wymiotowała prawie całą noc). Była to pierwsza ciąża pacjentki. Wody płodowe były zachowane, czuła ruchy płodu, a także odczuwała nieregularne skurcze. Lekarz przyjmujący pacjentkę nie badał ginekologicznie, zlecił wykonanie KTG. W tym czasie nie odnotowano żadnych nieprawidłowości w KTG, tętno dziecka wynosiło 100–140/min. Pokrzywdzona pacjentka została przyjęta do szpitala i przewieziono ją z izby przyjęć do sali przedporodowej. Podłączono KTG o godz. 12.18. W tym czasie pacjentka odczuwała silne bóle macicy, co zgłaszała położnym oraz lekarzom. O godz. 13.20 pokrzywdzona była badana przez jednego z obwinionych lekarzy, który był szefem dyżuru. Nie odnotował on w dokumentacji medycznej żadnych niepokojących zmian. Potwierdził imienną pieczętką i własnoręcznym podpisem wydruk z KTG i zalecił dalszą kontrolę KTG. Pacjenta oraz jej matka stale zgłaszały personelowi szpitala silne bóle macicy. O godz. 15.15 położna zanotowała zawężony zapis KTG i poinformowała o tym lekarza dyżurnego. O godz. 16.30 pojawił się drugi z obwinionych, który nie widząc pacjentki, zatwierdził imienną pieczętką oraz własnoręcznym podpisem zapisy KTG z godz. 13.20–16.30. Nie stwierdził czynności skurczowej w zapisach KTG i zlecił nawodnienie. Pokrzywdzona stale odczuwała bóle w okolicy macicy i wymiotowała. O godz. 19.20 była badana przez lekarza obwinionego, który był szefem dyżuru. Został on wezwany przez położną z powodu trudności w znalezieniu tętna płodu. Próby znalezienia tętna płodu aparatem KTG zakończyły się fiaskiem. Zlecono badanie USG, w którym obwiniony lekarz stwierdził brak czynności serca płodu. Pokrzywdzona siłami natury urodziła 14 października 2011 r. martwego noworodka płci żeńskiej. W badaniu autopsyjnym nie stwierdzono wad rozwojowych płodu. Stwierdzono natomiast cechy śmierci wewnątrzmacicznej spowodowanej najprawdopodobniej niewydolnością łożyska.

Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej postawił obu lekarzom zarzuty o popełnieniu przewinienia zawodowego, polegający na niepodjęciu działań mających na celu albo wyjaśnienie nieprawidłowości pojawiających się w zapisie KTG (zapis patologiczny – sinusoidalny, obraz obumierającego płodu), albo zakończenie ciąży pacjentki. Jest to naruszeniu art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty w związku z art. 8 Kodeksu Etyki Lekarskiej. W ocenie Rzecznika o godz. 13.20 jeden z obwinionych widział zapis KTG, a zapis ten wskazywał na nieprawidłowości, tj. bradykardię oraz skaczącą, a następnie zawężoną oscylację. Natomiast od godz. 14.30 zapis KTG wskazywał na obraz obumierającego płodu. Od tego momentu zachodziły bezwzględne wskazania do zakończenia ciąży

ciem cesarskim. Mimo to drugi z obwinionych, widząc ten obraz KTG, zlecił jedynie nawodnienie. Podkreślenia wymaga fakt, że lekarz obwiniony, który był szefem dyżuru, miał w swoim gabinecie podgląd wszystkich zapisów KTG pacjentek znajdujących się na bloku porodowym i w sali przedporodowej, dzięki czemu miał możliwość szybkiej reakcji w razie pojawiających się nieprawidłowości.

Wobec powyższego nie można ocenić zachowania obwinionych lekarzy wobec pokrzywdzonej jako należycie starannego. Obaj obwinieni lekarze pomimo istniejących nieprawidłowości w zapisie KTG pokrzywdzonej nie pojęli żadnych czynności mających na celu wyjaśnienie źródeł tych nieprawidłowości, nie została również przez obwinionych, pomimo występowania bezwzględnych wskazań, podjęta decyzja o wcześniejszym rozwiązaniu ciąży²⁵.

Zdaniem biegłego zapisy KTG, które oglądali obwinieni lekarze, wskazywały, że cięcie cesarskie powinno być wykonane w trybie pilnym. Szef dyżuru po stwierdzeniu zapisu z godz. 13.20 powinien zacząć organizować cięcie cesarskie i je wykonać. W tym również powinien być powiadomiony zespół neonatologiczny o możliwym złym stanie urodzeniowym dziecka. Natomiast zapis z godz. 16.30 to zapis patologiczny wskazujący na bardzo duże ryzyko obumarcia płodu. W tym przypadku należało wykonać cięcie cesarskie w jak najkrótszym czasie²⁶. W toku rozprawy 21 lipca 2016 r.²⁷ zebrany materiał dowodowy potwierdził, że płód przez wiele godzin manifestował dyskomfort. Zapis KTG trzykrotnie wskazywał, że częstość pracy serca płodu była nieprawidłowa, jednak nikt nie reagował. Była to sala porodowa o zwiększonym nadzorze, gdzie sprawnie działała aparatura. Zespół dyżurny lekarzy i położnych powinien się uzupełniać. Zabrakło pracy zespołowej – podkreślił w swoim wystąpieniu Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej.

CHOLESTAZA – ZAGROŻENIE DLA MATKI I DZIECKA

U pacjentki w 32. tygodniu ciąży stwierdzono podwyższony poziom kwasów żółciowych, pacjentka uskarżała się również na świąd skóry. Skierowana do szpitala z rozpoznaniem wewnątrzwątrobowej cholestazy ciężarnych.

Cholestaza stanowi najczęstszą odwracalną chorobę wątroby ściśle powiązaną z ciążą; samoistnie ustępuje po jej rozwiązaniu, ale w kolejnych ciążach (45–90%) zwykle ujawnia się ponownie i przybiera bardziej nasiloną postać. Do zaburzeń czynności wątroby polegających na zaburzeniu wchłaniania żółci dochodzi naj-

25 Wniosek o ukaranie z dnia 2 marca 2016 r., sygn. Rz.O.Z.- 40/14/Ld.

26 Opinia biegłego specjalisty położnictwa i ginekologii z dnia 2 stycznia 2015 r. i z dnia 27 listopada 2015 r., sygn. akt Rz.O.Z.- 40/14/Ld.

27 Rozprawa przed Okręgowym Sądem Lekarskim w Warszawie dnia 21 lipca 2016 r., sygn. OSL.630.13/16.

częściej w trzecim trymestrze ciąży. Cholestaza stanowi problem medyczny przede wszystkim ze względu na zagrożenia dla płodu: ryzyko porodu przedwczesnego i nagłej śmierci płodu.

Przy przyjęciu do szpitala w wywiadzie ustalono, że pacjentka nie leczyła się z powodu żadnych chorób przewlekłych. Pacjentka przeżyła jeden poród zakończony cięciem cesarskim i wówczas była obecna cholestaza ciężarnych, później było poronienie samoistne. W badaniu ginekologicznym nie stwierdzono zmian patologicznych, tętno płodu wynosiło 140 uderzeń/min. Podczas hospitalizacji wykonano wielokrotnie badanie, za każdym razem nie stwierdzono odchyień. Podwyższone były jedynie poziomy kwasów żółciowych. Zlecono kontrolę KTG oraz 6 razy na dobę osłuchiwać tętno. Ponadto wykonano USG w celu oceny przepływów, gdzie nie stwierdzono odchyień od normy. Na początku grudnia 2013 r., w związku z utrzymującym się wysokim poziomem kwasów żółciowych, pacjentka została zakwalifikowana do cięcia cesarskiego. Rano wykonano KTG – zapis prawidłowy, badano również tętno dziecka, które o godz. 12.15 wynosiło 140 uderzeń/min. Zabieg cięcia cesarskiego rozpoczęto o 13.20 (zgodnie z kartą znieczuleń), po rozpreparowaniu zrostów dziecko wydobyto o godz. 13.39. W toku zabiegu stwierdzono gęsty, zielony płyn owodniowy, pępowina była impregnowana zielonym płynem owodniowym, a wydobyty noworodek nie dawał oznak życia. Neonatolog obecny przy porodzie stwierdził, że płód jest wiotki, sino-biały, bez czynności serca, w żołądku i tchawicy obecny był gęsty zielony płyn owodniowy. Pomimo przeprowadzonych czynności resuscytacyjnych nie uzyskano czynności serca. W późniejszym protokole sekcyjnym nie stwierdzono wad u dziecka ani zakażenia płodu, zwrócono uwagę na zastój krwi w naczyniach krwionośnych i rozdętą żyłę pępowinową.

Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej postawił zarzuty lekarzowi prowadzącemu pacjentkę, że nie dołożył należytej staranności w procesie dignostyczno-lecznym ciężarnej pacjentki. Dysponując wynikami badań wątrobowych i kwasów żółciowych wskazującymi na zasadność podjęcia decyzji o wcześniejszym rozwiązaniu ciąży, zaniechał wykonania cięcia cesarskiego, co w konsekwencji doprowadziło do obumarcia płodu. Ponadto lekarz nie dopilnował aktualnej oceny dobrostanu płodu, ponieważ ostateczne badanie KTG było 5 godz. wcześniej, a badanie USG połączone z oceną przepływów krwi pępowinowej wykonano 5 dni przed cięciem cesarskim. Zdaniem Rzecznika jest to naruszenie art. 8 Kodeksu Etyki Lekarskiej w zbiegu z art. ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

Cholestaza to nie tylko zagrożenie dla matki, lecz także – przede wszystkim – dla dziecka. W opinii biegłych wysoki poziom kwasów żółciowych wpływa na wzrost pasażu smółki w jelitach płodu. Smółka zaś obkurcza naczynia łożyska, zwłaszcza żyłę pępowinową, powodując ostrą redukcję przepływu naczyniowego

i zgon płodu. Jednak obie biegłe podczas rozprawy²⁸ podkreśliły, że brak jest jednolitego stanowiska ekspertów w rekomendacjach dotyczących poziomu kwasów żółciowych, a lekarze mają dość dużą dowolność interpretacji co do bezpiecznej normy kwasów żółciowych. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego sugerują indukcję porodu przy niepowikłanej łagodnej cholestazie po zakończeniu dojrzałości płuc w 36.–38. tygodniu ciąży. W przypadku towarzyszącej żółtaczk, ukończenie ciąży zaleca się od 34. tygodnia ciąży. Należy rozważyć ryzyko niedojrzałości przy porodzie przedwczesnym w stosunku do ryzyka wewnątrzmacicznego obumarcia płodu²⁹. Zdaniem biegłych brak szczegółowych rekomendacji powoduje, że postępowanie wobec pacjentki z cholestazą należy zindywidualizować. Wysoki poziom kwasów żółciowych nie zawsze jest skorelowany ze stanem dziecka. Zdarza się nawet tak (co jest opisywane w literaturze), że przy niższych poziomach kwasów i przy prawidłowym KTG za godzinę dziecko jest martwe. Ryzyko obumarcia płodu jest większe u pacjentek z niskim ciśnieniem, tak jak to było u pokrzywdzonej – 90/60 mmHg w dniu operacji. Kolejnym faktem jest to, że pacjentka była długo ułożona na plecach w okresie przygotowania do cięcia cesarskiego i samego zabiegu połączonego z usuwaniem zrostów. Pozycja ta dodatkowo mogła się przyczynić do zaburzeń przepływu. W cholestazie nie można przewidzieć, kiedy nastąpi zgon dziecka.

Podsumowanie

Prawidłowe postępowanie lekarza związane jest z dobrami najwyższej rangi – zdrowiem i życiem człowieka, a w przypadku kobiety ciężarnej – ze zdrowiem i życiem matki i dziecka. Naruszenie reguł takiego postępowania prowadzić może do poniesienia przez lekarza odpowiedzialności karnej, cywilnej lub zawodowej. Odpowiedzialność zawodowa lekarzy napotyka na wiele trudności związanych ze specyfiką tej dziedziny. Wiąże się to z tym, że zasad postępowania i obowiązków lekarza należy szukać nie tylko w ogólnych przepisach prawa, lecz także w wielu ustawach szczególnych, jak również w normach etycznych.

Analizując Kodeks Etyki Lekarskiej, należy stwierdzić, że zobowiązuje on lekarza do podejmowania działań diagnostycznych i leczniczych wobec kobiety ciężarnej, jak i wobec jej dziecka. Działania te powinny być w ramach standardu należytej i najwyższej staranności zawodowej, gdzie konflikt między wyborem dobra, jakim

28 Rozprawa przed Okręgowym Sądem Lekarskim w Warszawie dnia 13 października 2016 r., sygn. OSL 630.24/16.

29 Rekomendacje Zespołu Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące postępowania w wewnątrzwątrobowej cholestazie ciężarnych, „Ginekologia i Położnictwo” nr 9 (2012), s. 713–717.

jest życie i zdrowie matki oraz życie i zdrowie dziecka poczętego, będzie w miarę możliwości minimalizowany³⁰. Należyta staranność w przypadku lekarza wiąże się z sumiennym przygotowaniem diagnozy, terapii i leczenia. Sumiennność i obowiązkowość stanowi ważny element pracy dobrego lekarza. Niesumiennność w wykonywaniu obowiązków ze strony lekarza może wyrządzić chorem, i często wyrządza, niepowetowane szkody³¹. Zdobycie tej cennej cechy, jaką jest staranność, w dobie pośpiechu i natłoku obowiązków jest dla lekarza szczególnie trudne³². Podczas opieki nad kobietą ciężarną przy wyborze środków i metod leczenia lekarz powinien mieć na uwadze dobro matki i dziecka. Przykłady spraw rozpatrywanych przez sądy lekarskie pokazują, że szczególnej staranności wymaga opieka okołoporodowa pacjentki ciężarnej, kiedy zagrożenie zdrowia i życia obu pacjentów jest najwyższe.

30 J. Haberko, *Prokreacja. Kilka uwag...*, dz. cyt., s. 45.

31 S. Olejnik, *Etyka lekarska*, Katowice 1995, s. 61.

32 A. Muszala, P. Jaranowski, *Kodeks Etyki Lekarskiej – odcinek 15...*, dz. cyt.