

Co prowadzi ginekologa na salę sądową?

dr n. praw. Radosław Tymiński, radca prawny

Kancelaria Radcy Prawnego Radosław Tymiński
www.prawalekarza.pl

Amerykane – jak wiadomo – badają wszystko, również przyczyny pozywania lekarzy. W styczniu 2016 r. ukazał się długo oczekiwany raport pod tytułem: „Medscape Malpractice Report 2015: Why obstetrician-gynecologist get sued”. Autorzy tego raportu przeprowadzili anonimowe ankiety wśród 4000 ginekologów, którzy byli pozwani, i przedstawili interesujące wnioski.

Jak napisano w raporcie, 36% spraw było związanych z doznaniem szkody przez pacjentkę, 22% z błędami w diagnozie, 15% z nieprawidłowym postępowaniem medycznym, 9% z brakami w dokumentacji lub odebranie nieprawidłowej zgody od pacjentki. Z medycznego punktu widzenia najczęściej dochodziło do pozwu w sytuacjach: zgonu płodu lub matki, nieudanego przecięcia jajowodów, nieprawidłowego czasu wykonania cesarskiego cięcia, perforacji jelita i dystocji barkowej. Co ciekawe, 65% ginekologów, zanim ich pozwano, myślało, że błędy zdarzają się niezwykle rzadko, a 40% uważało, iż pozwy dotyczą jedynie lekarzy niekompetentnych lub niedbałych. Warto też odnotować, że aż 52% ginekologów było zaskoczonych pozwem¹.

Wnioski poparte naukowymi danymi są zbieżne z moimi własnymi obserwacjami. Najczęściej na sali sądowej bronię ginekologów-położników w sytuacji, gdy dojdzie do wewnątrzmacicznego zgonu płodu, powikłania okołoporodowego, na które, zdaniem wielu pacjentek, jedynym remedium byłoby cesarskie

cięcie, lub dystocji barkowej. Coraz częściej zdarzają się też sprawy związane z nierozpoznananiem wady płodu w badaniu ultrasonograficznym lub nieprawidłowym poinformowaniu pacjentki, a czasem niepoinformowaniu o wykrytej wadzie płodu. Wielokrotnie pacjentów zachęca też do pozywania lekarzy brak solidarności zawodowej. Poniżej opiszę kilka sytuacji, które często kończą się w sądzie.

BRAK EDUKACJI PACJENTEK

Wiele kobiet nie wie, że II i III trymestr ciąży nie gwarantuje tego, iż zakończy się ona szczęśliwym porodem. Powoduje to, że zgon płodu jest zawsze dla pacjentki zaskoczeniem i prowadzi do przekonania o popełnieniu błędu przez lekarza ze szpitala. W bardzo wielu sprawach sądowych słyszałem takie zdanie od lekarza-ginekologa prowadzącego ciążę, który został wezwany jako świadek w sprawie dotyczącej lekarza ze szpitala, w którym odbył się poród: „Ciąża przebiegła prawidłowo i do zaniechań musiało dojść w szpitalu”. Niestety takie wypowiedzi obrazują dwa problemy: pierwszy – lekarze prowadzący ciążę, odsuwając od siebie zagrożenie, atakują lekarzy ze

¹ Cały raport dostępny jest na stronie: <http://www.medscape.com/features/slideshow/malpractice-report-2015/obgyn>. Data odwiedzin strony: 3 lutego 2017 r. Wszystkie dane pochodzą z tego raportu.

szpitala, w którym odbył się poród; drugi – lekarze prowadzący ciążę nie edukują pacjentek w zakresie możliwości wystąpienia różnych powikłań ciąży, które mogą kończyć się zgonem

Podsumowując, nie można postawić lekarzowi zarzutu związanego z powikłaniami po dystocji barkowej, jeśli pacjentka została prawidłowo zakwalifikowana do porodu naturalnego, a postępowanie po wystąpieniu dystocji było zgodne z obowiązującymi standardami i znalazło dokładne odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej lub w zeznaniach świadków.

plodu (np. przedwczesne odklejenie się łożyska prawidłowo posadowanego, okręcenie pępowiny wokół szyi płodu, wypadnięcie pępowiny, zator płynem owodniowym).

Znakomitym przykładem sytuacji położniczej, w których dokumentacja medyczna ma kluczowe znaczenie, jest dystocja barkowa.

W związku z powyższym uważam, że lekarze powinni zawsze edukować pacjentki po to, żeby nie miały one złudnego przekonania, iż po I trymestrze ciąży zawsze musi skończyć się urodzeniem zdrowego dziecka.

BRAKI W DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Nie ma takiej sprawy sądowej, w której mógłbym stwierdzić, że zgromadzona dokumentacja medyczna jest wystarczająca. Takiej sprawy też zapewne nigdy nie będzie, ponieważ nie jesteśmy w stanie przewidzieć, co się zdarzy i z jakiego powodu pacjent pozwie lekarza. Niemniej ciągle jeszcze bardzo często spotykam się z dokumentacją medyczną, która nie dokumentuje nic poza faktem wizyty. Znakomitym przykładem sytuacji położniczej, w których dokumentacja medyczna ma kluczowe znaczenie, jest dystocja barkowa. Zgodnie z piśmiennictwem medycznym, jakkolwiek znane są czynniki ryzyka dystocji barkowej, to sama dystocja jest sytuacją nieprzewidywalną i może wystąpić w każdym porodzie siłami natury². W przypadku gdy dojdzie do dystocji barkowej, dokumentacja medyczna powinna zawierać dokładny opis przeprowadzonych procedur w kolejności wskazanej w standardach (tj. zgodnie ze schematem HELPERR): poinformowanie pacjentki, wezwanie zespołu do pomocy, wykonanie manewru McRoberts, zastosowanie ucisku nadłonowego, poszerzenie nacięcia krocza (nacięcie krocza), rotacja barków, zabieg Woodsa itd.³ Z perspektywy prawnej szczególnie istotne jest także odnotowanie czasów w dokumentacji, a więc czasu potrzebnego na uwolnienie barków i całkowitego czasu od urodzenia główki do porodu dziecka. Podsumowując, nie można postawić lekarzowi zarzutu związanego z powikłaniami po dystocji barkowej, jeśli pacjentka została prawidłowo zakwalifikowana do porodu naturalnego⁴, a postępowanie po wystąpieniu dystocji było zgodne z obowiązującymi standardami i znalazło dokładne odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej lub w zeznaniach świadków⁵.

W związku z powyższym uważam, że lekarz powinien bardzo starannie prowadzić dokumentację medyczną, ponieważ nie tylko pomaga ona odtworzyć przebieg wydarzeń, gdy sprawa znajduje swój finał w sądzie po kilku latach od wydarzeń, lecz także może zapobiec

² Shoulder dystocia (Green-top Guideline No. 42), RCOG 2012, s. 3 i n.; por. także R. Allen, Shoulder Dystocia, http://emedicine.medscape.com/clinical_procedures, 2016. Data odwiedzin strony: 3 lutego 2017 r.

³ Poreba R., Algorytm prewencji i postępowania w dystocji barkowej. Ginekologia i Położnictwo – medical project. Tom 2 (4): 19–28.

⁴ Por. np. wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 15 lipca 2014 r. (sygn. akt I ACa 25/14).

⁵ Zob. np. wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 6 listopada 2013 r. (sygn. akt I ACa 429/13); por. także wyrok Sądu Okręgowego w Olsztynie z dnia 6 marca 2015 r. (sygn. akt I C 682/13).



nieusprawiedliwionym roszczeniom pacjentów. Ta ostatnia kwestia ma szczególne znaczenie, ponieważ wyspecjalizowane kancelarie prawne często przed wniesieniem pozwu analizują szanse, jakie stwarza dokumentacja medyczna.

BRAK INFORMACJI O PODEJRZENIU WADY PŁODU

W wielu sprawach sądowych powtarza się następujący schemat: lekarz prowadzący ciążę podczas wykonywania badania ultrasonograficznego między 21. a 26. tygodniem ciąży stwierdza nieprawidłowy rozwój płodu. Nie informuje o tym pacjentki albo kieruje ją do innego lekarza na badanie ultrasonograficzne „w celu potwierdzenia stanu płodu”. Lekarz, do którego trafiła pacjentka, kieruje ją z powrotem do lekarza prowadzącego, potwierdzając nieprawidłowy rozwój płodu. Lekarz prowadzący ciążę kieruje pacjentkę do szpitala na diagnostykę. Po badaniach wykonanych w szpitalu okazuje się, że minął termin, w którym można wykonać legalną aborcję z powodu „dużego prawdopodobieństwa ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu”⁶. Pacjentka rodzi dziecko z poważną wadą, która wymaga 24-godzinnej opieki i znacznych nakładów na rehabilitację i leczenie⁷.

Tego rodzaju postępowanie nieuchronnie prowadzi do powstania odpowiedzialności cywilnej lekarza. Należy zauważyć, że w przypadku podejrzenia wady genetycznej płodu lekarz ma przede wszystkim obowiązek: poinformowania o swoim podejrzeniu pacjentki oraz wystawienia jej skierowania na dokładniejsze badania prenatalne (za to, czy pacjentka z nich skorzysta, lekarz nie ponosi odpowiedzialności) lub do szpitala w celu diagnostyki prenatalnej. Niezwykle ważne jest to, że lekarz musi poinformować pacjentkę o swoich podejrzeniach (co ważne – wbrew utartemu przekonaniu – lekarz nie musi mieć pewności, że płód ma wady, lecz wystarczy uzasadnione wyni-

kami badania podejrzenie występowania tych wad). Jeżeli tego nie zrobi, uniemożliwia pacjentce podjęcie świadomej decyzji o urodzeniu chorego dziecka, a przez to naraża się na koszty związane z zaspokojeniem potrzeb tego dziecka – np. zakupu specjalnego samochodu z windą⁸. Warto dodać, że kwoty odszkodowań dla pacjentów w tego typu sprawach są wysokie i mogą sięgać kilkuset tysięcy złotych⁹.

Często na salę sądową lekarza prowadzi opieszałość diagnostyczna i brak odpowiedniej informacji dla pacjentki.



W związku z powyższym uważam, że lekarze zawsze powinni informować pacjentki o swoich uzasadnionych podejrzeniach i postępować tak, żeby ewentualna ścieżka diagnostyczna była jak najkrótsza. Często na salę sądową lekarza prowadzi opieszałość diagnostyczna i brak odpowiedniej informacji dla pacjentki.

ZASŁANIANIE SIĘ NIEPAMIĘCIĄ

Wiadomo, że lekarze w szpitalach działają zespołowo. Niestety, gdy dojdzie do sprawy sądowej, dość często zdarza się, że ważni świadkowie wydarzeń dostają nagłej amnezji. Postawa taka nie tylko komplikuje sprawę i przedłuża proces, lecz także narusza solidarność zawodową, która jest jednym z ostatnich pozaprawnych środków obronnych, który może pomóc lekarzom w dobie ewidentnie propacjenckiego klimatu medialno-społecznego. Niemalże klasycznymi przykładami sytuacji, w których dochodzi do zbiorowej amnezji, są:

- ▶ zwyczajowy podział obowiązków na oddziały (np. od lat podczas dyżuru funkcyjno-

⁶ Art. 4a ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. Nr 17, poz. 78 ze zm.).

⁷ Zob. np. wyroki Sądu Apelacyjnego w: Białymstoku z dnia 24 kwietnia 2013 r. (sygn. akt I ACa 787/12); 12 maja 2015 r. (sygn. akt I ACa 204/15); por. także wyroki Sądu Najwyższego z dnia: 13 października 2005 r. (sygn. akt IV CK 161/05), 12 czerwca 2008 r. (sygn. akt III CSK 16/08) oraz 6 maja 2010 r. (sygn. akt II CSK 580/09).

⁸ Zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 6 maja 2010 r. (sygn. akt II CSK 580/09).

⁹ Tytułem przykładu w wyroku Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 12 maja 2015 r. (sygn. akt I ACa 204/15) zasądzono odszkodowanie w wysokości 250 000 złotych.

wał podział obowiązków między starszego i młodszego dyżurnego. Prokurator oskarżył starszego za zaniedbania, których dopuścił się młodszy, a żaden z pracujących na oddziale lekarzy nie chce zeznać, że był wprowadzony podział obowiązków);

- ▶ sprawowanie nadzoru nad rezydentem (np. specjalista narzucił rezydentowi sposób leczenia pacjenta, a w dokumentacji swój podpis złożył rezydent. Gdy okazało się, że diagnoza była nietrafna, specjalista nie przyznał się do tego faktu).

Podsumowując, zachęcam lekarzy do tego, żeby nie bali się zeznawać w obronie swoich kolegów i mówili to, co pamiętają, ponieważ – jak mawiają amerykańscy lekarze – dziś ty jesteś w sądzie, jutro ja.

- ▶ konsultowanie pacjenta na prośbę lekarza prowadzącego (np. konsultujący nie odnotował faktu badania w dokumentacji medycznej, ponieważ nie miał na to czasu, a obecne przy konsultacji pielęgniarki nie pamiętają, że takie badanie miało miejsce, ponieważ konsultantem był zastępca dyrektora do spraw medycznych lub ordynator innego oddziału);

Jeżeli więc lekarze-świadkowie będą spójnie zeznawać, to istnieje bardzo duże prawdopodobieństwo, że sąd uzna dany fakt za udowodniony.

- ▶ zmiana decyzji lekarza prowadzącego przez ordynatora na odprawie (np. odwołanie cesarskiego cięcia i skierowanie pacjentki do porodu siłami natury);

Warto pamiętać, że jednym z elementów oceny wiarygodności dowodu w postępowaniu sądowym jest spójność z innymi dowodami zgromadzonymi w sprawie. Jeżeli więc lekarze-świadkowie będą spójnie zeznawać, to istnieje bardzo duże prawdopodobieństwo, że sąd uzna dany fakt za udowodniony. Jest to szczególnie ważne, ponieważ zeznania świadków-lekarzy mogą nadać walor prawdziwości wyjaśnieniom oskarżonego. W jednej ze spraw sąd uniewinnił lekarza od zarzutu narażenia pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia, ponieważ: „Sąd nadał walor prawdziwości zeznaniom wszystkich świadków w zakresie obiektywnej ich pamięci zdarzenia, jak również wyjaśnieniom oskarżonego w zakresie jak wyżej. Dowody te są spójne, w części się uzupełniają, tworząc jeden logiczny ciąg zdarzeń. Świadkowie są osobami obcymi dla oskarżonego i oskarżyciela posiłkowego i Sąd nie dopatrywał się w złożonych zeznaniach cech zniekształcania przekazywanej wiedzy czy to na korzyść, czy na niekorzyść oskarżonego. Nie budzi wątpliwości niepamięć oskarżonego, co do przedmiotowego zdarzenia, gdyż wielość udzielanych konsultacji o podobnym przebiegu mogła zatrzeć konkretny przypadek, zważywszy, że nie miał kontaktu z pacjentką”¹⁰.

Podsumowując, zachęcam lekarzy do tego, żeby nie bali się zeznawać w obronie swoich kolegów i mówili to, co pamiętają, ponieważ – jak mawiają amerykańscy lekarze – dziś ty jesteś w sądzie, jutro ja. ■

¹⁰ Wyrok Sądu Rejonowego w Zgorzelcu z dnia 13 marca 2013 r. (sygn. akt II K 63/10).