

## Z medycznej wokandy

Należyta staranność (art. 8 Kodeksu Etyki Lekarskiej) w orzecznictwie Naczelnego Sądu Lekarskiego

# Należyta staranność



JĘDRZEJ  
SKRZYPCZAK

**K**orzystając z uprzejmości Redakcji i mając do dyspozycji pewną ilość miejsca na łamach „Biuletynu WIL”, chciałbym powrócić do analizy orzecznictwa sądów lekarskich. Wydaje się, że prezentacja przypadków doskonale wskazuje, jakich sytuacji należy unikać w praktykowaniu zawodu lekarza i lekarza dentysty. Często słyszę rodzaj pretensji, że język wykładowy (zwłaszcza w wykonaniu reprezentantów mojego zawodu) jest dla Państwa mało czytelny i komunikatywny, bo opiera się na generalizacjach. Język przypadków jest z pewnością bardzo klarowny, bo mimo wątpliwości i różnych podejść, które zawsze się pojawiają (podobno najczęściej udzielaną odpowiedzią przez prawników jest sentencja „to zależy”), na końcu jest jednoznaczne rozstrzygnięcie: winny lub niewinny. Ponadto werdykty sądów, w których zasiadają wyłącznie przedstawiciele Państwa korporacji zawodowej, pozwalają naszkicować istotę poruszanego problemu z punktu widzenia medycznego. Z pewnością lepiej niż orzecznictwo sądów powszechnych, gdzie przecież sąd nie zna się na zawiłościach medycznych sprawy i jedynie korzysta z pomocy biegłych, których opinii może wziąć pod uwagę, ale oczywiście nie musi. Ponadto, jak sami Państwo z pewnością zauważyliście, normy Kodeksu Etyki Lekarskiej (KEL), są bardzo ogólne (i bardzo dobrze!), a stanowisko Naczelnego Sądu Lekarskiego (NSL) te normy

konkretyzuje. Wreszcie, lepiej mimo wszystko uczyć się na cudzych błędach niż na własnych. Trzeba jednak od razu zaznaczyć, że stanowiska NSL nie można traktować jak wyroczni, bowiem każdy może się mylić. Niemniej II instancja podobno zawsze ma rację. Prezentuję wybrane orzeczenia NSL, które uzyskałem dzięki pomocy przewodniczącego NSL, choć chcę z całą mocą podkreślić, iż dokonałem całkowitej zmiany (ukrycia) tożsamości osób występujących w tych sprawach. Nie chodzi bowiem o to, aby dokładać nową sankcję w postaci podania orzeczenia do publicznej wiadomości (do czego zresztą absolutnie nie mam uprawnień), naruszać dobra osobiste lub ujawniać dane osobowe, ale żeby pokazać istotę problemu. Są to ponadto sprawy pochodzące z obszarów innych izby lekarskich. Stąd też jakiegokolwiek skojarzenia ze sprawami wielkopolskimi są całkowicie nieuprawnione.

Poniżej zaprezentowano jedną z spraw dotyczącą wykładni art. 8 KEL. Przypomnijmy, że zgodnie z tym przepisem „Lekarz powinien przeprowadzać wszelkie postępowania diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze z należyłą starannością, poświęcając im niezbędną czas”. Otóż w sprawie tej OSZ uznał lek. X winnym tego, że jako ordynator oddziału chorób wewnętrznych szpitala miejskiego, pełniąc dyżur w izbie przyjęć w dniu 9 grudnia 2005 r., po pierwsze nie dołożył należytej staranności w postępowaniu diagnostycznym z ciężko chorą 50-letnią A, przez co nieprawidłowo ocenił jej stan zdrowia oraz odmówił przyjęcia jej do szpitala, tj. o dokonanie przewinienia zawodowego stanowiącego naruszenie art. 8 KEL, i za to na podstawie art. 83 ust. 1 pkt 2 ustawy o izbach lekarskich z dnia 2 grudnia 2009 r. wymierzył mu karę nagany. Po drugie OSZ uznał lek. X winnym tego, że w miejscu i czasie jak wyżej nie dopełnił obowiązku wydania karty informacyjnej z pobytu pacjentki w izbie przyjęć, nie podając tym samym powodów odmowy

przyjęcia do szpitala, tj. o dokonanie przewinienia zawodowego naruszającego § 21 ust. 1 pkt 11 oraz § 21 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 sierpnia 2001 r. w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania (Dz. U. Nr 88, poz. 966) i za to na podstawie art. 83 ust. 1 pkt 1 ustawy o izbach lekarskich z dnia 2 grudnia 2009 r. wymierzył mu karę upomnienia oraz kosztami postępowania obciążył obwinionego lekarza. Od powyższego orzeczenia odwołanie wniósł obrońca obwinionego lekarza. Występujący na rozprawie przed NSL z-ca NROZ, przedstawiając sposób postępowania lekarza X podczas opieki w izbie przyjęć nad ciężko chorą pacjentką, chorującą od wielu lat na reumatoidalne zapalenie stawów, powikłane ropnym zapaleniem nadgarstka lewego, nosicielstwem gronkowca złocistego oraz na schorzenia współistniejące: nadciśnienie tętnicze, hipercholesterolemię, miażdżycę zarostową tętnic kończyn dolnych, guz okrężnicy, uchyłki poprzecznicy, guzki krwawnicze odbytu i anemię, nie dopatrzył się rażących nieprawidłowości dających podstawę do postawienia zarzutu niedołożenia należytej staranności w postępowaniu diagnostyczno-leczniczym. Zastępca rzecznika zaznaczył, że obwiniony lekarz zbadał pacjentkę, zlecił podstawowe badania, a nie stwierdziwszy stanu zagrożenia życia, podjął próbę umieszczenia jej na oddziale specjalistycznym reumatologicznym i poinformował męża pacjentki o swoich staraniach oraz o tym, że terapia będzie kontynuowana w poniedziałek 12 grudnia 2005 r. W konkluzji uznał karę orzeczoną przez OSL za zbyt wysoką i wniósł o jej obniżenie i wymierzenie kary upomnienia zamiast nagany. Jednocześnie – zdaniem NROZ – nie podlegało dyskusji, że niewydanie pacjentce karty informacyjnej z pobytu w izbie przyjęć, zawierającej rozpoznanie, wyniki wykonanych badań i przyczynę odmowy przyjęcia na oddział, stanowiło naruszenie przepisów dotyczących prowadzenia dokumentacji medycznej i tu wniósł o utrzymanie kary upomnienia. W ocenie NSL odwołanie wniesione od orzeczenia OSL okazało się zasadne. O ile ustalenia stanu faktycznego dotyczącego opisu choroby pacjentki i jej pobytu, dia-

gnostyki i leczenia w izbie przyjęć poczynione przez sąd I instancji można było uznać za prawidłowe, to oceny co do zachowania należytej staranności w postępowaniu diagnostyczno-leczniczym skutkującej skazującym orzeczeniem wobec obwinionego lekarza NSL nie podzielił.

Sąd wyraził pogląd, iż trudno uznać za brak należytej staranności fizykalne zbadanie chorej, z osłuchiowaniem, badaniem jamy brzusznej, pomiarem ciśnienia tętniczego i temperatury, wykonanie podstawowych badań laboratoryjnych, EKG (co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej w postaci wpisu w Książce Przyjęć i Odmów Izby Przyjęć z dnia 9 grudnia 2005 r.), a przy ich prawidłowych wynikach próby postępowania objawowego celem ulżenia cierpiącej chorej w postaci podania środków przeciwbólowych i płynów. Zdaniem NSL nie można również czynić zarzutu braku należytej staranności z próby umieszczenia pacjentki na oddziale chirurgicznym dysponującym salą septyczną oraz poczynione starania umieszczenia jej na oddziale reumatologii w celu specjalistycznego leczenia choroby zasadniczej (podkr. JS).

Zdaniem NSL ciężki ogólny stan pacjentki wynikał bowiem z wieloletniego, mimo młodego wieku, przewlekłego, postępującego schorzenia w postaci reumatoidalnego zapalenia stawów oraz jego powikłań i licznych chorób współistniejących, a nie był wynikiem jakiegoś stanu chorobowego, który wystąpił 9 grudnia 2005 r. Naczelny Sąd Lekarski uznał również za nieprawidłowe rozstrzygnięcie OSL, podane w uzasadnieniu, o niedaniu wiary wyjaśnieniom obwinionego lekarza, bez podania logicznego uzasadnienia takiego stanowiska. Jak zauważono, trudno również obwiniać lek. X, że swoją decyzją o nieprzyjęciu pacjentki na oddział przyczynił się do jej śmierci. Powodem zgonu były bowiem konsekwencje masywnego krwawienia z przewodu pokarmowego, które zdarzyło się następnego dnia po badaniu, mogło się zdarzyć w każdym czasie i miejscu i nie miało związku przyczynowo-skutkowego z działaniem obwinionego lekarza. Zwrócono jednocześnie uwagę, że na analizowany w materiale dowodowym wynik sekcji zwłok, która zdaniem NSL została przeprowadzona w sposób zdecydowanie niepra-

widłowy, nie tylko pod względem formalno-dokumentacyjnym, lecz także pod względem merytorycznym, a to mogło rzutować na ocenę zarówno sądu powszechnego, jak i lekarskiego. Wykonujący sekcję lek. Z podał jako główną przyczynę zgonu niewydolność krążeniowo-oddechową w przebiegu odoskrzelowego zapalenia płuc, mimo że badający pacjentkę lekarze (dr C, dr V i anesteziolog dr B) jeszcze kilka godzin lub mniej przed zgonem nie stwierdzali zmian osłuchowych nad płucami. Ten sam lekarz nie wykonał natomiast badania sekcyjnego przewodu pokarmowego, chociaż dane z wywiadu i logiczne rozumowanie wskazywały na masywne krwawienie z przewodu pokarmowego jako najbardziej prawdopodobną przyczynę zgonu. Tu ocena OSL odrzucająca znaczenie dowodowe badania anatomopatologicznego jako niespójnego ze stanem klinicznym była zdaniem NSL prawidłowa. W ocenie tego organu w uzasadnieniu orzeczenia sąd I instancji, przyjmując za dowód opinię sądowo-lekarską wykonaną w Katedrze i ZMS Akademii Medycznej w X, sporządzoną na zlecenie sądu powszechnego, nieobiektywnie wążąc sformułowania opinii, wybrał z niej te, które pasowały do orzeczenia skazującego. Na przykład, z odpowiedzi biegłych na pytanie: „Czy postępowanie diagnostyczne i lecznicze X wobec pacjentki było prawidłowe i czy w dniu badania znajdowała się w stanie bezpośredniego zagrożenia życia?”, wybrano zdanie: „Biegli bez wątplenia to postępowanie mogą określić jako nielicujące ze stanowiskiem ordynatora oddziału”. Pominęto natomiast wcześniejsze, w tym samym punkcie: „Z przedłożonej biegłym dokumentacji lekarskiej nie wynika, aby w chwili badania chorej przez lekarza X i w momencie odmowy przyjęcia jej do szpitala istniały bezwzględne wskazania lekarskie do hospitalizacji”. Czy w innym miejscu: „Alternatywnym i w opinii biegłych całkowicie właściwym postępowaniem byłoby podjęcie hospitalizacji pacjentki, choć nie istniały do tego bezwzględne wskazania kliniczne [...] jednakże należy zaznaczyć, że nawet całkowicie prawidłowe postępowanie jak powyżej nie gwarantowałyby uratowania życia chorej”. I jeszcze kolejna ważna część opinii biegłych zawarta w pkt 7 opinii sądowo-lekarskiej, pominęta przez sąd I instancji: „Nie jest moż-

liwe ustalenie, w którym momencie doszło do zagrożenia skutkami, o jakich mowa powyżej (śmierci). Takie zagrożenie nie miało jednak miejsca w chwili badania przez lekarza X”. Biorąc pod uwagę powyższe i ewentualne wątpliwości wynikające z różnej oceny postępowania obwinionego lekarza przez osoby niebędące lekarzami, szczególnie zaangażowaną emocjonalnie – co zupełnie zrozumiałe – rodzinę, oraz obiektywne dane z dokumentacji lekarskiej i akt sprawy, NSL uznał, że zgodnie z prawną zasadą *in dubio pro reo* wątpliwości te należy rozstrzygać na korzyść obwinionego lekarza. Naczelny Sąd Lekarski wziął pod uwagę, że obwiniony lekarz w sposób dostateczny zbadał pacjentkę, wykonując niezbędne czynności, jak również podjął starania celem właściwego leczenia specjalistycznego na oddziale reumatologicznym, a chora w ocenie lekarza i biegłych nie była w stanie zagrożenia życia, zmuszającym do bezwzględnej hospitalizacji. Przyczyna zgonu była inna niż oceniona przez anatomopatologa i mimo że czas, jaki upłynął od badania przez obwinionego do zgonu pacjentki, był krótki, nie można było przewidzieć tego powikłania. Naczelny Sąd Lekarski, oceniając *post factum*, stwierdził, że lek. X mógł pacjentkę pozostawić w szpitalu, ale z dużym prawdopodobieństwem nie miałyby to wpływu na jej przeżycie. Zdaniem NSL uchybieniem zawodowym był natomiast brak dokumentacji lekarskiej w postaci niewydania karty wypisowej z pobytu w izbie przyjęć. Dokument taki powinien zawierać rozpoznanie – przynajmniej przypuszczalne, wyniki aktualnych badań, opis zastosowanego leczenia i sugestie co do dalszego postępowania terapeutycznego, szczególnie w przypadku odmowy hospitalizacji. Naczelny Sąd Lekarski zdecydowanie nie podzielił argumentów podniesionych w tej kwestii przez obrońcę obwinionego lekarza, sugerujących, że podobne postępowanie było wyrazem tzw. codziennej praktyki. Naczelny Sąd Lekarski uznał takie postępowania za naganne.

Z podanych wyżej względów NSL postanowił zmienić zaskarżone orzeczenie sądu I instancji i uniewinnić obwinionego lekarza od zarzutu zawartego w pkt 1 wniosku o ukaranie oraz utrzymać w mocy orzeczenie zawarte w pkt 2.