

Raport NIK – jakie wnioski dla ginekologów i położników? Perspektywa prawników

What conclusions might gynecologists-obstetricians draw from Supreme Audit Office's Report? Lawyer's perspective

Najwyższa Izba Kontroli (NIK) opublikowała w lipcu raport z wyników kontroli pt. „Opieka okołoporodowa na oddziałach położniczych” (Raport). Główny wniosek sformułowany przez NIK brzmi: „skontrolowane oddziały położnicze nie zapewniały pacjentkom i noworodkom wymaganej jakości świadczeń medycznych (...)”. Niektóre uwagi zawarte w raporcie są dyskusyjne, jednak wiele z nich wymaga, naszym zdaniem, wzięcia pod uwagę przez każdego położnika w Polsce.

Zastrzeżenia NIK mają różny charakter – część jest związana z ogólną organizacją udzielania świadczeń w szpitalach (np. wyposażenie sali porodowej, zapewnienie obecności anestezjologa itp.). Ze względu na zakres niniejszego artykułu nie będziemy poruszać tych kwestii. Chcielibyśmy raczej skupić się na tych spośród zauważonych przez NIK nieprawidłowości, które dla położnika powinny być ważnym ostrzeżeniem, mianowicie:

- niewłaściwym odbieraniu zgód od pacjentek;
- brakach w dokumentacji medycznej;
- dostępności znieczuleń.

Poniżej prezentujemy krótkie omówienie powyższych ważnych kwestii.

Waga prawna zgody pacjentki

Brak właściwie odebranej (tzw. „poinformowanej”, „świadomej”) zgody pacjentki na interwencję medyczną to coraz częściej najważniejszy element zarzutu stawianego lekarzowi przez prawnika reprezentującego stronę pacjentki. Sam fakt odebrania zgody nie gwarantuje wygrania sprawy przeciwko lekarzowi, jeżeli lekarz zachował się niestaranie lub nie uwzględnił aktualnych wytycznych wiedzy medycznej. Jednakże brak zgody pacjentki na udzielenie świadczenia czyni działanie lekarza poniekąd „automatycznie” bezprawnym – a w konsekwencji lekarza (i podmiot leczniczy) obciążają wszelkie negatywne następstwa działania lekarskiego, nawet jeśli z perspektywy medycznej działanie lekarza było bez zarzutu.

Najwyższa Izba Kontroli skrytykowała w raporcie ogólność odbieranych od pacjentek zgód (s. 34) oraz braki w wypełnianiu obowiązku informacyjnego przez lekarzy. W szczególności wskazano, że w przypadku pacjentek ciężarnych informacja udzielana przez lekarza powinna obejmować nie tylko możliwe do przewidzenia następstwa danej czynności medycznej dla zdrowia matki, ale także ewentualne konsekwencje dla zdrowia dziecka (s. 11).

Warto zatem krótko przypomnieć prawne zasady dotyczące uzyskiwania zgody pacjenta na podjęcie czynności medycznej. Zgodnie z tymi zasadami informacja udzielana przez lekarza powinna być przystępna (zrozumiała) i obejmować **co najmniej**:

- ocenę stanu zdrowia;
- rozpoznanie;
- proponowane oraz **możliwe** metody diagnostyczne i lecznicze;
- dające się przewidzieć następstwa zastosowania lub zaniechania metod;
- rokowania w sytuacji podjęcia leczenia, względnie skutki związane z podjęciem działań diagnostycznych;
- rokowania w sytuacji niepodjęcia diagnozowania lub leczenia.

Najwięcej kontrowersji w praktyce stosowania prawa wiąże się z warunkiem poinformowania pacjentki o „dających się przewidzieć następstwach” proponowanego zabiegu. Sąd Najwyższy w jednym z wyroków wskazał, że oprócz „typowych powikłań” obowiązek informacyjny obejmuje „następstwa polegające na znacznym i istotnym uszczerbku zdrowia, które – jako skutek uboczny – wprawdzie występują rzadko lub bardzo rzadko, ale nie można ich wykluczyć”. Sąd Najwyższy dodał także, że informacja powinna określać stopień prawdopodobieństwa ich wystąpienia. Z perspektywy położnika istotne może też być przykładowo stanowisko Sądu Apelacyjnego w Katowicach, który w jednej ze spraw wskazał, że informując o znieczuleniu podpajęczynówkowym należy przekazać pacjentce także między innymi informację o innych

metodach znieczulenia stosowanych w położnictwie, by pacjentka mogła świadomie oszacować ryzyko.

Należy z dystansem podchodzić do dostępnych w Internecie wzorów zgody na leczenie i diagnostykę. Wiele z tych wzorów nie spełnia swojego celu, jakim jest zapewnienie lekarzowi bezpieczeństwa prawnego na wypadek sporu z pacjentką. Tak jak wspomnieliśmy, kluczowe jest, aby formularz – oprócz klauzul potwierdzających wykonanie podstawowych obowiązków przy odbiorze zgody – odnosił się do ryzyka powikłań związanych z wybraną metodą leczniczą lub diagnostyczną. W sytuacji zabiegów złożonych formularz zgody na ogół nie obejmuje wszystkich możliwych do wystąpienia powikłań (w tym np. zależnych od chorób współwystępujących u konkretnej pacjentki). W wielu pozycjach z zakresu literatury prawa wskazuje się również, że błędem jest zarzucenie pacjentki dziesiątkami informacji na temat ryzyka krwotoku, wstrząsu, śmierci, rozdarcia tkanek, przetok itp. Przerażenie związane z lekturą dokładnych opisów powikłań może wręcz wykluczyć możliwość racjonalnego podjęcia decyzji, zwłaszcza w sytuacjach, w których zabieg jest wykonywany ze wskazania bezwzględnego. Dlatego też można rozważyć praktykę, zgodnie z którą formularz zgody/informacji opisuje sumiennie i wyczerpująco możliwe ryzyko (np. „ryzyko pęknięcia tkanki” zamiast pięciu obrazowych przykładów różnego rodzaju uszkodzeń krocza itp.), a jego uszczegółowienie w postaci konkretnych stanów patologicznych następuje podczas rozmowy z lekarzem, który prawidłowo „dawkuje” informację tak, aby pacjentka dobrze zrozumiała charakter takiego ryzyka oraz jego wpływ na przyszłe funkcjonowanie jej oraz dziecka.

Dbałość o dokumentację, w tym w szczególności wzory formularzy zgody/informacji, jest wskazane niezależnie od tego, czy zgoda odbierana jest ustnie, czy pisemnie. Ciężar udowodnienia spełnienia obowiązku informacyjnego spoczywa zawsze na lekarzu. W sytuacji sporu wystarczy zatem, aby pacjentka powiedziała: „nikt nie powiedział mi, że na skutek zakażenia związanego z cięciem cesarskim mogę dostać zapalenia błony śluzowej macicy”, a lekarz będzie musiał udowodnić, że było odwrotnie i taka informacja została przekazana (np. podczas rozmowy).

Kolejną istotną kwestią jest zagadnienie formy. Forma pisemna wymagana jest w przypadku zabiegów operacyjnych albo metod leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta. Dlatego też NIK zwróciła uwagę na niedopuszczalność braku pobierania pisemnych zgód na takie czynności, jak:

- cięcie cesarskie;
- nacięcie krocza;
- podanie znieczulenia;
- amniotomia;
- podanie oksytocyny;
- chwyt Kristellera.

Każdy położnik wie, że pobieranie zgód pisemnych od pacjentki w trakcie porodu może wyglądać wręcz kuriozalnie. Jesteśmy głęboko przekonani, że każdy sąd w Polsce podejdzie ze zrozumieniem do lekarza tłumaczącego brak pisemnej zgody właśnie dynamiką porodu. Tym niemniej, nawet w sytuacji braku pisemnej zgody, lekarz powinien prowadzić dokumentację medyczną w taki sposób, aby wynikało z niej jasno, że pacjentka otrzymała informacje o naturze planowanego działania i ryzyku związanym z jego podjęciem lub zaniechaniem.

Oczywiste jest też, że nagłość sytuacji, z którą może się zetknąć położnik, może ograniczyć zakres tych informacji do minimum. Nikt nigdy nie będzie wymagał od lekarza 5-minutowego wykładu dla pacjentki o możliwych powikłaniach cięcia cesarskiego w przypadku na przykład zanikającego tętna dziecka w odsłuchu KTG. Ważne jest jednak, aby takie właśnie wytłumaczenie znalazło się w dokumentacji medycznej – i to wprost, jednoznacznie, na przykład: „ze względu na stan płodu poinformowano pacjentkę o konieczności przeprowadzenia rekomendowanego zabiegu, wskazując na jego charakter i fundamentalne ryzyko związane z jego podjęciem, jak również zaniechaniem, z uwzględnieniem ryzyka dla płodu; pacjentka udzieliła ustnej zgody na zabieg; ze względu na nagły charakter sytuacji odstąpiono od uzyskania zgody pisemnej”.

Dokumentacja medyczna – ważny środek dowodowy

Dokumentacja medyczna w procesach sądowych to w praktyce podstawowy środek dowodowy wykorzystywany przez strony procesu. Zarazem jest to „najwygodniejszy” dowód dla sądu. Nie oznacza to jednak, że przeprowadzanie dowodu „przeciwko” dokumentacji medycznej nie jest w ogóle możliwe – jest to jednak w praktyce bardzo utrudnione, zwłaszcza jeżeli dowód taki przeprowadza lekarz odpowiedzialny za prowadzenie dokumentacji.

Ze względu na sygnalizowaną wartość dowodową dokumentacji warto przyjrzeć się zaleceniom NIK w tej kwestii. Z Raportu płynie wniosek, że lekarz powinien odnotowywać w dokumentacji medycznej wszystkie czynności wyszczególnione w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 roku w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem (dalej: „Standardy opieki okołoporodowej”). Nie ulega jednak wątpliwości, że z „perspektywy sali sądowej” największe znaczenie ma odnotowanie w dokumentacji tych czynności, z którymi zazwyczaj wiąże się późniejsze składanie roszczeń przez pacjentki (tzn. z praktycznego punktu widzenia istotniejsze jest

udokumentowanie czynności związanych z monitorowaniem czynności serca płodu po każdym skurczu mięśnia macicy w II okresie porodu niż np. czynności dotyczących kontaktu „skóra do skóry”).

Z naszego doświadczenia w prowadzeniu spraw w obronie lekarzy wynika, że oprócz odnotowania czynności zalecanych w Standardach opieki okołoporodowej (lub innych standardach medycznych) bardzo istotne jest umieszczanie w dokumentacji wpisów o udzielanych pacjentce informacjach i zaleceniach, zwłaszcza w sytuacjach wskazujących na istotne ryzyko wystąpienia wad płodu. Przykładowo, jeśli lekarz wykonujący USG informuje pacjentkę o niepokojących parametrach przezierności karku i możliwości skierowania na badania prenatalne, a pacjentka odmawia, twierdząc, że nie chce z nich skorzystać ze względu na przekonania religijne (lub z innych powodów), ginekolog powinien umieścić informację o wskazaniu do dalszej diagnostyki i informacji o ryzyku związanym z wadami płodu w dokumentacji medycznej. Będzie to nieoceniony dowód na sali sądowej w sprawie o zasądzenie renty na rzecz chorego dziecka, którego matka może się domagać na przykład na skutek zmiany światopoglądu, 3 lata po porodzie.

Gdy analizujemy dokumentację medyczną, często okazuje się, że jest ona prowadzona na tyle niedbale, że ciężko jest ustalić, do kogo należą poszczególne wpisy, kto wykonywał zabieg, a kto tylko asystował. Dlatego jeśli lekarz został zawezwany nagle w celu pomocy przy cesarskim cięciu po wykonaniu przez innego lekarza amniotomii, warto odnotować w dokumentacji, na jakim etapie przystąpił do czynności i kto podejmował decyzję o wcześniejszych działaniach.

Dostępność znieczulenia

Najwyższa Izba Kontroli podkreśliła w Raporcie, że „brak możliwości podania znieczulenia zewnątrzoponowego pacjentkom, które tego oczekują, może naruszać ich prawo do godnego odbycia porodu drogami natury” (s. 9). Ponadto zastrzeżenia NIK wzbudził fakt, że „żaden ze skontrolowanych szpitali o I poziomie referencyjności nie zapewniał znieczulenia zewnątrzoponowego podczas porodu drogami natury” (s. 15).

Zarzuty podnoszone przez NIK w powyższym zakresie są bardzo istotne z punktu widzenia niedawnego wejścia w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 roku w sprawie standardów postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego (dalej:

„Standard łagodzenia bólu porodowego”). Zgodnie ze Standardem łagodzenia bólu porodowego, metody uśmierzania bólu o potwierdzonej naukowo skuteczności są praktycznie nieodłącznym elementem świadczenia zdrowotnego (porodu samoistnego). Zgodnie z przepisami farmakologiczne metody łagodzenia bólu porodowego (np. znieczulenie zewnątrzoponowe) są wdrażane w przypadku braku oczekiwanej skuteczności zastosowania metod niefarmakologicznych lub wystąpienia wskazań medycznych do ich zastosowania. Najwyższa Izba Kontroli zatem nie do końca ma rację, pisząc, że znieczulenie farmakologiczne należy zapewnić wszystkim „pacjentkom, które tego oczekują”, choć niewątpliwie nowe przepisy są pod tym względem dość niejasne.

W związku z przywołanymi wyżej regulacjami oraz rosnącą świadomością pacjentek w zakresie dostępnych metod uśmierzania bólu, lekarze coraz częściej zgłaszają się do nas z pytaniem: co w przypadku, gdy w szpitalu nie ma dostępnego anestezjologa, który mógłby wykonać znieczulenie zewnątrzoponowe? To na szpitalu ciąży obowiązek zapewnienia takiej organizacji pracy, by w razie potrzeby możliwe było zaaplikowanie rodzącej odpowiedniego znieczulenia przez anestezjologa. W tym celu w podmiotach leczniczych powinien być sporządzony tryb postępowania w łagodzeniu bólu porodowego, uzgodniony między innymi przez anestezjologów i położników, a następnie zaakceptowany przez kierownika szpitala (lub jego zastępcę do spraw medycznych, jeśli sam nie jest lekarzem). Niewypełnienie tego obowiązku jest okolicznością obciążającą szpital, a nie położnika. Jednak w przypadku braku dostępności anestezjologa polecamy, aby lekarz położnik odnotował w dokumentacji medycznej działania podejmowane w celu zapewnienia kobiecie rodzącej dostępu do znieczulenia (nawet dość dokładnie: np. wykonywanie telefonów, zlecenia poszukiwania anestezjologa na innych oddziałach itp.). Niestety, ze względu na zwiększające się niedobory kadrowe anestezjologów można prognozować, że sprawy z zakresu dostępności znieczulenia przy porodzie będą coraz częściej znajdowały się na sądowych wokandach, nie mówiąc już o innych, gorszych nawet skutkach niedostępności pomocy anestezjologicznej.

Serdecznie zachęcamy do przesyłania Redakcji wszelkich nurtujących Państwa pytań w opisywanym zakresie.

adw. Oskar Luty, Magdalena Kołodziej

Specjalistyczna kancelaria prawnicza DFL LEGAL prowadząca obsługę prawną Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego