

Z medycznej wokandy



GRZEGORZ WRONA



JĘDRZEJ SKRZYPCZAK

Należyta staranność

W ostatnim okresie słychać wiele zarzutów dotyczących rzekomego braku samokrytycznego podejścia środowiska lekarskiego do błędów popełnianych przez członków korporacji. Przeczą temu statystyki orzecznictwa sądów lekarskich. Choć oczywiście nie popełnia błędów tylko ten, kto nic nie robi. Ale istnieją mechanizmy pozwalające te błędy eliminować (zazwyczaj). Mowa tu oczywiście o systemie dwuinstancyjnym w sądownictwie lekarskim (od orzeczenia OSL przysługuje odwołanie do NSL), z dodatkową możliwością wniesienia kasacji do Sądu Najwyższego. Należy również podkreślić, że w dzisiejszym systemie prawnym każdy, kto jest niezadowolony z zachowania lekarza, może (bez konieczności ponoszenia jakichkolwiek kosztów, wpisów itp.) wnieść skargę do rzecznika odpowiedzialności zawodowej. Nie oznacza to, że w każdym przypadku taka sprawa musi skończyć się ukaraniem lekarza. Pewien procent uniewinnień spotykany jest także przecież w sprawach karnych, a nikt nie formułuje zarzutów, że sądownictwo powszechne służy do obrony obywateli, jak to się niekiedy czyni wobec organów odpowiedzialności zawodowej.

Jeszcze trudniej zrozumieć całkowicie bezzasadne ataki na Kodeks etyki lekarskiej (KEL). Dlatego też wydaje się, że zamiast polemiki z takimi głosami, najważniejsza jest prezentacja konkretnych spraw z zakresu odpowiedzialności zawodowej lekarzy i rozpowszechnianie wiedzy na temat tego, jak należy rozumieć i wyklądać poszczególne normy deontologiczne na podstawie orzecznictwa NSL.

Zarzut naruszenia art. 8 KEL jest jednym z najczęściej występujących w sprawach prowadzonych przez sądy lekarskie. Dlatego też warto przytoczyć w kolejnych tekstach kilka spraw odnoszących się do tego przepisu. Przypomnijmy jedynie dla porządku, że w myśl tego przepisu „Lekarz powinien przeprowadzać wszelkie postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze z należyłą starannością, poświęcając im niezbędny czas”.

W sprawie o sygn. akt NSL Rep.127/OWU/11 ustalono, że orzeczeniem z 17 czerwca 2011 r. OSL w X po rozpoznaniu sprawy lekarz SI obwinionego o nieprawidłowe postępowanie w stosunku do pacjenta SG 29/30 grudnia 2009 r. podczas wizyty w charakterze lekarza zespołu karetki pogotowia w mieszkaniu córki pacjenta, polegające na błędnej interpretacji zgłaszanych przez chorego dolegliwości, jako wywołanych rzekomo błędem dietetycznym, odstąpieniu od wykonania EKG, niezbraniu pełnego wywiadu na temat przebytych chorób, tj. naruszenie art. 8 KEL, uniewinnił go od zarzucanego mu przewinienia zawodowego.

Od tego orzeczenia odwołanie złożyła EZ, córka nieżyjącego SG, wnosząc o ukaranie lekarza SI, podnosząc, iż w czasie wizyty pogotowia lekarz: a) nie odniósł się do wszystkich dolegliwości zapisanych w karcie informacyjnej pogotowia ratunkowego, b) nie rozpoznał, że dolegliwości były natury kardiologicznej (bólów stenokardialnych) na podstawie podanych dolegliwości, c) nie zebrał w związku z powyższym pełnego wywiadu, d) odstąpił od wykonania badania EKG.

Jednak w ocenie NSL wniesione odwołanie okazało się niezasadne. Naczelny Sąd Lekarski uznał, że ustalony i przedstawiony w uzasadnieniu OSL przebieg zdarzenia jest prawidłowy i znajduje oparcie w zebranych materiale dowodowym. Rozpatrując tę sprawę, biorąc pod uwagę wszystkie jej okoliczności, NSL stwierdził, że zespół pogotowia ratunkowego przyjechał na miejsce bardzo szybko, w ciągu kilku minut, zabierając do mieszkania aparat do EKG, w związku z treścią wezwania: „Ból

Lekarz pogotowia nie może prowadzić pełnego postępowania diagnostycznego w każdym potencjalnie możliwym kierunku, lecz musi kierować się celowością takiego postępowania w świetle stwierdzonego stanu zdrowia pacjenta. Stan ten natomiast stwierdza na podstawie wywiadu oraz badania przedmiotowego.

w klatce piersiowej, spocony, trudności w oddychaniu”. Na miejscu wezwania zespół wyjazdowy zastał pacjenta w stanie ogólnym dobrym z kontaktem, skarżącego się na bóle brzucha. Powyższe wynika z wyjaśnień obwinionego oraz z zeznań świadków – pozostałych członków zespołu wyjazdowego, tj. z zeznań pielęgniarki AU i ratownika medycznego MB. EZ w pierwszym piśmie skierowanym do Wojewódzkiego Pogotowia Ratunkowego wskazała, że „ojca bolało w okolicy żołądka, mostka lub brzucha – ból był trudny do określenia”. Pacjent przebywał u córki i nie miał ze sobą dokumentacji medycznej. Wywiad chorobowy zbierany przez lekarza od chorego i jego córki sugerował raczej dolegliwości gastryczne. Chory do chwili przybycia lekarza pogotowia nigdy nie leczył się z powodu choroby wieńcowej. Dolegliwości pojawiły się w spoczynku, bez spadku ciśnienia tętniczego. Z dokumentacji tej należy jednak wziąć pod uwagę notatkę z 18 marca 2009 r. kiedy to zleco-

no angio-TK (przyp. tomografię) brzucha, oraz to, „iż pacjent nie leczy się od 3 lat, twierdząc, że leki mogą szkodzić, RR 170/90 mm Hg”. W wykonanym w tym dniu EKG pojawił się opisany po raz pierwszy blok prawej odnogi pęczka Hisa. W ocenie NSL w zaistniałej sytuacji obwiniony miał uzasadnione powody do uznania na podstawie wywiadu zebranego od chorego i jego córki, że zgłaszane dolegliwości oraz stan chorego nie wskazują na dolegliwości ze strony serca, a wykonanie badania EKG nie było wobec powyższego niezbędne. NSL ponadto podniósł, iż nawet gdyby obwiniony wykonał wówczas badanie EKG, to przy istnieniu opisanego powyżej bloku prawej odnogi pęczka Hisa objawy świeżego zawału byłyby maskowane i stwarzałyby problemy diagnostyczne nawet dla kardiologa, oraz dodał, że tej wątpliwości nie dało się na etapie postępowania sądowego rozstrzygnąć. Lekarz SI zebrał wywiad, zbadał chorego, podając poza innymi lekami także nitroglicerynę, poświęcając choremu – jak na wizytę pogotowia ratunkowego – odpowiednią ilość czasu. Dlatego też, w ocenie NSL, nie można było wyżej wymienionemu zarzucić niestaranności w postępowaniu lekarskim. Wykonane badanie EKG w poradni 31 grudnia 2009 r. było nie do odczytania, a lekarz badający – JG wystawiła skierowanie do szpitala na oddział wewnętrzny z powodu duszności wysiłkowej. I ona na podstawie wywiadu nie podejrzewała więc zawału mięśnia sercowego. W izbie przyjęć rozpoznano ostry zawał serca na podstawie stężeń markerów martwicy mięśnia serca: troponiny i CKMB (karta 70–167). Chory został przyjęty do Centrum Medycznego na oddział ostrych zespołów wieńcowych. W opisie lekarskim przy przyjęciu stan ogólny był dosyć dobry, ze stabilnym tętnem i ciśnieniem krwi. Większość badań EKG wykonana w tym czasie była trudna do interpretacji ze względu na zanik linii na papierze termoczułym. Stwierdzone w koronarografii liczne zwężenia w naczyniach wieńcowych były powodem zawału mięśnia serca, a nie jego następstwem – jak uważa córka.

W czasie pobytu na oddziale stan chorego był, przy innych współistniejących chorobach, dosyć dobry – o czym świadczą wpisy obserwacji lekarskich. 6 stycznia 2010 r. wykonano zabieg PCI RCA. Niepomyślne zakończenie leczenia chorego śmiercią 7 stycznia 2010 r. wiąże się przyczynowo z przebyłym świeżo zawałem mięśnia serca, ale nie można jednoznacznie ustalić, czy nie jest następstwem leczenia w postaci PTCA. Zabieg taki wiąże się z potencjalnym zagrożeniem życia i zdrowia pacjenta, o czym informacja przekazywana jest również pacjentowi. Zabieg został wykonany jako konieczny w celu zapobieżenia w przyszłości kolejnym zawałom mięśnia serca. Wystąpienie w następnym dniu powikłania w postaci migotania komór doprowadziło, mimo reanimacji, do śmierci pacjenta.

Podsumowując – Naczelny Sąd Lekarski podkreślił, że w świetle dolegliwości zgłaszanych obwinionemu przez pacjenta oraz jego rodzinę podjęte przez lekarza działania były uzasadnione. Lekarz pogotowia nie może prowadzić pełnego postępowania diagnostycznego w każdym potencjalnie możliwym kierunku, lecz musi kierować się celowością takiego postępowania w świetle stwierdzonego stanu zdrowia pacjenta. Stan ten natomiast stwierdza na podstawie wywiadu oraz badania przedmiotowego. Przebieg wizyty lekarskiej obwinionego w domu pacjenta uniemożliwił postawienie tezy, że niewykonanie przez obwinionego badania EKG było błędem diagnostycznym.