

## Wzorzec dobrego pediatry w orzeczeniach sądów lekarskich

### Model of a good paediatrician in judgements of medical courts

Zakład Ekonomiki, Prawa i Zarządzania Szkoły Zdrowia Publicznego, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa, Polska  
Adres do korespondencji: Iwona Wrześniewska-Wal, ul. Kleczewska 61/63, 01-826 Warszawa, tel.: +48 22 560 11 41, e-mail: iwona.wrzesniewska-wal@cmkp.edu.pl

#### Streszczenie

W niniejszej pracy przedstawiono obowiązki lekarza pediatry dotyczące diagnozy i leczenia, które powinien wykonywać w odniesieniu do zasady należytej staranności. Ta fundamentalna dla zawodu lekarza zasada wynika nie tylko z przepisów prawa, ale także z norm deontologicznych. Z tego względu oprócz odpowiedzialności karnej i cywilnej lekarz ponosi również opisaną w tym artykule odpowiedzialność zawodową. W polskiej doktrynie prawniczej odpowiedzialność zawodową lekarzy często uznaje się za quasi-karną, dostosowaną do potrzeb określonych instytucji, i zalicza do prawa karnego w szerokim tego słowa znaczeniu. Jednak postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy toczy się niezależnie od postępowania karnego lub innego postępowania dyscyplinarnego dotyczącego tego samego czynu. W niniejszej pracy mowa jest o tym, w jaki sposób funkcjonują sądy lekarskie. To o tyle istotne, że sędziowie sądów lekarskich w I i II instancji rozstrzygają samodzielnie zagadnienia faktyczne i prawne. Członkowie sądów lekarskich w zakresie orzekania podlegają przepisom powszechnie obowiązującego prawa. W tego typu postępowaniach kluczową kwestię stanowi opinia biegłego. Biegły lekarz, odwołując się do wiedzy i doświadczenia praktycznego, ukazuje kontekst medyczny sporu prawnego. W artykule zwrócono uwagę na formę i elementy, jakie powinna zawierać opinia biegłego, który musi dysponować odpowiednim materiałem do przeprowadzenia ekspertyzy. W przypadku opinii wydawanych w sprawach dyscyplinarnych lekarzy biegły pozyskuje materiał na podstawie osobistego badania pokrzywdzonego oraz analizy całości dokumentacji albo tylko na podstawie dokumentacji medycznej. W opracowaniu przedstawiono przykłady takich opinii.

**Słowa kluczowe:** lekarz pediatra, sąd lekarski, należyta staranność

#### Abstract

The paper presents the responsibilities of paediatricians with regard to the diagnosis and treatment they should provide in compliance with the principle of due diligence. This principle – fundamental for the medical profession – stems not only from the regulations of law but also from deontological standards. For this reason, in addition to criminal and civil liability, physicians also bear professional liability, which is addressed in this paper. In the Polish legal doctrine, the professional liability of physicians is often considered to be quasi-criminal, adapted to the needs of specific institutions. Consequently, it is included in the framework of criminal law in the broad sense. Nevertheless, proceedings concerning the professional liability of physicians are held independently of criminal or other disciplinary proceedings pertaining to the same act. This paper addresses aspects related to the operation of medical courts. The issue is particularly important in view of the fact that judges sitting in medical courts of the first and second instance independently decide on factual and legal issues. With respect to the adjudication process, members of medical courts are subject to the provisions of the generally applicable law. A key element in court proceedings is the testimony of expert medical witnesses. Medical experts called by the court as expert medical witnesses show the medical context of a legal dispute based on their theoretical knowledge and practical expertise. The paper highlights the form and the elements that should be included in the expert opinion. Crucially, the preparation of expert opinions requires access to appropriate materials related to the case. Expert medical witnesses serving as court-appointed experts in disciplinary cases acquire such materials based on their personal examination of the injured party and comprehensive review of available documentation – or solely on the basis of medical records. The paper presents examples of such expert opinions.

**Key words:** paediatrician, medical court, due diligence

## WSTĘP

Obawa rodziców o zdrowie dziecka przewyższa obawę o ich własne zdrowie. Z tego względu lekarz pediatra oprócz przyjaznego i serdecznego kontaktu z dzieckiem musi cierpliwie wyjaśniać wątpliwości rodziców. Zalecenia lekarza pediatry muszą być szczególnie dokładne i nie mogą pozostawiać jakichkolwiek wątpliwości. Wszelkie pomyłki lekarza mogą być groźne w skutkach<sup>(1)</sup>. W ostatnich latach w przypadku nieporozumień i konfliktów rodzice coraz częściej składają skargi do Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej (ROZ)<sup>(2)</sup>, później zaś sprawa może trafić do sądu lekarskiego. Na początku ROZ prowadzi czynności sprawdzające i postępowanie wyjaśniające. W trakcie swojego postępowania ROZ może odmówić wszczęcia postępowania lub umorzyć postępowanie już wszczęte, jeżeli nie znajduje dowodów popełnienia przewinienia zawodowego. Jeżeli jednak ROZ uzna, że istnieją takie dowody, to składa wniosek o ukaranie do sądu lekarskiego. ROZ oraz sędziowie sądu lekarskiego są lekarzami lub lekarzami dentykami z co najmniej 10-letnim stażem zawodowym, wybranymi przez delegatów okręgowego zjazdu lekarzy na czteroletnią kadencję. W sądzie lekarskim obowiązuje zasada dwuinstancyjności. Oznacza to, że w I instancji orzeka Okręgowy Sąd Lekarski (OSL) w składzie trzech lekarzy, a instancją odwoławczą, tj. II instancją, jest Naczelny Sąd Lekarski (NSL) złożony z pięciu lekarzy. Warto pamiętać, że od 2010 roku istnieje również możliwość złożenia nadzwyczajnego środka odwoławczego od orzeczenia NSL, tj. kasacji do Sądu Najwyższego (SN), w którym w składzie trzyosobowym orzekają sędziowie zawodowi. W ramach procedury kasacyjnej do SN w ciągu ostatnich trzech lat wpłynęło: w 2016 – 18, w 2017 – 25 oraz w 2018 – 37 spraw.

## MATERIAŁ I METODY

Celem niniejszego opracowania jest zwrócenie uwagi lekarzy pediatrów na dwa fundamentalne przepisy, które pokazują, na czym ma polegać należyta staranność wykonywania czynności zawodowych. Zagadnienie należytej staranności zostało ujęte w przepisach prawa: art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty<sup>(3)</sup> oraz w normach etycznych: art. 8 Kodeksu Etyki Lekarskiej (KEL)<sup>(4)</sup>. Należy podkreślić, że przepisy te mają kluczowe znaczenie z punktu widzenia wykonywania zawodu lekarza pediatry, gdyż zawierają podstawowe dyrektywy, którymi powinien się kierować każdy lekarz. Po pierwsze, z przepisów tych wynika zasada wykonywania przez lekarza zawodu zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej – przy użyciu dostępnych mu metod i środków. Po drugie, ustanawiają one obowiązek przestrzegania zasad etyki zawodowej. Po trzecie, przepisy te wprowadzają nakaz zachowania należytej staranności<sup>(5)</sup>. Art. 8 Kodeksu Etyki Lekarskiej stanowi, że lekarz powinien przeprowadzać

wszelkie postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze z należytą starannością, poświęcając tym czynnościom niezbędny czas.

W artykule przeprowadzono analizę dotyczącą naruszeń ww. przepisów prawa oraz uchybień KEL, badając akta spraw orzeczeń OSL oraz wybrane sprawy instancji odwoławczej NSL. Warto w tym miejscu podkreślić, że orzeczenia OSL i NSL nie są publikowane.

Pierwsza grupa analizowanych spraw to orzeczenia OSL badane na podstawie akt sądowych z OSL w Łodzi (z 2016 r.), OSL w Poznaniu (z 2016 r.) oraz OSL w Warszawie (z 2016, 2017 i 2018 r.). W badaniu z 2016 roku uzyskano przekrój spraw z różnych ośrodków w porównywalnym okresie. W przypadku OSL w Warszawie analiza spraw dotyczy trzech kolejnych lat: 2016, 2017 i 2018. Co do zasady były to orzeczenia prawomocne.

Orzeczenia NSL jako instancji odwoławczej były badane w latach 2016 i 2017.

## WYNIKI

W badaniu akt sądowych z 2016 roku uzyskano przekrój spraw z trzech różnych izb lekarskich w Polsce w porównywalnym okresie. Co do zasady były to sprawy zakończone, a orzeczenia prawomocne. Analiza spraw z roku 2016 wskazuje, że w OSL w Łodzi badano 33 sprawy, z czego w 23 (69,7%) lekarzom postawiono zarzut braku należytej staranności – w tym 3 sprawy dotyczyły lekarzy pediatrów; w OSL w Poznaniu badano 9 spraw, z czego zarzut braku staranności postawiono w 2 (22%) sprawach – w tym 1 dotyczyła lekarza pediatry; w OSL w Warszawie na 55 badanych spraw w 39 (71%) postawiono zarzut nienależytej staranności – w tym 4 sprawy dotyczyły lekarzy pediatrów. Rok później w OSL w Warszawie zostały zbadane 52 sprawy, przy czym w 34 (65,4%) przypadkach dotyczyły one braku należytej staranności w postępowaniu diagnostyczno-terapeutycznym – w tym 2 sprawy dotyczyły lekarzy pediatrów. Natomiast w 2018 roku w OSL w Warszawie zbadano 40 wszystkich rozpatrywanych spraw, przy czym spraw związanych z nienależyłą starannością było 26 (65%) – żaden zarzut nie dotyczył lekarzy pediatrów.

Materiał z ośrodka warszawskiego pozwala pokazać pewne tendencje z okresu trzech kolejnych lat w sądzie lekarskim, który swoim zasięgiem obejmuje największą izbę lekarską w Polsce. Wynika stąd, że liczba spraw w OSL w Warszawie jest mała, a na dodatek systematycznie spada. Stale jednak na tym samym poziomie utrzymuje się liczba spraw przeciwko lekarzom pediatrom w NSL. NSL jest instancją odwoławczą, która rozpoznaje odwołania od OSL z całej Polski. W 2016 roku w NSL zostało zbadanych 161 spraw, zarzut braku należytej staranności postawiono w 134 sprawach (83%) – w tym 17 dotyczyło lekarzy pediatrów. Rok później badanych spraw było 140, zarzut braku należytej staranności postawiono w 101 sprawach (72%) – w tym 16 dotyczyło lekarzy pediatrów<sup>(6)</sup>.

## WYBRANE ORZECZENIA SĄDÓW LEKARSKICH

### Krztusiec (Okręgowy Sąd Lekarski)

W styczniu 2014 roku zaniepokojona matka zgłosiła się ze swym 5-miesięcznym synem do izby przyjęć z powodu krztuszenia się i napadów kaszlu u dziecka, które przebiegały z zaczerwienieniem twarzy i zanoszeniem się. Po postawieniu wstępnej diagnozy krztuśca chłopiec został przyjęty na oddział pediatrii. Na oddziale lekarz pediatra, która była jednocześnie lekarzem prowadzącym, zebrała od rodziców wywiad na temat stanu zdrowia dziecka. W okresie noworodkowym chłopiec był hospitalizowany z powodu wady układu moczowego i od tego czasu pozostawał pod opieką poradni urologicznej i nefrologicznej. Ponadto dziecko było zwolnione z części szczepień z powodów neurologicznych. Jednocześnie znajdowało się pod opieką poradni gastrologicznej, ponieważ istniało podejrzenie refluksu żołądkowo-przelykowego. Trzy tygodnie wcześniej chłopiec przebywał w szpitalu, gdzie ustalono rozpoznanie bezdechu afektywnego. Na początku miesiąca był leczony między innymi azytromycyną i klarytromycyną.

W badaniu przedmiotowym lekarz pediatra stwierdziła cechy infekcji górnych dróg oddechowych. W trakcie pobytu chłopca w szpitalu przeprowadziła szereg badań dodatkowych: badania laryngologiczne, badanie radiologiczne klatki piersiowej, diagnostykę ultrasonograficzną głowy i szyi, a także klatki piersiowej. W związku z cechami obturacji oskrzeli zastosowano lek rozkurczający oskrzela Ventolin. Wobec niewystąpienia u dziecka napadu kaszlu typowego dla krztuśca i dobrych wyników badań laboratoryjnych lekarz prowadząca nie wykonała badań serologicznych. Jednak w dniu wypisu do domu po rozmowach z rodzicami chłopcu pobrano krew w kierunku krztuśca, chlamydii i *Mycoplasma pneumoniae*. Jednocześnie lekarz pediatra zamówiła dla chłopca diagnostykę planową w klinice pulmonologii. Kilka dni później, podczas wydawania karty wypisowej, lekarz prowadząca rozmawiała z matką chłopca, dysponując jedynie wynikami dotyczącymi przeciwciał w klasie IgG i IgM, które były ujemne i nie wskazywały na przechorowanie krztuśca. Jednak w pierwszych dniach maja 2014 roku do rodziców chłopca przyszło pismo z senepidu informujące, że dziecko ma dodatni wynik badań w kierunku krztuśca.

W tej sytuacji w dniu 13 maja 2014 roku rodzice złożyli skargę na lekarz pediatrę do OROZ, który postawił lekarz pediatrę zarzut braku przeprowadzenia diagnostyki krztuśca, mimo ustalenia rozpoznania krztuśca w izbie przyjęć przez lekarza będącego świadkiem napadu kaszlu u dziecka, co skutkowało niezastosowaniem odpowiedniego leczenia i naraziło pacjenta na przedłużenie choroby, tj. naruszenie art. 8 KEL w zbiegu z art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry.

W postępowaniu wyjaśniającym ROZ dyrekcja szpitala przekazała informację, że wyniki badań serologicznych

zostały odnotowane na dwóch kartkach i każda z nich trafiła na oddział w innym czasie: na jednej kartce umieszczone były wyniki w klasie IgG i IgM (ujemne), a na drugiej – wynik w klasie IgA (dodatni).

W trakcie postępowania przed sądem lekarskim został przedstawiony dowód z opinii biegłej. Biegła zwróciła uwagę na trzy kwestie: objawy kliniczne, rozmaz krwi i europejskie wytyczne. Ten ostatni dokument został opracowany przez grupę ekspertów EUpertgenomics/EUpertstrain (w skrócie EUpert) w 2013 roku i uznany przez Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (European Centre for Disease Prevention and Control, ECDC)<sup>(7)</sup> za obowiązujące wytyczne, według których diagnostyka serologiczna krztuśca powinna obejmować jedynie oznaczenie przeciwciał w klasie IgG przeciwko toksynie krztuścowej u młodzieży i dorosłych.

Zdaniem biegłej, po pierwsze, opisane w dokumentacji medycznej objawy kliniczne nie dawały podstaw do przeprowadzenia diagnostyki laboratoryjnej w kierunku krztuśca. Wywiad kaszlu był bardzo długi (około 3 miesięcy). Według Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization, WHO) krztusiec rozpoznaje się u osoby z kaszlem utrzymującym się powyżej 2 tygodni, w której obserwuje się co najmniej jeden z objawów: napadowość kaszlu, „pianie” związane z kaszlem lub wymioty występujące po ataku (tzw. kryterium kliniczne)<sup>(8)</sup>. Chłopiec nie prezentował objawów typowych dla krztuśca, gdyż brak było charakterystycznego kaszlu podobnego do „piania koguta”. Ponadto niezasadne było włączenie antybiotyku, gdyż pacjent przed przyjęciem do szpitala otrzymał leczenie antybiotykiem z grupy makrolidów.

Po drugie, po okazaniu przez sąd podczas rozprawy wyników morfologii krwi biegła stwierdziła poziom limfocytów poniżej normy wiekowej, a poziom neutrofilii podwyższony. Oznacza to odwrócony stosunek zaburzeń morfologii w stosunku do tego w krztuścu.

Po trzecie, w ocenie biegłej, w odniesieniu do wytycznych ECDC, diagnostyka serologiczna krztuśca nie ma wartości diagnostycznej u noworodków, niemowląt i małych dzieci. Sąd lekarski uznał opinię biegłej za wiarygodną i spójną. Lekarz prowadziła diagnostykę i leczenie zgodnie z aktualną wiedzą medyczną. Sąd uniewinnił lekarz pediatrę od stawianych jej zarzutów<sup>(9)</sup>.

### *Klebsiella pneumoniae* (Naczelny Sąd Lekarski)

W dniu 21 października 2014 roku na oddział pediatryczny został przyjęty chłopiec z powodu wymiotów, luźnych stolców i stanu podgorączkowego. Lekarz pediatra, która była lekarzem prowadzącym i jednocześnie pełniła funkcję koordynatora oddziału pediatrycznego, zbadała dziecko podmiotowo i przedmiotowo. Chłopiec urodził się 22 września 2014 roku drogą cięcia cesarskiego w 34. tygodniu ciąży powikłanej gestozą, z masą ciała 2880 g, punktacja w skali Apgar: 9. W chwili przyjęcia na oddział w badaniu

przedmiotowym zauważono cechy miernego odwodnienia i cichy szmer skurczowy nad sercem. Wyniki badań laboratoryjnych były w normie. Lekarz prowadząca zleciła nawadnianie dziecka i probiotyki. Po 3 dniach chłopiec został wypisany do domu w stanie ogólnym dobrym z zaleceniami stosowania leków: witamina B<sub>6</sub>, Actiferol Fe, BioGaia, Floxal oraz wykonania kontrolnej morfologii za 3–4 tygodnie. W dniu 27 października 2014 roku lekarz pediatra otrzymała z laboratorium wynik badania bakteriologicznego z wykonanego u dziecka wymazu z odbytu, w którym stwierdzono obecność *Klebsiella pneumoniae* ESBL (*extended-spectrum beta-lactamases*) (+). O tych wynikach i rozpoznaniu kolonizacji *Klebsiella pneumoniae* ESBL lekarz prowadząca poinformowała rodziców, którzy wrócili do szpitala po kartę wypisową.

W dniu 31 października 2014 roku rodziców zaniepokoił stan niemowlęcia, które miało mniejszy apetyt oraz często płakało. Lekarz rodzinna, do której udali się rodzice z dzieckiem, stwierdziła zaburzenia czynności przewodu pokarmowego, wysunęła podejrzenie infekcji, zaleciła probiotyk i obserwację dziecka do godzin wieczornych oraz wystawiła skierowanie do szpitala. Jednak rodzice pojechali do szpitala od razu. Dyżur pełniła lekarz, która poprzednio prowadziła leczenie dziecka. Stan niemowlęcia się pogarszał. Jego brzuch był duży, wzdęty, bez słyszalnej perystaltyki, stolec żółty, papkowaty. W szpitalu wstrzymano karmienie i podano dziecku płyny dożylnie, włączono Biodacynę (1 × 70 mg) i Tartraksion (1 × 200 mg). Ze względu na brak poprawy lekarz pediatra zdecydowała o przewiezieniu niemowlęcia do szpitala o wyższym poziomie referencyjnym. Przy przyjęciu chłopiec był w stanie ciężkiego wstrząsu, bladospiny, bez kontaktu; puls nitkowaty bądź niewyczuwalny, tachykardia 200/min, niedobór zasad (*base excess*, BE) (-10), olbrzymi brzuch. Niemowlę natychmiast zaintubowano, włączono antybiotyki, prowadzono wlew z Levonoru. Wykonano badanie ultrasonograficzne jamy brzusznej, w którym stwierdzono dużą ilość wolnego, gęstego płynu w jamie otrzewnej, brak perystaltyki, obrzęk ściany części jelit z obecnością pęcherzyków gazu. W badaniu radiologicznym: rozdęte pętle jelitowe, płyn w jamie brzusznej. Mimo podjętych działań postępowała kwasica metaboliczna i spadało ciśnienie tętnicze. Do leczenia włączono adrenalinę, hydrokortyzon oraz przetoczono masę erytrocytarną. Stan nieodwracalnego wstrząsu postępował, doszło do zatrzymania krążenia i nastąpił zgon chłopca.

Do OSŁ wpłynął wniosek o ukaranie lekarz pediatry, która była koordynatorem oddziału pediatrycznego i jednocześnie lekarzem prowadzącym niemowlę, za to, że nie dołożyła należytej staranności w postępowaniu lekarskim wobec dziecka, podejmując decyzję o wypisaniu chłopca ze szpitala bez kontrolnego wyniku morfologii oraz bez znajomości wyniku badania bakteriologicznego, tj. naruszenie art. 8 KEL w zbiegu z art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty. Dokonując rozstrzygnięcia, sąd postanowił rozpatrzyć zarzuty wskazane przez OROZ jako dwa przewinienia zawodowe i osobno ocenić każdą kwestię.

W przedmiotowej sprawie uzyskano opinię dwóch biegłych specjalistów z zakresu neonatologii oraz pediatrii i chorób zakaźnych. Należy również podkreślić, że biegli nie oceniali postępowania lekarz pediatry dnia 31 października 2014 roku, było to bowiem poza zakresem zarzutu. Przedmiot oceny stanowiła pierwsza hospitalizacja dziecka. Zdaniem biegłych, biorąc pod uwagę ogólny dobry stan chłopca, przyrost masy ciała, chętnę przyjmowanie pokarmów, brak cech męczenia się w trakcie karmienia oraz wynik morfologii krwi, nie było wskazań do podawania preparatów krwiopochodnych. Nie był też błędem wypis dziecka w dobrym stanie, które oddawało prawidłowe stolce, mimo braku informacji o wyniku wymazu z odbytu. Uzyskany wynik posiewu można traktować jako kolonizację przewodu pokarmowego. Stosowanie antybiotyków jest wskazane jedynie w przypadkach przedłużających się lub bardzo nasilonych objawów ze strony przewodu pokarmowego. Jeden z biegłych podkreślił, że *Klebsiella pneumoniae* ESBL nie jest typowym czynnikiem etiologicznym biegunki. Nosicielstwa bakterii, w tym patogenów alarmowych, nie leczy się, z wyjątkiem szczególnych sytuacji klinicznych. W populacji ogólnej nosicielstwo *Klebsiella pneumoniae* w jamie nosowo-gardłowej waha się w zakresie 1–6%, a w odbytnicy 5–38%<sup>(10)</sup>. Odsetek ten jest wyższy w przypadku pacjentów przebywających w szpitalu, bez dolegliwości ze strony układu oddechowego, nieotrzymujących antybiotyków. Przedłużanie hospitalizacji dziecka w dobrym stanie ogólnym do czasu uzyskania wyników badań posiewu byłoby zdaniem biegłego niewłaściwe, gdyż naraziłoby chłopca na ryzyko zakażeń. Biegli podkreślili, że stan dziecka pogorszył się dopiero 7 dni po wypisaniu ze szpitala, co dowodzi, że w chwili wypisu niemowlę było jedynie nosicielem bakterii. W tym zakresie sąd lekarski uznał wyjaśnienia za spójne i logiczne i stały się one podstawą rozstrzygnięcia uniewinniającego. Dokonując rozstrzygnięcia odnośnie do drugiego z zarzutów, sąd podzielił opinię jednego z biegłych, który wskazał, że u chłopca doszło do znacznego stopnia anemizacji. Wartości morfologii krwi w pierwszej dobie życia (22 września 2014 r.) wynosiły: hemoglobina 13,2 g/dl, hematokryt 40%, natomiast w dniu przyjęcia do szpitala (21 października 2014 r.): hemoglobina 8,4 g/dl, hematokryt 24%. Lekarz pediatra wyjaśniała sądowi, że występującą u chłopca anemizację oceniła jako typowe obniżenie parametrów morfologii krwi u dziecka będącego wcześniakiem urodzonym przez cięcie cesarskie. Sąd nie podzielił rozumowania przedstawionego przez obwinioną lekarzkę. Zdaniem sądu wyniki badań uzyskane w dniu przyjęcia do szpitala niewątpliwie nie stanowiły bezwzględnych wskazań do podania dziecku preparatów krwiopochodnych, niemniej jednak przed wypisem do domu należało powtórzyć badanie morfologii krwi. Wobec powyższego sąd uznał lekarz pediatrę winną przewinienia zawodowego polegającego na tym, że podjęła decyzję o wypisaniu dziecka ze szpitala bez kontrolnego badania morfologii krwi<sup>(11)</sup>. Od powyższego orzeczenia odwołanie złożył obrońca obwinionej lekarki. Wskazał, że OSŁ ocenił materiał dowodowy

jednostronnie i selektywnie (z naruszeniem obiektywizmu), co polegało na pominięciu opinii jednego z biegłych, który uznał wprost, że wypisanie ze szpitala bez kontroli morfologii krwi było prawidłowe. Natomiast OSL wziął pod uwagę wątpliwości wynikające z opinii drugiego biegłego i zinterpretował je na niekorzyść obwinionej lekarz pediatry. NSL uznał to odwołanie za zasadne. Analizując sprawę, wskazał, że dla ustaleń OSL kluczowe znaczenie miały opinie biegłych. W tym kontekście w ocenie NSL istotne pozostaje, że w świetle wniosków sformułowanych przez biegłych nie można w sposób jednoznaczny potwierdzić nieprawidłowości. Biegła stwierdziła jedynie, że dokonując oceny *ex post*, można było rozważyć powtórne badania laboratoryjne przed wypisaniem dziecka do domu. Jednak te oznaczenia nie wniosłyby istotnych nowych informacji, a samo ich zlecenie mogło być ocenione jako niepotrzebne narażenie dziecka na procedury medyczne. NSL uchylił orzeczenie sądu okręgowego i przekazał temu sądowi sprawę do ponownego rozpoznania. Zdaniem sądu odwoławczego należy precyzyjnie ustalić stan faktyczny, czy obwiniona lekarka miała obowiązek wykonać badanie morfologii krwi przed wypisaniem dziecka do domu i czy samo wykonanie tego badania wpłynęłoby na zmianę zaleceń<sup>(12)</sup>. OSL w Łodzi, ponownie rozpatrując sprawę, uniewinnił lekarz pediatrę. Orzeczenie jest prawomocne<sup>(13)</sup>.

## OMÓWIENIE

Analiza orzeczeń sądów lekarskich w latach 2016–2018 wykazała stały i dość wysoki poziom liczby spraw dotyczących braku należytej staranności – w zależności od regionu w OSL: 22–71%. Wśród lekarzy, którym postawiono takie zarzuty, było 2–4 pediatrów. Podobnie kształtowały się wyniki w największej w kraju izbie lekarskiej. W latach 2016–2018 brak należytej staranności sąd lekarski rozpatrywał w 65–71% spraw, przy czym spraw z udziałem pediatrów było najwięcej w 2016 roku – 4, a w 2018 roku nie było żadnej. W tym samym czasie w instancji odwoławczej, tj. w NSL, wyższy był udział spraw dotyczących braku należytej staranności – 72–83%. Wzrost ten dotyczył również spraw z udziałem lekarzy pediatrów – w każdym z badanych okresów 16–17 lekarzy tej specjalności. Obecny stan rzeczy, w którym pediatria jest specjalizacją pojawiającą się w statystykach sądów lekarskich, wynika z kilku przyczyn. Po pierwsze, lekarz pediatra co do zasady pracuje z pacjentem – dzieckiem i jego rodzicami (lub rodzicem). Po drugie, wymiana informacji między lekarzem a rodzicami pacjenta jest nieproporcjonalna. Polega to na tym, że lekarz pediatra dokładnie wypytuje o stan dziecka, nie odwzajemniając się tym samym i nie udzielając szczegółowych informacji odnośnie do diagnozy i leczenia. W związku z tym lekarz pediatra musi, wykorzystując nie tylko swoją wiedzę, ale i doświadczenie zawodowe, wspólnie z rodzicami rozważyć pewne decyzje związane z leczeniem dziecka (m.in. czy lepiej dziecko w dobrym stanie ogólnym wypisać do domu i czekać na wynik badania poza szpitalem, czy też

oczekiwać na ten wynik, pozostawiając dziecko w szpitalu). Po trzecie, cała ta sytuacja wiąże się z tym, że podczas choroby dziecka poczucie zagrożenia i poziom lęku rodziców są zdecydowanie większe niż w przypadku choroby osoby dorosłej.

## WNIOSKI

Osiągnięcia współczesnej medycyny sprawiają, że pacjenci i ich rodzice wierzą w jej skuteczność i mają duże oczekiwania wobec lekarzy. Tak wysoki poziom wiedzy medycznej sprawia, że sędziowie sądu lekarskiego coraz chętniej korzystają z opinii biegłych. Opinia biegłego lekarza w procesie przed sądem lekarskim jest szczególnym środkiem dowodowym. Świadczą o tym głównie przedmiot i cel tej opinii oraz osoba biegłego lekarza. Biegły lekarz ocenia fakty z punktu widzenia specjalistycznej wiedzy medycznej, a w pewnych wypadkach będzie je również ustalał np. poprzez badanie pacjenta. Z punktu widzenia przepisów prawa oczywiste jest, że „w kwestiach wymagających wiadomości specjalnych – a taką jest bez wątpienia kwestia istnienia choroby – sąd winien się posiłkować biegłymi, nie zaś zajmować samodzielne stanowisko”<sup>(14)</sup>. Sąd lekarski, jeśli już zasięgnął opinii biegłego, nie może z nią polemizować. Albo uznaje opinię za zasadną, albo nie. W miejsce wniosków biegłego sąd lekarski nie może wprowadzać własnych stwierdzeń i rozstrzygać kwestii wymagających wiadomości specjalnych wbrew opinii biegłego specjalisty<sup>(15)</sup>. W przypadku wątpliwości sąd lekarski powinien dopuścić opinię uzupełniającą albo powołać innego biegłego. Sąd Najwyższy uznaje, że w wypadku dwóch sprzecznych opinii obligatoryjnie należy powołać kolejnego biegłego<sup>(16)</sup>. W przypadku sprzeczności opinii sąd może również konfrontować biegłych, tak samo jak świadków. Są to sytuacje, gdy sąd uzna, że opinia biegłego zawiera istotne luki, jest niekompletna, niejasna, nienależycie uzasadniona, nieweryfikowalna lub nierzetelna. W takiej sytuacji – zgodnie z obecną linią orzecznictwa – sąd ma obowiązek dopuszczenia dowodu z opinii dalszych biegłych. Z praktyki sądów lekarskich wynika, że obecnie – tak jak w sądach powszechnych – opinia biegłego stanowi jeden z kluczowych dowodów w tych sprawach.

Stąd postulat *de lege ferenda*, aby orzeczenia sądów lekarskich, a w szczególności opinie biegłych wydane w toku postępowania, wykorzystywać w nauczaniu lekarzy zarówno na etapie studiów, jak i w szkoleniu podyplomowym. Utrzymująca się w ostatnich latach (2016–2018) stała liczba lekarzy, w tym lekarzy pediatrów, którzy odpowiadają przed sądami lekarskimi, jest zdaniem autorki wynikiem braku dokonywania analizy tych orzeczeń wraz z opiniami biegłych w toku edukacji. Orzecznictwo sądów lekarskich obejmuje niezwykle bogate i interesujące stany faktyczne, które powinny być analizowane nie tylko przez prawników, ale przede wszystkim przez lekarzy. Opinie biegłych sporządzone w tych sprawach mają niewątpliwie wartość edukacyjną.

### Konflikt interesów

Autorka nie zgłasza żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.

### Piśmiennictwo

- Zaborowski P: Filozofia postępowania lekarskiego. PZWŁ, Warszawa 1990.
- Liczba wszystkich składanych skarg do OROZ w kolejnych latach: 2014–2018 oraz pierwsze półrocze 2019. Available from: <http://www.nil.org.pl/struktura-nil/naczelnny-rzecznik-odpowiedzialnosc-zawodowej/sprawozdania/oroz>.
- Ustawa z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. 2008, nr 136, poz. 857 z późn. zm.).
- Kodeks Etyki Lekarskiej. Załącznik do obwieszczenia Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej nr 1/04/IV z dnia 2 stycznia 2004 r. NRL, Warszawa 2004.
- Zielińska E (ed.): Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz. ABC Wolters Kluwer, Warszawa 2008.
- Wrześniewska-Wal I: Postępowanie przed sądami lekarskimi w praktyce. Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2018.
- Lutyńska A: Diagnostyka laboratoryjna krztuśca. Med Prakt Szczepienia 2014; 2: 22–27. Available from: <https://www.mp.pl/szczepienia/artykuly/wytyczne/100018,diagnostyka-laboratoryjna-krztusca>.
- Wawrzyniak A, Moes-Wójtowicz A, Kalicki B et al.: Krztusiec – choroba, która nie daje o sobie zapomnieć. Pediatr Med Rodz 2012; 8: 335–340.
- Orzeczenie Okręgowego Sądu Lekarskiego w Warszawie z dnia 23 listopada 2016 r., sygn. akt OSL.630.44/2015, niepublikowane.
- Milner A, Bieńko D, Kamola R et al.: Analiza częstości występowania i ocena lekowrażliwości szczepów *Klebsiella pneumoniae* NDM-1 na oddziale chirurgii CSK WUM w okresie 1.01.2012–30.09.2014 roku. Post Nauk Med 2015; 28: 261–268.
- Orzeczenie Okręgowego Sądu Lekarskiego w Łodzi z dnia 8 lutego 2017 r., sygn. akt 7/Wu/2016, niepublikowane.
- Orzeczenie Naczelnego Sądu Lekarskiego z dnia 22 czerwca 2017 r., sygn. akt NSL Rep. 71/OWU/17, niepublikowane.
- Orzeczenie Okręgowego Sądu Lekarskiego w Łodzi z dnia 1 sierpnia 2018 r., sygn. akt OSL/Wu/31/17, niepublikowane.
- Wyrok Sądu Najwyższego z 9 maja 2000 r., sygn. akt IV CKN 1209/00, LEX nr 52621.
- Wyrok Sądu Najwyższego z 16 października 2014 r., sygn. akt II UK 27/14, LEX nr 1777878.
- Wyrok Sądu Najwyższego z 14 stycznia 2011 r., sygn. akt II UK 160/10, LEX nr 786386.