

Wojciech ŁĄCKI

Przewodniczący Naczelnego Sądu Lekarskiego

Jakość opieki medycznej a Kodeks etyki lekarskiej z punktu widzenia sądu lekarskiego

Według Platona jakość jest pewnym stopniem doskonałości¹.

Definicja ta, w zakresie opieki medycznej, powinna być odnoszona do działań medycznych rozumianych jako produkt oferowany pacjentowi. Winien on podlegać ocenie w zakresie bezpieczeństwa i skuteczności, przekładającej się na zaspokojenie potrzeb i oczekiwań pacjenta-nabywcy. Dodać należy, że oczekiwania te mogą być zarówno przekroczone, jak i niespełnione. Zdrowie i życie są od zarania ludzkości wartościami najwyższymi i nie przekreślą tego niezliczone fakty, pokazujące, że ani życie, a tym bardziej zdrowie, nie miały i nadal nie mają, najmniejszej wartości. Wartościowanie życia i zdrowia uzależnione było – i jeszcze niestety jest – od statusu społecznego, światopoglądu, wykształcenia, zamożności i innych czynników, takich jak na przykład wiek, które różnicują ludzi.

Doskonalenie sztuki zachowania zdrowia i leczenia chorób było i jest troską wszystkich rozwiniętych cywilizacji, ale w nie mniejszym stopniu, również tych kultur, które ośmielamy się nazywać pierwotnymi, z pewnością dlatego, że są źródłem wiedzy pierwotnej, co nie znaczy prymitywnej. Od zarania dziejów za oczekiwaniami wynikającymi ze stosowania leczenia szła ocena tego postępowania w odniesieniu do skutków, niestety głównie negatywnych. Słynny Kodeks Hammurabiego² – babiloński zbiór praw zredagowany i spisany w XVIII wieku p.n.e. – przewidywał drakońskie kary dla lekarzy, którzy swoimi działaniami doprowadzali do śmierci lub kalectwa pacjenta. Były one jednak zależne od statusu społecznego pacjenta. I tak za niepowodzenie medyczne w odniesieniu do obywatela, lekarzowi groziło – w przypadku jego śmierci – nawet obcięcie ręki. Za ten sam skutek w stosunku do niewolnika, lekarz musiał jedynie zwrócić równorzędnego niewolnika. Późniejsze normy prawne były wprawdzie mniej restrykcyjne, ale również przewidywały surowe kary za medyczne niepowodzenia. Oczywiście jest rzeczą, że lekarz nie może odpowiadać za wszystkie powikłania leczenia. Zdecydowana część z nich jest związana z ryzykiem, wynikającym z ciężkości choroby, jej naturalnego przebiegu, bądź niemożliwych do przewidzenia okoliczności, które pojawiają się mimo zachowania wszelkich kanonów postępowania lekarskiego. Z punktu widzenia sądów lekarskich na jakość opieki medycznej spoglądamy głównie poprzez zapisy Kodeksu etyki lekarskiej oraz innych przepisów, związanych z wykonywaniem zawodu lekarza³.

¹ G. Reale, *Historia filozofii starożytnej. Platon i Arystoteles*, t. II, Lublin 1997, *passim*.

² Por. tekst w polskim przekładzie dostępny na stronie <http://www.pistis.pl/biblioteka/Hammurabiego%20kodeks.pdf>, dostęp: 15.12.2015 r.

³ Zob. przykładowo ustawę z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (t.j. Dz. U. 2015, poz. 464), ustawę z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (t.j. Dz. U. 2015, poz. 651),

W tekście Kodeksu etyki lekarskiej z dnia 2 stycznia 2004 roku⁴, zawierającego zmiany uchwalone w dniu 20 września 2003 roku przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy, rozdział *Jakość opieki medycznej* zawiera cztery artykuły. Określają one podstawowe zasady, jakimi powinien kierować się lekarz w swojej pracy. Odniosę się do nich w dwojaki sposób. Po pierwsze, poprzez pryzmat naruszanych zasad tego rozdziału Kodeksu i po drugie, w kontekście specjalizacji, które stwarzają największe ryzyko ponoszenia odpowiedzialności zawodowej. Nie będą to rozważania statystyczne, a jedynie przedstawienie tendencji postrzeganej na przestrzeni lat. Jeśli chodzi o kwalifikację czynu w zakresie naruszenia norm Kodeksu etyki lekarskiej w odniesieniu do jakości opieki medycznej prym wiedzie art. 8, który mówi, że „Lekarz powinien przeprowadzać wszelkie postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze z należytą starannością, poświęcając im niezbędny czas”⁵. Jest to najczęściej przywoływany zapis Kodeksu etyki lekarskiej przy wskazywaniu naruszonej normy prawnej, będącej podstawą wniosku o ukaranie. Tam, gdzie negatywny skutek leczenia wynika z niedopełnienia obowiązku przeprowadzenia niezbędnych badań i procedur wynikających z aktualnej wiedzy medycznej, gdzie pośpiech powoduje zbyt powierzchowne potraktowanie dolegliwości pacjenta lub stwierdzanych objawów, postawienie zarzutu nienależytej staranności nie jest trudne, co nie znaczy, że nie trzeba poprzeć go rzetelnymi dowodami.

Art. 9 mówi, że: „Lekarz może podejmować leczenie jedynie po uprzednim zbadaniu pacjenta. Wyjątki stanowią sytuacje, gdy porada lekarska może być udzielona wyłącznie na odległość”⁶. W tym przypadku mamy najczęściej do czynienia z zarzutami wydawania niezgodnych z prawdą zaświadczeń lekarskich, których znaczną część stanowią zaświadczenia dotyczące zdrowia psychicznego. W dużej liczbie pojawiają się zarzuty dotyczące wydawania zleceń przez telefon, takich jak podanie leków, bądź podjęcia działań medycznych, tylko na podstawie oceny sytuacji klinicznej dokonanej przez pielęgniarki, położne, bądź współdyżurnych, zwykle przez mniej doświadczonych i młodszych, lekarzy. W tym artykule mieści się również, zataczająca coraz szersze kręgi telemedycyna, która opiera się wyłącznie na przekazie, niejednokrotnie życiowo ważnych informacji wyłącznie na odległość. Jakość transferowanego obrazu, zakres przekazanych danych klinicznych, decydują niejednokrotnie o trafności rozpoznania. Standaryzacja i precyzyjne algorytmy postępowania są potrzebą chwili przy tak dynamicznie rozwijającej się formie diagnostyki i leczenia, co w tym drugim przypadku dotyczy jeszcze bardziej budzącego emocje kierunku terapii, jaką jest operowanie na odległość przy zastosowaniu robotów chirurgicznych, gdy operator oddalony jest od pacjenta o tysiące kilometrów.

ustawę z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (t.j. Dz. U. 2012, poz. 159 z późn. zm.), ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej* (t.j. Dz. U. 2015, poz. 618 z późn. zm.), ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (t.j. Dz. U. 2015, poz. 581 z późn. zm.), ustawę z dnia 19 sierpnia 1994 r. *o ochronie zdrowia psychicznego* (t.j. Dz. U. 2011, Nr 231, poz. 1375 z późn. zm.).

⁴ Kodeks etyki lekarskiej w brzmieniu nadanym uchwałą VII Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 20.09.2003 r. Tekst dostępny na stronie http://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0003/4764/Kodeks-Etyki-Lekarskiej.pdf.

⁵ Ibidem.

⁶ Ibidem.

Art. 10 mówi w punkcie 1, że: „Lekarz nie powinien wykroczać poza swoje umiejętności zawodowe przy wykonywaniu czynności diagnostycznych, zapobiegawczych, leczniczych i orzecznicych”⁷. Ta norma kodeksowa jest wbrew pozorom naruszana wcale nierzadko. W ostatnich latach szczególnie coraz częściej zarzut przekroczenia uprawnień i wykroczenia poza zakres umiejętności słyszą lekarze dentyści. Szybko rozwijająca się protetyka i implantologia, w połączeniu z dużymi oczekiwaniami pacjentów, podsyconymi zręczną reklamą oraz znacznymi kosztami, rodzi w przypadku niepowodzenia, bądź niepełnej satysfakcji pacjentów z wykonanych prac protetycznych, wielokierunkowe roszczenia w tym również, odpowiedzialność zawodową. Aspekt komercyjny stanowi wyjątkowo silne źródło zaciętrzewienia stron i walkę do upadłego o odzyskanie nie tylko nieskazitelnego uśmiechu. Niestety należy zaznaczyć, że wielu lekarzy dentyistów podejmuje się skomplikowanych prac protetycznych przy braku uprawnień, bądź niewielkim doświadczeniu przy ich wykonywaniu, a w takim wypadku o niezadowolenie pacjenta, często uzasadnione, nietrudno. Mniejszy margines spraw zajmują sytuacje, gdy lekarz wydaje opinię w dziedzinie, w której nie posiada odpowiedniej specjalizacji, bądź która w jego ocenie ma związek z posiadaną. Doskonałym przykładem jest konfrontacja chirurgii z traumatologią, co w realiach wielu szpitali przy braku oddziałów ortopedycznych jest codziennością. Punkt 2 art. 10 wskazuje, że: „Jeśli zakres tych czynności (patrz. pkt 1) przewyższa umiejętności lekarza, wówczas winien zwrócić się do bardziej kompetentnego kolegi. Nie dotyczy to nagłych wypadków i ciężkich zachorowań, gdy zwłoka może zagrażać zdrowiu lub życiu chorego”⁸.

Tu wkraczamy w bardzo szerokie pole działania lekarzy głównie pracujących niedgdyś w izbach przyjęć, stanowiących przedłużenie pomocy doraźnej, a obecnie w Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych. Praktyką, niestety odziedziczoną po poprzednim systemie pomocy doraźnej, jest zatrudnianie w Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych młodych, często niedoświadczonych lekarzy. Oni nie mają najczęściej problemów ze zwróceniem się o pomoc do starszych, bardziej doświadczonych kolegów, problemem jest natomiast częsty brak możliwości takiej konsultacji. Z kolei starsi lekarze zwykle skutecznie sięgają po konieczne konsultacje, ale często robią to zbyt późno, albo co gorsze, nie stosują się do wskazań konsultanta.

Końcowy art. 11 mówi, że: „Lekarz winien zabiegać o wykonywanie swego zawodu w warunkach, które zapewniają odpowiednią jakość opieki nad pacjentem”⁹. W praktyce sądów lekarskich niedochowanie należytej staranności, które było tematem wcześniejszych rozważań wynikało, ujmując problem szeroko, z braku odpowiednich warunków dla działań lekarzy. Niedostatki te obejmowały zarówno bazę diagnostyczną, leczniczą, jak i niedobory kadrowe. Niestety, okazywało się, że najczęściej lekarze mieli świadomość tych niedoborów i mimo to podejmowali się pracy w niedoskonałych warunkach. Ta pozornie nieracjonalna sytuacja wynikała i nadal wynika wcale w nie mniejszym wymiarze z faktu, że przychodnie i szpitale zatrudniające lekarzy, mając ograniczone środki, tworzą potencjał diagnostyczno-terapeutyczny na miarę swoich możliwości, a lekarze zmuszeni są często wbrew zdrowemu rozsądkowi, do pracy w takich warunkach jak

⁷ Ibidem.

⁸ Ibidem.

⁹ Ibidem.

oferuje dany podmiot leczniczy. Tłumaczą to czynnikami, z którymi można się zgodzić, nie usprawiedliwiając jednak pracy w warunkach, które nie zapewniają bezpieczeństwa zarówno pacjentowi, jak i lekarzowi. Na czoło wysuwa się presja pracodawcy, podparta nierzadko groźbą zwolnienia z pracy, czynnik materialny i strach o utratę źródła dochodów. Niekorzystne skutki pracy w warunkach odbiegających od normy, rodzą często odpowiedzialność zawodową i nieuchronną karę, ale co paradoksalne są też często impulsem do zmian w pracy przychodni, oddziału, gabinetu i przewartościowaniu myślenia, że jednak trzeba zmieniać na lepsze i lepiej zrobić to zanim gorsze zrobi to za nas.

Na koniec słów kilka na temat tego jak kształtowały się i kształtują specjalności, które niosą największe ryzyko odpowiedzialności zawodowej, co wcale nie oznacza, że jakość działań lekarzy w tych dziedzinach jest zła lub gorsza od innych, ale krótki przegląd pozwala wyrobić sobie pogląd, gdzie uwaga pacjentów jest szczególnie skupiona na jakości. Niewątpliwym czynnikiem wpływającym na dominację pewnych specjalności ma stopień ryzyka związanego z podejmowanymi w ich zakresie procedurami oraz skutkami tych działań. Stałą tendencją od początku reaktywowanej samorządowej odpowiedzialności zawodowej jest dominacja specjalności zabiegowych. W czołówce plasują się chirurgia, położnictwo i ginekologia, z położeniem akcentu na położnictwo, następnie pojawia się ortopedia. Mniejszy udział mają zachowawcze choroby wewnętrzne. Dość wysoki, ale utrzymujący się bez większych wahań, udział miała stomatologia, jednak w ostatnich kilkunastu latach wzrosła liczba spraw stomatologicznych w zakresie leczenia protetycznego. Pojawiły się sprawy z dziedziny medycyny ratunkowej. Tendencję wzrostową ma medycyna rodzinna, która przejęła sporą część skarg z dziedziny chorób wewnętrznych. Również anesteziologia ma swój udział w statystykach sądów lekarskich. Oczywiście powyższe dane, tak jak wspominałem wcześniej, należy traktować szacunkowo i wnioski formułować jedynie w celu wysyłania sygnałów ostrzegawczych do lekarzy, posiadających określone specjalizacje, nie pomijając tych, które pojawiają się rzadziej, co nie znaczy, że nie należy dbać w nich o najwyższą jakość.

Streszczenie

Według Platona jakość jest pewnym stopniem doskonałości. Definicja ta, w zakresie opieki medycznej, powinna być odnoszona do działań medycznych rozumianych jako produkt oferowany pacjentowi. Winien on podlegać ocenie w zakresie bezpieczeństwa i skuteczności, przekładającej się na zaspokojenie potrzeb i oczekiwań pacjenta-nabywcy. Dodać należy, że oczekiwania te mogą być zarówno przekroczone, jak i niespełnione. Zdrowie i życie są od zarania ludzkości wartościami najwyższymi i nie przekreślą tego niezliczone fakty, pokazujące, że ani życie, a tym bardziej zdrowie, nie miały i nadal nie mają, najmniejszej wartości. Kodeks etyki lekarskiej zawiera rozdział *Jakość opieki medycznej*, który zawiera cztery artykuły omówione w niniejszym opracowaniu.

The quality of medical care and the Code of Medical Ethics from the point of view of the medical court

Summary

According to Plato quality is a certain degree of perfection. This definition, in medical care, should be related to medical activities understood as a product offered to the patient. It should be

evaluated for safety and effectiveness, which translates to meet the needs and expectations of the patient-purchaser. It should be added that expectations can be either exceeded or unfulfilled. Health and life are, since the dawn of humanity, the highest values and that cannot be negated by innumerable facts that show that life, all the more health, used to have and still have little value. The Code of Medical Ethics, comprises the chapter entitled Quality of Care, which includes four articles discussed in this article.

