

### **Lesław Ciepiela**

Zespół Opieki Zdrowotnej w Dębicy  
ORCID: 0000-0002-8221-6061

### **Katarzyna Ciepiela**

Akademia Górniczo-Hutnicza w Krakowie  
ORCID: 0000-0001-6145-8451

### **Anna Jacek**

Uniwersytet Rzeszowski  
ORCID: 0000-0003-2899-2147

## **PROBLEM USTALENIA ZDARZENIA MEDYCZNEGO W PRZYPADKU LECZENIA Z POGRANICZA EKSPERYMENTU MEDYCZNEGO ORAZ INNYCH POWIKŁAŃ LECZENIA**

### **Wprowadzenie**

Celem głównym niniejszego artykułu jest przedstawienie i ocena ustalenia zdarzenia medycznego w przypadku leczenia z pogranicza eksperymentu medycznego z uwzględnieniem zagadnień powikłań leczenia niektórych chorób onkologicznych. Celowi głównemu artykułu przyporządkowane są cele szczegółowe dotyczące przedstawienia i oceny aspektów dotyczących powikłań pierwotnie innych niż przyczyny zachorowania – w tym zakażenia pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta albo śmierci pacjenta, które nie wynikają z istoty choroby podstawowej, a wystąpiły wskutek działań pacjenta, doprowadzając do wystąpienia innych zdarzeń medycznych. Kolejnym celem szczegółowym pracy jest analiza powikłań po leczeniu zachorowania wynikającego z kręgu zaburzeń zespołu dziecka krzywdzonego. Cele szczegółowe dotyczą także analizy zdarzeń medycznych, jakimi są zaniechanie i wycofanie się z uporczywego leczenia podtrzymującego życie (u dorosłych i dzieci) w kontekście uporczywej terapii. Należy podkreślić, że w piśmiennictwie medycznym opisywane zagadnienia są rzadkością, dominują doniesienia związane z orzecznictwem sądów lekarskich oraz z ubezpieczeniem pacjenta bądź szpitala.

## Zdarzenie medyczne

1 stycznia 2012 r. weszła w życie ustawa z 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych<sup>1</sup>, która znowelizowała ustawę z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta<sup>2</sup>, wprowadzając do jej treści pojęcie „zdarzenia medycznego”.

W kontekście analizowanej materii należy przywołać definicję zdarzenia medycznego zawartą w art. 67a ust. 1 oraz art. 67a ust. 2 u.p.p. Zgodnie z tym pierwszym przepisem pojęcie zdarzenia medycznego odnosi się do: „zakażenia pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta albo śmierci pacjenta będącego następstwem niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną:

1) diagnozy, jeżeli spowodowała ona niewłaściwe leczenie albo opóźniła właściwe leczenie, przyczyniając się do rozwoju choroby,

2) leczenia, w tym wykonania zabiegu operacyjnego,

3) zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego”.

W odniesieniu do powyższej definicji E. Bagińska i K. Krupa-Lipińska wskazują, że: „zdarzenie medyczne zdefiniowane więc zostało nie tylko przez zachowanie niezgodne z aktualną wiedzą medyczną, które można przypisać podmiotowi leczniczemu prowadzącemu szpital oraz które jest następstwem udzielania świadczenia zdrowotnego w szpitalu, ale także przez określoną postać szkody na osobie”<sup>3</sup>. Inną definicję zdarzenia medycznego precyzuje D. Korytkowska, wskazując, że są to „czynności szpitalne, które przyczyniły się do pogorszenia stanu zdrowia pacjenta lub spowodowały jego śmierć poprzez dokonanie złej diagnozy, niewłaściwego leczenia lub zastosowania produktów leczniczych”<sup>4</sup>.

Należy zaznaczyć, że wojewódzkie komisje ds. orzekania o zdarzeniach medycznych nie orzekają o winie podmiotu leczniczego. Przedmiotem oceny komisji jest wyłącznie ocena przez komisję, czy zdarzenie wskazane we wniosku spełnia przesłanki zdarzenia medycznego określonego w art. 67a ust. 1 u.p.p. W literaturze wskazuje się, że „przyczyną zdarzenia medycznego (zgodnie z definicją ustawy) nie jest zaniedbanie czy brak profesjonalizmu personelu me-

<sup>1</sup> Dz.U. nr 113, poz. 660.

<sup>2</sup> Dz.U. z 2009 r., nr 52, poz. 417 ze zm.; dalej – u.p.p.

<sup>3</sup> E. Bagińska, K. Krupa-Lipińska, *Zdarzenie medyczne a problem przyczynowości*, w: *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, red. E. Kowalewski, Toruń 2011, s. 133.

<sup>4</sup> D. Korytkowska, *Pojęcie błędu medycznego i zdarzenia medycznego*, „Acta Universitatis Lodzianis Folia Oeconomica” 2012, t. 274, s. 68–69.

dycznego, ale głównie zła organizacja systemu ochrony zdrowia oraz brak kompleksowego podejścia i interdyscyplinarnej oceny zaistniałych zdarzeń”<sup>5</sup>.

Analizując definicję zdarzenia medycznego, należy także zaznaczyć, że z art. 67a ust. 2 u.p.p. wynika, że zdarzenie medyczne będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych musi nastąpić wyłącznie w ściśle określonym miejscu – szpitalu w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej. Tak więc wojewódzkie komisje ds. orzekania o zdarzeniach medycznych nie mają kompetencji do orzekania w przypadku innych rodzajów świadczeń zdrowotnych niż świadczenia szpitalne. W kontekście podmiotów, które mogą spowodować zdarzenie medyczne, należy zaznaczyć, że w literaturze słusznie wskazuje się, że „zdarzenie medyczne dotyczy czynu, który może być popełniony przez każdą osobę uczestniczącą w procesie udzielania świadczenia zdrowotnego w trakcie pobytu pacjenta w szpitalu”<sup>6</sup>. Należy także dodać, że: „pozasądowe dochodzenie odszkodowania i zadośćuczynienia nie będzie również miało zastosowania, gdy pacjent poniesie szkodę w szpitalu, jednak będzie miało ono związek z przysługującymi mu prawami pacjenta”<sup>7</sup>.

Na podstawie cytowanych przepisów u.p.p. należy stwierdzić, że dany przypadek może być zakwalifikowany jako zdarzenie medyczne, jeżeli zostaną spełnione przesłanki materialne (art. 67a ust. 1) oraz przesłanka formalna (art. 67a ust. 2). Pierwszą przesłanką materialną zdarzenia medycznego jest wystąpienie skutku określonego w art. 67a ust. 1 u.p.p. w postaci zakażenia, uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub śmierci. Kolejna przesłanka materialna to wnioskodawca (a więc osoba, u której doszło do wystąpienia określonego skutku z art. 67a ust. 1 u.p.p.). Przesłanką formalną jest także wystąpienie następstwa niezgodnego z aktualną wiedzą medyczną poprzez diagnozę, leczenie lub zastosowanie produktu leczniczego lub wyrobu medycznego. Natomiast przesłanka formalna to następstwo udzielania świadczeń zdrowotnych w szpitalu. Podsumowując, należy wskazać, że określona sytuacja nie może być uznana za zdarzenie medyczne, jeżeli nie zostanie spełniona choć jedna przesłanka materialna lub przesłanka formalna. R. Tymiński słusznie precyzuje, że tym samym stwierdzenie, że do zdarzenia doszło np. na ulicy wyklucza przyznanie odszkodowania z tytułu zdarzenia medycznego z dwóch powodów: po pierwsze, podjęcie interwencji medycznej przez lekarza nastąpiło w trybie art. 30 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, tak więc człowiek, którego lekarz

---

<sup>5</sup> Por. J. Pokorski, J. Pokorska, M. Złowodzki, *Błąd medyczny. Uwarunkowania ergonomiczne*, Kraków 2010.

<sup>6</sup> E. Sarnacka, A. Jacek, S. Porada, *Odpowiedzialność szpitala z tytułu zdarzeń medycznych, w: Etyczne problemy zarządzania w ochronie zdrowia*, red. J. Hartman, Z. Zalewski, Warszawa 2013, s. 169.

<sup>7</sup> D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2012, s. 481.

ratował nie był jego pacjentem – nie została zatem spełniona jedna z przesłanek materialnych; po drugie, do zdarzenia doszło nie w szpitalu, lecz na ulicy – tak więc nie została spełniona przesłanka formalna<sup>8</sup>.

Wystąpienie zdarzenia medycznego może prowadzić zarówno do powstania szkody majątkowej, jak i niemajątkowej. W konsekwencji wnioskodawca występujący z odpowiednim roszczeniem może żądać odszkodowania służącego naprawieniu szkody majątkowej oraz zadośćuczynienia w celu zrekompensowania tzw. krzywdy, czyli szkody o charakterze niemajątkowym (ból, ujemne doznania psychiczne, fizyczne). Z art. 67 k ust. 7 u.p.p. wynika, że maksymalna wysokość świadczenia (odszkodowania i zadośćuczynienia) nie może przekraczać 100 000 zł w przypadku zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta oraz 300 000 zł w razie jego śmierci. Ustawodawca wskazał jednak maksymalną wysokość należnych świadczeń. Powyższy zapis w praktyce powoduje, że zdarzają się sytuacje, że ubezpieczyciel lub podmiot leczniczy proponują kwotę 1 złotego świadczenia dla podmiotu składającego wniosek<sup>9</sup>. „Z góry można przewidzieć, że wnioski pacjentów będą oscylować w górnych granicach limitów, a propozycje ubezpieczycieli – w dolnych”<sup>10</sup>.

Kwoty te wypłaca ubezpieczyciel, a jeśli szpital nie zawarł ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych lub wyczerpała się kwota, na którą podmiot leczniczy był ubezpieczony, obowiązek wypłaty zasądzonego świadczenia obciąża szpital. Należy także podkreślić, że szpital może być ponadto obciążony kosztami postępowania przed komisją wojewódzką, co jest uzależnione od wydanego przez komisję orzeczenia. W przypadku orzeczenia o zdarzeniu medycznym koszty te ponosi szpital, ale w przypadku orzeczenia o braku zdarzenia medycznego – koszty ponosi składający wniosek – wnioskodawca bądź jego spadkobiercy<sup>11</sup>.

Należy także zauważyć, że przepisy u.p.p. nie określają kosztów postępowania w przypadku umorzenia postępowania przed wojewódzką komisją ds. orzekania o zdarzeniach medycznych. „Nie podlegają rozliczeniu pomiędzy stronami inne (niewymienione w tym przepisie) koszty poniesione przez stronę w postępowaniu przed komisją, jak np. wynagrodzenie profesjonalnego pełnomocnika. Koszty te zatem pozostają przy stronie, która je poniosła”<sup>12</sup>.

---

<sup>8</sup> R. Tymiński, *Co to są zdarzenia medyczne*, <http://prawolekarzy.pl/artykuly/co-to-sa-zdarzenia-medyczne-51> (5.04.2019).

<sup>9</sup> A. Jacek, *Extrajudicial ways of compensating for medical damage in Poland*, „Progress in Health Sciences” 2014, no. 1, s. 207.

<sup>10</sup> E. Kowalewski, K. Mogiński, *Istota i charakter ubezpieczenia pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych*, „Prawo Asekuracyjne” 2012, nr 1(70), s. 6.

<sup>11</sup> A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd w sztuce lekarskiej*, Kraków 1998, s. 28.

<sup>12</sup> I. Kunicki, J. Sadowska, *Postępowanie przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. Komentarz do art. 67a–67o ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, red. I. Kunicki, Warszawa 2016, Legalis.

Analizy, dotychczasowe obserwacje i doświadczenia krajowego systemu ochrony zdrowia dowodzą, że nasilanie działań restrykcyjnych wobec personelu medycznego i zwiększanie jego zakresu odpowiedzialności, a także podnoszenie pułapu wartości odszkodowań wypłacanych na skutek wyroków sądów orzekających w sprawach związanych z błędami personelu medycznego nie prowadzi do zmniejszenia liczby zaniedbań. Jak wynika z kolei z procedur i stosowanych metod zwalczania zdarzeń niepożądanych w lotnictwie, przemyśle czy zwłaszcza transporcie, spostrzeganie i branie pod uwagę przesłanek ergonomicznych w ocenie niepożądanych zdarzeń wyraźnie prowadzi do zmniejszenia ich liczby i ogranicza zakres szkód<sup>13</sup>. I choć każdy skutek (*factum*) zawiera w sobie przesłanki co do przyczyny (*causae*), należy jednak zaznaczyć, iż nie każdy fakt niepowodzenia leczenia jest zdarzeniem medycznym.

### **Leczenie z pogranicza eksperymentu medycznego i jego powikłania**

Obowiązkiem, ale i prawem lekarza nadanym mu ustawowo jest badanie kliniczne pacjenta. Pojęcie to oznacza każde badanie prowadzone z udziałem chorego w celu odkrycia lub potwierdzenia klinicznych, farmakologicznych, w tym farmakodynamicznych skutków działania jednego lub wielu badanych produktów leczniczych, lub w celu zidentyfikowania działań niepożądanych jednego lub większej liczby badanych produktów leczniczych, lub śledzenia wchłaniania, dystrybucji, metabolizmu i wydalania jednego lub większej liczby badanych produktów leczniczych, mając na względzie ich bezpieczeństwo i skuteczność (art. 2 pkt 2 ustawy – Prawo farmaceutyczne)<sup>14</sup>. Na podstawie art. 21 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry<sup>15</sup> badanie kliniczne zalicza się do eksperymentów medycznych. Przywołana ustawa wyróżnia dwa rodzaje eksperymentów medycznych – eksperyment leczniczy i eksperyment badawczy.

Eksperymentem leczniczym jest wprowadzenie przez lekarza nowych lub tylko częściowo wypróbowanych metod diagnostycznych, leczniczych lub profilaktycznych w celu osiągnięcia bezpośredniej korzyści dla zdrowia osoby leczonej. Może być on przeprowadzony, jeżeli dotychczas stosowane metody medyczne nie są skuteczne lub jeżeli ich skuteczność nie jest wystarczająca (art. 21 ust. 2 ustawy o zawodzie lekarza). Eksperymentem badawczym jest działanie mające na celu przede wszystkim rozszerzenie wiedzy medycznej<sup>16</sup>. Przeprowadzenie eksperymentu badawczego jest dopuszczalne wówczas, gdy uczestnictwo

---

<sup>13</sup> Zob. J. Pokorski, J. Pokorska, M. Złowodzki, *Błąd medyczny...*

<sup>14</sup> T.j. Dz.U. z 2019 r., poz. 499.

<sup>15</sup> T.j. Dz.U. z 2019 r., poz. 537, dalej – ustawa o zawodzie lekarza.

<sup>16</sup> Artykuł 21 ust. 3 ustawy o zawodzie lekarza.

w nim nie jest związane z ryzykiem albo też ryzyko jest niewielkie i nie pozostaje w dysproporcji do możliwych pozytywnych rezultatów takiego eksperymentu. Eksperyment badawczy ma wyłącznie doświadczalny charakter i zmierza do pogłębienia wiedzy naukowej.

Należy wskazać, że badanie kliniczne jest więc rodzajem eksperymentu badawczego, ale o ściśle określonych regułach i zasadach przeprowadzania. Eksperyment leczniczy ma na celu polepszenie zdrowia pacjenta i jest niekiedy jedyną szansą wyleczenia.

Powracając do celu głównego artykułu, należy zwrócić uwagę na powikłania dotyczące innych przyczyn zachorowania – w tym zakażenia pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta albo śmierci pacjenta niewynikające z istoty choroby ciężkiej podstawowej w przypadku, gdy działania pacjenta doprowadziły do wystąpienia innych zdarzeń medycznych.

Należy jednoznacznie zakwestionować stwierdzenie, że najważniejszym etapem postępowania medycznego jest przewlekłe leczenie. Postępowaniem przeciwnym bądź nawet alternatywnym zamiast przewlekłego leczenia jest przywracanie zdrowia. Na obecnym etapie rozwoju wiedzy medycznej należy jednoznacznie stwierdzić, że nie każde schorzenie jest uleczalne, bez względu na jego rodzaj, stopień zaawansowania. Niezwykle istotną rolę odgrywa podejście pacjenta do choroby, wcześniej stosowana profilaktyka, czas i warunki dostępu do lekarza. Ważnym, a całkowicie pomijanym zagadnieniem jest wnikliwość i czas poświęcony na badanie lekarskie oraz analiza dokumentacji medycznej. Element ten poza nielicznymi doniesieniami jest całkowicie pomijany w analizach zarówno instytucji odpowiedzialnych za ochronę zdrowia, jak i instytucji ubezpieczeniowych.

Istotną rolę w procesie leczenia poza oddziaływaniem instytucji ochrony zdrowia jest stan psychiczny pacjenta, wsparcie emocjonalne ze strony najbliższych. Ważne jest również precyzyjne przestrzeganie zaleceń lekarskich.

Początek analiz powinien obejmować czynniki złego rokowania. W tym kontekście należy wskazać, że zbyt późna diagnoza może być spowodowana zaniedbaniem troski o zdrowie ze strony pacjenta i jego bliskiego otoczenia. Szczególnie ważna jest troska o zdrowie ze strony pacjenta i jego najbliższego otoczenia, okresowe badania lekarskie, prawidłowa organizacja i jakość badań diagnostycznych i konsultacji lekarskich, rzeczowa i empatyczna atmosfera na wszystkich etapach postępowania medycznego, unikanie wszelkich form jatrogenii, prawdziwe zaangażowanie lekarzy w proces leczenia, przemyślane podejście do informowania pacjentów o rokowaniu – szczególnie w poważnych schorzeniach, zbyt często i bezpodstawnie uważanych za nieuleczalne. Z całą mocą należy podkreślić, że jednym z najważniejszych warunków dobrych wyników

leczenia, a więc i pomyślnego rokowania, jest wczesna diagnoza na wczesnym etapie zaburzeń funkcji organizmu.

W literaturze wskazuje się, że istotą onkogenezy jest obecność przekształcenia się komórki normalnej w nowotworową na skutek szeregu zjawisk molekularnych, w tym mutacji w genomie. Transformacja nowotworowa może być wywołana infekcją wirusami onkogenicznymi, może wynikać z działania czynników mutagennych (np. promieniowaniem jonizującym), czynników toksycznych oddziałujących w środowisku życia człowieka. Na powstanie transformacji nowotworowej ma ponadto wpływ zmiana w genach hamujących wzrost nowotworowy. Transformacje nowotworowe sprawiają, że tkanka nowotworowa rozwija się klonowo, tzn. pochodzi od jednej, transformowanej komórki, której namnażanie nie podlega czynnikom regulacyjnym gospodarza (białko p53, naprawa DNA, zaburzenia apoptozy)<sup>17</sup>.

## Zespół Münchhausena

Określenie jednostki chorobowej zespół Münchhausena zostało użyte po raz pierwszy w 1951 r. przez R. Ashera. Jednostka chorobowa została nazwana na cześć barona Karla von Münchhausena żyjącego w XVIII w., niemieckiego szlachcica, żołnierza, podróżnika i awanturnika. Baron zasłynął dzięki powieści, którą napisali R.E. Raspe i G.A. Bürger, pt. *Niezwykłe przygody barona Münchhausena*. Bohater książki służył m.in. w armii rosyjskiej i brał udział w dwóch wojnach przeciwko Turcji. Wątek fantastyczny w jego biografii dotyczył lotu na pocisku artyleryjskim<sup>18</sup>. W literaturze medycznej termin ten użyty został w 2000 r. przez M.D. Feldmana<sup>19</sup> dla opisu osób rozpowszechniających informacje o obecności u siebie bądź u swojego dziecka zagrażającej życiu lub przewlekłej i uciążliwej choroby w celu znalezienia wsparcia, współczucia i zrozumienia oraz niekiedy finansowania wśród znanych sobie i obcych osób z wykorzystaniem do tego celu mediów.

Często osoby z zespołem Münchhausena posiadają obszerną wiedzę medyczną – w przeszłości mogły mieć aspiracje na powiązanie swojej kariery zawodowej z medycyną. Dominują wśród nich także poważne zaburzenia narcystyczne i psychopatyczne. Epidemiologicznie dominują mężczyźni w średnim i starszym wieku.

---

<sup>17</sup> Zob. L. Ciepela, S. Kwiatkowski, *Selected aspects of pre-clinical diagnosis of posterior cranial fossa tumors in children at pediatric departments of district hospitals in Lesser Poland and Podkarpackie*, „Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie” 2011, z. 4, s. 424–438.

<sup>18</sup> Por. R. Asher, *Munchhausen's syndrome*, „Lancet” 1951, no. 1, vol. 6650, s. 339–341.

<sup>19</sup> M.D. Feldman, *Munchhausen by Internet: detecting factitious illness and crisis on the Internet*, „Southern Medical Journal” 2000, no. 7, vol. 93, s. 669–672.

W związku z występowaniem podobnych objawów u osób posiadających dzieci powstał termin medyczny zespół MSBP (ang. *Münchhausen syndrom by proxy*), czyli przeniesiony zespół Münchhausena. Po raz pierwszy użyty został przez R. Meadowa<sup>20</sup>, który użył go w odniesieniu do matek przypisujących różne objawy chorobowe swoim dzieciom.

MBSP ma trzy stopnie. Stopień łagodny odznacza się tym, że matka zmyśla objawy występujące u dziecka lub przesadnie koloryzuje istniejące, narażając tym samym dziecko na konieczność wykonania licznych badań diagnostycznych. Kolejny stopień – umiarkowany – charakteryzuje się podjęciem działań poprzez podanie leków celem wywołania u dziecka objawów chorobowych, takich jak wymioty czy biegunka, które mogą wskazywać na obecność ciężkich chorób. Podział zamyka stopień ciężki, w którym to zaburzenia wiążą się z czynnościami zabronionymi prawnie, takimi jak podduszenie czy trucie, doprowadzenie do konieczności zabiegu operacyjnego pomimo braku wskazań poprzez fałszowanie dokumentacji medycznej, które mogą bezpośrednio doprowadzić do zgonu lub trwałego uszczerbku na zdrowiu.

Matka dziecka z MBSP jest zazwyczaj silnie zaangażowana w proces diagnozy i terapii. Są to często osoby profesjonalnie związane z systemem ochrony zdrowia w pierwszym lub kolejnych pokoleniach<sup>21</sup>.

Nie prowadzi do rozpoznania zespołu Münchhausena – objawu zwanego w krajach anglosaskich *malingering* – udawanie choroby w celu uzyskania świadczeń, zwolnienia lekarskiego celem opieki nad dzieckiem, dostępu do leków. Postępowanie takie może stanowić zwykłe oszustwo.

### **Inne trudne problemy diagnostyczne**

W kontekście celu głównego pracy należy zwrócić uwagę na odległy związek czasowy pomiędzy pierwotną diagnozą a skutkiem w postaci rozwoju choroby bądź śmiercią pacjenta, jeżeli zaistniało zdarzenie zinterpretowane jako powód niewłaściwego leczenia bądź opóźnienia właściwego leczenia – hipotetycznie przyczyniając się do rozwoju zdarzenia medycznego. Powikłanie choroby jest zjawiskiem występującym często i wynikającym z bardzo licznych przyczyn. Jednak pomimo faktu, że leczenie miało miejsce w odległym czasie, a zastosowana metoda w świetle obecnej wiedzy medycznej była niewłaściwie dobrana, to pomimo niebudzących wątpliwości następstw prowadzonego wówczas leczenia niemożliwe jest powiązanie obu tych zdarzeń.

---

<sup>20</sup> R. Meadow, *ABC of child abuse*, „BMJ Books” 1997, May, s. 100.

<sup>21</sup> Zob. M.D. Feldman, *Munchausen by Internet: detecting factitious illness and crisis on the Internet*, „Southern Medical Journal” 2000, no. 7, vol. 93, s. 669–672.



Kolejnym trudnym problemem diagnostycznym jest zaniechanie i wycofanie się z uporczywego leczenia podtrzymującego życie (u dorosłych i dzieci), czyli sytuacja, kiedy w działaniu w kontekście uporczywej terapii brak znamion zdarzenia medycznego. Zdarzeniem medycznym, jeżeli ponadto miało miejsce w podmiocie leczniczym, nazywa się takie postępowanie, które jest obiektywnie sprzeczne z powszechnie uznanymi zasadami wiedzy i praktyki medycznej. „Biorąc pod uwagę kolejne etapy postępowania medycznego, w doktrynie oraz orzecznictwie sądowym wyróżnia się następujące rodzaje błędów lekarskich: błąd diagnostyczny, błąd terapeutyczny (lecniczy) oraz błąd rokowania (prognozy). Błąd terapeutyczny zachodzi wtedy, gdy została wybrana obiektywnie niewłaściwa z punktu widzenia medycznego metoda leczenia. Może mieć on charakter wtórny (wtedy, gdy jest rezultatem błędnej diagnozy) albo pierwotny, gdy diagnoza została postawiona prawidłowo, ale lekarz podjął następnie niewłaściwe decyzje terapeutyczne. Za błąd w sztuce lekarskiej należy uznać naruszenie przez lekarza (świadomego tego, że podejmuje czynność medyczną) obowiązków go w konkretnym wypadku, wypracowanych na gruncie nauki i praktyki reguł postępowania zawodowego wobec dóbr prawnych w postaci życia i zdrowia człowieka, które na gruncie prawa stanowi podstawę dla stwierdzenia naruszenia obowiązku ostrożności”<sup>22</sup>. S. Białowski twierdzi, że błąd rokowania (prognozy) jest ukierunkowany na psychikę pacjenta, wskazując również, że wiąże się on też z daniem fałszywej nadziei na wyzdrowienie, która potem w zetknięciu się z drugą opinią lekarską bądź postępem choroby może prowadzić do zaburzeń psychicznych, załamania czy myśli samobójczych<sup>23</sup>.

Za najważniejszą z powszechnie przyjętych zasad wiedzy medycznej w pediatrii uważa się działanie w najlepszym interesie dziecka. W sytuacji, gdy szansa na wyleczenie lub remisję jest znikoma, priorytetem etycznym staje się ochrona dziecka przed niepotrzebnym cierpieniem, a przedłużanie życia przestaje być celem postępowania. Zadawanie cierpienia dziecku przez lekarza, który stosuje wobec niego uporczywą terapię, ma charakter jatrogenny, nieproporcjonalny i nieuzasadniony.

Procesy psychologiczne i argumenty moralne skłaniające lekarzy do stosowania uporczywej terapii nie mogą zostać uznane za usprawiedliwienie takich działań. Należy podkreślić, że definicje uporczywej terapii obejmują: działanie wbrew najlepiej pojętym interesom pacjenta, działanie wbrew przekonaniom pacjenta, działanie wbrew godności istoty ludzkiej, działanie wbrew naturze oraz skutków uporczywej terapii: przedłużanie umierania, nadmierne cierpienie oraz naruszenie godności.

---

<sup>22</sup> W. Rabczyński, *Błąd w sztuce medycznej jako podstawa odpowiedzialności odszkodowawczej*, <http://www.abc.com.pl/problem/80/745> (30.03.2019).

<sup>23</sup> M. Białkowski, *Poglądy doktryny prawa cywilnego i orzecznictwa na pojęcie błędu medycznego*, „Adam Mickiewicz Law Review” 2013, nr 2, s. 68.

Z powyższych definicji wynika, że stosowanie przez lekarza uporczywej terapii narusza ustawowe prawo pacjenta do poszanowania jego godności, które obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności<sup>24</sup>.

Etyka katolicka uznaje jako najświętsze prawo zasadę świętości życia człowieka. Została ona sformułowana przez św. Augustyna w V w. n.e. i była rozbudowana przez lata działalności papieży Piusa XII i Jana Pawła II. Aktualnie zasada głosi, iż niezależnie od okoliczności nie wolno działać lub zaniechać działania z intencją odebrania życia człowiekowi. Według tych samych idei w pewnych okolicznościach dopuszczalne są działania, skutkiem których możliwą do przewidzenia, ale zarazem niechcianą konsekwencją jest odebranie życia. Już od czasów św. Augustyna do działań człowieka wiary dopuszczalnych moralnie zalicza się wojnę sprawiedliwą oraz obronę konieczną<sup>25</sup>.

Ważne zmiany w doktrynie wartości życia Urząd Nauczycielski Kościoła wprowadził za czasów pontyfikatu Piusa XII. Odnosząc się do terapii uporczywej, papież ten opracował rozwiązanie, które nie uległo istotnej zmianie po dzień dzisiejszy. Sam rdzeń zasady wartości życia człowieka niewinnego – zakaz intencjonalnego odbierania życia i powiązane z nim potępienie eutanazji – uzupełnił znanym wcześniej podziałem na działanie i zaniechanie oraz wprowadził nowy element: zwyczajne i nadzwyczajne środki lecznicze.

W żadnym wypadku nie wolno działać lub zaniechać działania z zamiarem zabicia człowieka, lecz w pewnych warunkach dopuszczalne jest wycofanie się z terapii podtrzymującej wegetację organizmu, jeśli przewidywaną, ale niechcianą konsekwencją będzie śmierć. W tych samych warunkach wolno zrezygnować z nadzwyczajnych środków leczniczych, które nie niosą nadziei na poprawę, a jedynie przedłużają cierpienie chorego, chociaż należy stosować zwyczajne (uśmierzanie bólu czy odżywanie pacjenta). Dopuszczalność takich zaniechań możliwa jest tylko w sytuacji stanu terminalnego, gdy stosowane są nieproporcjonalne środki medyczne, a jedynym następstwem uporczywej terapii staje się przedłużanie cierpień<sup>26</sup>.

Etyka katolicka przyznaje pacjentowi prawo do podejmowania świadomych decyzji, które lekarz powinien przyjmować z szacunkiem. Szacunek lekarza powinien dotyczyć zarówno życia, jak i śmierci chorego. W tym kontekście należy wskazać na dwie zasady. Pierwszą z nich jest zasada względności, która dotyczy różnego czasu dla różnych pacjentów, gdy oparte na technice dążenie do

---

<sup>24</sup> Zob. T. Dangel, R. Grenda, J. Kaczkowski, J. Pawlikowski, M. Rawicz, E. Sawicka, M. Szeroczyńska, J. Szymkiewicz-Dangel, J. Świetliński, M. Wichrowski, *Zaniechanie i wycofanie się z uporczywego leczenia podtrzymującego życie u dzieci*, red. T. Dangel, Warszawa 2011.

<sup>25</sup> Por. T. Dangel, M. Wichrowski, *Did doctors defy Pope John Paul II's wishes on treatment?*, „European Journal of Palliative Care” 2007, no. 5, vol. 14, s. 210–213.

<sup>26</sup> WHO, *Appraisal of Guidelines Research and Evaluation; Leczenie bólu w chorobach nowotworowych i opieka paliatywna*, Raport Komisji Ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia WHO, Genewa 1990.

podtrzymywania życia wchodzi w konflikt z wyższymi wartościami osobowymi człowieka. Druga zasada – proporcji – wskazuje, że podtrzymujące życie postępowanie jest przeciwwskazane, gdy powoduje cierpienie przewyższające płynące z niego korzyści. Jest więc uzasadnione z punktu widzenia etyki zaprzestanie działań podtrzymujących życie, gdy powodują one dolegliwości lub cierpienia nieporównywalnie większe w stosunku do osiągalnych korzyści.

## Podsumowanie

Należy zaznaczyć, że pacjent w każdej sytuacji powinien być współuczestnikiem działań celem poprawy swojego zdrowia i osiągnięcia uzdrowienia. W trakcie procesu diagnostyczno-terapeutycznego powinien mieć zapewnioną możliwość wyboru i nie może być zdany na decyzje i wybory innych co do zakresu podejmowanych działań i sposobu leczenia. Pod żadnym pozorem nie powinien być traktowany jako anonimowa jednostka, wobec której stosuje się procedury medyczne, choć stosowne do aktualnej (EBM) wiedzy medycznej, ale niezgodne z wolą pacjenta. Pacjent powinien być poinformowany o wszelkich podejmowanych wobec niego działaniach na tyle skutecznie, aby sam mógł podjąć decyzję o formie leczenia, zakresie eksperymentu medycznego, jego celu i ewentualnych niebezpieczeństwach w taki sposób, by mógł wyrazić zgodę lub co jeszcze istotniejsze, jej odmówić w pełnej świadomości i wolności decyzji.

Lekarz ma nad pacjentem władzę i prawa tylko w zakresie, jaki sam pacjent mu przyznaje, z wyjątkiem sytuacji, gdy działa w zakresie obrony koniecznej. W sytuacji, gdy zagraża śmierć, której w żaden sposób nie da się uniknąć przez zastosowanie dostępnych środków, wolno w sumieniu podjąć zamiar niekorzystania z leczenia, które może przynieść tylko niepewne i bolesne przedłużanie życia, nie przerywając jednak zwyczajnej opieki, która w podobnych przypadkach należy się choremu. Nie stanowi to powodu, dla którego lekarz mógłby odczuwać niepokój, jakoby odmówił pomocy komuś znajdującemu się w niebezpieczeństwie. Istotą działania lekarskiego pozostaje poszukiwanie oraz wybieranie zgodnie z aktualną wiedzą medyczną właściwej drogi i podejmowanie decyzji o sposobie leczenia, w tym konieczności wykonania zabiegu niezależnie od jego złożoności i rozległości<sup>27</sup>.

Ta odpowiedzialność nie wymaga zawsze i w każdym przypadku odwołania się do każdego środka. Może także wymagać rezygnacji ze środków ze względu na zaakceptowanie śmierci ściśle związanej z życiem. Może także oznaczać szacunek dla woli chorego, który odrzucił zastosowanie takich środków.

---

<sup>27</sup> WHO, Appraisal of Guidelines Research and Evaluation; *Leczenie bólu w chorobach nowotworowych i opieka paliatywna*, Raport Komisji Ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia WHO, Genewa 1990.

Formując za Arystotelesem tezę, iż każdy skutek (*factum*) zawiera w sobie przesłanki co do przyczyny (*causae*), należy jednak zaznaczyć, iż nie każdy fakt niepowodzenia leczenia jest zdarzeniem medycznym.

Przedstawione powyżej zagadnienia stanowią przykład, iż rozstrzygnięcie o obecności zdarzenia medycznego wymaga wieloprofilowej analizy przypadku z uwzględnieniem wszelkich aspektów zaistniałej sytuacji. Należy ponadto podkreślić niezwykle złożoność organizmu człowieka, fakty koincydencji nieskończonej ilości kombinacji w zakresie genomu, oddziaływania pomiędzy organizmem a innymi żywymi organizmami, w tym patogenami z zewnątrz, idącego w dekady oddziaływania środowiska naturalnego z jego postępującym zanieczyszczeniem, zbyt powolny proces wytwarzania nowych mechanizmów ochronnych. Kolejnym aspektem jest dramatycznie niski poziom wiedzy z zakresu funkcjonowania organizmu człowieka we współczesnym, pełnym zarówno biologicznych, jak i fizycznych czynników wpływających na organizm człowieka.

## Bibliografia

- Asher R., *Münchhausen's syndrome*, „Lancet” 1951, no. 1, vol. 6650.
- Bagińska E., Krupa-Lipińska K., *Zdarzenie medyczne a problem przyczynowości*, w: *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, red. E. Kowalewski, Toruń 2011.
- Białkowski M., *Poglądy doktryny prawa cywilnego i orzecznictwa na pojęcie błędu medycznego*, „Adam Mickiewicz Law Review” 2013, nr 2.
- Ciepiela L., Kwiatkowski S., *Selected aspects of pre-clinical diagnosis of posterior cranial fossa tumors in children at pediatric departments of district hospitals in Lesser Poland and Podkarpackie*, „Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie” 2011, z. 4.
- Dangel T., Grenda R., Kaczkowski J., Pawlikowski J., Rawicz M., Sawicka E., Szeroczyńska M., Szymkiewicz-Dangel J., Świetliński J., Wichrowski M., *Zaniechanie i wycofanie się z uporczywego leczenia podtrzymującego życie u dzieci*, red. T. Dangel, Warszawa 2011.
- Dangel T., Wichrowski M., *Did doctors defy Pope John Paul II's wishes on treatment?*, „European Journal of Palliative Care” 2007, no. 5, vol. 14.
- Feldman M.D., *Munchausen by Internet: detecting factitious illness and crisis on the Internet*, „Southern Medical Journal” 2000, no. 7, vol. 93.
- Jacek A., *Extrajudicial ways of compensating for medical damage in Poland*, „Progress in Health Sciences” 2014, no. 1.
- Karkowska D., *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2012.
- Korytkowska D., *Pojęcie błędu medycznego i zdarzenia medycznego*, „Acta Universitatis Lodzensis Folia Oeconomica” 2012, t. 274.
- Kowalewski E., Mogilski K., *Istota i charakter ubezpieczenia pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych*, „Prawo Asekuracyjne” 2012, nr 1(70).
- Kunicki I., Sadowska J., *Postępowanie przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. Komentarz do art. 67a–67o ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, red. I. Kunicki, Warszawa 2016, Legalis.

- Liszewska A., *Odpowiedzialność karna za błąd w sztuce lekarskiej*, Kraków 1998.
- Meadow R., *ABC of child abuse*, „BMJ Books” 1997, May.
- Pokorski J., Pokorska J., Złowodzki M., *Błąd medyczny. Uwarunkowania ergonomiczne*, Kraków 2010.
- Rabczyński W., *Błąd w sztuce medycznej jako podstawa odpowiedzialności odszkodowawczej*, <http://www.abc.com.pl/problem/80/745> (30.03.2019).
- Sarnacka E., Jacek A., Porada S., *Odpowiedzialność szpitala z tytułu zdarzeń medycznych, w: Etyczne problemy zarządzania w ochronie zdrowia*, red. J. Hartman, Z. Zalewski, Warszawa 2013.
- Tymiński R., *Co to są zdarzenia medyczne*, <http://prawalekarzy.pl/artykuly/co-to-sa-zdarzenia-medyczne-51> (5.04.2019).
- WHO, Appraisal of Guidelines Research and Evaluation; *Leczenie bólu w chorobach nowotworowych i opieka paliatywna*, Raport Komisji Ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia WHO, Genewa 1990.

## Streszczenie

W artykule przedstawiono i oceniono możliwość ustalenia zdarzenia medycznego w przypadku leczenia z pogranicza eksperymentu medycznego z uwzględnieniem zagadnień powikłań leczenia niektórych chorób onkologicznych. Artykuł przedstawia również zagadnienie i ocenę powikłań pierwotnie innych przyczyn zachorowania – w tym zakażenie pacjenta biologiczne i chorobotwórcze. Rozstrzygnięcie o obecności zdarzenia medycznego wymaga wieloprofilowej analizy. Należy ponadto podkreślić niezwykłą złożoność organizmu człowieka, fakty koincydencji nieskończonej ilości kombinacji w zakresie genomu, oddziaływania pomiędzy organizmem a innymi żywymi organizmami, w tym patogenami z zewnątrz, idącego w dekady oddziaływania środowiska naturalnego z jego postępującym zanieczyszczeniem, zbyt powolny proces wytwarzania nowych mechanizmów ochronnych.

*Słowa kluczowe:* zdarzenie medyczne, prawo, eksperyment medyczny, uporczywa terapia

## **THE PROBLEM OF DETERMINING A MEDICAL EVENT IN THE CASE OF TREATMENT FROM THE BORDERLINE OF A MEDICAL EXPERIMENT AND OTHER TREATMENT COMPLICATIONS**

### Summary

The article presents and assessed the possibility determination of a medical event in the case of treatment from the borderline of a medical experiment including issues of complications of treatment of certain oncological diseases. The article discusses the issue of primary complications of other causes of disease - including biological and pathogenic patient infection. The resolution of the presence of a medical event requires a multi-profile case analysis. It should also be emphasized the extraordinary complexity of the human body, the facts of the coincidence of an infinite number of genomic combinations, the interaction between the organism and other living organisms, including pathogens from the outside, decades of impact of the environment with its progressive pollution, too slow process of producing new protective mechanisms.

*Keywords:* medical event, law, medical experiment, persistent therapy