

Wykorzystanie błędów medycznych do zmiany prawa aborcyjnego w Irlandii

Wnioski dla Polski

Katarzyna Gęsiak



RAPORTY INSTYTUTU ORDO IURIS

Wykorzystanie błędów medycznych do zmiany prawa aborcyjnego w Irlandii

Wnioski dla Polski



www.ordoiuris.pl

Wykorzystanie błędów medycznych do zmiany prawa aborcyjnego w Irlandii

Wnioski dla Polski

Katarzyna Gęsiak

Wydawnictwo Naukowe Instytutu na rzecz Kultury Prawnej Ordo Iuris

Warszawa 2022

Autorzy:

Katarzyna Gęsiak

Recenzja:

Bogdan Chazan

Bartosz Zalewski

Opracowanie graficzne, skład i łamanie:

Ursines – Agencja Kreatywna. Błażej Zych
www.ursines.pl

Wydawca:

Wydawnictwo Naukowe Instytutu na rzecz Kultury Prawnej Ordo Iuris
ul. Zielna 39 | 00-108 Warszawa
www.ordoiuris.pl

ISBN:**Cataloging-in-Publication (CIP) – Biblioteka Narodowa:**

© Copyright 2021 by Fundacja Instytut na rzecz Kultury Prawnej Ordo Iuris

Spis treści

Główne tezy raportu.....	9
Uwagi wstępne.....	11
Rozdział I. Analiza porównawcza sprawy „irlandzkiej” i sprawy „pszczyńskiej”	13
1.1. Zarys okoliczności sprawy śmierci pacjentki w Pszczynie	13
1.2. Tragedia w Pszczynie a zdarzenie w Irlandii w 2012 r.	14
1.3. Irlandzkie prawo a możliwość ratowania życia kobiety ciężarnej	15
1.4. Irlandzkie prawo a kwestia prawidłowej diagnostyki	16
1.5. Niewłaściwa opieka jako konsekwencja błędnej diagnozy irlandzkich lekarzy	17
1.6. Niewłaściwa opieka w irlandzkim szpitalu pomimo zdiagnozowania sepsy	18
1.7. Problem braku odpowiednich wytycznych w Irlandii	19
Rozdział II. Problematyka dopuszczalności przerywania ciąży w Polsce	23
2.1. Dopuszczalność przerywania ciąży w polskim prawie	23
2.2. Przedwczesne pęknięcie błon płodowych w Rekomendacjach Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego	27
2.3. Najnowsze zalecenia MZ i Krajowego Konsultanta ds. Położnictwa i Ginekologii dotyczące postępowania w przypadku przedwczesnego odpływu płynu owodniowego	30
2.4. Problematyka postępowania z noworodkiem urodzonym na granicy możliwości przeżycia	32

Rozdział III. Śmierć ciężarnych pacjentek jako okoliczność wykorzystywana w celu propagowania aborcji.	34
3.1. Instrumentalne wykorzystywanie śmierci pacjentki w Pszczynie do propagowania postulatów proaborcyjnych	34
3.2. Wyniki kontroli NFZ i Rzecznika Praw Pacjenta w Szpitalu Powiatowym w Pszczynie.	36
3.3. Śmierć pacjentki hospitalizowanej w Wojewódzkim Szpitalu w Częstochowie.	36
Podsumowanie i rekomendacje	38
Biogramy autorów	40

Główne tezy raportu

- We wrześniu 2021 r. zmarła ciężarna pacjentka w Szpitalu Powiatowym w Pszczynie. W styczniu 2022 r. podobny przypadek miał miejsce w Częstochowie. W obu przypadkach pacjentki trafiły do szpitali w związku z powikłaniami w ciąży, jednak zmarły w trakcie hospitalizacji, podobnie jak ich nienarodzone dzieci.
- Tragiczne wydarzenia z polskich szpitali często porównywane są z sytuacją, która miała miejsce w Irlandii w 2012 r., i której nagłośnienie przez środowiska domagające się wprowadzenia aborcji na życzenie doprowadziło ostatecznie do jej legalizacji w tym kraju w 2018 r. Co istotne, w toczącej się dyskusji na ten temat ignoruje się fakt, że prawo obowiązujące w Irlandii w 2012 r. przewidywało możliwości przerwania ciąży w sytuacji zagrożenia życia matki. Taką samą możliwość daje aktualnie obowiązujące polskie prawo.
- Obszerny raport z badania okoliczności śmierci pacjentki w Irlandii wykazał szereg nieprawidłowości w zakresie sprawowanej nad nią opieki medycznej; pierwszą z nich, a zarazem rzutującą na dalszy bieg wydarzeń, był brak postawienia właściwej diagnozy stanu zdrowia pacjentki, co uniemożliwiło personelowi podjęcie dalszych właściwych działań.
- Nietrudnym do zweryfikowania faktem jest, że art. 4a ust. 1 pkt 1 polskiej ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (czasem błędnie określanej jako ustawa antyaborcyjna) wprost dopuszcza przerwanie ciąży w przypadku, gdy dochodzi do zagrożenia życia kobiety ciężarnej. W takiej sytuacji mamy bowiem do czynienia z działaniem podejmowanym w celu ratowania życia matki, którego niezamierzonym i dopuszczanym przez prawo skutkiem może być śmierć dziecka. Działanie takie należy jednak odróżnić od aborcji, której celem jako takim jest zadanie śmierci dziecku zgodnie z wolą matki ze względu na okoliczności dotyczące nie matki, lecz samego dziecka (np. niepełnosprawność).
- Zatem w świetle obowiązujących w Polsce przepisów całkowicie bezpodstawne są powielane w przestrzeni publicznej wprowadzające w błąd tezy, że tragiczne wydarzenia z Pszczyny i Częstochowy mają jakikolwiek związek z wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego z 22 października 2020 r. (sygn. K 1/20). Orzeczenie TK dotyczyło wyłącznie aborcji eugenicznej, tj. przypadków pozbawiania życia dzieci na podstawie podejrzeń o chorobę lub niepełnosprawność. W takich sytuacjach stan zdrowia matek pozostawał irrelevantny.

- Nie jest też prawdą, że lekarze w Polsce pozostają bezradni w tych sytuacjach, w których dochodzi do przedwczesnego pęknięcia błon płodowych. Kwestie te stanowią przedmiot podręczników medycznych, zostały też omówione chociażby w rekomendacjach Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego (aktualnie Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników) z 2017 r. (ostatnio zaktualizowanych), w których znajdują się wytyczne dotyczące postępowania m.in. w zależności od tego czy u matki doszło do zakażenia, czy nie. Niezależnie od specjalistycznych zaleceń należy przypomnieć, że powszechnie obowiązujące przepisy (niezmienione w wyniku wyroku TK), jak również przepisy Kodeksu Etyki Lekarskiej nakładają na lekarzy obowiązek ratowania ludzkiego życia, gdy jest ono zagrożone.
- Biorąc pod uwagę, że treść obowiązujących przepisów nie uniemożliwia lekarzom podejmowania działań mających na celu ratowanie życia matek, a wręcz ich do tego zobowiązuje, można postawić tezę, że powodem niestosowania tych regulacji w praktyce medycznej jest ich niewłaściwa interpretacja. Prowadzi to do wniosku, że konieczna jest pilna i rzetelna edukacja prawna przedstawicieli zawodów medycznych, która - jak się wydaje - mogłaby przyczynić się do zmniejszenia liczby takich tragicznych wydarzeń, jak te omówione w raporcie.
- Podejmując się analizy tematu śmierci kobiet ciężarnych nie można nie odnieść się również do problematyki właściwej opieki medycznej nad dziećmi przed urodzeniem, jak też w sytuacjach, gdy rodzą się na granicy możliwości przeżycia. Wydarzenia z Pszczyny i Częstochowy uwiarydliły ogromny deficyt troski o dobro tej grupy pacjentów.

Uwagi wstępne

22 września 2021 r. w Szpitalu Powiatowym w Pszczynie zmarła 30 letnia pacjentka, która do tej placówki zgłosiła się z powodu odpłynięcia płynu owodniowego w 22. tygodniu ciąży. Dziecko pacjentki żyło zarówno w momencie, w którym zgłosiła się do szpitala, jak i przez kolejną niespełną dobę. Podczas pobytu w szpitalu pacjentka informowała rodzinę o „wyczekującej” postawie personelu medycznego, który – jak podawała – podjęcie czynności terapeutycznych wstrzymał do czasu śmierci nienarodzonego dziecka. Stanowisko to pacjentka interpretowała jako wynikające z „ustawy aborcyjnej”¹, z czego można domniemywać, że chodziło o zmiany w ustawie o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży („ustawa o planowaniu rodziny”)², które nastąpiły wskutek publikacji wyroku Trybunału Konstytucyjnego z 22 października 2020 r.³. Nagłośnienie sprawy przez proaborcyjne środowiska w okolicach rocznicy wydania ww. wyroku TK nie jest przypadkowe – sytuacja wydaje się (okoliczności sprawy ciężko ustala prokuratura) bardzo zbliżona do tej, która miała miejsce w 2012 r. w Irlandii, i która została tam instrumentalnie wykorzystana do ograniczenia ochrony prawnej życia nienarodzonych dzieci. Wobec widocznych elementów zbieżnych obu spraw warto w szczególności zwrócić uwagę na następujące okoliczności:

- a) stwierdzoną główną przyczyną śmierci pacjentki w Irlandii w 2012 r. i prawdopodobną przyczyną śmierci pacjentki w Pszczynie we wrześniu 2021 r. była niespełniająca właściwych standardów opieka medyczna, w tym niezdiagnozowanie u pacjentek w odpowiednim czasie stanu zagrażającego ich życiu;
- b) obowiązujące polskie prawo, podobnie jak przepisy irlandzkiego prawa będące w mocy w dacie śmierci pacjentki w 2012 r., przewidują możliwość legalnego przerywania ciąży w każdej sytuacji, gdy zagrożone jest życie kobiety ciężarnej; przepisy obowiązujące w tym zakresie w Polsce nie uległy zmianie w wyniku wydania wyroku Trybunału Konstytucyjnego z 22 października 2020 r., gdyż w ogóle nie były przedmiotem sprawy rozpoznawanej przez sąd konstytucyjny;

1 „Zaczekaj, aż umrze”. Ujawniono ostatnie SMS-y zmarłej 30-latki, <https://www.ofeminin.pl/swiat-kobiet/to-dla-nas-wazne/zaczekaja-az-umrze-ujawniono-ostatnie-sms-y-zmarlej-30-latki/w3g309s>, dostęp: 27.01.2022.

2 Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz.U. Nr 17, poz. 78).

3 Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 22 października 2020 r., sygn. K 1/20, tekst wyroku z uzasadnieniem dostępny pod adresem: <https://ipo.trybunal.gov.pl/ipo/Sprawa?sprawa=22412&cid=1>, dostęp: 27.01.2022.

- c) pozostająca bez związku z problematyką aborcji (celowego zabijania nienarodzonych dzieci niezależnie od stanu zdrowia matek) sprawa śmierci ciężarnej pacjentki w Irlandii w 2012 r., której życie powinno być ratowane zgodnie z wiedzą medyczną i przepisami obowiązującymi w dacie jej śmierci, nawet wówczas, jeżeli postępowanie medyczne prowadziłoby w sposób niezamierzony do śmierci dziecka, została instrumentalnie wykorzystana przez zwolenników wprowadzenia tzw. aborcji na życzenie. Uśmiercanie dzieci „na życzenie” do 12. tygodnia ciąży - niezależnie od tego czy istnieje jakiekolwiek zagrożenie dla życia lub zdrowia matki - zostało w Irlandii zalegalizowane w wyniku referendum przeprowadzonego w 2018 r. Zmiana prawa bezpodstawnie przedstawiana jest jako mająca związek ze śmiercią pacjentki Savity Halappanavar w Irlandii⁴;
- d) obrany w Irlandii sposób dochodzenia do zmiany prawa chroniącego życie nienarodzonych dzieci stanowi swego rodzaju strategię, celem zastosowania której na gruncie polskim również ma być zmiana świadomości polskiego społeczeństwa w kierunku wykreowania akceptacji aborcji na życzenie i zmian w prawie chroniącym życie, która jednak nie ma nic wspólnego z analizowanymi w tekście sytuacjami zagrożenia życia matki;
- e) ciekawą okolicznością, mającą związek ze sprawą irlandzką jest fakt, że tragiczna śmierć Savity Halappanavar została nagłośniona zaraz po tym jak we wrześniu 2012 r. Komitet na rzecz Doskonalenia Opieki Medycznej nad Matkami (Committee for Excellence in Maternal Healthcare) opracował i udostępnił do podpisu ginekologom i położnikom tzw. Deklarację Dublińską, zgodnie z którą aborcja nie jest z perspektywy medycznej konieczna, aby ocalić życie matki. Pod tekstem deklaracji podpisało się ponad tysiąc osób ze świata nauki i służby zdrowia – w szczególności profesorów medycyny, ginekologów, położników i położnych, pielęgniarek, neonatologów i pediatrów z całego świata⁵. Po śmierci pacjentki w październiku 2012 r. znaczenie deklaracji zostało zmarginalizowane; strona internetowa poświęcona tej inicjatywie aktualnie nie jest dostępna⁶. W Polsce natomiast do tragicznych zgonów matek doszło niedługo po wydaniu przez Trybunał Konstytucyjny 22 października 2020 r. wyroku w sprawie niezgodności aborcji eugenicznej z Konstytucją RP.

4 *Abortion in the Republic of Ireland*, https://en.wikipedia.org/wiki/Abortion_in_the_Republic_of_Ireland, dostęp: 04.02.2022.

5 *Te krótkie słowa zadają kłam proaborcyjnej propagandzie feministek! Musisz je przeczytać*, <https://pch24.pl/te-krotkie-slowa-zadaja-klam-proaborcyjnej-propagandzie-feministek-musisz-je-przeczytac/>, dostęp: 21.03.2022.

6 <http://www.dublindeclaration.com/>

Rozdział I.

Analiza porównawcza sprawy „irlandzkiej” i sprawy „pszczyńskiej”

1.1. Zarys okoliczności sprawy śmierci pacjentki w Pszczynie

Śledztwo w sprawie śmierci 30-letniej pacjentki w Szpitalu Powiatowym w Pszczynie nadal prowadzi Prokuratura Regionalna w Katowicach. Z informacji ujawnionych w mediach wynika, że 30-letniej pacjentce w 22. tygodniu ciąży odpłynęły wody płodowe, w związku z czym zgłosiła się do Szpitala Powiatowego w Pszczynie. W wyniku badania przeprowadzonego przez lekarzy stwierdzono, że dziecko żyje, u kobiety natomiast ustalono wysoki poziom białka ostrej fazy (CRP), wskazujący na stan zapalny w organizmie. W takiej sytuacji pacjentka otrzymała antybiotyk⁷. Ponadto z relacji pacjentki wynika, że personel szpitala podjął decyzję o wstrzymaniu się z podjęciem działań mogących zagrozić dziecku do momentu zatrzymania pracy jego serca (śmierci). Podstawą takiej decyzji rzekomo miało być rozstrzygnięcie Trybunału Konstytucyjnego w sprawie K 1/20 o niezgodności aborcji eugenicznej z Konstytucją RP. Pobyt pacjentki w pszczyńskim szpitalu zakończył się jej śmiercią, prawdopodobnie w wyniku wstrząsu septycznego⁸.

W przestrzeni publicznej pojawia się wiele wprowadzających w błąd komunikatów dotyczących śmierci pacjentki w Pszczynie. Przykładowo Krajowemu Konsultantowi ds. Ginekologii i Położnictwa przypisuje się wypowiedź, z której wynika, że kształt obowiązującego prawa miałyby rzekomo uniemożliwiać lekarzom ratowanie życia pacjentek⁹. Nie podejmując się prób weryfikacji słów mających paść z ust Krajowego Konsultanta – tj. przyjmując, że słowa cytowane w serwisie www.rmfm24.pl są prawdziwe – należy wskazać jedynie, że dają podstawy do tezy o nieznanym prawie w jego aktu-

7 Śmierć ciężarnej w Pszczynie. Ustalenia prokuratury, <https://pulsmedycyny.pl/smierc-ciezarnej-w-pszczynie-ustalenia-prokuratury-1132283>, dostęp: 15.11.2021.

8 Prokuratura postawi zarzuty ws. śmierci ciężarnej z Pszczyny? „Czekamy na pełną opinię biegłych”, <https://www.rynekzdrowia.pl/Serwis-Ginekologia-i-poloznictwo/Prokuratura-postawi-zarzuty-ws-smierc-ciezarnej-z-pszczyny-Czekamy-na-pelna-opinie-bieglych,228829,209.html>, dostęp: 27.01.2022.

9 A. Zygiel, Śmierć Izabeli z Pszczyny. Szwagierka 30-latki nagrała rozmowę z lekarzem, https://www.rmfm24.pl/fakty/polska/news-smierc-izabeli-z-pszczyny-szwagierka-30-latki-nagrała-rozmow,1d,5781225#crp_state=1, dostęp: 04.02.2022.

alnym brzmieniu, a także nieznajomości obowiązujących co najmniej od 2017 r. (zaktualizowanych ostatnio w 2021 r.) rekomendacji Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczących indukcji porodu¹⁰. Omówienia treści przepisów i rekomendacji dokonano w dalszej części niniejszego raportu. W tym miejscu należy odwołać się do jeszcze jednego faktu celowo przemilczanego przez środowiska domagające się obniżenia standardu ochrony życia poczętego w Polsce – nie ulega wątpliwości, że 30-letnia pacjentka nie jest jedyną ofiarą wydarzeń z Pszczyny, bowiem w sprawie tej śmierci poniosło także jej dziecko.

1.2. Tragedia w Pszczynie a zdarzenie w Irlandii w 2012 r.

W celu ukazania niewątpliwej analogii pomiędzy tragicznymi sytuacjami, które miały miejsce w Irlandii oraz w polskiej miejscowości o nazwie Pszczyna, należy szerzej omówić stan faktyczny sprawy „irlandzkiej”, a następnie przedstawić szczególnie istotne w tej sprawie wnioski raportu¹¹ opracowanego przez specjalny zespół powołany przez Health Service Executive (HSE)¹², który w 2012 r. i 2013 r. badał przyczyny śmierci ciężarnej pacjentki Savity Halappanavar.

Z informacji dostępnych w raporcie wynika, że 21 października 2012 r. pacjentka Savita Halappanavar – 31-letnia kobieta będąca w pierwszej ciąży, zgłosiła się na oddział ginekologiczny w 17. tygodniu ciąży, skarżąc się na trwający przez ostatnie 12 godzin ból dolnej części pleców promieniujący do dolnej części miednicy. Po zbadaniu pacjentki w dokumentacji medycznej jako diagnozę odnotowano „nieuchronna/zagrażająca utrata ciąży.” Na tej podstawie pacjentka została przyjęta do szpitala. Następnego dnia, 22 października 2012 r. nastąpiło u pacjentki samoistne pęknięcie błon płodowych, po czym – 24 października 2012 r. jej stan się pogorszył i zdiagnozowano u niej posocznicę (sepsę) jako następstwo zapalenia błon płodowych. Kobieta została przeniesiona na Oddział Intensywnego Nadzoru, po tym jak nastąpiło samoistne poronienie. W wyniku znacznego pogorszenia stanu klinicznego, pacjentka została przetransportowana na Oddział Intensywnej Opieki Medycznej (OIOM), gdzie zmarła 28 października 2012 r. W raporcie wskazano, że w trakcie hospitalizacji pacjentka i jej mąż usłyszeli z ust członka szpitalnego zespołu ginekologii i położnictwa stwierdzenie, że „zgodnie z prawem irlandzkim w sytuacji, w której nie ma dowodów potwierdzających zagrożenie życia matki, nasze ręce są związane tak długo jak bije serce płodu”¹³. Innymi słowy, w przeświadczeniu pracowników oddziału ginekologiczno-położniczego, na który trafiła pacjentka Savita Halappanavar, kształt obowiązującego wówczas prawa irlandzkiego uniemożliwił podjęcie przez nich odpowiednich czynności ratujących jej życie. **Z ustaleń zawartych w raporcie wynika jednak, że przepisy były błędnie interpretowane przez personel medyczny**, a czynnikiem, który doprowadził do śmierci pacjentki było przede wszystkim **nierozpoznanie rzeczywistego stanu jej zdrowia**, który w ramach prawa irlandzkiego uzasadniał podjęcie działań ratujących życie.

10 Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące indukcji porodu, Ginekologia i Perinatologia Praktyczna 2017 tom 2, nr 2, s. 60.

11 Health Service Executive, *Final Report: Investigation of Incident 50278 from time of patient's self referral to hospital on the 21st of October 2012 to the patient's death on the 28th of October, 2012.*, <https://s3.documentcloud.org/documents/713210/hse-report-into-death-of-savita-halappanavar.pdf>, dostęp: 15.12.2021.

12 System opieki zdrowotnej finansowany ze środków publicznych w Republice Irlandii.

13 Health Service Executive, dz. cyt., s. 33.

1.3. Irlandzkie prawo a możliwość ratowania życia kobiety ciężarnej

Przepisem, który w ocenie pracowników szpitala miał uniemożliwiać im podjęcie właściwych działań ratujących życie pacjentki Savity Halappanavar był - wprowadzony na mocy Ósmej Poprawki - art. 40.3.3. Konstytucji Irlandii w brzmieniu: „Państwo uznaje prawo do życia nienarodzonych, w pełni szanując analogiczne prawo matki do życia, i gwarantuje respektowanie go w ustawodawstwie oraz, w miarę możliwości, obronę i dochodzenie tego prawa zgodnie z obowiązującym ustawodawstwem”. Z brzmienia powyższego przepisu wynika, że ustanawiał on **równą ochronę** prawa do życia matki oraz dziecka nienarodzonego.

Doprecyzowania omawianego przepisu konstytucyjnego dostarczyło orzecznictwo irlandzkiego Sądu Najwyższego, w szczególności w sprawie *Attorney General v X & Others*, w której Sąd analizował wymogi z art. 40.3.3. Konstytucji Irlandii w okolicznościach, w których kontynuacja ciąży uznana została za stwarzającą poważne zagrożenie dla życia matki. Bazując na ustaleniach irlandzkiego Sądu Najwyższego w raporcie HSE w tym zakresie przyjęta została następująca interpretacja: **„przerwanie ciąży, które może naruszać konstytucyjne prawo do życia nienarodzonego dziecka, jest jednak zgodne z art. 40.3.3., jeżeli wystąpienie dwóch warunków jest prawdopodobne, tj. (1) realnego i znacznego zagrożenia życia, (ale nie zdrowia) matki oraz (2) w sytuacji, gdy tego ryzyka można uniknąć jedynie poprzez przerwanie ciąży”**¹⁴.

Dodatkowo, na co również zwrócono uwagę w raporcie, przepis art. 40.3.3. Konstytucji Irlandii powinien być interpretowany w odniesieniu do aktualnych w danym czasie ustawowych kodeksów etyki właściwych dla przedstawicieli zawodów medycznych (lekarzy, pielęgniarek, położnych). W dacie, w której miało miejsce omawiane zdarzenie, w Irlandii obowiązywał m.in. „Przewodnik postępowania zawodowego i etyki dla licencjonowanych lekarzy” (*Guide to Professional Conduct and Ethics for Registered Medical Practitioners*), w tym jego art. 21.4., zgodnie z którym „[w] obecnej praktyce położniczej mogą pojawić się rzadkie powikłania, gdy interwencja terapeutyczna (w tym przerwanie ciąży) jest wymagana na etapie, na którym – ze względu na skrajną niedojrzałość dziecka – nadzieja (*hope*) na jego przeżycie jest niewielka albo żadna. **W tych wyjątkowych okolicznościach konieczna może być interwencja w postaci przerwania ciąży w celu ochrony życia matki, przy jednoczesnym dołożeniu wszelkich starań, aby zachować życie dziecka**” [podkr. - OI]¹⁵. Także obowiązujący wówczas „Kodeks postępowania zawodowego dla każdej pielęgniarki i położnej” (*Code of Professional Conduct for each Nurse and Midwife*) przewidywał, że „Pielęgniarka musi przez cały czas przestrzegać zasady, że zawsze należy dołożyć wszelkich starań, aby zachować ludzkie życie, zarówno narodzone, jak i nienarodzone. Kiedy śmierć jest nieuchronna, należy podjąć opiekę w celu zapewnienia, aby pacjent umarł z godnością”¹⁶.

Nie ulega wątpliwości, że przytoczone przepisy oraz wytyczne kodeksów etyki odnoszą się nie do jednego, lecz kilku aspektów sprawy śmierci pacjentki w irlandzkim szpitalu. Przez analogię generalnie dotyczą również istotnych kwestii tragicznego zdarzenia, które miało miejsce w polskim szpitalu w Pszczynie.

14 Tamże, s. 87.

15 Tamże, s. 95.

16 Tamże, s. 96.

1.4. Irlandzkie prawo a kwestia prawidłowej diagnostyki

W kontekście przedstawionych ram prawa obowiązującego w Irlandii w 2012 r. uzasadnione wydaje się stanowisko, zgodnie z którym poświęcenie życia dziecka poczętego było dopuszczalne w sytuacji realnego i bezpośredniego zagrożenia życia matki, gdy jednocześnie tego ryzyka nie można było inaczej uniknąć. Podstawową kwestią wymagającą ustalenia jest zatem odpowiedź na pytanie, czy w omawianej sytuacji zaistniało realne i bezpośrednie zagrożenie życia matki. W tym miejscu jednak zagadnienie to wykracza poza ramy prawne i jednocześnie wkracza w przestrzeń „medyczną”, tj. kwestie oceny stanu zdrowia pacjentki, która dokonywana jest każdorazowo przez lekarzy, i której wyniki determinują następnie podejmowane względem pacjentki działania terapeutyczne. W zakresie tak zarysowanego zagadnienia należy przywołać pierwszy z trzech zdefiniowanych w raporcie HSE tzw. kluczowych czynników przyczynowych śmierci pacjentki Savity Halappanavar w irlandzkim szpitalu:

„[n]ieodpowiednia ocena i monitorowanie, które umożliwiłyby zespołowi medycznemu rozpoznanie i reagowanie na oznaki pogorszenia się stanu pacjentki z powodu infekcji, powiązane z brakiem opracowania i przestrzegania planu opieki nad pacjentką, w sposób należyty uwzględniającego („satisfactorily cognisant”) fakt, że:

- najbardziej prawdopodobną przyczyną nieuchronnego poronienia („*inevitable miscarriage*”) była infekcja u matki oraz
- ryzyko infekcji i sepsy wzrastało wraz z upływem czasu od przyjęcia [do szpitala – O.I.], a zwłaszcza po samoistnym pęknięciu błon [płodowych – O.I.]”¹⁷.

Jednocześnie w przedstawionym w raporcie, w bardziej szczegółowym omówieniu tego czynnika przyczynowego, wskazano m.in., że samoistne pęknięcie błon płodowych w tak wczesnej ciąży, które wystąpiło u pacjentki, niesie ze sobą ryzyko nieuchronnego poronienia, a także sepsy u matki i dziecka. Ponadto, zwrócono uwagę, że „przedwczesne pęknięcie błon płodowych może być spowodowane infekcją, a wymioty wskazują, że pacjentka była w złym stanie, co zwiększa prawdopodobieństwo, że infekcja przechodzi w stan ogólnoustrojowy prowadzący do sepsy”¹⁸. Okoliczności te najwyraźniej zostały zignorowane przez personel, w związku z czym nie spotkały się z właściwą reakcją. W treści raportu HSE dokładnie opisane zostały także pozostałe czynniki, w tym brak klarownych wytycznych określających sposób postępowania w takich przypadkach, czy zaordynowanie pacjentce niewłaściwych środków leczniczych skutkujących opóźnieniem akcji porodowej, które stanowią elementy składowe ww. kluczowego czynnika przyczynowego nr 1.

Z tak sformułowanego fragmentu raportu dotyczącego okoliczności śmierci ciężarnej pacjentki w Irlandii wynika więc jasno, że jedną z przyczyn tego tragicznego skutku był **niewłaściwie przeprowadzony etap diagnostyczny**, co doprowadziło do błędnej oceny stanu zdrowia pacjentki, a w konsekwencji

¹⁷ Tamże, s. 13.

¹⁸ Tamże, s. 58.

dalszego niewłaściwego postępowania terapeutycznego. W świetle tak ustalonych okoliczności faktycznych należy podkreślić, że kształt prawa w zakresie przesłanek dopuszczalności przerywania ciąży pozostawał bez wpływu na działania podejmowane przez personel szpitala. W świetle obowiązujących w Irlandii w 2012 r. przepisów, podjęcie decyzji o przerwaniu ciąży było bowiem dopuszczalne w przypadku stwierdzenia zagrożenia życia matki. Chociaż w omawianej sytuacji takie zagrożenie wystąpiło (co umożliwiło podjęcie działań terapeutycznych z narażeniem życia dziecka), nie zostało ono dostrzeżone przez personel szpitala, przez co nie skorzystał on z możliwej interwencji medycznej, którą przewidywało w tamtym czasie prawo irlandzkie.

1.5. Niewłaściwa opieka jako konsekwencja błędnej diagnozy irlandzkich lekarzy

Brak prawidłowego zdiagnozowania stanu zdrowia pacjentki Savity Halappanavar stał się przyczyną kolejnych błędów dotyczących opieki medycznej na szpitalnym oddziale ginekologii i położnictwa. Jak bowiem stwierdzili autorzy raportu, kolejnym kluczowym czynnikiem, który przyczynił się do śmierci pacjentki było:

„[n]iezaoferowanie wszystkich opcji postępowania pacjentce, u której wystąpiło nieuchronne poronienie we wczesnej ciąży w drugim trymestrze, gdzie ryzyko dla matki wzrastało wraz z upływem czasu od momentu pęknięcia błon [płodowych – O.I.]”¹⁹.

W rozwinięciu opisu omawianego czynnika przyczynowego w treści raportu HSE ukazany został kontekst kliniczny sytuacji, w której znalazła się pacjentka Savita Halappanavar. Wskazano m.in., że „[ś]mierć płodu jest pewna przy wystąpieniu poronienia nieuchronnego w 17 tygodniu, w którym następuje samoistne pęknięcie błon i infekcja w macicy. **Ryzyko dla matki można zmniejszyć, przyspieszając poród.** W przypadku kontynuacji ciąży rośnie zagrożenie dla matki przy braku jakichkolwiek potencjalnych korzyści dla matki lub płodu”²⁰.

W celu zapewnienia właściwej reakcji personelu medycznego w takich sytuacjach - w ocenie autorów raportu - konieczne jest bazowanie na profesjonalnej ocenie klinicznej i doświadczeniu lekarzy, aby możliwe było trafne i odpowiednio wczesne rozpoznanie sytuacji zagrożenia życia pacjentki. Tym samym potwierdzono, że duże znaczenie w tym zakresie mają: odpowiednia wiedza, umiejętności i doświadczenie personelu medycznego. Zauważono przy tym, że zgodnie z **najlepszą międzynarodową praktyką w przypadkach poronień nieuchronnych** w 17. tygodniu ciąży z przedłużonym pęknięciem błon płodowych i infekcją macicy jest przyspieszenie porodu uzasadnione występującym ryzykiem dla życia matki. **Przyspieszenie porodu w momencie wystąpienia oczywistych oznak infekcji w macicy jest kluczowym elementem postępowania** w celu zmniejszenia zagrożenia wystąpieniem posocznicy, wstrząsu septycznego i w konsekwencji śmierci matki. Tymczasem zespół badający sprawę ustalił, że

19 Tamże, s. 13.

20 Tamże, s. 71.

przyjętym planem działania wobec pacjentki Savity Halappanavar było „czekanie na rozwój wydarzeń” (await events) i monitorowanie bicia serca dziecka²¹.

Co warto również podkreślić, pracownicy szpitala przesłuchiwani w toku badania okoliczności sprawy w Irlandii stwierdzili, że **przyjęta postawa wyczekiwania wynikała z ich interpretacji prawa regulującego kwestie przerywania ciąży**. Istnieją podstawy, aby przypuszczać, że ten sam problem był jednym z czynników powodujących zaniechanie czynności ratowania życia pacjentki w Pszczynie. Prowadzi to do opartej na ustaleniach irlandzkiego raportu konkluzji, że należyty poziom wiedzy medycznej i doświadczenia personelu medycznego, jak również poprawa świadomości prawnej lekarzy, pielęgniarek i położnych to jedno z kluczowych elementów mających w określonych przypadkach wpływ na zdolność do właściwej reakcji i ocalenie życia pacjentek.

1.6. Niewłaściwa opieka w irlandzkim szpitalu pomimo zdiagnozowania sepsy

Kolejnym, trzecim kluczowym czynnikiem przyczynowym, który doprowadził do śmierci pacjentki w Irlandii było – zgodnie z treścią raportu HSE:

„[n]ieprzestrzeganie wytycznych klinicznych dotyczących szybkiego i skutecznego leczenia sepsy, ciężkiej sepsy i wstrząsu septycznego w momencie rozpoznania”.

W ramach tego stwierdzonego uchybienia wskazano na nieprawidłowości organizacyjne w szpitalu, a także – ponownie - problem braku odpowiedniego przeszkolenia personelu, tym razem w zakresie szybkiego i skutecznego postępowania w przypadku wystąpienia sepsy. Precyzyjnie wskazano, które **standardy nie były w irlandzkim szpitalu przestrzegane**: wytyczne dotyczące postępowania w podejrzeniu sepsy oraz sepsy w położnictwie (*Guidelines for the Management of Suspected Sepsis and Sepsis in Obstetric Care [July 2012]*), jak również wytyczne dotyczące środków przeciwbakteryjnych (*Antimicrobial Guidelines [Adults], Version 6 [2012]*)²². Faktem jest, że u pacjentki Savity Halappanavar już 24 października 2012 r. dostrzeżono i odnotowano w dokumentacji oznaki „zapalenia błon płodowych z możliwą sepsą” – utrzymującą się tachykardię (częstoskurcz serca), niedociśnienie oraz podniesioną temperaturę ciała²³. Już w tym dniu zdiagnozowano u niej sepsę (przypomnieć trzeba, że śmierć nastąpiła dopiero 28 października 2012 r.), co jednak – zgodnie z ustaleniami raportu - nie wpłynęło znacząco na zmianę postawy wyczekującej personelu medycznego. Tymczasem, w ocenie zespołu badającego sprawę, wystąpienie sepsy i klinicznego zapalenia błon płodowych jest czynnikiem uzasadniającym przyspieszenie porodu, aby zmniejszyć ryzyko ciężkiej sepsy i wstrząsu septycznego u matki poprzez usunięcie źródła infekcji. Tak ustalony stan pacjentki uzasadniał ponadto niezwłoczną konsultację mikrobiologiczną, czego jednak zaniechano aż do momentu wystąpienia u pacjentki

21 Tamże, s. 71.

22 Tamże, s. 75.

23 Tamże, s. 75.

wstrząsu septycznego²⁴. Dodatkowo, jak zaznaczono w raporcie HSE, sytuację komplikowała trudność związana ze stosowaniem prawa (*difficulty associated with the application of the law*) w zakresie przerwania ciąży. Ponownie więc w raporcie **zauważono szerszy problem, obejmujący interpretację i stosowanie prawa irlandzkiego, lecz nie samą treść przepisu gwarantującego ochronę życia dzieci przed urodzeniem.**

1.7. Problem braku odpowiednich wytycznych w Irlandii

Wobec licznych nieprawidłowości w opiece nad ciężarną pacjentką w Irlandii zespół HSE badający okoliczności zdarzenia zwrócił uwagę, że (w dacie hospitalizacji pacjentki Savity Halappanavar) nie istniały lokalne, krajowe lub międzynarodowe wytyczne dotyczące postępowania w przypadkach poronień nieuchronnych na wczesnym etapie II trymestru ciąży, w tym postępowania w przypadku poronienia, w którym dochodzi do przedłużonego pęknięcia błon płodowych. Zarekomendowano, aby takie wytyczne zostały pilnie opracowane i zawierały precyzyjne wskazówki dotyczące możliwości zaoferowania przerwania ciąży w oparciu o objawy infekcji, co wiąże się z rosnącym zagrożeniem dla matki prowadzącym nawet do jej śmierci. Uznając konieczność zachowania zgodności z obowiązującym prawem, zespół HSE wskazał na ewentualną potrzebę zmiany prawa, nie precyzując jednak kształtu takiej zmiany²⁵.

W treści raportu zespół HSE przedstawił następujące rekomendacje:

Rekomendacja nr 1:

“Szybkie wprowadzenie, a następnie audyt zgodności z odpowiednią Kartą Systemu Punktowego Wczesnego Ostrzegania Położniczego (*Maternity Early Warning Scoring System Chart*) dla pacjentek objętych opieką z powodu powikłań ciąży na oddziałach ginekologicznych i położniczych. Karta powinna definiować proces monitorowania połączony z aktywacją wzmocnionej odpowiedzi pielęgniarskiej, medycznej i interdyscyplinarnej”.

Rekomendacja nr 2:

“Obowiązkowa edukacja całego personelu klinicznego pracującego w położnictwie i ginekologii w zakresie **wczesnego rozpoznawania, monitorowania i leczenia infekcji, sepsy, ciężkiej sepsy i wstrząsu septycznego** zgodnie z odpowiednimi wytycznymi klinicznymi, w tym Wytycznymi dotyczącymi postępowania w przypadku podejrzenia sepsy i sepsy w położnictwie (*Guidelines for the Management of Suspected Sepsis and Sepsis in Obstetric Care*), wytycznymi dotyczącymi stosowania środków przeciwbakteryjnych (*Antimicrobia I Guidelines*), wytycznymi Królewskiego Kolegium Położnictwa i Ginekologii dotyczącymi posocznicy bakteryjnej (*Royal College of Obstetrics and Gynaecology Green-top guidelines on Bacterialepsia [Green-top Guidelines No 64a April 2010]*) oraz zgodnie z rozdziałem dotyczącym sepsy Centrum Badań nad Matką i Dzieckiem (*Centre for Maternal and Child Enquiries [CEMACE]*) – Raportem pt. „Ratowanie matek 2006 – 2008”. Taka edukacja personelu musi podkreślać

24 Tamże, s. 76.

25 Tamże, s. 59.

- w przypadkach sepsy lub podejrzenia sepsy - **potrzebę wczesnego i odpowiedniego zaangażowania zespołu multidyscyplinarnego** [podkr. - Ol], składającego się z anestezjologa, mikrobiologa, specjalisty chorób zakaźnych i innych. Szkolenie personelu pielęgniarstwa, położniczego i lekarskiego powinno odbywać się regularnie, ze względu na częste zmiany w zespole medycznym. Należy regularnie aktualizować: a) programy wprowadzające oraz b) programy ustawicznego kształcenia zawodowego”.

Rekomendacja nr 3:

„HSE powinien opracować, rozpowszechnić i wdrożyć krajowe wytyczne dotyczące infekcji podczas ciąży. HSE powinien również opracować multidyscyplinarne programy edukacyjne w celu **poprawy jakości opieki w ciążach powikłanych zakażeniem** [podkr. - Ol]. W szczególności istnieje potrzeba opracowania, wdrożenia i kontroli zgodności z wytycznymi dotyczącymi **postępowania w przypadku infekcji w czasie ciąży, podejrzenia sepsy i sepsy w przypadkach nieuniknionego poronienia we wczesnym drugim trymestrze ciąży** [podkr. - Ol], w tym w przypadku przedłużonego pęknięcia błon płodowych i gdy ryzyko dla matki wzrasta wraz z upływem czasu od momentu pęknięcia błon. Wytyczne powinny kłaść nacisk na:

- **konieczność zwrócenia odpowiedniej uwagi na wczesne wykrywanie i leczenie infekcji** [podkr. - Ol] oraz zapobieganie i leczenie sepsy, w tym czujne monitorowanie czasu, który upłynął od pęknięcia błon płodowych oraz rozważenie odpowiedniej antybiotykoterapii i leczenia lub usunięcia źródła infekcji,
- **konieczność odpowiedniego i wczesnego zaangażowania multidyscyplinarnego zespołu** obejmującego mikrobiologa, anestezjologa, specjalistę intensywnej terapii, specjalistę ds. chorób zakaźnych i innych odpowiednich specjalistów w przypadkach sepsy lub podejrzenia sepsy,
- potrzebę jasnego określenia **kto jest odpowiedzialny** za monitorowanie, ocenę i działanie na podstawie wyników zleconych testów,
- określenie jasnych procedur **dostępu do badań gazometrii krwi i poziomu mleczanów** (najlepiej w miejscu opieki) wraz z odpowiednim szkoleniem [personelu]”.

Rekomendacja nr 4a:

“Opracowanie, wdrożenie i kontrolowanie zgodności postępowania z wytycznymi dotyczącymi postępowania w przypadku nieuniknionego poronienia na początku drugiego trymestru, z uwzględnieniem możliwego szybkiego pogorszenia stanu pacjentki począwszy od sepsy przez ciężką sepsę do wstrząsu septycznego, które mogą nastąpić w ciągu kilku godzin. Wytyczne te muszą również uwzględniać związaną z tym wysoką śmiertelność (do 60%). Wspomniane wytyczne powinny zawierać co najmniej:

- odpowiednie monitorowanie w celu skutecznego wykrywania infekcji i sepsy zgodnie z odpowiednimi wytycznymi klinicznymi dotyczącymi postępowania w przypadku podejrzenia sepsy i sepsy w opiece położniczej; oraz wytyczne dotyczące stosowania środków przeciwbakteryjnych,
- odpowiednie postępowanie uwzględniające fakt, że ryzyko dla matki wzrasta wraz z upływem czasu od momentu pęknięcia błon płodowych,

- jasne określenie, kto jest odpowiedzialny za monitorowanie, ocenę i działanie na podstawie wyników zleconych testów,
- jasne określenie procedur dostępu do badań gazometrii krwi i poziomu mleczanów (najlepiej w miejscu opieki) wraz z odpowiednim szkoleniem”.

Rekomendacja nr 4b:

„Istnieje natychmiastowy i pilny wymóg jasnego **określenia kontekstu prawnego**, w którym przeprowadza się ocenę medyczną i podejmuje decyzje w najlepszym interesie zdrowotnym pacjentek. Jednocześnie potrzebne jest opracowanie jasnych i precyzyjnych krajowych **wytycznych klinicznych**, aby w **znaczący sposób pomóc lekarzom** odpowiedzialnym [za stan pacjentek], często w przypadku szybkiego pogorszenia się stanu zdrowia lub sytuacji nagłej, **co do tego jak w konkretnym przypadku powinna być wykonywana profesjonalna ocena kliniczna**. Zalecamy, aby kliniczna społeczność zawodowa, organy regulacyjne opieki zdrowotnej i społecznej oraz Oireachtas [parlament Irlandii] rozważyły wszelkie niezbędne zmiany prawa konstytucyjnego i powiązane wytyczne administracyjne, prawne i kliniczne w odniesieniu do postępowania w przypadku nieuniknionego poronienia we wczesnym drugim trymestrze ciąży, w tym z przedłużonym pęknięciem błon i gdzie ryzyko dla matki (w tym ryzyko infekcji) wzrasta wraz z upływem czasu od momentu pęknięcia błon. Wytyczne te powinny określać dobre praktyki w odniesieniu do przyspieszenia porodu z powodów klinicznych, do medycznego i chirurgicznego przerwania ciąży w oparciu o dostępną wiedzę specjalistyczną oraz dopuszczalność z prawnego punktu widzenia. Zdajemy sobie sprawę, że takie wytyczne muszą być zgodne z obowiązującym prawem, oraz że mogą wymagać zmian prawnych”.

Rekomendacja nr 5:

„HSE powinien wdrożyć i kontrolować zgodność z **ulepszonymi praktykami komunikacyjnymi** [podkr. - OI] między wszystkimi dyscyplinami personelu oraz wdrażać ulepszenia w przekazywaniu pacjentek w stanie ciężkim, w tym między zmianami personelu. Zaleca się przyjęcie odpowiednich narzędzi ostatecznej komunikacji (*definitive Communications tools*), aby pomóc w jasnym i skoncentrowanym przekazywaniu informacji w związku z pogorszeniem stanu kobiety lub konsultacją, lub przekazaniem pacjentki na wyższy poziom opieki, takich jak ISBAR 7 (*HSE Acute Medicine Programme*, 2013), które stanowią modyfikację SBAR zgodnie z zaleceniami w ramach „Poprawa przekazywania pacjentów” - *RCOG Good Practice No 12’ (Dec 2010)*.”

Rekomendacja nr 6:

„Opracowanie, wdrożenie i audyt zgodności wytycznych z Wytycznymi *Royal College of Obstetricians and Gynecologists* w zakresie „Odpowiedzialności konsultanta na wezwanie” (*RCOG Good Practice No. 8 - March 2009*). Wytyczne te powinny określać **potrzebę wezwania bardziej doświadczonego zespołu** [podkr. - OI] (*senior medical staff*), w tym konsultantów, jeżeli jest to wskazane ze względu na potrzebę pomocy w poradzeniu sobie z przypadkiem albo w celu konsultacji w sytuacji podejrzenia ciężkiego przypadku. Wytyczne te powinny odzwierciedlać fakt, że położna/pielęgniarka powinna mieć możliwość wezwania pomocy starszego stopniem kierownika położnictwa lub dyżurnego dyrektora pielęgniarstwa, w tym w razie potrzeby zadzwonić bezpośrednio do konsultanta”.

Z przytoczonej treści rekomendacji opracowanych przez zespół badający okoliczności i przyczyny śmierci ciężarnej pacjentki w irlandzkim szpitalu jasno wynika, że HSE stwierdził szereg nieprawidłowości w funkcjonowaniu oddziału położniczego, na którym przebywała pacjentka. Wskazuje na to fakt, że aż **6 z 7 rekomendacji dotyczyło potrzeby podniesienia standardu opieki medycznej nad kobietami w ciąży powikłanej**. Zaledwie jedno zalecenie dotyczy kwestii nawiązujących do obowiązującego wówczas w Irlandii prawa – tj. opisanych wyżej przepisów konstytucji, które dopuszczały możliwość przerwania ciąży wyłącznie w sytuacji zagrożenia życia matki, przy braku innych możliwości ratowania tego prawnie chronionego dobra.



Znajdujący się w raporcie opis okoliczności sprawy wskazuje, że do śmierci pacjentki doprowadził szereg nieprawidłowości, które pojawiły się w ramach sprawowanej nad nią opieki medycznej. Wynika z nich przede wszystkim problem z właściwym rozpoznaniem stanu zdrowia kobiety (czyli realnego zagrożenia życia spowodowanego infekcją), co w konsekwencji doprowadziło do dalszych błędnych i tragicznych w skutkach decyzji. W takich okolicznościach zasadna wydaje się teza, że **kształt obowiązującego w Irlandii prawa chroniącego życie nienarodzonych dzieci nie miał wpływu na bieg wydarzeń**. Prawo to przewidywało bowiem możliwość ratowania zagrożonego życia pacjentki. To, co mogło jednak wpłynąć na postawę personelu medycznego, to nieznajomość prawa lub błędna jego interpretacja.

Rozdział II.

Problematyka dopuszczalności przerywania ciąży w Polsce

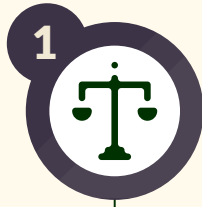
2.1. Dopuszczalność przerywania ciąży w polskim prawie

Przedstawione w raporcie szczegóły sprawy irlandzkiej pacjentki wykazują istotne podobieństwo do okoliczności niedawnej śmierci pacjentki w polskim szpitalu w Pszczynie. W przestrzeni publicznej wskazuje się również na podobieństwo stanu prawnego, który – w ocenie autorów tego rodzaju komentarzy – uniemożliwił albo przynajmniej utrudnił personelowi medycznemu podjęcie odpowiednich działań ratujących życie pacjentki. W rzeczywistości jednak podobieństwo tych dwóch spraw sprowadzić można do nieznamomości prawa albo niewłaściwej jego interpretacji przez zespół medyczny; zarówno bowiem polskie prawo w aktualnym kształcie, jak i prawo irlandzkie obowiązujące w 2012 r. dopuszczały ratowanie zagrożonego życia matki z użyciem metod i środków wiążących się z poświęceniem życia dziecka poczętego i to bez względu na stan zdrowia tego dziecka. Co istotne, w takich sytuacjach przerwanie ciąży, którego nieuchronnym, lecz niezamierzonym skutkiem jest śmierć dziecka, nie należy określać terminem aborcji. Działanie takie należy rozpatrywać w kategoriach koniecznej interwencji medycznej podejmowanej dla ratowania dobra jakim jest życie pacjentki; jednoczesna śmierć dziecka nie stanowi zatem celu działania, ale niejako jego przewidywany „skutek uboczny”. Takie sytuacje należy zatem już na poziomie terminologicznym wyraźnie odróżnić od tych wszystkich przypadków, w których zadanie śmierci dziecku jest celowe, np. z powodu podejrzenia wad rozwojowych lub niepełnosprawności.

Polska ustawa zasadnicza, podobnie jak irlandzka konstytucja w kształcie obowiązującym w dacie śmierci pacjentki Savity Halappanavar w 2012 r., prawną ochroną obejmuje życie każdego człowieka, w tym człowieka przed narodzinami. Zasada ta wynika z brzmienia art. 38 w zw. z art. 30 Konstytucji RP. W świetle tych przepisów, Rzeczpospolita Polska zapewnia **każdemu człowiekowi (a zatem bez względu na stadium jego życia)** prawną ochronę życia, przy czym jednocześnie uznaje, że źródłem praw i wolności - w tym przede wszystkim prawa do życia - jest godność człowieka, która jest przyrodzona i niezbywalna, a więc wynikająca z samej natury, z samego faktu bycia istotą ludzką. Została również wielokrotnie potwierdzona w orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego, poczynając od

ART. 26§ 2 KODEKSU KARNEGO

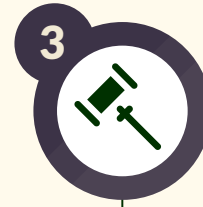
przewiduje, że odpowiedzialności karnej nie podlega osoba, która:



1
działa w celu uchylenia bezpośredniego niebezpieczeństwa grożącego jakimkolwiek dobru chronionemu prawem (a więc w szczególności życiu),



2
jeżeli niebezpieczeństwa nie można inaczej uniknąć,



3
swoim działaniem narusza (poświęca) dobro, które nie przedstawia wartości oczywiście wyższej od dobra ratowanego (np. zdrowia albo nawet życia innego człowieka).

orzeczenia TK z 28 maja 1997 r., sygn. akt K 26/96, a skończywszy na zeszłorocznym wyroku Trybunału z 22 października 2020 r. w sprawie o sygn. K 1/20²⁶. Z przytoczonych przepisów Konstytucji RP oraz orzecznictwa TK wynika spoczywający na państwie prawny obowiązek ochrony ludzkiego życia na każdym etapie rozwoju²⁷.

Uznając, że życie ludzkie podlega ochronie prawnej, polski ustrojodawca jednocześnie przewiduje sytuacje, w których wspomniana ochrona - na zasadzie wyjątku od ogólnej zasady - może zostać w danych okolicznościach ograniczona. Wynika to z ogólnej dopuszczalności ograniczania praw i wolności chronionych konstytucyjnie pod warunkiem spełnienia przewidzianych w ustawie zasadniczych wymogów. Zgodnie z treścią art. 31 ust. 3 Konstytucji RP, statuującego tzw. ogólną klauzulę ograniczającą, wprowadzenie ograniczeń konstytucyjnych wolności i praw jest dopuszczalne wyłącznie wtedy, gdy ograniczenia te są ustanawiane tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób. Ograniczenia te nie mogą jednak naruszać istoty wolności i praw. Przytoczony przepis Konstytucji RP gwarantuje zatem, że wszelkie działania ustawodawcy, których skutkiem jest ingerencja w podstawowe prawa lub wolności jednostki, w tym przede wszystkim prawo do życia, są dopuszczalne jedynie przy spełnieniu określonych warunków, takich jak szczegółowość regulacji, jej celowość i proporcjonalność. Poza tym warto wspomnieć, że jako wyjątki od zasady prawnej ochrony wartości uznanych za konstytucyjne (w szczególności życie), omawiane ograniczenia powinny być poddawane odpowiednio restryktywnej i zawężającej wykładni²⁸.

26 Szerzej na temat orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego zob. *Analiza materialnoprawna wyroku Trybunału Konstytucyjnego z 22 października 2020 r. sygn. akt K 1/20 z uwzględnieniem możliwych skutków w sytuacji prawnej kobiet ciężarnych*, <https://tiny.pl/94pfg>, dostęp: 30.11.2021.

27 Zob. orzeczenie TK z 28 maja 1997 r., sygn. akt K 26/96.

28 Zob. np. wyrok TK z 11 października 2006 r. sygn. akt P 3/06.

Na poziomie ustawowym wyjątki od ogólnej zasady prawnej ochrony życia dziecka poczętego zostały ujęte zostały w art. 4a ustawy o planowaniu rodziny. Przepis ten w obecnym brzmieniu wyraźnie stanowi, że **przerwanie ciąży może być dokonane** przez lekarza w przypadku (1) gdy **ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej** (art. 4a ust. 1 pkt 1) oraz (2) gdy zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego (art. 4a ust. 1 pkt 3). Charakter wskazanego przepisu bywa tłumaczony rozmaicie, niemniej jednak należy przyjąć, że w zakresie przesłanki dopuszczalności przerwania ciąży z uwagi na konieczność ratowania życia matki dziecka poczętego stanowi on kontratyp (okoliczność wyłączającą bezprawność - generalnie aborcja stanowi w myśl prawa polskiego przestępstwo) zbliżony do stanu wyższej konieczności. Z uwagi na temat opracowania, w dalszej jego części omówiona zostanie wyłącznie przesłanka dopuszczalności przerwania ciąży ze względu na zagrożenie życia matki.

Przepis art. 4a ust. 1 pkt 1 ustawy o planowaniu rodziny wyraźnie stanowi, że przerwanie ciąży w niektórych okolicznościach powiązane nieuchronnie z pozbawieniem życia nienarodzonego dziecka, jest prawnie dopuszczalne w sytuacji, w której mamy do czynienia z zagrożeniem życia kobiety ciężarnej. Przypadek, którego dotyczy art. 4a ust. 1 pkt 1 ustawy o planowaniu rodziny należy uznać za pewną odmianę stanu wyższej konieczności, o którym mowa w art. 26§ 2 Kodeksu karnego²⁹. Przywołany przepis ustawy karnej przewiduje, że odpowiedzialności karnej nie podlega osoba, która:

- działa w celu uchylenia bezpośredniego niebezpieczeństwa grożącego jakimkolwiek dobru chronionemu prawem (a więc w szczególności życiu),
- jeżeli niebezpieczeństwa nie można inaczej uniknąć,
- swoim działaniem narusza (poświęca) dobro, które nie przedstawia wartości oczywiście wyższej od dobra ratowanego (np. zdrowia albo nawet życia innego człowieka).

Istotą stanu wyższej konieczności jest więc kolizja, konflikt między dobrami korzystającymi z ochrony prawnej, który powstaje w sytuacji zagrożenia obydwu tych dóbr, a uratowanie jednego z nich nie może nastąpić inaczej, niż z poświęceniem drugiego. Niewątpliwie z taką sytuacją mamy do czynienia w przypadku ujętym w art. 4a ust. 1 pkt 1 ustawy o planowaniu rodziny, jak bowiem wynika z orzecznictwa trybunalskiego życie ludzkie - niezależnie od stadium jego rozwoju - pozostaje zawsze wartością równorzędną. Dopuszcza on „przerwanie ciąży” (naruszenie chronionego prawem dobra jakim jest życie człowieka na prenatalnym etapie rozwoju) w celu uchylenia bezpośredniego niebezpieczeństwa zagrażającego dobru równorzędnemu (życiu kobiety ciężarnej). W odniesieniu do zakresu pojęcia „bezpośredniości” niebezpieczeństwa w orzecznictwie Sądu Najwyższego wyrażono przy tym pogląd, zgodnie z którym „[p]rzez niebezpieczeństwo bezpośrednie należy rozumieć taką sytuację, która grozi określonymu dobru natychmiast, a więc zagraża w ten sposób, że wszelaka zwłoka w podjęciu czynności ratowniczych mogłaby uczynić je bezprzedmiotowymi względnie - że naruszenie dóbr nie musi nastąpić natychmiast, ale ma charakter nieuchronny, a wstrzymanie się od czynności ratowniczych mogłoby powiększyć rozmiar grożącej szkody lub utrudnić jej zapobieżenie”³⁰. Do stanu wyższej konieczności będą się zaliczały zatem sytuacje, które - zgodnie z uprzednio dokonaną oceną stanu klinicznego - wymagają niezbędnej i natychmiastowej interwencji medycznej, mającej na celu uchylenie

29 Tj. z dnia 15 lipca 2020 r. (Dz.U. z 2020 r. poz. 1444).

30 Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 30 maja 1973 r., sygn. akt III KR 6/73.

niebezpieczeństwa realnie grożącego życiu pacjentki. Zauważyć należy, że taki stan prawny istniałby nawet wówczas, gdyby ustawa o planowaniu rodziny nie odnosiłaby się w ogóle do tego zagadnienia, ponieważ wynika to z zasad ogólnych prawa karnego.

W kontekście przesłanek dopuszczalności przerywania ciąży na podstawie art. 4a ust. 1 pkt 1 ustawy o planowaniu rodziny warto w tym miejscu wspomnieć, że odrębną kwestią jest ujęta w tym przepisie przesłanka „zagrożenia dla zdrowia kobiety”. Przesłanka ta - z racji tego, że zdrowie przedstawia w hierarchii niższą wartość niż życie - stała się w 2008 r. przedmiotem wątpliwości ówczesnego Rzecznika Praw Obywatelskich, który rozważał poddanie jej kontroli pod kątem zgodności z Konstytucją RP³¹. Wątpliwości Rzecznika Praw Obywatelskich dra Janusza Kochanowskiego z oczywistych względów nie obejmowały przepisu art. 4a ust. 1 pkt 1 ustawy o planowaniu rodziny w zakresie, w jakim dopuszcza przerwanie ciąży w celu ratowania zagrożonego życia matki. Podobne wątpliwości podnosił także prof. Włodzimierz Wróbel, argumentując, że „[a]bstrakcyjne porównanie wartości życia dziecka poczętego oraz domniemanych wartości i interesów stojących u podstaw przyjętych przesłanek dopuszczalności przeprowadzenia zabiegów aborcyjnych, może prowadzić do wniosku, iż niektóre z nich nie spełniają wymogu wynikającego z zasady proporcjonalności. Dotyczy to w szczególności przypadku, w którym przerwanie życia w fazie prenatalnej uzasadnione jest niebezpieczeństwem (jakimkolwiek) dla zdrowia matki dziecka. Nie każde zagrożenie dla zdrowia może być bowiem zrównane z wartością, jaką jest życie dziecka poczętego”³².

Jak wskazał Trybunał Konstytucyjny w wyroku z 7 stycznia 2004 r. w sprawie K 14/03, „niedopuszczalne byłoby różnicowanie wartości ludzkiego życia (...). Jest to bowiem ochrona życia jako takiego, bez względu na społeczną wartość jaką przedstawia”³³. Wartość życia matki i życia dziecka jest zatem jednakowa, a sytuacja zagrożenia egzystencji kobiety ciężarnej, określona w hipotezie art. 4a ust. 1 pkt 1 ustawy o planowaniu rodziny stanowi przykład stanu wyższej konieczności, w którym „niebezpieczeństwa nie można inaczej uniknąć” jak poprzez podjęcie działań mogących skutkować śmiercią nienarodzonego dziecka. Podkreślić trzeba, że o tym, iż podjęcie działań medycznych zagrażających chronionym prawom dobrom nienarodzonego dziecka należy traktować jako rozwiązanie ostateczne, gdy inne skuteczne środki są niedostępne, przesądza treść przepisów ustawy karnej oraz Kodeksu Etyki Lekarskiej (dalej „KEL”). W świetle art. 157a § 2 k.k. „[n]ie popełnia przestępstwa lekarz, jeżeli uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia dziecka poczętego są następstwem działań leczniczych, **koniecznych dla uchylenia niebezpieczeństwa grożącego zdrowiu lub życiu kobiety ciężarnej albo dziecka poczętego**”. Natomiast zgodnie z art. 39 KEL „[p]odejmując działania lekarskie u kobiety w ciąży **lekarz równocześnie odpowiada za zdrowie i życie jej dziecka**. Dlatego obowiązkiem lekarza są starania o zachowanie zdrowia i życia dziecka również przed jego urodzeniem”.

Na tle powyższych uwag powinno być oczywiste, że polski system prawny wyraźnie przewiduje dopuszczalność poświęcenia życia dziecka poczętego (a tym samym wyłącza karalność lekarza oraz ewentualnych osób dopuszczających się pomocnictwa) w tych sytuacjach, w których dochodzi do zagrożenia życia kobiety ciężarnej, a działania mogące skutkować pozbawieniem życia dziecka są

31 Projekt wniosku Rzecznika Praw Obywatelskich dr Janusza Kochanowskiego do Trybunału Konstytucyjnego w sprawie stwierdzenia niezgodności m.in. art. 4a ust. 1 pkt 1 ustawy o planowaniu rodziny z art. 2, art. 31 ust. 1 i art. 38 w zw. z art. 30 Konstytucji RP, <https://bip.brpo.gov.pl/pliki/1202901674.pdf>, dostęp: 27.12.2021.

32 Zob. W. Wróbel, *Opinia prawna odnosząca się do pytań dotyczących poselskiego projektu ustawy o zmianie Konstytucji RP*, Konstytucyjna Formuła Ochrony Życia, druk sejmowy nr 993, [https://orka.sejm.gov.pl/WydBAS.nsf/0/A39859274052914CC1257298003B120B/\\$file/ppc_3-2007.pdf](https://orka.sejm.gov.pl/WydBAS.nsf/0/A39859274052914CC1257298003B120B/$file/ppc_3-2007.pdf), s. 26, dostęp: 01.03.2022.

33 Wyrok TK z dnia 7 stycznia 2004 r., K 14/03, OTK ZU nr 1/A/2004, poz. 23.

konieczne dla ratowania równorzędnego dobra przynależnego jego matce. Stanowisko takie nie tylko znajduje podstawy prawne, ale również nie powinno budzić wątpliwości natury etycznej z co najmniej dwóch powodów; po pierwsze – jak już wspomniano - życie matki przedstawia taką samą wartość jak życie dziecka; po drugie życie matki warunkuje szanse na przeżycie nienarodzonego dziecka (szczególnie do ok. 22. tygodnia ciąży), więc zaniechanie działań ratujących matkę może spowodować bezpośrednie zagrożenie również dla życia dziecka i finalnie przyczynić się do śmierci nie jednej, lecz dwóch osób. Jednocześnie podkreślenia wymaga, że w sytuacji, w której podejmowana jest decyzja o koniecznej interwencji medycznej wobec kobiety ciężarnej, której życie jest zagrożone, mogąca w efekcie nastąpić śmierć dziecka będzie niezamierzonym negatywnym skutkiem działania podjętego w dobrej intencji.

Powyższe uwagi prowadzą do wniosku, że podstawowego znaczenia w kontekście zgodności działań lekarza z przepisami dopuszczającymi zakończenie ciąży w sytuacji zagrożenia życia kobiety nabiera ocena tych działań z perspektywy medycznej. Pytaniem, na które trzeba w pierwszej kolejności odpowiedzieć, jest bowiem to, czy w konkretnym przypadku należy podjąć wobec kobiety ciężarnej tego rodzaju interwencję medyczną, która w efekcie, lecz w sposób niezamierzony może spowodować również śmierć jej dziecka. Odpowiedź na to pytanie, a więc ocena stanu klinicznego pacjentki, ma charakter uprzedni względem rozważań, czy dane działania lekarza (zespołu medycznego) są właściwe w świetle art. 4a ust. 1 pkt 1 ustawy o planowaniu rodziny.

2.2. Przedwczesne pęknięcie błon płodowych w Rekomendacjach Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego

Zarówno w przypadku pacjentki w Pszczynie, jak i Savity Halappanavar doszło do samoistnego pęknięcia błon płodowych we wczesnym etapie ciąży (odpowiednio 22. i 17. tydzień ciąży). Kwestią o zasadniczym znaczeniu jest więc ustalenie czy tego rodzaju sytuacje zawsze wiążą się z koniecznością przerwania ciąży w celu ratowania życia matki. Odpowiedź na to pytanie jest negatywna.

Zgodnie z treścią Rekomendacji Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego (dalej „PTG”), „[p]rzedwczesne pęknięcie błon płodowych przed 37. tygodniem ciąży (PPROM, *Preterm premature rupture of membranes*) występuje w 3% ciąży i jest odpowiedzialne za 1/3 porodów przedwczesnych. Płód/norodek narażony jest na większe ryzyko zachorowalności i śmiertelności związanej z PPROM niż matka. Postępowanie w przypadku kobiet z PPROM opiera się na uwzględnieniu wielu czynników, w tym wieku ciążowego, dostępności oddziały intensywnej opieki noworodkowej, obecności infekcji u matki/płodu, rozpoczęcia czynności skurczowej macicy, przedwczesnego oddzielenia łożyska, położenia płodu, czynności serca płodu oraz dojrzałości płuc płodu i dojrzałości szyjki macicy [podkr. – OI]”³⁴. Z powyższego wynika, że nie istnieje jeden przewidziany sposób postępowania przy zaistnieniu PPROM, lecz rodzaj podejmowanych działań medycznych zależy od wielu okoliczności, które wymagają ustalenia w pierwszej kolejności. Zgodnie z cytowanym dokumentem opracowanym przez ekspertów PTG:

34 Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące indukcji porodu, „Ginekologia i Perinatologia Praktyczna”, tom 2, nr 2 (2017), s. 60.

- a) „[i]ndukcja porodu u ciężarnych z PPRM przed 34. tyg., **przy braku objawów infekcji wewnątrzwodniowej**, nie jest zalecana ze względu na wysokie ryzyko powikłań związanych z wcześniactwem. **Zaleca się postępowanie wyczekujące z zastosowaniem cyklu steroidoterapii oraz profilaktycznej antybiotykoterapii** [podkr. - OI];
- b) [i]ndukcja porodu u ciężarnych z PPRM pomiędzy 34. a 37. tyg., **przy braku objawów infekcji wewnątrzwodniowej**, nie jest zalecana, gdyż nie zmniejsza ryzyka powikłań sepsy noworodkowej i może się wiązać z większym ryzykiem powikłań oddechowych u noworodka. **Zaleca się postępowanie wyczekujące z zastosowaniem profilaktycznej antybiotykoterapii** [podkr. - OI];
- c) [w] przypadku PPRM z towarzyszącymi objawami infekcji wewnątrzwodniowej **zaleca się ukończenie ciąży w sposób adekwatny do sytuacji klinicznej niezależnie od wieku ciążowego** [podkr. - OI];
- d) [z]e względu na zmniejszenie ryzyka powikłań matczyńskich i noworodkowych zaleca się **indukcję porodu u ciężarnych z przedwczesnym pęknięciem błon płodowych powyżej 37. tyg. ciąży**³⁵.

W odniesieniu do ww. rekomendacji obowiązujących w dacie śmierci pacjentki w pszczyńskim szpitalu należy poczynić dodatkową istotną uwagę. Zgodnie z dokumentem opracowanym przez PTG, wytyczne a), b) i d) posiadają „Kategorię A”, co oznacza, że są oparte na wynikach kontrolowanych badań randomizowanych, stanowiących jedną z podstaw medycyny opartej na faktach (EBM – Evidence Based Medicine). Natomiast zalecenie ujęte pod lit. c) posiada „Kategorię D”, czyli oparte jest na opiniach zespołów ekspertów lub doświadczeniach klinicznych autorytetów medycznych³⁶. Na tej podstawie można stwierdzić, że **postępowanie wyczekujące z zastosowaniem cyklu steroidoterapii oraz profilaktycznej antybiotykoterapii** w przypadkach przedwczesnego pęknięcia błon płodowych bez objawów infekcji stanowi metodę postępowania popartą badaniami klinicznymi o najwyższym stopniu wiarygodności. Jak wykazały randomizowane badania „**zastosowanie profilaktycznej antybiotykoterapii przy przedwczesnym odpływie płynu owodniowego bez czynności skurczowej przed 37. tygodniem ciąży może wpłynąć na zmniejszenie ryzyka zakażenia wewnątrzwodniowego i wydłużyć czas trwania ciąży** [podkr. - OI]”³⁷, a tym samym zwiększyć szanse na przeżycie także dziecka, zgodnie z zasadą wyrażoną w art. 39 KEL.

W Rekomendacjach PTG wskazano, że zakończenie ciąży może być uzasadnione w przypadkach zakażenia wewnątrzwodniowego (lit. c powyżej), ponieważ stan dziecka może ulec pogorszeniu w wyniku postępowania wyczekującego, a jednocześnie nie istnieją inne dostępne metody terapeutyczne³⁸.

35 Tamże, s. 65.

36 Tamże, s. 66.

37 Tamże, s. 60.

38 Tamże, s. 60.

Zatem podstawowym krokiem, poprzedzającym decyzję o rodzaju podejmowanej interwencji medycznej, powinno być ustalenie czy w danym przypadku PPRM towarzyszą objawy infekcji wewnątrzowodniowej, których zaistnienie może uzasadniać decyzję o ukończeniu ciąży. Jak wskazuje się w literaturze, wystąpienie takiego zakażenia wiąże się z wieloma niekorzystnymi skutkami dotyczącymi stanu matki oraz dziecka. W przypadku kobiet ciężarnych do najpoważniejszych powikłań można zaliczyć wystąpienie wstrząsu septycznego³⁹.

Wystąpienie infekcji wewnątrzowodniowej może więc prowadzić do realnego zagrożenia życia pacjentki. Właściwe jej zdiagnozowanie może utrudniać jednak fakt, że „[k]liniczne objawy zakażenia pojawiają się w przypadku wystąpienia zaawansowanego procesu chorobowego”, a „kryteria kliniczne rozpoznania w dalszym ciągu nie pozwalają na jednoznaczne potwierdzenie wystąpienia schorzenia”⁴⁰. Stąd też, „[p]omimo postępu w zakresie diagnostyki biochemicznej zakażenia w ciąży, **nadal istnieje potrzeba opracowania nowych skutecznych testów mających na celu wykrycie infekcji u kobiet zagrożonych porodem przedwczesnym** [podkr. - OI], szczególnie w grupie kobiet bez przedwczesnego pęknięcia błon płodowych”⁴¹. Jak dotąd, najczęściej stosowaną metodą diagnozowania stanów zapalnych (w tym zakażenia wewnątrzowodniowego) pozostaje oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP - *C-reactive protein*). Kliniczna zasadność stosowania badania CRP w diagnostyce zakażenia wewnątrzowodniowego znajduje potwierdzenie w badaniach naukowych. Skuteczność tej metody diagnostycznej (tj. oznaczanie stężenia CRP w wydzielinie z pochwy) została potwierdzona również u kobiet z przedwczesnym pęknięciem błon płodowych⁴². Do nieinwazyjnych metod wykrywania zakażenia wewnątrzowodniowego należy także analiza wydzieliny z pochwy; „[s]pośród analizowanych 9 markerów podwyższone stężenie IL-6 korelowało w sposób najbardziej istotny statystycznie z kolonizacją bakteryjną potwierdzaną na drodze amniopunkcji”⁴³. Poza obserwacją objawów klinicznych istnieją więc nieinwazyjne metody diagnostyczne pozwalające określić występowanie zapalenia wewnątrzowodniowego⁴⁴. Natomiast do objawów klinicznych zalicza się:

- wzrost temperatury ciała (> 37,8°C),
- leukocytoza (> 15 G/l),
- tachykardia matczyzna (>100 uderzeń serca/min) i płodowa (> 160 uderzeń serca/min),
- tkliwość mięśnia macicy oraz
- nieprawidłowy, cuchnący płyn owodniowy (w przypadku przedwczesnego pęknięcia błon płodowych).

Stwierdzenie podwyższonej temperatury ciała i dwóch wyżej wymienionych objawów spełnia kryteria rozpoznania klinicznego zakażenia błon płodowych, jednakże opieranie się wyłącznie na obserwacji wymienionych objawów nie pozwala na jednoznaczne potwierdzenie wystąpienia schorzenia⁴⁵.

W świetle przytoczonych rekomendacji PTG oraz zarysowanych możliwości diagnozowania infekcji wewnątrzowodniowej towarzyszącej PPRM i mogącej stanowić poważne zagrożenie dla życia za-

39 K. Drews, W. Pierikowski *Zakażenie wewnątrzowodniowe – nadal więcej pytań niż odpowiedzi*, Ginekologia i Perinatologia Praktyczna 2016 tom 1, nr 4, s. 144.

40 Tamże.

41 Tamże.

42 Tamże, s. 145.

43 Tamże.

44 Do inwazyjnych metod należy amniopunkcja.

45 Tamże, s. 144.

równu matki, jak i dziecka, można skonstatować, że przyjęcie postawy wyczekującej wobec pacjentki ciężarnej, u której doszło do przedwczesnego pęknięcia błon płodowych przed 34. tygodniem ciąży, jest uzasadnione wtedy, gdy nie rozpoznano u niej objawów infekcji wewnątrzrodniowej. Nie zmienia to jednak faktu, że również w takich przypadkach - w świetle zaleceń PTG – przyjęcie postawy wyczekującej nie jest równoznaczne z beczynnością personelu medycznego, ale powinno łączyć się z działaniami w postaci zastosowania cyklu steroidoterapii oraz profilaktycznej antybiotykoterapii. Ponadto, wobec zgłaszanych w oparciu o wyniki badań zastrzeżeń wobec miarodajności objawów klinicznych w takich przypadkach⁴⁶ konieczne jest stosowanie dodatkowych, wspomnianych wyżej metod diagnostycznych, które pozwalają na dokładniejsze określenie stanu zdrowia pacjentki, a tym samym podjęcie stosownych kroków terapeutycznych.

2.3. Najnowsze zalecenia MZ i Krajowego Konsultanta ds. Położnictwa i Ginekologii dotyczące postępowania w przypadku przedwczesnego odptywania płynu owodniowego

Niedługo po śmierci pacjentki w pszczyńskim szpitalu, Ministerstwo Zdrowia w porozumieniu z Krajowym Konsultantem ds. Położnictwa i Ginekologii opublikowało szczegółowe zalecenia odnoszące się do postępowania w przypadku przedwczesnego odptywania płynu owodniowego. W komunikacie tym czytamy, że „[p]redwczesne odptywanie płynu owodniowego, przed rozpoczęciem I okresu porodu, wymaga każdorazowo podjęcia następujących działań:

- potwierdzenia faktu odptywania płynu owodniowego poprzez badanie przez pochwę, ocenę AFI w badaniu ultrasonograficznym, potwierdzenia odptywania płynu owodniowego w testach biochemicznych;
- odnotowania czasu i okoliczności odptywania płynu owodniowego, stanu ogólnego pacjentki (tętno, temperatura, ciśnienie tętnicze krwi), czynność serca płodu, jego położenie (po 22 6/7 tygodniu ciąży) i wielkość;
- pobrania krwi matki celem oznaczenia morfologii krwi obwodowej z rozmazem krwinek białych, CRP, ewentualnie innych wykładników zakażenia (np. prokalcytonina), oznaczenie układu krzepnięcia z fibrynogenem. Badania powinny być powtarzane zależnie od aktualnej sytuacji klinicznej;
- pobrania pełnego wymazu bakteriologicznego z antybiogramem. W przypadku kontynuacji ciąży badanie powinno być powtarzane w zależności od aktualnej sytuacji klinicznej;
- zastosowania profilaktycznej, empirycznej antybiotykoterapii lekiem o możliwie szerokim spektrum działania (między innymi na *Escherichia coli*, *Enterococcus faecalis*, *Klebsiella*, *Streptococcus*) w dawce jak w zakażeniu. Po uzyskaniu wyniku badania bakteriologicznego stosowana antybiotykoterapia powinna zostać zweryfikowana.

46 Tamże wraz z przywołanymi tam badaniami.

W ciąży powyżej 22 tygodnia i przed ukończeniem 36 tygodnia należy dążyć do podania pełnej dawki sterydów w celu zwiększenia szans dziecka na przeżycie, pod warunkiem braku wskazań do wcześniejszego, szybkiego, zakończenia ciąży (...)⁴⁷.

Opublikowane przez Ministerstwo Zdrowia zalecenia dotyczące postępowania w przypadkach przedwczesnego pęknięcia błon płodowych wyraźnie akceptują znaczenie zastosowania **kompletnej i właściwej diagnostyki mającej na celu w szczególności ustalenie czy PPROM towarzyszy groźna dla życia matki i dziecka infekcja. Wytyczne uwzględniają ponadto potrzebę monitorowania stanu zdrowia pacjentki i dziecka oraz skuteczności podjętych metod terapeutycznych.** Ponadto, w każdym przypadku przedwczesnego odpływania płynu owodniowego zalecane jest działanie profilaktyczne w postaci antybiotykoterapii lekiem o możliwie szerokim spektrum działania i – jak należy racjonalnie przyjąć – bezpiecznym zarówno dla matki, jak i dziecka. Wskazanie to wydaje się szczególnie ważne w kontekście wspomnianych możliwych problemów ze zdiagnozowaniem zapalenia wewnątrzodniowego oraz mogącego niekorzystnie wpływać na stan matki i dziecka upływu czasu.

Istotne wątpliwości budzi jednak następujący fragment omawianych zaleceń Ministerstwa Zdrowia i Krajowego Konsultanta ds. Położnictwa i Ginekologii: „[w] przypadku odpływania płynu owodniowego przed ukończeniem 22 6/7 tygodnia ciąży niezbędne jest poinformowanie kobiety o ograniczonych szansach dziecka na przeżycie i jego prawidłowy rozwój. **Postępowanie powinno zależeć od aktualnej sytuacji klinicznej, zaawansowania ciąży, decyzji pacjentki(...).** Od 23 0/7 tygodnia ciąży w przypadku braku zagrożenia dla życia i zdrowia matki ciąża powinna być kontynuowana [podkr. - Ol]. Pacjentka powinna być hospitalizowana zgodnie z zasadami trójstopniowej opieki perinatalnej”. Nie ulega wątpliwości, że doprecyzowania wymaga cytowany fragment zaleceń w zakresie, w którym odnosi się do postępowania w przypadku odpływania płynu owodniowego przed ukończeniem 22 6/7 tygodnia ciąży i sugeruje, że decyzja lekarza w takich przypadkach może zależeć od zaawansowania ciąży i decyzji pacjentki. Jakkolwiek bowiem **oparcie decyzji lekarza o ocenę stanu klinicznego matki i dziecka jest zasadne i zrozumiałe, o tyle sugerowanie, że kształt tej decyzji (tj. o kontynuacji ciąży albo o jej przerwaniu) zależy od stopnia zaawansowania ciąży oraz decyzji pacjentki, w pewnych okolicznościach można uznać za niezgodne z aktualnym stanem prawnym w Polsce.** Do wniosku takiego prowadzi w szczególności dalsza część stanowiska MZ, mianowicie stwierdzenie, że „[o]d 23 0/7 tygodnia ciąży w przypadku braku zagrożenia dla życia i zdrowia matki ciąża powinna być kontynuowana”. Powinno być jasnym, że powyższa zasada zgodnie z prawem w sposób jednakowy obowiązuje także w odniesieniu do ciąż poniżej 23. tygodnia. **Inaczej rzecz ujmując - na gruncie obowiązujących przepisów nie jest dopuszczalne różnicowanie postępowania w zakresie zakończenia ciąży w zależności od czasu jej trwania i decyzji pacjentki; w każdym bowiem przypadku, gdy kontynuacja ciąży, pomimo leczenia, zagraża życiu kobiety, ciąża może być przerwana, natomiast jeżeli takie zagrożenie nie jest stwierdzone przez lekarza - bez względu na wiek ciąży i stanowisko pacjentki- ciąża powinna być kontynuowana, a matka i dziecko leczone.** Trzeba przypomnieć, że w Polsce aborcja na życzenie jest prawnie zakazana, a przerwanie ciąży jest dopuszczalne w dwóch przypadkach – gdy stanowi ona zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety oraz gdy zachodzi uzasadnione podejrzenie, że powstała w wyniku czynu zabronionego. **Możliwe interpretowanie omawianych zaleceń w taki sposób, że dopuszczalne jest przerwanie ciąży w sytuacji braku zagrożenia życia lub zdrowia matki, a w oparciu o stwierdzony wiek ciąży**

47 Ministerstwo Zdrowia, *Życie i zdrowie matki najważniejsze*, tekst dostępny pod adresem: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zycie-i-zdrowie-matki-najwazniejsze>, dostęp: 13.01.2022.

poniżej 23. tygodnia i taką decyzję kobiety, stanowi naruszenie przepisów ustawy o planowaniu rodziny. Inną możliwą sytuacją jest oczywiście brak zgody kobiety na przerwanie ciąży pomimo ryzyka dla jej zdrowia lub życia, jednak ze względu na poboczny charakter, a jednocześnie stopień skomplikowania tej tematyki, nie będzie ona dalej przedmiotem niniejszego raportu. Zgodnie z ustawą o planowaniu rodziny w przypadkach braku zagrożenia życia lub zdrowia matka dziecka nie jest uprawniona do decydowania o pozbawieniu go życia (działanie takie będzie nosiło znamiona prawnie niedozwolonej aborcji).

Jeżeli jednak lekarz stwierdzi, że danej sytuacji ma miejsce zagrożenie życia lub zdrowia matki, może podjąć decyzję o ratowaniu chronionych prawem dóbr kobiety nawet jeżeli skutkować mogą zagrożeniem dla analogicznych dóbr przysługujących dziecku (życie lub zdrowie). Obowiązek oceny sytuacji klinicznej spoczywa oczywiście na lekarzu a nie pacjentce, który zobowiązany jest wykonywać swój zawód „zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością”⁴⁸. Nie jest dopuszczalne „przenoszenie” kompetencji do podejmowania tego rodzaju decyzji na pacjentki, co może sugerować omawiany fragment zaleceń MZ i Krajowego Konsultanta ds. Położnictwa i Ginekologii. Niezależnie od powyższego, oczywistym jest, że pacjentki mają prawo do uzyskania informacji na temat stanu zdrowia własnego i ich dzieci (w tym szans na przeżycie), lecz powinny być dodatkowo informowane m.in. o kwestiach wymienionych w rozporządzeniu w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej⁴⁹, w tym w określonych przypadkach o możliwości skorzystania z opieki paliatywnej i hospicyjnej (pkt XV.3.9 załącznika do rozporządzenia), jak również o możliwości pochówku dziecka (pkt XV.3.10 załącznika do rozporządzenia).

2.4. Problematyka postępowania z noworodkiem urodzonym na granicy możliwości przeżycia

W dyskusji na temat sposobów postępowania w ciążach powikłanych zagrożonych porodem przedwczesnym umyka niezwykle istotny temat, mianowicie problematyka standardu opieki nad dzieckiem, którego życie w ciąży powikłanej również jest zagrożone oraz nad noworodkiem. Jeżeli bowiem kwestia opieki okołoporodowej z perspektywy matki stale pojawia się w przestrzeni publicznej, przez co daje szanse na merytoryczną dyskusję i podnoszenie jej poziomu, o tyle kwestie związane z opieką nad dzieckiem przed urodzeniem, jak również przedwcześnie przychodzącym na świat noworodkiem pozostają przemilczane. Trzeba zatem zwrócić uwagę, że w przypadku wystąpienia ryzyka porodu przedwczesnego należytej opieki potrzebuje nie tylko matka, ale na równi jej dziecko, którego szanse na życie lub prawidłowy rozwój mogą być znacznie zmniejszone ze względu na występujące w ciąży komplikacje.

Aktualnie obowiązujące standardy w zakresie opieki nad matkami i noworodkami znajdują się w będących na etapie aktualizacji „Rekomendacjach PTG dotyczących postępowania z matką oraz noworodkiem urodzonym na granicy możliwości przeżycia z uwzględnieniem aspektów etycz-

48 Art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2021 r. poz. 790 ze zm.)

49 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. (Dz.U. z 2018 r. poz. 1756).

nich”⁵⁰. W oczekiwaniu do nowy kształt rekomendacji wspomnieć należy, że w sytuacjach urodzeń na granicy możliwości przeżycia dziecka w dokumencie PTG wymienia się m.in. potrzebę zapewnienia noworodkowi w odpowiednim momencie opieki perinatalnej, np. podaży kortykosteroidów (od 24. t.c.), właściwej opieki paliatywnej (poniżej 23. t.c.), w tym zapewnienie rodzicom możliwości przebywania z dzieckiem od narodzin, ale także po śmierci, ewentualnej resuscytacji na życzenie rodziców lub w przypadku występowania określonych w rekomendacjach czynników poprawiających rokowanie (23. t.c.)⁵¹, etc. W omawianym dokumencie znajduje się także m.in. wskazanie, zgodnie z którym „[d]oświadczony zespół neonatologiczny powinien być obecny przy urodzeniu dziecka w wieku ciążowym od 22 tygodnia, aby zdecydować, czy stan noworodka uzasadnia podejmowanie działań resuscytacyjnych [podkr. - OI] (...)”. W przypadkach wątpliwych należy podjąć działania resuscytacyjne i przewieźć noworodka do oddziału intensywnej terapii (zasada reanimacji «wyczekującej») do czasu, kiedy ocena stanu klinicznego noworodka i dalsze rozmowy z rodzicami pomogą wyjaśnić czy procedury medyczne powinny być kontynuowane w pełnym zakresie czy ograniczone”⁵². O tym, jak ważne jest zapewnienie właściwej opieki medycznej bardzo skrajnym wcześniakom świadczy chociażby przypadek uratowanej dziewczynki urodzonej w 2019 r. w Polsce w zaledwie 22. t.c.⁵³. Natomiast w tych przypadkach, w których przeżycie tak wcześnie urodzonego dziecka nie jest możliwe, zgodnie z polskimi standardami konieczne jest zapewnienie mu stosownej opieki paliatywnej.

Mając świadomość potrzeby głębszego pochylenia się nad standardem opieki nad matkami i dziećmi urodzonymi na granicy przeżywalności można zauważyć, że sytuacja, która miała miejsce w Pszczynie pod koniec 2021 r. powinna stać się impulsem do koniecznych zmian dotyczących postępowania położniczego i neonatologicznego zgodnie z aktualną wiedzą i praktyką medycyny opartej na dowodach (EBM). Właściwe rekomendacje powinny zawierać postulat szkolenia lekarzy w celu zwiększenia świadomości w zakresie obowiązującego prawa oraz kłaść nacisk na wykonywanie praktyki zgodnie z postanowieniami Kodeksu Etyki Lekarskiej. Z pewnością w każdym przypadku wysoki poziom opieki nad matką w ciąży powikłanej wymaga wiedzy interdyscyplinarnej oraz usprawnionej komunikacji w ramach zespołu medycznego, na co zwrócono uwagę także w raporcie irlandzkiego HSE. Podwyższenie standardu opieki neonatologicznej w odniesieniu do skrajnie wcześnie urodzonych noworodków wymagałoby dodatkowo sprawnej komunikacji personelu medycznego z rodzicami dziecka oraz rzetelności informacji przekazywanych rodzicom. Należy podkreślić, że noworodki urodzone na granicy możliwości przeżycia również wymagają należytej opieki medycznej – w szczególności należy zapewnić im wszelkie możliwe sposoby ratowania życia, a jeżeli nie jest to możliwe – bezbolesnej i godnej śmierci.

Trzeba zwrócić uwagę, że na tle wydarzeń mających miejsce w szpitalu w Pszczynie oraz w Częstochowie (o czym mowa w pkt V.3. raportu) szczególnie aktualna staje się problematyka właściwego **standardu opieki nad dzieckiem w ciąży powikłanej przed jego urodzeniem**. Podejmowane obecnie przez personel medyczny czynności ratowania życia matki które jednak ostatecznie skutkują śmiercią dziecka albo śmiercią matki i dziecka być może są niedostateczne lub niewłaściwe i wymagają pilnej i gruntownej rewizji oraz opracowania klarownych wytycznych również w tym zakresie.

50 Dokument dostępny pod adresem: <https://tiny.pl/94pfl>, dostęp: 18.01.2022.

51 Tamże, s. 262.

52 Tamże, s. 264.

53 Dzień dobry TVN, *Lilianka jest najmłodszym uratowanym wcześniakiem w Polsce. Czy jest skrajne wcześniactwo?*, <https://dziendobry.tvn.pl/parenting/ciaza/lilianka-jest-najmłodszym-uratowanym-wczesniakiem-w-polsce-czym-jest-skrajne-wczesniactwo-da309967-5328488>, dostęp: 18.01.2022.

Rozdział III.

Śmierć ciężarnych pacjentek jako okoliczność wykorzystywana w celu propagowania aborcji

3.1. Instrumentalne wykorzystywanie śmierci pacjentki w Pszczynie do propagowania postulatów proaborcyjnych

Reakcja środowisk proaborcyjnych po śmierci pacjentki w Pszczynie daje podstawy do tezy, że tragedia ta została instrumentalnie wykorzystana do forsowania w Polsce zmian w prawie, z którego – na mocy wyroku TK z 22 października 2020 r. – usunięta została przesłanka dopuszczająca wykonywanie aborcji eugenicznej. W doniesieniach medialnych podkreślano rzekomy związek pomiędzy śmiercią kobiety a orzeczeniem Trybunału Konstytucyjnego oraz sugerowano, że pacjentka żyłaby, gdyby nie delegalizacja przesłanki pozwalającej na odbieranie życia dzieciom chorym lub niepełnosprawnym⁵⁴. Podkreślano przy tym często, że u dziecka pacjentki podejrzewano wady rozwojowe, co jednak ostatecznie zdementowała matka kobiety⁵⁵. Niejednokrotnie wskazywano też na mający wystąpić po wyroku TK efekt „mrożący”, czyli powodujący u lekarzy obawy przed podjęciem działań ratujących życie pacjentki z narażeniem życia jej dziecka. Jak wykazano, postawy takie nie mają żadnego uzasadnienia na gruncie obowiązującego prawa. Podkreślenia wymaga, że wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 22 października 2020 r. dotyczy wyłącznie tych przypadków, w których ciąża przerywana była ze względu na stan zdrowia dziecka. Sytuacja zdrowotna matki w takich przypadkach nie miała żadnego znaczenia. Stąd też przesłanka ta dotyczyła aborcji, ponieważ działania lekarzy ukierunkowane były wprost na odebranie życia dziecku ze względu na jego stan zdrowia. Z całkowicie odmienną sytuacją mamy do czynienia, jeżeli interwencja medyczna jest podejmowana w celu uchylenia zagrożenia życia matki, a śmierć jej dziecka następuje w sposób niezamierzony. Takiego działania nie można nazwać aborcją – nie jest ono wymierzone przeciwko życiu dziecka. W świetle powyższego trzeba zaakcentować, że

54 M. Stańczyk, B. Figaj, P. Auguff, „Ani jednej więcej”. Protest w Warszawie po śmierci 30-letniej kobiety z Pszczyny, <https://forsal.pl/gospodarka/polityka/artykuly/8286504,ani-jednej-wiecej-protest-smierc-30-letniej-kobiety-pszczyna.html>, dostęp: 01.03.2022.

55 R. Rabiega, „Dziecko było zdrowe”. Matka Izabeli z Pszczyny ujawnia pomijaną informację, <https://polskatimes.pl/dziecko-bylo-zdrowe-matka-izabeli-z-pszczyny-ujawnia-pomijana-informacje/ar/c1-15947585>, dostęp: 27.01.2022.

polskie prawo niezmiennie nie tylko dopuszcza, ale zobowiązuje lekarzy do podejmowania działań ratujących życie. W takich przypadkach, gdy jest ono zagrożone, stan zdrowia dziecka nie powinien mieć wpływu na działania lekarza. Niemniej, zgodnie z zasadami etyki zawodowej – powinien on w miarę możliwości podejmować działania, które nie będą naruszały podstawowego dobra dziecka, jakim jest jego życie. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego w żadnej mierze nie wpłynął na opisane wyżej zasady – przesłanka ratowania życia kobiety z ustawy o planowaniu rodziny oraz inne przepisy wyrażające obowiązek ratowania pacjenta, w tym przepisy ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty⁵⁶ oraz przepisy Kodeksu Etyki Lekarskiej, pozostają bez zmian.

Jak wskazuje prof. Bogdan Chazan - specjalista ginekolog-położnik, podnoszony w przestrzeni publicznej efekt „mrożenia” działań lekarzy, mający rzekomo powodować „że lekarze boją się ratować życie lub zdrowie matki w obawie przed zaszkodzeniem dziecku”, to „nieprawdziwa, nielogiczna konstrukcja myślowa, stworzona w celu propagandy proaborcyjnej. Jej autorom chodzi o to, **aby na kanwie tego przypadku zmienić podejście społeczeństwa do aborcji, by było ono bardziej skłonne do opowiadania się za poszerzeniem jej dopuszczalności. Czynnikiem mobilizującym tę proaborcyjną agendę jest fakt, że podobny przypadek 10 lat temu w Irlandii doprowadził do zmiany poglądów społecznych na aborcję w kierunku przyzwolenia na nią [podkr. – OI]**”⁵⁷. Wobec prób łączenia wydarzeń w Pszczynie z wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego uznającego niezgodność aborcji eugenicznej z Konstytucją RP nie sposób nie dostrzec opisanych wyżej tendencji. Racjonalnie można przypuszczać, że sytuacja w Pszczynie została instrumentalnie wykorzystana jako krok w kierunku rozszerzenia katalogu przesłanek w zakresie dopuszczalności przerywania ciąży, jak miało to miejsce w Irlandii w 2018 r. Historia zmarłej w 2012 r. Savity Halappanavar stała się niemalże symbolem postulatów uchylecia przepisów gwarantujących ochronę życia dzieci przed narodzeniem⁵⁸. Tymczasem z ustaleń irlandzkiego HSE wynika, że w opiece nad pacjentką doszło do licznych nieprawidłowości diagnostycznych i terapeutycznych, które doprowadziły do niewykrycia u niej stanu zagrażającego życiu i w konsekwencji niepodjęcia odpowiednich działań medycznych. W dokumencie opracowanym przez HSE wskazano wprawdzie również na problem niejasnego stanu prawnego, jednak lektura ustaleń raportu pozwala przyjąć, że problem tkwił nie w kształcie prawa jako takim, lecz jest niewłaściwej interpretacji przez personel medyczny. Stąd tak ważne jest – co odnosi się również do polskich realiów – rzetelne i systematyczne zwiększanie świadomości prawnej w środowisku lekarskim oraz prostowanie nieprawdziwych informacji powielanych przez środowiska promujące aborcję.

Niedostatecznie wysoki stan wiedzy prawnej wśród lekarzy może nieść ze sobą realne zagrożenie dla dobra pacjentów – jest to wniosek, który można wysnuć z doniesień medialnych, w których jako przyczynę braku odpowiednich działań personelu medycznego w obliczu zagrożenia życia pacjentki podaje się wątpliwości lekarzy co do legalności działań ratowniczych. Kształt prawa aborcyjnego pozostaje w tych wszystkich przypadkach sprawą całkowicie odrębną, bowiem obejmuje przypadki celowego pozbawiania życia dziecka i nie odnosi się do kwestii zagrożenia życia matki. Nielogiczne i stanowiące jaskrawe nadużycie jest zatem posługiwanie się tezą o potrzebie legalizacji aborcji w kontekście spraw, które dotyczą zagrożenia życia matek. **Brak związku pomiędzy ciążącym na medykach prawnym obowiązkiem podejmowania działań ratujących życie i przepisami określającymi przesłanki dopuszczalności aborcji jest oczywisty.**

56 Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i dentysty (tj. Dz.U. z 2021 r. poz. 790 ze zm.).

57 B. Łoziński, *Wykorzystywanie tragedii*, rozmowa z prof. B. Chazanem, GN 46/2021, <https://www.gosc.pl/doc/7225118.Wykorzystywanie-tragedii>, dostęp: 25.01.2022.

58 *Savita Halappanavar's parents hail Irish abortion vote*, <https://www.bbc.com/news/world-europe-44274313>, dostęp: 01.03.2022.

3.2. Wyniki kontroli NFZ i Rzecznika Praw Pacjenta w Szpitalu Powiatowym w Pszczynie

Bezpodstawność propagowanej przez środowiska aborcyjne zależności pomiędzy tragiczną śmiercią pacjentki w Pszczynie a kształtem polskiego prawa po wyroku Trybunału Konstytucyjnego w sprawie K 1/20 ukazują wyniki kontroli przeprowadzonej w szpitalu przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). Działania kontrolne NFZ wykazały rażące nieprawidłowości m.in. w organizacji, sposobie realizacji i jakości świadczeń udzielonych pacjentce; podczas przeprowadzonej kontroli stwierdzono m.in. „brak stałego monitorowania stanu pacjentki oraz zlecenia koniecznych dodatkowych badań kontrolnych”⁵⁹. Ponadto, postępowanie wyjaśniające w tej sprawie prowadził również Rzecznik Praw Pacjenta, w wyniku którego stwierdził naruszenie przez szpital w Pszczynie szeregu praw pacjenta m.in. poprzez udzielenie pacjentce świadczeń zdrowotnych nieodpowiadających wymogom aktualnej wiedzy medycznej i zasadom należytej staranności⁶⁰. Z przytoczonymi ustaleniami organów kontrolnych koresponduje treść analizowanego wcześniej komunikatu Ministerstwa Zdrowia. Jakkolwiek zakwestionować trzeba ten jego fragment, który sugeruje możliwość różnicowania przez lekarza działań wobec ciężarnych w zależności od wieku ciąży (problem omówiony szerzej w pkt IV.3. raportu), o tyle zasadnym jest zwrócenie przez Ministerstwo Zdrowia uwagi na kształt obowiązujących przepisów, na podstawie których możliwe jest przerwanie ciąży, jeżeli jej kontynuacja zagraża życiu matki. Wspomniane działania kontrolne podjęte po śmierci pacjentki w pszczyńskim szpitalu dostarczają dodatkowych argumentów dla tezy, że ta tragiczna w skutkach sprawa w żadnej mierze nie powinna być kojarzona z uznaniem przez TK przesłanki eugenicznej z ustawy o planowaniu rodziny za niezgodną z polską Konstytucją. Warto zaznaczyć także, że wobec trwających czynności prokuratury na tym etapie nie jest jeszcze możliwe jednoznaczne stwierdzenie jakie czynniki bezpośrednio doprowadziły do zgonu pacjentki.

3.3. Śmierć pacjentki hospitalizowanej w Wojewódzkim Szpitalu w Częstochowie

26 stycznia 2022 r. prokuratura wszczęła kolejne śledztwo w sprawie tragicznie zmarłej pacjentki, która była hospitalizowana m.in. w Wojewódzkim Szpitalu w Częstochowie z powodu powikłań w ciąży bliźniaczej⁶¹. Dyrekcja szpitala w wydanym oświadczeniu zapewniła o wykonaniu przez personel szeregu czynności mających na celu poprawienie stanu zdrowia pacjentki⁶². Pomimo stosunkowo długiego pobytu w szpitalu pacjentka jednak zmarła, a informacja o jej śmierci została niezwłocznie podchwyciona przez organizację otwarcie sprzeciwiającą się prawnej ochronie życia chorych lub niepełnosprawnych dzieci przed ich urodzeniem⁶³. W swoich komunikatach organizacja określana

59 D. Starzyńska-Rosiecka, M. Gronek, O. Zakolska *Jest wynik kontroli w Szpitalu Powiatowym w Pszczynie. Potwierdzono liczne nieprawidłowości.*, <https://www.pap.pl/aktualnosci/news%2C1015649%2Cjest-wynik-kontroli-w-szpitalu-powiatowym-w-pszczynie-potwierdzono-liczne>, dostęp: 26.01.2022.

60 *Sq wyniki kontroli szpitala w Pszczynie. Naruszenie praw pacjenta, kara od NFZ*, <https://serwisy.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/8304160,szpital-w-pszczynie-kontrola-rpp-izabela.html>, dostęp: 26.01.2022.

61 *Jest śledztwo w sprawie śmierci ciężarnej pacjentki z Częstochowy*, <https://www.rp.pl/prawo-karne/art19326501-jest-sledztwo-w-sprawie-smierci-ciezarnej-pacjentki-z-czestochowy>, dostęp: 27.01.2022.

62 Oświadczenie dyrekcji Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Częstochowie, tekst dostępny pod adresem: <https://www.szpitalparkitka.com.pl/media/static/aktualnosc/2022/O%2C5%9Bwiadczanie%20Dyrekcji%20Szpitala.pdf>, dostęp: 27.01.2022.

63 Zob. materiał dostępny pod adresem: <https://www.facebook.com/ogolnopoliskistrajkkobiet/posts/7709040535788544>, dostęp: 27.01.2022.

jako „Strajk Kobiet” powiela nieprawdziwe twierdzenia, zgodnie z którymi winnym śmierci kobiety jest stan prawny po wyroku TK z 22 października 2020 r., w którym zakazana jest aborcja ze względu na podejrzenie choroby lub niepełnosprawności dziecka. Jest kwestią oczywistą, że – podobnie jak w przypadku pacjentki hospitalizowanej w szpitalu w Pszczynie – sprawa w ogóle nie dotyczy problematyki aborcji eugenicznej (działań lekarzy nastawionych na zadanie śmierci dziecku zgodnie z wolą jego matki – dawny art. 4a ust. 1 pkt 2 ustawy o planowaniu rodziny), lecz odnosi się do obowiązującej przesłanki zakończenia ciąży ze względu na zagrożenie życia matki (art. 4a ust. 1 pkt 1 ustawy o planowaniu rodziny), której wyrok TK w najmniejszym zakresie nie obejmuje. Należy raz jeszcze podkreślić, że w obecnym stanie prawnym ratowanie zagrożonego życia matki należy do obowiązków lekarzy. Przypomnieć wypada ponadto, że niezależnie od regulacji przewidzianej w ustawie o planowaniu rodziny, działania polegające na podejmowaniu koniecznej dla ratowania życia matki, a mogącej skutkować śmiercią dziecka interwencji medycznej byłyby dopuszczalne na gruncie art. 26§ 2 k.k., czyli ramach stanu wyższej konieczności.

Ponownie zatem można postawić tezę, że celem działań organizacji aborcyjnych, bezwzględnie wykorzystujących takie sytuacje dla proponowania własnych postulatów, jest wykreowanie w społeczeństwie nieistniejącego związku pomiędzy każdą śmiercią ciężarnej pacjentki a wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego w sprawie niezgodności z Konstytucją RP aborcji eugenicznej. Na marginesie trzeba zauważyć, że z dostępnych informacji nie wynika, aby w stosunku do któregośkolwiek z dzieci zmarłej pacjentki z Częstochowy podejrzewano wadę lub nieuleczalną chorobę, w związku z czym nie można zakładać, że nawet w przypadku obowiązywania w Polsce przesłanki aborcji eugenicznej, w tym przypadku mogłaby ona mieć zastosowanie. Brak związku pomiędzy wydarzeniami w Częstochowie a postulatami organizacji promujących aborcję jest oczywisty.

Podsumowanie i rekomendacje

Wydarzenia z Irlandii, Pszczyny, a także Częstochowy z całą pewnością ukazały słabe strony systemu opieki zdrowotnej w zakresie diagnostyki poważnych powikłań ciąży, mogących prowadzić do śmierci matki i jej dziecka. Jak pokazuje obszerny raport irlandzkiego HSE, jedną z głównych przyczyn tragicznej śmierci 31-letniej ciężarnej pacjentki były niewłaściwe działania personelu medycznego, które skutkowały nierozpoznanie w odpowiednim czasie stanu zagrożenia jej życia. Do podobnych wniosków, tj. dotyczących niewłaściwego standardu opieki medycznej nad pacjentką, doszedł Narodowy Fundusz Zdrowia i Rzecznik Praw Pacjenta, badający okoliczności śmierci kobiety w Pszczynie. Dodatkowo sprawa nadal stanowi przedmiot śledztwa prokuratorskiego, które nie zostało jeszcze zakończone.

Niezależnie jednak od ustaleń prokuratury już na tym etapie wystarczająco uzasadniona jest teza, że nie istnieje związek pomiędzy wydarzeniami w Pszczynie lub Częstochowie, a wydanym przez Trybunał Konstytucyjny 22 października 2020 r. wyrokiem w sprawie aborcji eugenicznej. Orzeczenie to obejmowało wyłącznie przypadki, w których życie matki nie jest zagrożone, a ciąża przerywana była ze względu na niespełniający oczekiwań stan zdrowia dziecka (podejrzenie choroby lub niepełnosprawności). Dzieci pacjentek w Pszczynie i Częstochowie najprawdopodobniej były zdrowe, zatem uchylona przesłanka dopuszczająca aborcję eugeniczną nie znalazłaby w tych przypadkach zastosowania. W takiej sytuacji za niezrozumiałe należy uznać obawy lekarzy, że podjęcie działań ratujących zagrożone życie kobiet ciężarnych może automatycznie stanowić podstawę do pociągnięcia do odpowiedzialności karnej. Polskie prawo nie tylko dopuszcza taką możliwość, ale nakłada na lekarzy obowiązek podejmowania czynności w celu uchylenia niebezpieczeństwa grożącego życiu kobiety ciężarnej. Jednocześnie pamiętać należy, że pozbawienie życia dziecka nienarodzonego powinno stanowić środek *ultima ratio*, gdyż w świetle KEL na lekarzu ciąży również obowiązek starania o zachowanie zdrowia i życia dziecka również przed jego urodzeniem.

W tym kontekście ujawnia się problem błędnej interpretacji i związanego z nim niewłaściwego stosowania obowiązującego w Polsce prawa. W raporcie wykazano, że aktualnie pozostające w mocy przepisy ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży nie delegalizują działań podejmowanych w celu ratowania życia kobiety ciężarnej, nawet jeżeli ich dodatkowym, lecz niezamierzonym skutkiem będzie śmierć dziecka. „Zasłanianie się” przez personel szpitala argumentacją, że wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 22 października 2020 r. ograniczył

możliwości sprawowania opieki nad kobietami w ciąży powikłanej, wynikać musi z niedostatecznej znajomości prawa, co w praktyce prowadzi do tragicznych skutków. Wyraźnie zatem zarysowuje się potrzeba w szczególności:

- wzmocnienia edukacji prawnej wśród lekarzy, a także innych przedstawicieli zawodów medycznych, praktykujących na oddziałach ginekologiczno-położniczych;
- zapewnienia, aby edukacja w tym zakresie obejmowała całokształt przepisów mających zastosowanie do podobnych do omawianych sytuacji; dotyczy to zarówno przepisów powszechnie obowiązujących, jak i powinności wynikających z kodeksów etyki zawodowej;
- zadbania o właściwe przedstawianie istoty orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego w kwestiach związanych z prawną ochroną życia, aby jego zniekształcony obraz nie stanowił podstawy dla działań środowiska medycznego niosących ze sobą zagrożenie dla podstawowych dóbr pacjentek i ich dzieci;
- egzekwowania aktualnych rekomendacji Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników (dawniej Polskie Towarzystwo Ginekologiczne), które zawierają nie tylko wytyczne dotyczące oczekiwanego poziomu opieki nad matką w ciąży powikłanej, ale również wskazania co do sposobu postępowania z przedwcześnie przychodzącym na świat dzieckiem (z uwzględnieniem aspektów etycznych).

Niezależnie od powyższego, korzystając z rekomendacji sformułowanych przez irlandzką służbę HSE, można zwrócić uwagę na postulaty odnoszące się w szczególności do kwestii kompleksowej edukacji i skrupulatnego egzekwowania przestrzegania procedur w zakresie wczesnego rozpoznawania, monitorowania i leczenia infekcji, sepsy, ciężkiej sepsy i wstrząsu septycznego u kobiet w ciąży zgodnie z aktualnymi wytycznymi klinicznymi. W przypadku braku odpowiednich procedur, za niezbędne należy uznać ich opracowanie i wdrożenie.

Poza argumentami natury prawnej i medycznej warto zauważyć, że zrozumiałe jest, iż każdy przypadek zgonu dziecka w czasie ciąży lub porodu porusza emocje, budzi obawy o poziom opieki medycznej. Jeżeli umiera również matka, emocje są znacznie większe, a w przypadku podania wydarzenia do wiadomości publicznej dochodzi do uzasadnionych emocji społecznych na większą skalę. Wykorzystywanie tych reakcji, zniekształcanie faktów dla realizacji własnych celów jest w najwyższym stopniu naganne. Pozostaje mieć nadzieję, że polskie społeczeństwo w odróżnieniu od irlandzkiego okaże się bardziej dojrzałe, odporne na tego rodzaju socjotechniczne manipulacje, mające prowadzić do realizacji postulatów wąskiego grona zwolenników swobodnego dostępu do aborcji.

Biogramy autorów



Katarzyna Gęsiak



0000-0001-7210-0180

Radca prawny, wpisany na listę radców prawnych w Okręgowej Izbie Radców Prawnych w Warszawie. Ukończyła studia prawnicze na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu Jagiellońskiego. Doświadczenie zdobywała pracując w warszawskich kancelariach prawnych. Jej aktualne zainteresowania naukowe koncentrują się na zagadnieniach związanych z prawem medycznym i prawami człowieka.

Nasze wybrane publikacje

Równouprawnienie czy uniformizacja?

Polityka na rzecz równości kobiet
i mężczyzn Unii Europejskiej



W kierunku efektywnego sądownictwa w Polsce.

Propozycje i kierunki zmian



Instytut na rzecz Kultury Prawnej Ordo Iuris

powstał, by bronić osoby i środowiska zagrożone społeczną marginalizacją bądź wykluczone ze względu na przywiązanie do naturalnego ładu społecznego i tradycyjnych wartości, poświadczonych w Konstytucji RP. Działamy na rzecz prawnej ochrony człowieka na każdym etapie życia, tożsamości małżeństwa jako związku kobiety i mężczyzny, autonomii rodziny, wolności religijnej oraz prawa do prowadzenia działalności gospodarczej w zgodzie z własnym sumieniem.

Eksperci z Centrum Analiz Prawnych Ordo Iuris:

- analizują i opiniują projekty ustaw,
- docierają z prawną argumentacją do polityków w kraju i w instytucjach europejskich,
 - biorą udział w pracach komisji parlamentarnych,
 - przedstawiają opinię w sądach (tzw. amicus curiae),
 - monitorują działania administracji publicznej.

Prawnicy z Centrum Interwencji Procesowej Ordo Iuris:

- występują w obronie rodzin zagrożonych rozbiem z powodu nieuzasadnionej ingerencji państwa,
- reprezentują przedstawicieli zawodów medycznych i innych grup zawodowych, doświadczających trudności w profesjonalnym wykonywaniu zawodu zgodnie z osądem własnego sumienia,
- występują jako rzecznicy słowa i zgromadzeń, szczególnie w interesie obrońców życia,
- biorą udział w postępowaniach przed Trybunałem Konstytucyjnym na rzecz spójności obowiązującego prawa z porządkiem konstytucyjnym Rzeczypospolitej Polskiej.

Instytut Ordo Iuris jest fundacją i zakres naszej aktywności jest ściśle uzależniony od funduszy, które pozyskamy na działalność statutową. Ceniąc sobie niezależność nie korzystamy ze środków publicznych i grantów, których pozyskanie mogłoby ją ograniczać. Naszą działalność prowadzimy tylko dzięki hojności naszych Darczyńców, zwłaszcza tych, którzy wspierają nas regularnie co miesiąc, w ramach Kręgu Przyjaciół (więcej o nas: www.przyjaciele.ordoiuris.pl).

RAZEM MOŻEMY REALNIE WPŁYWAĆ NA RZECZYWISTOŚĆ!

Darowiznę można przekazać na konto:

34 1020 1026 0000 1502 0301 0469

Fundacja Instytut na rzecz Kultury Prawnej Ordo Iuris

ul. Zielna 39, 00-108 Warszawa

oraz za pomocą przelewów internetowych Tpay i PayPal

(szczegóły na stronie www.ordoiuris.pl)



ordoiuris.pl



[/ordoiuris](https://www.facebook.com/ordoiuris)



[@Ordoluris](https://twitter.com/Ordoluris)



[/ordoiuris](https://www.youtube.com/ordoiuris)



[/ordo.iuris](https://www.instagram.com/ordo.iuris)