

Cięcie cesarskie na życzenie – trudny problem medyczny, etyczny i prawny

Caesarean section on demand – medical, ethical and law aspect

© GINEKOLOGIA I POŁOŻNICTWO 1 (3) 2007

Artykuł poglądowy/Review article

SŁAWOMIR SUCHOCKI¹, PRZEMYSŁAW PIEC¹, ANNA ŁUSZCZYŃSKA²

Ośrodek: ¹ Specjalistyczny Szpital Ginekologiczno-Położniczy im. E. Biernackiego w Wałbrzychu

Lekarz Naczelny: dr hab. Sławomir Suchocki, prof. nadzw.

² Kancelaria Prawna „Lexus”, ul. Opatowicka 130, Wrocław

Adres do korespondencji/Address for correspondence

Sławomir Suchocki, Przemysław Piec

Specjalistyczny Szpital Ginekologiczno-Położniczy im. Biernackiego w Wałbrzychu

tel. (074)8877183, fax (074)8877103

e-mail: sekretariat@szpital.walbrzych.pl

Statystyka/Statistic

Liczba słów/Word count 3130/2731

Tabele/Tables 0

Ryciny/Figures 0

Piśmiennictwo/References 24

Received: 28.10.06

Accepted: 31.01.07

Published: 05.03.07

Streszczenie

Tematem pracy są problemy medyczne, etyczne i prawne związane z wykonywaniem cięcia cesarskiego na życzenie pacjentki. Autorzy opisują sytuację w Stanach Zjednoczonych, Wielkiej Brytanii i Niemczech. W krajach tych prawo dopuszcza pod pewnymi warunkami możliwość wykonania cięcia cesarskiego bez wskazań medycznych. Towarzystwa naukowe położników i ginekologów formułują zalecenia, zgodnie z którymi cięcie cesarskie bez wskazań medycznych może przeprowadzić lekarz, który uważa tę drogę porodu za bezpieczną dla matki i dziecka. Lekarz, który jest przeciwnikiem zabiegu operacyjnego bez wskazań medycznych może odmówić jego wykonania, ale powinien opiekę nad pacjentką przekazać innemu położnikowi. W Polsce brakuje oficjalnego stanowiska autorytetów w tej kwestii. Doniesienia z piśmiennictwa naukowego mówią o zwiększonej śmiertelności matek po cięciu cesarskim oraz większej częstotliwości innych powikłań. Kodeks Etyki Lekarskiej nie zawiera jasnych zapisów pozwalających na sformułowanie stanowiska w tej sprawie. Brak także jednoznacznego stanowiska autorytetów z dziedziny prawa – nie istnieją orzeczenia Sądu Najwyższego. Taki stan pozwala na sformułowanie apelu do towarzystw naukowych skupiających położników, neonatologów, etyków, deontologów i prawników o zajęciu stanowiska związanego z wykonywaniem cięcia cesarskiego bez wskazań medycznych. Pozwoli to na uregulowanie sytuacji etycznej i prawnej w dobrze pojętym interesie rodzających, a także położników.

Słowa kluczowe: cięcie cesarskie na życzenie, wskazania medyczne, powikłania

Summary

The purpose of this article is to describe the medical, etical and law aspects of caesarean section on demand. The authors described situation in USA, U.K. and Germany. In those countries caesarean section on demand is not restricted by law. Medical associations justify caesarean section on demand if doctor believes that it is safe for mother and fetus. An obstetrician has the right to decline a request for caesarean section in the absence of medical indications. However the woman's decision should be respected and she should be offered referral for a second opinion. In Poland we do not have recommendations of caesarean section on demand. They are several evidences on greater post caesarean mortality and other complications comparing to vaginal delivery. We do not have ethical recommendations and no law precedent. The authors appeal to associations of obstetricians, paediatricians, ethicists and lawyers, to formulate general guidelines for caesarean section on demand. We believe that guidelines make situation clear in women's and obstetricians best interest.

Key words: caesarean section on demand, medical indications, complications

W ciągu ostatnich dwudziestu lat jesteśmy świadkami wzrostu odsetka wykonywanych cięć cesarskich. Rosnące bezpieczeństwo tego zabiegu wynikające z postępu, jaki się dokonał w medycynie powoduje rozszerzenie listy wskazań do jego przeprowadzenia, a nawet pojawienie się zagadnienia cięcia cesarskiego bez wskazań medycznych – na życzenie pacjentki, na żądanie, ku wygodzie.

W świetle lawinowego wzrostu odsetka cięć cesarskich jest to aktualnie najbardziej kontrowersyjny problem dyskutowany w środowisku położników.

Głównym powodem pojawienia się kwestii cięcia cesarskiego bez wskazań medycznych jest presja ze strony pacjentek. Kobiety chcą cięcia cesarskiego głównie z powodu lęku przed porodem i związanym z nim bólem oraz w trosce o dobro dziecka – pokutuje przekonanie o tym, że cięcie cesarskie jest w każdej sytuacji bezpieczniejsze od porodu pochwowego zarówno dla rodzącej, jak i dla noworodka.

Można tu mówić o trendzie ogólnosiwiatowym – stanowisko w sprawie cięcia cesarskiego na życzenie ciężarnej zajęły towarzystwa medyczne w wielu rozwiniętych krajach świata.

CIĘCIE CESARSKIE NA ŻYCZENIE W STANACH ZJEDNOCZONYCH

W Stanach Zjednoczonych szacuje się, że cięcie cesarskie bez wskazań medycznych stanowi od 4% do 18% wszystkich wykonywanych cięć cesarskich. Są to dane mało precyzyjne, co wynika z faktu, że takie rozpoznanie nie jest ujmowane w statystykach i nie można go zidentyfikować w żadnym z istniejących badań, ani w żadnej z amerykańskich medycznych baz danych [1].

W jednym badaniu, dotyczącym tej problematyki, **zdefiniowano cięcie cesarskie na życzenie jako elektywne cięcie cesarskie u ciężarnej bez znaczących czynników ryzyka („no indicated risk” primary caesareans)**. Do tej kategorii zaliczono ciężarne z pojedynczym donoszonym płodem w położeniu podłużnym główkowym, które zostały rozwiązane cięciem cesarskim pomimo braku występowania medycznych czynników ryzyka, lub nieprawidłowego przebiegu ciąży i porodu. W tak zdefiniowanej grupie w latach 1991–2001 nastąpił wzrost częstości wykonywania cięcia cesarskiego z 3,3% w 1991 roku do 5,5% w 2001 roku, a w podgrupie pierwiastek w 40 roku życia lub starszych wzrost z 18,2% do 25,7%.

STANOWISKO KOMISJI ETYCZNEJ AMERYKAŃSKIEGO KOLEGIUM POŁOŻNIKÓW I GINEKOLOGÓW (ACOG)

Problemem zgody pacjenta na zabiegi chirurgiczne, a w szczególności cięciem cesarskim na życzenie ciężarnej zajęła się komisja etyczna Amerykańskiego Kolegium Położników i Ginekologów (ACOG) w dokumencie „Surgery and Patient Choice”. Ocena etyczna utrudniona jest przez brak jednoznacznych danych odnośnie krótko- i długookresowych następstw cięcia ce-

During the past twenty years we witness an impressive growth in number of performed caesarean sections. Improved safety of this surgical procedure resulting from progress that took place in medicine allows for extending the list of indications to carry this procedure, and even gives rise to the issue of caesarean section performed on patient's demand, on her request and for reasons on convenience.

In the light of rapid increase of caesarean sections rate, this is at present the most controversial problem discussed in the obstetricians' circle.

The main reason of the issue of caesarean sections when they are not medically needs is pressure from the patients' side. The women want the caesarean sections mainly because of their fear of delivery and pain associated with it and their concern for the baby's welfare – the conviction that caesarean section is in every situation safer than vaginal delivery both for mother and for the baby is still predominant.

In this point we may discuss the global trend – the opinions on caesarean section on pregnant's request were expressed by medical societies in many developed countries of the world.

CAESAREAN SECTION ON REQUEST IN THE UNITED STATES

In the United States it is estimated that caesarean sections without medical indications account for from 4% to 18% of all performed caesarean sections. These are not much precise data, which results from the fact that such recognition is not included in statistics and it can not be identified in any existing study, nor in any American medical database [1].

In one of the studies relating to these problems, **caesarean section on request was defined as an elective caesarean section in pregnant without considerable risk factors („no indicated risk” primary caesareans)**. The women included in this category are the pregnant with singleton at term fetus in cephalic longitudinal position, which were delivered by caesarean section irrespective of absence of any medical risk factors or abnormal course of pregnancy and delivery. In group defined in this way, in the years 1991-2001 the growth in the frequency of caesarean section performance from 3.3% in 1991 to 5.5% in 2001 was noted and in the primigravidas subgroup up to 40 years of age or older, the growth from 18.2% to 25.7%.

POSITION OF THE ETHICS COMMISSION OF THE AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS

The Ethics Commission of the American College of Obstetricians and Gynaecologists (ACOG) addressed the problem of informed consent of the patient for surgical procedure, and especially the caesarean sections on pregnant's request in the document „Surgery and Patient Choice”. Ethical estimation is made difficult through lack of firm data relating to short- and long-term effects of caesarean sections, so that the

sarskiego, tak, że zarówno zwolennicy, jak i przeciwnicy cięcia cesarskiego na życzenie podpierają swe stanowisko doniesieniami z piśmiennictwa naukowego.

W związku z tym eksperci ACOG uważają za etycznie dopuszczalne wykonanie cięcia cesarskiego na życzenie pacjentki przez lekarza, który uważa tę drogę porodu za bezpieczną dla kobiety i jej dziecka.

W każdym jednak wypadku ciężarna podejmuje decyzję po uzyskaniu kompletnej informacji na temat korzyści oraz zagrożeń wynikających dla niej i jej dziecka z porodu cięciem cesarskim. Lekarz powinien ustalić, dlaczego ciężarna nie chce rodzić drogą pochwową i wyczerpująco odpowiedzieć na wszystkie jej pytania i rozwiać wątpliwości. Może się wówczas okazać, że informacje na temat możliwości i technik znieczulenia porodu odwołają od prośby o wykonanie cięcia cesarskiego kobietę, która bardzo obawiała się dolegliwości bólowych.

Jeżeli w pełni poinformowana kobieta nalega na wykonanie u niej cięcia cesarskiego bez wskazań medycznych, a lekarz należy do jego przeciwników może on odmówić wykonania tego zabiegu, ale dalsze prowadzenie ciąży powinien przekazać innemu położnikowi [2].

CIĘCIE CESARSKIE NA ŻYCZENIE W WIELKIEJ BRYTANII

Według danych Królewskiego Towarzystwa Położników i Ginekologów w Wielkiej Brytanii w 2001 roku odsetek cięć cesarskich wahał się między 19,3% (północny wschód), a 24,2–24,8% (Londyn, Wyspa Man). W opinii autorytetów brytyjskiego położnictwa około 10% wskazań do cięcia cesarskiego postawionych jest w sposób nieprawidłowy [3]. Spośród wszystkich porodów drogą cięcia cesarskiego przeprowadzonych w Wielkiej Brytanii w roku 2001 w 5,7%–8,4% z nich brak było medycznych przesłanek – jedynym wskazaniem było życzenie rodzącej.

STANOWISKO NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE

NICE (National Institute for Clinical Excellence), **niezależna organizacja powołana do opracowywania standardów** w brytyjskiej ochronie zdrowia sformułowała wytyczne odnośnie postępowania z ciężarną żądającą przeprowadzenia u niej cięcia cesarskiego bez wskazań medycznych.

Według wytycznych NICE prośby ciężarnej nie można uznać za wystarczające wskazanie do porodu cięciem cesarskim. Położnik ma obowiązek w rozmowie z kobietą przedstawić jej aktualne dane dotyczące korzyści i zagrożeń wynikających z przeprowadzenia tego zabiegu i skonfrontować je z korzyściami i zagrożeniami wiążącymi się z porodem drogą pochwową tzw. „świadoma, poinformowana zgoda”.

advocates and the opponents of this surgical procedure requested to be made on demand support their position with reports originating from scientific literature.

In this connection ACOG experts are of the opinion that performing a caesarean section on patient's request by a physician, in whose opinion this way of delivery is safe for women and her baby is ethically permissible.

However, in any case the pregnant woman makes a decision upon having received complete information about the benefits and threats resulting from delivery by caesarean section for her and for her baby. The physician should find why the pregnant woman does not want to deliver the child vaginally and give exhaustive answers to all her questions and to resolve her doubts. In this situation it may appear that the information related to the possibilities and techniques of anaesthesia during the delivery may dissuade the woman who was very much afraid of pain from her request related to having caesarean section on demand.

If a fully informed woman insists on having caesarean section without medical indications, and the physician belongs to the group of opponents of such surgical procedure, he/she may refuse to perform such procedure, but he should pass on further management of the pregnant to another obstetrician [2].

CAESAREAN SECTION ON DEMAND IN GREAT BRITAIN

According to the Data of the Royal Society of Obstetricians and Gynaecologists in Great Britain in 2001 the rate of caesarean sections oscillated between 19.3% (north-east), and 24.2-24.8% (London, Isle of Man). In the opinion of the authorities of British obstetrics ca. 10% of indications to caesarean sections is set improperly [3]. Of all deliveries by caesarean section performed in Great Britain in 2001 5.7%-8.4% had no medical indications – the only one was the demand of the woman in labour.

THE POSITION OF THE NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE

NICE (National Institute for Clinical Excellence), **an independent organization established for standards development** in British health care formulated recommendations relating to proceeding with a pregnant woman demanding having a caesarean section without medical indications.

According to NICE recommendation, the requests of the pregnant should not be considered a sufficient indication to delivery by caesarean section. The obstetrician has a duty to present to her during the interview all current data relating to benefits and threats resulting from this technical procedure and confront them with the benefits and threats associated with vaginal delivery, so called. „informed consent”.

W przypadku lęku przed porodem drogą pochwową NICE zaleca wyczerpującą rozmowę na temat porodu i proponuje poradnictwo specjalistyczne, np. przeprowadzenie terapii behawioralnej.

In case of a fear of vaginal delivery NICE recommends an exhaustive discussions about delivery and suggests expert consulting, e.g. carrying a behavioural therapy.

W przypadku nalegania przez ciążarną na wykonanie cięcia cesarskiego bez wskazań medycznych położnik ma prawo stanowczo odmówić prośbie, aczkolwiek powinien zaproponować pacjentce zasięgnięcie opinii u innego lekarza tej specjalności [4]. Trudno powiedzieć na ile brytyjscy położnicy biorą pod uwagę wytyczne NICE w codziennej praktyce, mając na uwadze, że 79% z nich jest skłonnych przeprowadzić cięcie cesarskie, gdzie jedynym wskazaniem jest życzenie rodzącej [5].

In case in which the pregnant insists on performance of caesarean section without medical indications, the obstetrician has a right to refuse such request firmly, though he/she should suggest to the patient to ask for the opinion of other doctor of this speciality [4]. It is difficult to say to what extent the British obstetricians take into consideration NICE recommendations in their day-to-day practice, keeping in mind that 79% of them are inclined to perform caesarean section, in which the only indication is the request of the woman in labour [5].

CIĘCIE CESARSKIE NA ŻYCZENIE W NIEMCZECH

Również w Niemczech narastający problem cięcia cesarskiego na życzenie skłonił położników do zajęcia stanowiska w tej sprawie.

CAESAREAN SECTION ON REQUEST IN GERMANY

Also in Germany, the growing problem of caesarean section on request prompted the obstetricians to take a stance in this matter.

STANOWISKO NIEMIECKIEGO TOWARZYSTWA GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZEGO

Grupa robocza ds. problemów prawnych w medycynie Niemieckiego Towarzystwa Ginekologiczno-Położniczego sformułowała wytyczne w sprawie cięcia cesarskiego bez wskazań medycznych.

THE OPINION OF THE GERMAN GYNAECOLOGICAL AND OBSTETRICAL SOCIETY

The work group for legal issues in medicine of the German Gynaecological and Obstetrical Society formulated the recommendations on caesarean section without medical indications.

Grupa robocza dopuszcza i uważa za etyczne przeprowadzenia cięcia cesarskiego bez jakichkolwiek przesłanek medycznych, gdy jedynym wskazaniem jest wola ciążarnej.

The working group admits and considers performance of caesarean section without any medical indications ethical, when the only indication is the will of the pregnant.

Wynika to z jednej strony z prawa obywatela do samostanowienia o sobie, z drugiej zaś strony z analogii do zabiegów z dziedziny chirurgii plastycznej, które także są dopuszczalne, choć przecież często przeprowadzane są bez wskazań medycznych. Grupa robocza z całą mocą podkreśla konieczność wnikliwego i wielostronnego poinformowania pacjentki o wszelkich aspektach planowanego zabiegu, konieczność zapewnienia jej odpowiedniej ilości czasu do podjęcia decyzji, wykluczenia wpływu osób trzecich, i upewnienia się, że jej zdolność decydowania o sobie jest bezdyskusyjna. Treść i czas rozmowy oraz zgoda ciążarnej musi być udokumentowana z użyciem stosownych formularzy.

This results on one hand from the human right to self-determination, on the other, by analogy to plastic surgery procedures, which are also admitted, though they often are performed without medical indications. Working group emphasises the necessity of providing to the pregnant thorough and comprehensive information about any aspects of planned procedure, the necessity of giving her enough time for making decision, excluding the influence of any third persons and making sure that her ability to decide about herself is uncontested. The subject and the time of a discussion and the consent of pregnant woman must be confirmed on appropriate forms.

Wykonanie cięcia cesarskiego na życzenie ciążarnej wykluczone jest w przypadku ciąży niedonoszonej oraz gdy istnieją czynniki zwiększające ryzyko zabiegu (otyłość, używanie narkotyków, uczulenia, zaburzenia krzepliwości). **Grupa robocza wyraźnie podkreśla, że lekarz nie może zostać zmuszony do wykonania cięcia cesarskiego bez wskazań medycznych wbrew własnym przekonaniom, czy zasadom etycznym.** W takim jednak przypadku powinien wskazać

Performing a caesarean section on pregnant's request is excluded in case of pregnancy ending before term and in situation of occurrence of any factors increasing the risk of surgical procedure (obesity, drug addiction), coagulopathies). **The working group expressly underlines that the physician can not be forced to make a caesarean section without medical indications against his/her own convictions or ethical principles.** However, in this case he/she should indicate to the patient the possibility of taking advantage of other obstetrician's services.

pacjentce możliwość skorzystania z opieki innego położnika [6].

CIĘCIE CESARSKIE NA ŻYCZENIE W POLSCE

Również w Polsce zaczyna się dyskusja na ten temat. Nie opublikowano żadnych prac oceniających skalę zjawiska, aczkolwiek szacuje się, że cięcie cesarskie bez wskazań medycznych stanowi od 6 do 50% wszystkich cięć cesarskich, szczególnie w szpitalach niepublicznych. Polscy położnicy poważnie różnią się w sprawie cięcia cesarskiego na życzenie.

Zwolennicy twierdzą, że elektywne cięcie cesarskie wykonane po 39 tygodniu ciąży w znieczuleniu regionalnym z profilaktyką antybiotykową i przeciwzakrzepową nie zwiększa ryzyka powikłań u matek lub zwiększa je bardzo nieznacznie. Ponadto podkreślają oni niekorzystne następstwa porodu drogą pochwową (uszkodzenie mięśni dna miednicy, nietrzymanie moczu, zaburzenia statyki narządu rodowego) i prawo kobiety do decyzji o sposobie porodu.

Przeciwnicy podnoszą argumenty natury medycznej, etycznej i prawnej.

POWIKŁANIA PO CIĘCIU CESARSKIM

Piśmiennictwo medyczne podaje liczne możliwe powikłania po cięciu cesarskim – dotyczące zarówno matki, jak i noworodka.

Wśród powikłań matczynek wymienia się zgon pacjentki – 2-4-krotnie częstszy, niż po porodzie siłami natury i krwotok położniczy występujący podczas 5-7% cięć cesarskich, a 2,4-6% pacjentek wymaga przetoczenia krwi. Po cięciu cesarskim znacznie częstsze jest także okołoporodowe wycięcie macicy, zapalenie błony śluzowej macicy, powikłania zakrzepowozatorowe, w tym zwłaszcza zatorowość płucna. W piśmiennictwie zwraca się uwagę na liczne powikłania w ciąży po przebytych cięciach cesarskich, częstsze są poronienia, przedwczesne oddzielenie łożyska prawidłowo usadowionego, łożysko przodujące, w tym łożysko przyrośnięte, pęknięcia macicy w bliźnie, gruczolistość [7-14]. Ponadto należy liczyć się z powikłaniami „chirurgicznymi” cięcia cesarskiego, takimi jak urazy narządów sąsiednich (pęcherz moczowy: 0,1-0,3%, jelita: 0,05%, moczowód: 0,03-0,1%) i powikłaniami anestezyjologicznymi – nieudaną intubacją, regurgitacją treści pokarmowej do dróg oddechowych, bólami głowy i przejściowymi zaburzeniami funkcji nerwów obwodowych.

Powikłania noworodkowe obejmują zespół zaburzeń oddychania (RDS Respiratory Distress Syndrome), przejściowe tachypnoe (TTN Transient Tachypnea of the Newborn) wynikające z gorszego opróżnienia dróg oddechowych z płynu owodniowego, zespół przetrwałego nadciśnienia płucnego występujący po cięciu cesarskim 5 razy częściej, zranienia skóry noworodka występujące podczas 2% cięć cesarskich, częściej przy nieprawidłowych położeniach płodu (6%) [15,16].

CAESAREAN SECTION ON DEMAND IN POLAND

Also in Poland the discussion on this subject begins. None studies estimating the scale of this phenomenon have been published yet, though it is estimated that caesarean sections without medical indications account for from 6 to 50% of all the sections, especially in non-public hospitals. The opinions of Polish obstetricians on caesarean sections made on request considerably differ.

The advocates are of opinion that caesarean section performed after 39th week of pregnancy in regional anaesthesia with antibiotic and antithrombotic prevention does not increase the risk of any maternal complications or increase it only very inconsiderably. In addition, they underline the unfavourable effects of vaginal delivery (damage of pelvic floor muscle, urinary incontinence, disturbances of reproductive organs statics), together with the woman right to decide about the way of her delivery.

The opponents raise the argumentation of medical, ethical and legal nature.

COMPLICATIONS AFTER CAESAREAN SECTION

Medical literature informs about numerous possible complications after caesarean section – both for mother and for neonate.

Among maternal complications the patient's death is mentioned - obstetrical haemorrhage which occurs 2-4 times more often as in the event of spontaneous delivery in 5-7% of caesarean sections with 2.4- 6% patients requiring blood transfusion. After caesarean section the perinatal hysterectomy, endometriosis, thrombotic and embolic complications, especially pulmonary thromboembolism are much often. The literature draws our attention to numerous complications in pregnancy after prior caesarean sections, more frequent miscarriages, premature abruption of correctly inserted placenta, placenta praevia, including placenta increta, uterine muscle rupture in the scar, adenomyosis uteri [7-14]. In addition, we should also take into consideration surgical complications of performed caesarean section, such as injuries of adjacent organs (urinary bladder 0.1-0.3%, intestines: 0.05%, ureter: 0,03-0,1%) and anaesthesiology-related complications – unsuccessful intubations, return of food from the stomach to respiratory system, headaches and temporary disturbances in peripheral nerves functions.

Neonatal complications include respiratory distress syndrome, transient tachypnea of the newborn resulting from deteriorated respiratory system emptying of amniotic fluid, syndrome of persistent pulmonary hypertension occurring after caesarean sections 5 times more often, injuries of neonate skin occurring in 2% of caesarean sections, more frequently in the event of abnormal lies of the fetus (6%) [15,16].

The problem of long-term consequences of delivery by caesarean section is also raised, and especially observed increased frequency of food allergies and bronchial asthma in children born by this way, the risk of earlier development of cariosity, compared to children born by vaginal delivery [17-19].

Podnosi się także odległe następstwa porodu cięciem cesarskim, zwłaszcza obserwowaną większą częstość występowania alergii pokarmowych i dychawicy oskrzelowej u dzieci urodzonych tą drogą, a także ryzyko wcześniejszego rozwinięcia się próchnicy zębów, niż u dzieci urodzonych drogą pochwową [17–19].

ASPEKT ETYCZNY CIĘCIA CESARSKIEGO NA ŻYCZENIE

W aspekcie etycznym występuje sprzeczność między imperatywem czynienia dobra, a z drugiej strony zakazem czynienia szkody – *primum non nocere*. Z jednej strony wartością istotną jest prawo pacjentki do decydowania o sobie, w tym o metodzie porodu, z drugiej zaś istnieje obowiązek przeprowadzenia porodu w sposób najbardziej bezpieczny dla matki i dziecka.

Kodeks Etyki Lekarskiej podkreśla, prawo lekarza do swobody działań zawodowych, zgodnych z sumieniem i wiedzą medyczną. Istnieje obowiązek respektowania prawa pacjenta do udziału w podejmowaniu decyzji, ale lekarz ma swobodę wyboru metod postępowania, które uzna za najskuteczniejsze (art. 4,6,13 i 15 K.E.L.). Takie zapisy Kodeksu nie pozwalają na zajęcie jednoznacznego stanowiska w kwestii cięcia cesarskiego na życzenie ciężarnej.

ASPEKT PRAWNY CIĘCIA CESARSKIEGO NA ŻYCZENIE

W aspekcie prawnym cięcia cesarskiego na życzenie podkreślić należy **zasadę prawa pacjenta do informacji i wymogu zgody na interwencję medyczną.**

Zakres prawa pacjenta do informacji określony jest w artykuł 31 Ustawy o zawodzie lekarza. Zgodnie z nim pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia, metodach diagnostycznych i leczniczych, i dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania lub zaniechania, a także o wynikach leczenia i o rokowaniach. Informacji należy udzielić pacjentowi w odpowiednim czasie – tak, aby miał możliwość ich rozważenia przed ewentualnym wyrażeniem zgody na przeprowadzenie zabiegu. Lekarz winien poinformować pacjenta o możliwych powikłaniach związanych z zabiegiem, jednak nie ma on obowiązku informowania o wszystkich możliwych powikłaniach, a jedynie o najbardziej typowych. Z ustawowego uregulowania zakresu prawa do informacji wynika, że zakres ten nie podlega swobodnej ocenie lekarza [20].

Oprócz prawa do informacji istotna jest zgoda pacjenta na przeprowadzenie zabiegu. Jej znaczenie zostało podkreślone również w orzecznictwie Sądu Najwyższego. W wyroku z 17 lutego 1989r. Sąd Najwyższy wyraził pogląd, iż udzielając swej zgody na interwencję medyczną pacjent pozwala lekarzowi na naruszenie swojej integralności w ustalonym zakresie, co stanowi przedmiot zgody [21]. **Zgoda nie ma charakteru absolutnego, czyli nie upoważnia lekarza do wszelkich zabiegów, a jedynie do takich, które są**

ETHICAL ASPECTS OF CAESAREAN SECTION ON REQUEST

In the ethical aspect there is a controversy between the imperative of making the good and on the other side the prohibition of making damage - *primum non nocere*. On the one hand the patient's right to decide about herself, including the method of delivery is a significant value, on the other hand there is a duty of carrying the delivery in the safest possible way for mother and for child.

The Code of Medical Ethics underlines the right of a physician to freedom of his/her professional actions, consistent with his/her conscience and medical expertise. There is a duty of respecting the patient's right to participate in making decision, but a doctor has a freedom to select such method of proceedings which is considered by him/her the most efficient (Art. 4,6,13 and 15 of Code of Medical Ethics). Such records of the Code do not allow to take an unequivocal stance regarding the problem of caesarean section on pregnant's request.

LEGAL ASPECT OF CAESAREAN SECTION ON REQUEST

In the legal aspect of caesarean section on request **the principle of patient's right to receive information and give his/her consent for medical intervention should be emphasised.**

The scope of patient's right to receive information is determined in Article 31 of the Act on Medic's Profession. According to it, the patient has the right to receive information about his/her condition of health, diagnostic and therapeutic methods and foreseeable consequences of their use or omissions, as well as about results of treatment and further prognosis. The patient should receive information in due time – so that he/she could have the possibility to consider them prior to giving possible consent for carrying the surgical procedure, but he/she has not a duty to inform the patient about all possible complications, only about the most typical ones. It results from the regulations of the scope of right to information that this scope is not subject to free judgement of a doctor [20].

In addition to the right to receive information, the patient's consent for performing the surgical procedure is also important. Its significance has also been emphasised in the case-law of the Supreme Court. In its award of February 17, 1989 the Supreme Court expressed the opinion that giving his/her consent for medical intervention the patient allows the doctor to violate his/.her integrity within agreed scope, which makes the subject of consent [21]. **The consent does not have an absolute character, which means that it does not authorize the doctor to any procedures, but only to such procedures which are justified by patient's health condition and good medical practice.**

The right to receive information and the requirement of obtaining patient's consent for medical intervention are strictly bound with one another. This is a physician,

uzasadnione stanem zdrowia pacjenta i zasadami sztuki lekarskiej.

Prawo do informacji oraz wymóg zgody pacjentki na interwencję medyczną są ściśle ze sobą powiązane. To na lekarzu spoczywa ciężar dowodu, że poinformował należycie i że informacje te były podstawą zgody pacjenta na dokonanie zabiegu lub też odmowy zgody. **Zgoda winna być zatem „objaśniona”**. Jeśli tak nie jest, to przyjmuje się, iż lekarz działał bez zgody pacjenta i może on ponieść odpowiedzialność za wyrządzoną szkodę nawet, gdy jego postępowanie było zgodne z zasadami sztuki lekarskiej [22].

W relacji pomiędzy lekarzem a pacjentem zastosowanie ma zasada swobody umów, zgodnie z którą strony zawierające umowę mogą ją sformułować według swego uznania. Ograniczeniem tej swobody są jedynie wymogi, aby ani treść, ani cel umowy nie sprzeciwiały się właściwości (naturze) stosunku prawnego, ustawie, jak i zasadom współżycia społecznego (art. 353¹ Kodeksu Cywilnego). Swoboda umów ograniczona może być profesjonalnym charakterem działania lekarza – powinna być ukształtowana zgodnie z wiedzą medyczną i zasadami sztuki lekarskiej. Przyjmuje się, iż życzenie pacjenta przeprowadzenia zabiegu cięcia cesarskiego bez wskazań medycznych i przy braku przeciwwskazań do porodu siłami i drogami natury nie ma dla lekarza charakteru wiążącego. **Lekarz powinien powstrzymać się od interwencji operacyjnej w sytuacji, gdy ryzyko szkody dla zdrowia kobiety lub dziecka jest wyższe, aniżeli oczekiwana korzyść – szczególnie w sytuacji, gdy możliwe są inne środki służące osiągnięciu tego samego celu, a w omawianej sytuacji takim „środkiem” jest poród siłami i drogami natury [22,23].** Za swe działania lekarz odpowiada cywilnie również w wypadku cięcia cesarskiego na życzenie. Za postępowanie zawinione i sprzeczne z zasadami wiedzy medycznej lekarz może ponieść odpowiedzialność, od której nie zwalnia go zgoda udzielona przez pacjenta [22].

Jednocześnie, uważa się, iż zgoda pacjenta oprócz nadania cech prawności działaniu lekarza powoduje również, iż pacjent akceptuje ryzyko zabiegu i przejmuje je na siebie [22,24]. **W sytuacji przeprowadzenia zabiegu cięcia cesarskiego na życzenie pacjentki, bez wskazań medycznych, gdy pacjentka odnieść szkodę – lekarz ponosi odpowiedzialność cywilną nawet wówczas, gdy szkoda powstała przy braku jego winy.** Wynika to z faktu, iż lekarz w takiej sytuacji podejmuje działanie, z którym wiąże się większe ryzyko, choć mógłby podjąć działanie, z którym wiązałoby się mniejsze ryzyko. **Natomiast w sytuacji nieprzeprowadzenia zabiegu cięcia cesarskiego pomimo życzenia pacjentki, odpowiedzialność lekarza jest możliwa tylko, jeżeli zostanie wykazane, iż szkoda powstała właśnie w wyniku nieprzeprowadzenia cięcia cesarskiego, a zatem jeżeli pomiędzy tymi dwoma okolicznościami zaistniałby związek przyczynowy.**

who has a duty to prove that he/she has duly informed the patient and that information provided by him/her was the basis for patient's consent for having the procedure or patient's refusal to give such consent. **The consent should be „informed”**. If it is not so, it is assumed that the physician acted without patient's consent and he/she may bear responsibility for any aggravation even if his/her proceeding was consistent with the good medical practice [22].

In relation between physician and his/her patient the principle of freedom of agreements applies, according to which the parties entering into the agreement may formulate it at their discretion. The only limitation of this freedom are the requirements that neither the tenor nor the objective of the agreement should contravene the nature of legal relation, act of law and the principles of social co-existence (Art. 353¹ of the Civil Code). The freedom of agreements may be restricted by professional character of doctor's actions – it should be shaped according to medical expertise and good medical practice. It is assumed that patient's request to have the caesarean procedure done without medical indications and in the situation of lack of contraindication to spontaneous labour, is not binding for a doctor. **The doctor should restrain from performing surgical procedure in the situation in which the risk of a damage to woman or child health is higher than expected benefit – especially in the situation, in which it is possible to apply other means in order to achieve the same goal, and in the discussed situation such „means” is spontaneous delivery via natural passages [22,23].** The physician bears civil responsibility for his/her actions also in the event of caesarean section on request. The doctor may bear responsibility for wilful actions, contradictory to the principles of medical expertise, from which he/she shall not be released by consent given by the patient [22].

At the same time, it is supposed that patient's consent in addition to giving righteousness features to doctor's action, makes the patient accepting the risk of the procedure and taking it over [22,24]. **In the situation of carrying the caesarean section procedure on patient's request, without medical indications, if the patient incurs damage – the doctor shall bear civil liability even in the situation in which the damage occurs without his/her fault.** It results from the fact that in this situation the physician undertakes an action, bound with higher risk, though he/she could undertake an action bound with lower risk. **In turn, in the situation of non-performance of caesarean section procedure in spite of patient's request, the liability of a physician is possible only in the situation in which it is evidenced that the damage occurred exactly as result of non-performance of caesarean section, i.e. in the situation in which there is a causal relationship between these two circumstances.**

It results from the above that in the situation of lack of absolute indications to carrying the caesar-

Wynika z tego, że przy braku bezwzględnych przesłanek do przeprowadzenia zabiegu cięcia cesarskiego oraz przy zrealizowaniu zasad prawa pacjentki do informacji, jak i wymogu jej zgody na interwencję medyczną, poród winien odbyć się siłami i drogami natury – nawet pomimo wyraźnego życzenia pacjentki, by przeprowadzić zabieg cięcia cesarskiego.

Zdaniem niektórych prawników przeprowadzenie cięcia cesarskiego bez wskazań medycznych stanowi wręcz zawiniony błąd w sztuce lekarskiej i może spowodować odpowiedzialność prawną lekarza za naruszenie zasad wykonywania zawodu [23].

PODSUMOWANIE

Istnieje pilna potrzeba powołania zespołu ekspertów złożonego z autorytetów w zakresie położnictwa, neonatologii, prawa, etyki, deontologii lekarskiej może z inspiracji PTG, PTMP, PTN celem zajęcia stanowiska i ustanowienia reguł w kwestii tego ważnego problemu, który jest w chwili obecnej nie rozwiązany – w dobrze pojętym interesie nie tylko rodzących kobiet, ale i lekarzy położników.

ean sections and having executed the patient's right to receive information and having met the requirements of obtaining her consent for surgical procedure, the delivery should be spontaneous and via natural passages – even in spite of express patient's request to have the caesarean section.

In the opinion of certain lawyers, performing caesarean section without medical indications constitutes simply a culpable mistake in medical practice and may bring a legal responsibility of a physician for violating the rules of performing the profession [23].

RESUME

There is a prompt need to establish experts team, composed of authorities in obstetrics, neonatology, law, ethics, medical deontology, may be under the inspiration of PTG, PTMP, PTN in order to take the stance and to establish the rules related to this important issue, which today still remains unsolved - having at heart the best interests not only of the women in labour, but also of the obstetricians.

Piśmiennictwo / References:

1. National Institutes of Health State-of-the-Science Conference Statement Caesarean Delivery on Maternal Request. *Obstet Gynecol* 2006; 107: 1386-97.
2. Morales AJ, Saffold CW, Bernstein J et al.: Surgery and patient choice in: Ethics and Obstetrics and Gynecology, Second Edition. *American College of Obstetricians and Gynecologists* 2004; 21-25.
3. Kmietowicz Z.: NICE advises against caesarean section on demand. *BMJ* 2004; 328: 1031.
4. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health Commissioned by the National Institute for Clinical Excellence. Caesarean section. Clinical Guideline. London 2004; RCOG Press.
5. M Habiba, a M Kaminski, b M Da Frè, c K et al.: Caesarean section on request: a comparison of obstetricians' attitudes in eight European countries. *BJOG* 2006; 113: 647.
6. Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht in der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. Stellungnahme zu absoluten und relativen Indikationen zur Sectio caesarea und zur Frage der so genannten Sectio auf Wunsch. *Frauenarzt* 2001; 42(11): 1311-7.
7. Ananth CV, Smulian JC, Vintzileos AM.: The association of placenta previa with history of caesarean delivery and abortion: A meta-analysis. *AJOG* 1997; 177(5): 1071-78.
8. Bakshi S, Meyer BA.: Indications for and outcomes of emergency peripartum hysterectomy. A five-year review. *J Reprod Med* 2000; 45(9): 733-7.
9. Hall MH, Bewley S.: Maternal mortality and mode of delivery. *Lancet* 1999; 354 (9180): 776.
10. Lydon-Rochelle M, Holt VL, Martin DP et al.: Association between method of delivery and maternal rehospitalization. *JAMA* 2000; 283(18): 2411-2416.
11. Magann EF, Evans S, Hutchinson M et al.: Postpartum hemorrhage after caesarean delivery: An analysis of risk factors. *South Med J* 2005; 98(7): 681-685.
12. Newton ER, Prihoda TJ, Gibbs RS.: A clinical and microbiologic analysis of risk factors for puerperal endometritis. *Obstet Gynecol* 1990; 75: 402-406.
13. Ros HS, Lichtenstein P, Bellocco R et al.: Pulmonary embolism and stroke in relation to pregnancy: How can high-risk women be identified? *AJOG* 2002; 186(2): 198-203.
14. Wu Wen S, Rusen ID, Walker M et al.: Comparison of maternal mortality and morbidity between trial of labor and elective caesarean section among women with previous caesarean delivery. *AJOG* 2004; 191: 1263-9.
15. Levine EM, Ghai V, Barton JJ et al.: Mode of Delivery and Risk of Respiratory Diseases in Newborns. *Obstet Gynaecol* 2001; 97(3): 439-442.
16. Smith JF, Hernandez C, Wax JR. Fetal laceration injury at caesarean delivery. *Obstet Gynecol* 1997; 90(3): 344-6.
17. Eggesbo M, Botten G, Stigum H et al.: Is delivery by caesarean section a risk factor for food allergy? *J Allergy Clin Immunol* 2003; 112 (2): 420-6.
18. Håkansson S, Källén K. Caesarean section increases the risk of hospital care in childhood for asthma and gastroenteritis. *Clin Exp Allergy* 2003; 33: 757.
19. Li Y, Caufield PW, Dasanayake AP et al.: Mode of delivery and other maternal factors influence the acquisition of Streptococcus mutans in infants. *J Dent Res* 2005; 84(9): 806-11.
20. Karkowska D.: Prawa pacjenta. Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 2004; 307.
21. Orzeczenie Sądu Najwyższego z 17 lutego 1989r. OSNKW 1989; nr 5-6, poz. 42.
22. Nestorowicz M.: Prawo medyczne. Tonik, Toruń 2005; 93-96.
23. Haberko J.: Wybrane aspekty prawne perinatologii i ginekologii. W: Bręborowicz GH. Cięża wysokiego ryzyka. Ośrodek Wydawnictw Naukowych, Poznań 2006; 1052-1083.
24. Orzeczenie Sądu Najwyższego z 28 sierpnia 1972, II CR 196/72, OSN 5/1973; poz. 86.