

Zabieg cięcia cesarskiego na wyłączne życzenie rodzącej

Procedure of caesarean section on exclusive request of parturient

© GINEKOLOGIA I POŁOŻNICTWO 1 (3) 2007

Artykuł poglądowy/Review article

JOANNA HABERKO

Ośrodek: Katedra Prawa Cywilnego Handlowego i Ubezpieczeniowego
Wydział Prawa i Administracji UAM w Poznaniu
61-809 Poznań, ul. Św. Marcina 90

Kierownik Katedry: prof. dr hab. Andrzej Koch

Adres do korespondencji/Address for correspondence

Joanna Haberko, Katedra Prawa Cywilnego Handlowego i Ubezpieczeniowego
Wydział Prawa i Administracji UAM w Poznaniu
61-809 Poznań, ul. Św. Marcina 90
e-mail: jhaberko@wp.pl

Statystyka/Statistic

Liczba słów/Word count	2566/2259
Tabele/Tables	0
Ryciny/Figures	0
Piśmiennictwo/References	18

Received: 10.01.07

Accepted: 31.01.07

Published: 05.03.07

Streszczenie

Dokonanie zabiegu cesarskiego cięcia na wyłączne życzenie kobiety rodzącej w sytuacji braku wskazań medycznych obejmujących z jednej strony zagrożenie zdrowia bądź życia rodzącej, z drugiej zaś zagrożenie płodu lub oba jednocześnie z prawnego punktu widzenia kwalifikować należy jako dokonanie zabiegu operacyjnego oczywiście zbędnego.

Przeprowadzenie przez lekarza ginekologa-położnika cesarskiego cięcia przy braku wskazań mających, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, uzasadnienie w stanie zdrowia matki bądź płodu stanowi zawiniony błąd w sztuce lekarskiej i może skutkować odpowiedzialnością za naruszenie zasad wykonywania zawodu.

Słowa kluczowe: cięcie cesarskie, zgoda, poród, operacja zbędna, odpowiedzialność cywilna

Summary

Carrying out a caesarean section on exclusive request of woman in labour without medical indications is from one hand health and life risk of parturient, from the other hand it is danger for a fetus, or both together; from the law point of view it should be qualified as carrying out totally unnecessary surgery procedure.

Carrying out caesarean section by gynaecologist obstetrician in situation where there is no indications having, according to actual medical knowledge, justification in mother or fetus health is committed malpractice and may resulted in responsibility of rules of practise.

Keywords: caesarean section, consent, labour, unnecessary operation, civil responsibility

Problematyka zabiegu cesarskiego cięcia na życzenie rodzącej wobec braku wskazań medycznych stanowiła przedmiot moich wcześniejszych wypowiedzi.

Prezentowany poniżej artykuł stanowi przedruk podrozdziału „Dokonanie zabiegu cesarskiego cięcia na życzenie rodzącej” zamieszczonego w ramach „Wybranych aspektów prawnych perinatologii i ginekologii” w: „Ciąży wysokiego ryzyka” pod red. G. H. Bręborowicza [1]. Zagadnienie cesarskiego cięcia i dopuszczalności jego przeprowadzenia stanowi w ostatnich miesiącach przedmiot szczególnego zainteresowania środowiska medycznego [2].

Cenna wydaje się inicjatywa podjęcia na łamach Ginekologii i Położnictwa – Medical Project dyskusji obejmującej także prawne aspekty i możliwe konsekwencje dokonania przez lekarza ginekologa-położnika wyboru: cięcie cesarskie na życzenie czy poród drogami i siłami natury. Poniższy artykuł prezentuje cywilistyczne aspekty dokonania cięcia cesarskiego na życzenie przy braku bezwzględnych wskazań medycznych do jego przeprowadzenia.

WPROWADZENIE

Stosowane od wieków rozwiązanie ciąży w wyniku cesarskiego cięcia stanowi przedmiot ożywionej dyskusji przedstawicieli nauk medycznych. W literaturze medycznej podaje się definicję cesarskiego cięcia, w świetle której stanowi ono operacyjne ukończenie ciąży lub porodu przez chirurgiczne otwarcie powłok i macicy oraz wydobywanie płodu [3]. Szczegółowo omówione zostały w piśmiennictwie medycznym wskazania tak matczyne, jak i płodowe do przeprowadzenia tego zabiegu [4,5].

W ostatnich latach toczy się jednak dyskusja na temat dopuszczalności i możliwości zastosowania cesarskiego cięcia w sytuacji, gdy nie ma wyraźnych wskazań medycznych, a ewentualne wykonanie zabiegu podyktowane jest wyłącznym życzeniem rodzącej [6]. Mowa tu o sytuacjach, kiedy poród może odbyć się siłami i drogami natury i w świetle wiedzy medycznej oraz postawionej przez lekarza ginekologa-położnika diagnozy nie ma ku temu przeciwwskazań, tak po stronie rodzącej jak i mającego się narodzić dziecka.

Podjęcie zagadnienia dopuszczalności stosowania tego rodzaju zabiegów wydaje się celowe zwłaszcza wobec formułowanych ostatnio postulatów towarzystw medycznych [7], że pacjentka znając swoje prawa i będąc partnerem w podejmowaniu decyzji, może wyrazić chęć wykonania u niej cięcia cesarskiego. Takie życzenie pacjentki stawia lekarza ginekologa-położnika w trudnej sytuacji. Rozważyć on musi wybór między brakiem medycznych wskazań do operacyjnej ingerencji położniczej, a koniecznością uwzględnienia życzenia pacjentki.

Lekarze perinatolodzy zabierający głos w dyskusji na temat dopuszczalności przeprowadzenia cesarskiego

Topic of caesarean section on parturient request in the presence of lack of medical indications has been subject of my previous presentations.

Paper presented below is a reprint of sub-section “Performing procedure of caesarean section on parturient request” presented on “Selected law aspects in perinatology and gynaecology” in: “High-risk pregnancy” by G. H. Bręborowicz [1]. Topic of caesarean section and admissibility of its carrying out has become in recent months the subject of particular interest of medical environment [2].

Initiative taken in the Gynaecology and Obstetrics seems to be valuable – Medical Project discussion includes also law aspects and possible consequences of making decision by gynaecologist obstetrician: caesarean section on request or labour by ways and forces of nature. The paper presents legal aspects of performing caesarean section on request with lack of absolute medical indications to its performance.

INTRODUCTION

Used for ages delivery as a result of caesarean section is a subject of lively discussion of representatives of medical sciences. Medical literature data gives definition of caesarean section, where it is a surgical termination of pregnancy or delivery by surgical opening integuments and uterus and fetus taking out [3]. Medical and fetal indications for that procedure have been detailed described in medical literature [4, 5].

In recent years discussion on admissibility and possibility of caesarean section usage in situation, where clear medical indication does not exist and eventual procedure performance is dictated exclusively by parturient request, is conducted [6]. It is talked about situation where delivery can take place by routes and forces of nature and in medical knowledge and diagnosis given by gynaecologist obstetrician there are no contraindications, as on the side of woman in labour as a child to be born.

Taking up problem of admissibility of use of that type of procedures seems to be purposeful, especially according to lately formed postulates of medical societies [7], that patient knowing her rights and being a partner in the process of making a decision, may express her willingness to have caesarean section done. Such request of a patient puts gynaecologist at a disadvantage. They must consider selection between lack of medical indications to surgery intervention and necessity of taking into account patient request.

Perinatologists, taking the floor in the discussion on admissibility of caesarean section on request, have been stated that patients is not always full awareness and have knowledge on possible complications connected with surgery intervention as caesarean section. The discussion is also concentrated on law consequences and difficulties that doctor encounters from National Health Found, which questions validity of caesarean

go cięcia na życzenie podnoszą, że pacjentki nie zawsze mają pełną świadomość i wiedzę na temat możliwych powikłań związanych z operacją położniczą jaką jest cesarskie cięcie. Dyskusja koncentruje się także na konsekwencjach prawnych oraz trudnościach jakie napotyka lekarz ze strony Narodowego Funduszu Zdrowia, kwestionującego zasadność przeprowadzenia cięcia cesarskiego i odmawiającego refundacji takiej procedury kwalifikując ją jako tzw. operację plastyczną [8].

Niżej zwracam uwagę na cywilnoprawne aspekty zagadnienia. Zawarte tu rozważania są odpowiedzią na pytanie o zakres dopuszczalności zabiegu cesarskiego cięcia w sytuacji braku wskazań medycznych do jego przeprowadzenia oraz o zakres ewentualnej odpowiedzialności cywilnej lekarza ginekologa-położnika w sytuacji przeprowadzenia bądź nieprzeprowadzenia takiego zabiegu na wyłączne życzenie rodzącej.

STOSUNEK PRAWNY ŁĄCZĄCY LEKARZA GINEKOLOGA-POŁOŻNIKA Z RODZĄCĄ PACJENTKĄ

Rozpatrując zagadnienie stosunku prawnego łączącego lekarza ginekologa-położnika z rodzącą należy mieć na uwadze, że w zależności od miejsca zatrudnienia lekarza charakter tego stosunku, a co za tym idzie i prawne podstawy odpowiedzialności lekarza mogą być różne.

Niżej, za M. Nesterowiczem, prezentuję trzy z wielu możliwych sytuacji [9]. Podyktowane jest to najczęstszym występowaniem tego rodzaju więzi w przypadku zakończenia ciąży. **Jako pierwszy wymienić należy przypadek obejmujący sytuację, gdy lekarz ginekolog-położnik jest zatrudniony w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej** i tam odbywa się poród. Lekarza nie łączy wówczas z pacjentką żaden stosunek umowny, jest on wobec pacjentki jedynie osobą trzecią, a ewentualne wyrządzenie przez niego szkody przy porodzie rodzi jego odpowiedzialność o charakterze deliktowym na podstawie art. 415 kodeksu cywilnego [10].

Kolejną możliwością dla przeprowadzenia porodu przez wykonanie zabiegu cesarskiego cięcia dają zakłady lecznicze prowadzone przez lekarzy, w których każdy z lekarzy działa na własny rachunek. Pacjentka, w takiej sytuacji ma swobodę wyboru lekarza i z nim zawiera umowę. Łączy ją więc z konkretnym lekarzem ginekologiem-położnikiem stosunek prawny o charakterze umownym, dla którego zakład leczniczy stwarza jedynie ramy organizacyjne. Odpowiedzialność lekarza jest w omawianym przypadku odpowiedzialnością kontraktową z art. 471 k.c. przy zbiegu z deliktową z art. 415 k.c., gdy dojdzie do szkody na osobie [9].

I wreszcie trzecia z możliwych sytuacji obejmująca poród w prywatnej klinice, w której lekarz ginekolog-położnik jest zatrudniony na podstawie umowy o pracę bądź praktykuje na podstawie umowy cywilnoprawnej. Rodząca pacjentka zawiera tu umowę nie z konkretnym lekarzem, ale z kliniką i w **przypad-**

section performance and refuses refund of that procedure by qualifying it as so called plastic surgery [8].

Below I turn your attention to civil aspects of that topic. These considerations are response on the question about range of admissibility of procedure of caesarean section in situation of lack of medical indication to its carrying out and about range of eventual civil responsibility of gynaecologist obstetrician in situation of carrying out or not carrying out such procedure on exclusively request of woman in labour.

LEGAL RELATIONSHIP BETWEEN GYNAECOLOGIST OBSTETRICIAN AND PARTURIENT PATIENT

Taking into consideration question of legal relationship between gynaecologist obstetrician and parturient, dependence on work place, characteristic of that relationship, and legal basis of doctor civil responsibility may differ.

Above, according to M. Nesterowicz, I would like to present three from many possible situations [9]. It is dictated by the most often occurrence of there relationships after pregnancy termination. **As the first the situation, where the doctor is employed in public health care department** and there the delivery takes place, will be described. The doctor and the patient are not connected by any contractual relationship, and the doctor is third party for the patient, and eventual caused damages are the responsibility of tortious character according to art. 415 of civil code [10].

Next possibility of carrying out a labour by caesarean section gives medical institutions conducted by doctors, in which each one acts on their own account. In that situation patient has got freedom of doctor selection with whom to draw up an arrangement. They are connected with a concrete gynaecologist obstetrician by a legal relationship of contract nature, for which medical institution makes up organizational frames. Doctor responsibility in discussed case is contractual responsibility from art. 471 of civil code at delictual procedure from art. 415 of civil code, when injury to the person takes place [9].

And finally the third possible situation concerning labour at private clinic, where gynaecologist obstetrician is employed on the basis of employment contact or practise on the basis of civil agreement. Parturient draws up an agreement not with a single doctor but with a clinic and **in case of injury the clinic bears contractual responsibility according to art. 471 of civil code at the procedure with delictual responsibility for illicit act of a single doctor** [9].

Situations presented above indicate that only exceptionally patient in labour is connected with a gynaecologist obstetrician by a relationship of contractual nature. Rule of contracts freedom giving to both parties possibility of legal relationship regulation according to their own recognition is not applicable in interesting us case of labour without appropriate restrictions. The parties

ku szkody to klinika ponosi wobec niej odpowiedzialność kontraktową z art. 471 k.c. przy zbiegu z odpowiedzialnością deliktową za czyn niedozwolony konkretnego lekarza [9].

Przedstawione wyżej sytuacje wskazują, iż jedynie wyjątkowo rodzącą pacjentkę z lekarzem ginekologiem-położnikiem łączy stosunek o charakterze umownym. Zasada swobody umów dająca stronom możliwość uregulowania stosunku prawnego według własnego uznania nie znajduje w interesującym nas przypadku porodu zastosowania bez stosownego ograniczenia. Strony nie mają uprawnień do całkowicie dowolnego ukształtowania treści stosunku prawnego. Treść każdego stosunku prawnego ograniczona jest jego naturą i w przypadku umowy między lekarzem a pacjentem taka sytuacja zawsze ma miejsce. Z jednej strony występuje bowiem podmiot kwalifikowany (lekarz), którego wiedza i doświadczenie zawodowe nie pozostaje dla treści stosunku bez znaczenia z drugiej zaś strony pacjentka, która jedynie wyjątkowo ma wiedzę medyczną. Co do zasady w prawie zobowiązań jest tak, że decydując się na zawarcie umowy strony dochodzą do porozumienia, co do przedmiotu umowy.

Wypada w tym miejscu zadać pytanie, czy przedmiotem ewentualnej umowy między lekarzem a rodzącą jest rozwiązanie ciąży w sposób, który ze względu na wiedzę i doświadczenie osoby dysponującej odpowiednimi kwalifikacjami zawodowymi jest najlepszy dla drugiej strony stosunku prawnego, czy też przedmiotem umowy jest rozwiązanie ciąży wyłącznie w sposób wskazany przez „kontrahenta” tj. w wyniku cesarskiego cięcia? Natura stosunku prawnego oraz zasady współżycia społecznego, a przede wszystkim zawodowy charakter działalności lekarza ginekologa-położnika i podejmowanie przez niego czynności dla dobra pacjentki i jej dziecka powinny skłaniać do zaakceptowania pierwszego z prezentowanych stanowisk, a rozwiązanie ciąży następować powinno zawsze wyłącznie zgodnie z wiedzą medyczną i zasadami sztuki lekarskiej.

Zawarcie umowy między lekarzem a pacjentką, na mocy której lekarz zobowiązuje się do zakończenia prawidłowo przebiegającej ciąży wyłącznie przez cesarskie cięcie i jednocześnie powołując się na treść zobowiązania odmawia przeprowadzenia porodu siłami i drogami natury uznać należy za działanie sprzeczne z zasadami współżycia społecznego i sztuką wykonywania zawodu [11].

DOPUSZCZALNOŚĆ DZIAŁANIA GINEKOLOGA-POŁOŻNIKA W ZAKRESIE ZGODY RODZĄCEJ

W każdej z przedstawionych wyżej sytuacji lekarz ginekolog-położnik odbierający poród musi, w świetle art. 32 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry [12], działać w zakresie, w jakim rodząca udziela mu zgody na działanie.

Sytuacja lekarza ginekologa-położnika w sytuacji rozwiązania ciąży jest jednak inna od pozostałych przy-

do not have rights for totally free shaping a content of legal relation. Content of any legal relation is limited by its nature and in case of contract between a doctor and a patient such situation always takes place. At one hand qualified party (doctor) whose knowledge and professional experience do not remain insignificant for the relation content, from the other hand patient who only exceptionally has medical knowledge. Considering the rule in contract law, parties drawing up an arrangement make compromise about subject of the arrangement.

In that point there is a question to ask, if a subject of eventual contract between doctor and parturient is pregnancy termination in a way that according to knowledge and experience of a person appropriately qualified is the best for the second party of legal relation or if a subject of the contract is only pregnancy termination in a way pointed by a “contracting party” i.e. by caesarean section? Nature of legal relation and rules of social companionship, and among others professional category of gynaecologist obstetrician activity and action taken for patient and her child’s good should incline to accept the first from presented positions, and pregnancy termination should be carried only according to medical knowledge and rules of medical art.

Drawing up an arrangement between a doctor and a patient, by virtue of which the doctor commit themselves to terminate normal pregnancy only by caesarean section and simultaneously referring to contract content they refuse carrying out a labour by routes and forces of nature, should be recognised as incompatible with rules of social companionship and carrying out professional duties [11].

ADMISSIBILITY OF GYNAECOLOGIST OBSTETRICIAN ACTIVITY IN FIELD OF PARTURIENT CONSENT

In all from situations presented above gynaecologist obstetrician taking the labour must, according to art. 32 Law on profession of medic and dentist [12], operate in the ranges in whose parturient gives them permission.

Situation of gynaecologist obstetrician in case of pregnancy termination is however diverse than any other cases concerning doctor’s action in front of a patient. Nature of doctor actions is determined and it is reduced to, in typical situations of normal pregnancy, its termination by labour. In described case, if there is no necessity of taking no more other medical actions, taking the labour is a subject of patient consent.

The consent should be, like in any other case of doctor’s procedure of action, expressed in conscious way and explained. The term of consent explanation should be understood in case of pregnancy termination that gynaecologist obstetrician after examinations explains the way of termination, chances of making it by forces and routes of nature and eventual medical indica-

padków obejmujących postępowanie lekarza wobec pacjenta. Charakter działań lekarza jest zdeterminowany i sprowadza się, w typowych sytuacjach prawidłowo przebiegającej ciąży, do jej zakończenia przez przeprowadzenie porodu. W omawianym przypadku, gdy nie zachodzi potrzeba podejmowania innych czynności medycznych to odebranie porodu stanowi przedmiot zgody pacjentki.

Zgoda powinna być, jak w każdym innym przypadku postępowania lekarza, wyrażona w sposób świadomy i objaśniona. Pojęcie objaśnienia zgody rozumieć należy w przypadku rozwiązania ciąży w ten sposób, że lekarz ginekolog-położnik po przeprowadzeniu badania wstępnego wyjaśnia w jaki sposób nastąpić powinno rozwiązanie, jakie są szanse, co do tego, by poród odbył się siłami i drogami natury, i ewentualne wskazania medyczne zmuszające do przeprowadzenia porodu przez wykonanie cesarskiego cięcia. Objasnienie przedmiotu zgody stanowić powinno w przypadku porodu pierwszy jego etap połączony z przyjęciem do szpitala czy kliniki. Mowa tu oczywiście o sytuacjach typowych, kiedy w świetle postawionej przez lekarza diagnozy po przeprowadzeniu badania można wykluczyć konieczność podjęcia natychmiastowych działań zmierzających do ratowania życia rodzącej bądź mającego się narodzić dziecka.

Przyjmuje, że zgoda rodzącej na czynności o charakterze diagnostycznym może być wyrażona w jakiegokolwiek formie i następuje - co do zasady - przy przyjęciu do szpitala czy kliniki, natomiast zgoda na przeprowadzenie porodu niezależnie od sposobu jego przeprowadzenia powinna być, w świetle art. 34 u.z.l., wyrażona w formie pisemnej. Podstawą dla przyjęcia tezy, iż zgoda na przeprowadzenie porodu powinna być wyrażona w formie pisemnej jest to, że poród wiąże się ze zwiększonym ryzykiem dla zdrowia pacjentki.

Zgoda pacjentki obejmuje jedynie działania będące przedmiotem objaśnienia. Nie daje ona jednak lekarzowi swobody postępowania - co więcej - nie oznacza, że lekarz ma prawo dokonać każdego zabiegu. Jeżeli pacjentka wyraża zgodę na przeprowadzenie porodu oznacza to, w typowej sytuacji, poród odbywający się siłami i drogami natury. W przypadku konieczności, podyktowanej wskazaniami medycznymi, porodu przez dokonanie cesarskiego cięcia powinno to stanowić przedmiot zgody. Trudno wyobrazić sobie sytuację, kiedy przedmiotem zgody jest wyłącznie zakończenie ciąży w wyniku cesarskiego cięcia, a jednocześnie pacjentka nie wyraża zgody na przeprowadzenie porodu w inny sposób. Należy w tym miejscu z całą stanowczością podkreślić, że działanie lekarza zawsze powinno być uzasadnione stanem zdrowia pacjentki. Przyjmuje się w literaturze prawniczej za zawinione działanie, które jest sprzeczne z zasadami sztuki lekarskiej. Lekarz zatem ponosi odpowiedzialność cywilną za działanie, które pozostaje w sprzeczności z zasadami wykonywania zawodu, a za takie uznać należy nie-

tych działań. Explanation of consent subject should be the first stage of procedure of admission to hospital or clinic. Here typical situations are discussed, where in the light of doctor's diagnosis after examinations, necessity of taking immediate actions to save life of parturient or newborn child can be excluded.

I acknowledge that parturient consent for actions of diagnostic nature may be expressed in any form and takes place – as a rule – at admission to hospital or clinic, whereas consent for labour conducting without reference to the way of its conduction should be, in the light of art. 34 of Law on profession of medic and dentist, expressed in written form. The basis for acceptance the thesis that consent for labour conduction should be expressed in written form is the fact that labour is connected with higher risk for patient health.

Patient consent covers only actions that were explained. It does not give to the doctor freedom of action – even more – it does not mean that doctor is entitled to perform any procedure. If the patient gives her consent to labour conducting - it means, in typical situation, labour by routes and forces of nature. In case of necessity dictated by medical indications, delivery by caesarean section should stand for contract subject. It is hard to imagine a situation where subject of consent is only pregnancy termination by caesarean section, and simultaneously patient does not give her consent to perform labour in any other way. It should be underlined here that doctor's action should always be justified by patient health state. In the literature culpable action is the one incompatible with rules of medicinal art. Therefore doctor bears civil responsibility for action that remains in conflict with rules of carrying out their duties and actions that are not justified by patient health state should be concerned as one of them.

It means that doctor cannot only at patient request, in described situation of labour, take actions which in light of medical knowledge are not justified. Patient's consent and request do not eliminate doctor's civil responsibility.

Problem of labour by caesarean section at request is an effect of misunderstanding WHO recommendations and postulates declared during the action "To give birth decently" [13] in light of which it is woman, not hospital, to decide how to born her child and it is women to influence measures and procedures used during child delivery, however all procedures should be used only if they are medically indicated.

Actions of gynaecologist obstetrician should in any case be good for patient and newborn child. It should be understand in a way that any doctor's intervention in an organism, especially obstetric intervention of surgery nature should follow after consideration of its potential risk. Doctor should keep from surgery intervention when the risk of potential injury for patient's or child's health is higher than expected advantage,

wątpliwie działanie nieuzasadnione stanem zdrowia pacjentki.

Oznacza to, że lekarz nie może na wyłączne życzenie pacjentki, w interesującej nas sytuacji porodu, podejmować działań, które w świetle wiedzy medycznej nie znajdują uzasadnienia. Odpowiedzialności cywilnej lekarza nie wyłącza przy tym zgoda pacjentki ani jej życzenie.

Pojawienie się problemu porodu przez cesarskie cięcie na życzenie jest efektem niezrozumienia zaleceń WHO i postulatów zgłaszanych w trakcie akcji „Rodzić po ludzku”[13] w świetle których to wprawdzie kobieta, a nie szpital decyduje jak urodzić dziecko i to kobieta ma wpływ na środki i zabiegi stosowane podczas porodu, ale jednak, co należy podkreślić, wszelkie zabiegi powinny być stosowane wyłącznie, gdy są wskazania medyczne.

Działania ginekologa-położnika powinny w każdym przypadku służyć dobru pacjentki i mającego się narodzić dziecka. Rozumieć należy to w ten sposób, że jakakolwiek ingerencja lekarza w organizm, a zwłaszcza położnicza ingerencja o charakterze operacyjnym powinna następować po rozważeniu jej potencjalnego ryzyka. Lekarz powinien powstrzymać się od interwencji operacyjnej wówczas, gdy ryzyko potencjalnej szkody dla zdrowia kobiety bądź dziecka jest wyższe aniżeli oczekiwana korzyść zwłaszcza, gdy możliwe są inne środki służące osiągnięciu tego samego celu [9].

W świetle wyżej poczynionych uwag z wielką ostrożnością interpretować należy przepis art. 13 Kodeksu Etyki Lekarskiej [14]. Przepis stanowi, że obowiązkiem lekarza jest respektowanie prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu podstawowych decyzji lekarskich dotyczących jego stanu zdrowia. Istotne w przepisie jest użyte przez autorów k.e.l. słowo „podstawowych”, a sam przepis nie oznacza przez to, że to pacjentowi pozostawia się wybór metod leczenia. Przepis ten odczytywany musi być łącznie z art. 6 k.e.l., w świetle którego lekarz ma swobodę wyboru metod postępowania, które uzna za najskuteczniejsze, a jednocześnie jego działanie ograniczać się powinno do czynności medycznych rzeczywiście koniecznych zgodnie z aktualnym stanem wiedzy.

BRAK WSKAZAŃ MEDYCZNYCH DO PRZEPROWADZENIA ZABIEGU CESARSKIEGO CIĘCIA

Podejmując rozważania dotyczące wskazań do przeprowadzenia cesarskiego cięcia wypada odesłać czytelnika do wcześniejszych rozdziałów podręcznika, gdzie medyczne wskazania do przeprowadzenia tego zabiegu zostały szczegółowo omówione. Podzielić jednak wypada pogląd przydatny dla dalszych rozważań prawnika, że co do zasady w położnictwie do przeprowadzenia interwencji operacyjnej, jaką jest cesarskie cięcie, występują tylko dwa rodzaje wskazań obejmujące z jednej strony zagrożenie rodzącej, z drugiej zagrożenie

especially if other measures serving to obtain the same aim are available [9].

In the light of all presented remarks, rule of art. 13 of Medical Ethics Code should be interpreted carefully [14]. The regulation says that, doctors' duty is to respect patients' rights to conscious participation in making basic doctors decisions concerning their health state. Important in that regulation is used by authors of Medical Ethics Code word "basic" and the rule by its own does not mean that the decision of therapeutic methods selection is left to a patient. That rule must be read further together with art. 6 of Medical Ethics Code, in light of which the doctor is free to select procedure methods which they find to be the most effective, and in the same time their action should be limited to medical actions really necessary according to actual knowledge state.

LACK OF MEDICAL INDICATIONS FOR CONDUCTION PROCEDURE OF CAESAREAN SECTION

Considering indications for caesarean section conducting, the reader should be sent to previous chapters of the book, where medical indications were discussed in details.[1] Opinion useful for further considerations of is that there are two kinds of indications in obstetrics to perform surgical intervention of caesarean section. These are from one hand those including risks for parturient from one other – for fetus or both in the same time [3]. Statements of medical sciences representatives who use those indications and factors influencing decision of carrying out caesarean section like "doctor's predispositions to pregnancy termination by caesarean section", "age and educational level of parturient" and "labour with avoiding physical effort" should be decidedly rejected [6, 15, 16]. It is unacceptable especially because of fuzzy character of presented criteria. A lawyer strongly rejects such expression of indications because they allow in generally qualifying all situations as medical indications for caesarean section conducting and as it follows they may lead to serious misuses.

In case of labour conducting b caesarean section in situations indicated above and in case of parturient exclusive request we have something to do with lack of prerequisites for its execution. Here, only relative and unclear indication appears and the doctor is in situation in which they should instruct the patient that even if the procedure is "technically available" it may cause inflammatory states or other kinds of danger [5]. **If there are no indication justified by medical factors, doctor must instruct the patient about possibilities of labour conduction by forces and routes of nature.**

Duty of information in situations where medical intervention (especially of surgery nature) is connected with higher risk is discussed in subject literature. A fact should be underlined: if the patient as a result of caesarean section conducted in spite of medical indications would be harmed, gynaecologist obstetrician

nie płodu lub oba jednocześnie [3]. Stanowczo odrzucić należy wypowiedzi przedstawicieli nauk medycznych, którzy posługują się takimi wskazaniem i czynnikami wpływającymi na podjęcie decyzji o przeprowadzeniu cesarskiego cięcia jak „skłonność lekarza do rozwiązania przez cesarskie cięcie”, „wiek i wykształcenie rodzącej” czy „poród z unikaniem wysiłku fizycznego” [6, 15, 16]. Nie jest to do przyjęcia przede wszystkim ze względu na nieostry charakter prezentowanych kryteriów. Prawnik z całą mocą odrzuca takie ujęcie wskazań jako, że cytowane wskazania pozawalają w zasadzie na zakwalifikowanie wszelkich sytuacji jako wskazań medycznych do przeprowadzenia cesarskiego cięcia, a co za tym idzie, mogą prowadzić do znacznych nadużyć.

W sytuacji przeprowadzenia porodu poprzez dokonanie cesarskiego cięcia we wskazanych wyżej sytuacjach, a także w przypadku wyłącznego życzenia rodzącej mamy do czynienia z brakiem bezwzględnych przesłanek do jego dokonania. Występują tu jedynie względne i nieprecyzyjne wskazania, a skoro tak to lekarz znajduje się w sytuacji, w której ciąży na nim obowiązek szczegółowego pouczenia pacjentki, że choć zabieg jest „technicznie możliwy” to jednak może spowodować stany zapalne bądź innego rodzaju zagrożenia [5]. **Skoro nie ma wskazań uzasadnionych czynnikami medycznymi lekarz ma obowiązek pouczyć pacjentkę o możliwościach przeprowadzenia porodu siłami i drogami natury.**

Podnosi się w literaturze przedmiotu, że obowiązek szczególnej informacji obejmuje zwłaszcza te sytuacje, w których z interwencją lekarską (zwłaszcza o charakterze operacyjnym) wiąże się zwiększone ryzyko. Wypada uwypuklić fakt, że w sytuacji gdyby pacjentka w wyniku przeprowadzenia cesarskiego cięcia wbrew wskazaniom medycznym odniosła szkodę lekarz ginekolog-położnik poniesie za nią odpowiedzialność nawet wtedy, gdyby szkoda powstała przy braku jego winy.

Lekarz ginekolog-położnik poniesie w omawianej sytuacji odpowiedzialność za pozbawienie pacjentki możliwości uniknięcia tego ryzyka przez podjęcie innego działania, z którym wiąże się mniejsze ryzyko niż z interwencją operacyjną w postaci cesarskiego cięcia.[9].

DOKONANIE CESARSKIEGO CIĘCIA JAKO ZABIEGU OPERACYJNEGO OCZYWIŚCIE ZBĘDNEGO

W literaturze prawniczej oraz orzecznictwie Sądu Najwyższego stosunkowo dużo miejsca poświęca się szkodzie, której doznaje pacjent w wyniku dokonania przez lekarza zabiegu oczywiście zbędnego. Szczególne miejsce zajmują w orzecznictwie zabiegi operacyjne oczywiście zbędne.

Omawiana sytuacja obejmuje także przypadki oczywiście zbędnego, z punktu widzenia stanu zdrowia konkretnej rodzącej bądź sytuacji płodu, zabiegu cesar-

will bear responsibility for those, even if the harm arises without doctor's fault.

Gynaecologist obstetrician will bear in that situation responsibility for bereaving patient of possibility of avoidance of those risk by taking other action, which is connected with lower risk than with surgical intervention in form of caesarean section.[9].

CAESAREAN SECTION PERFORMANCE AS SURGERY PROCEDURE EVIDENTLY REDUNDANT

In legal literature and in Supreme Court judicial decisions a lot of place is dedicated to damages that patient experience as a result of conducting evidently redundant surgical procedure. Special place is occupied surgical procedures evidently redundant in judicial decisions.

Described situation includes also cases of evidently redundant, from the point of view of health state of parturient or fetus, procedure of caesarean section. I share the opinion expressed in one of the older judicial decision of Supreme Court, in light of whose: **“commission of serious surgical procedure evidently redundant in light of medical knowledge and professional experience is negligence according to art. 417 of civil code.”**[17].

Damage that patient suffers or may suffer as a result of labour conducting by caesarean section with lack of medical indications may in described situation be a result of defective diagnosis at admission to hospital, mistake in medicinal art or negligence resulted from lack of conducting preliminary examinations at patient admission to hospital or clinic [9].

I firmly take position that expressing of consent by a doctor to conduct surgical procedure of caesarean section exclusively at parturient request with lack of medical indications having reasons in patient or fetus's health state is a culpable mistake in medicinal art and may result in bearing responsibility for violation of the principles of carrying out doctors duties.

DOCTOR'S RESPONSIBILITY FOR NOT CONDUCTING PROCEDURE OF CAESAREAN SECTION AT REQUEST

For civil responsibility of gynaecologist obstetrician who does not conduct procedures of caesarean sections at parturient request, like in any other cases of civil responsibility, some prerequisites of that responsibility must be fulfilled. Firstly, event causing damage must come into being and that event must be associated with a consequence that one of the parties is responsible for that damage. Secondly damage of patrimonial nature must come into being (damage to the person or to property) or non-proprietary (harm). And finally causal nexus must exist between event causing the damage and the damage.

In the light of previous studies of medical sciences representatives and their results described in literature there is no basis to accept that labour taking place by forces and routes of nature cause higher risk for health

skiego cięcia. Podzielałam pogląd wyrażony w jednym ze starszych orzeczeń Sądu Najwyższego, w świetle którego: „**dopuszczenie do poważnego zabiegu operacyjnego oczywiście zbędnego w świetle wiedzy medycznej i doświadczenia lekarskiego jest zaniedbaniem w świetle art. 417 k.c.**”[17].

Szkoda, której doznaje bądź może doznać pacjentka w wyniku przeprowadzenia porodu przez cesarskie cięcie przy braku wskazań medycznych może w omawianej sytuacji być wynikiem bądź wadliwej diagnozy postawionej przy przyjęciu do szpitala, zawinionego błędu w sztuce lekarskiej bądź też zaniedbań wynikających z nieprzeprowadzenia badań wstępnych przy przyjęciu pacjentki do szpitala czy kliniki [9].

Stanowczo stoję na stanowisku, że wyrażenie przez lekarza zgody na przeprowadzenie operacyjnego zabiegu cesarskiego cięcia na wyłączne życzenie rodzącej przy braku wskazań mających uzasadnienie w stanie zdrowia rodzącej bądź płodu stanowi zawiniony błąd w sztuce lekarskiej i może skutkować odpowiedzialnością lekarza za naruszenie zasad wykonywania zawodu.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ LEKARZA ZA NIEDOKONANIE ZABIEGU CESARSKIEGO CIĘCIA NA ŻYCZENIE

Dla powstania odpowiedzialności cywilnej lekarza ginekologa-położnika niedokonującego cesarskiego cięcia na życzenie rodzącej, podobnie jak w każdym innym przypadku odpowiedzialności cywilnej, muszą być spełnione pewne przesłanki tej odpowiedzialności. Po pierwsze musi zaistnieć zdarzenie wywołujące szkodę i z tym zdarzeniem ustawa wiązać musi ten skutek, że czyni jedną ze stron za szkodę odpowiedzialną. Po drugie musi zaistnieć szkoda mająca charakter majątkowy (mowa tu o szkodzie na osobie bądź na mieniu) albo niemajątkowy (mowa wtedy o krzywdzie). I wreszcie między zdarzeniem wywołującym szkodę, a szkodą musi istnieć związek przyczynowy.

W świetle dotychczasowych badań przedstawicieli nauk medycznych i ich wyników opisanych w piśmiennictwie nie ma podstaw do przyjęcia, że poród odbywający się siłami i drogami natury powoduje większe zagrożenie dla życia i zdrowia rodzącej czy płodu niż poród odbywający się przez cesarskie cięcie. Przedstawiciele nauk medycznych wskazują na sytuację odwrotną i twierdzą, że chirurgiczna ingerencja o charakterze położniczym stwarza o wiele większe zagrożenie powikłań niż poród przeprowadzony siłami i drogami natury [5]. Trudno jednoznacznie wykazać, że nieprzeprowadzenie porodu na życzenie rodzącej przy braku wyraźnych medycznych wskazań może prowadzić do szkody. Wydaje się raczej, że szkoda - o ile wystąpi - będzie wynikiem zaniedbania lekarza i postawienia niewłaściwej diagnozy. W tej sytuacji lekarz ginekolog-położnik poniesie odpowiedzialność za działanie sprzeczne z zasadami sztuki lekarskiej, nie zaś za nieprzeprowadzenie porodu przez cesarskie cięcie na „życzenie.”

or life of parturient or fetus than labour that is conducted by caesarean section. Medical sciences representatives shows opposite situation and they state that surgical intervention of obstetric nature cause much higher risk of complications than labour conducted by forces and routes of nature [5]. It is difficult to state unequivocally that non-conducting labour at parturient request without clear medical indication may cause damage. It seems that damage, if it occurs, will be a result of doctor negligence and giving wrong diagnosis. In such situation gynaecologist obstetrician will bear responsibility for action incompatible with rules of medical art, not for non-conducting labour by caesarean section at “request”.

Situation can modify slightly only when patient with gynaecologist obstetrician is connected by legal relationship of contractual nature, and the subject of that contact is exclusively conducting procedure of caesarean section in case of normal pregnancy. Non-conducting the procedure would result in bearing the responsibility for inexecution of obligations according to art. 471 of civil code.

However according to previous statements, drawing up such arrangement by gynaecologist obstetrician and making commitment of performance a procedure of caesarean section at parturient request in spite of medical indications should be treated as incompatible with rules of medical art so giving responsibility for violation of the principles of carrying out doctor's duties [18].

Sytuacja może ulec nieznacznej modyfikacji, wyłączenie wtedy, gdy pacjentkę z lekarzem ginekologiem-położnikiem łączy stosunek prawny o charakterze umownym, a przedmiotem umowy jest wyłącznie dokonanie zabiegu cesarskiego cięcia w przypadku prawidłowo przebiegającej ciąży. Nieprzeprowadzenie zabiegu skutkowałoby w takiej sytuacji odpowiedzialnością lekarza za niewykonanie zobowiązania na podstawie art. 471 k.c.

Jednak zgodnie z tym, co podniesiono uprzednio już samo zawarcie przez lekarza ginekologa-położnika takiej umowy i przyjęcie zobowiązania do przeprowadzenia zabiegu cesarskiego cięcia na życzenie rodzącej wbrew wskazaniom medycznym traktować należy jako sprzeczne z zasadami sztuki lekarskiej a zatem rodzące odpowiedzialność za naruszenie zasad wykonywania zawodu [18].

Piśmiennictwo / References:

- Haberko J.:** Dokonanie zabiegu cesarskiego cięcia na życzenie rodzącej. In: Bręborowicz G.H.: Ciąża wysokiego ryzyka. Ośrodek Wydawnictw Naukowych, Poznań XXVI; 1068.
- Problematyka „Cesarskiego cięcia czy porodu siłami natury?” były przedmiotem X Sympozjum Sekcji Psychosomatycznej Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w Wiśle 27-28 października 2006 roku. *Ginekologia i Położnictwo - Medical Project* 2006; 2.
- Dudenhause J.W., Psyhrembel W.:** Położnictwo praktyczne i operacje położnicze. 2003; 327.
- Skret A.:** Poród. In: Bręborowicz G.H.: Położnictwo. Podręcznik dla położnych i pielęgniarek. Warszawa 2002; 162.
- Słomko Z., Bręborowicz G.H.:** Operacje położnicze. In: Bręborowicz G.H.: Ciąża wysokiego ryzyka. Poznań 2000; 229-233.
- Drews K., Słomko Z., Pieńkowski W.:** Poród po cięciu cesarskim. *Klin Perinat i Gin* 2001; 33:72-73.
- Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego z dnia 8-9.10.2004 roku w zakresie wybranych patologii wczesnej ciąży oraz postępowania po zapłodnieniu in vitro – www.gpsk.am.poznan.ptg
- Kocylowski R., Bręborowicz G.H.:** Prenatalny rozwój dziecka oraz opieka nad ciążą po zapłodnieniu pozaustrojowym. In: Haberko J., Łączkowska M.: Prawne, medyczne i psychologiczne aspekty wspomaganiej prokreacji. Poznań 2005; 38.
- Nesterowicz M.:** Prawo medyczne. Toruń 2004; 28, 93,125, 151.
- Kodeks cywilny - ustawa z dnia 23.04.1964 roku (Dz. U. 1964, nr 16, poz. 93 ze zmianami) – dalej powoływana jako k.c.
- Machnikowski P.:** Swoboda umów według art. 353ą k.c. Konstrukcja prawna. 2005; 260, 305.
- Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry z dnia 5.12.1996 roku (Dz. U. 2005, nr 226, poz. 1943 ze zmianami) – dalej powoływana jako u.z.l.
- Przestrzeganie praw pacjenta w oddziałach położniczych. Raport z monitoringu wybranych oddziałów położniczych województwa mazowieckiego – www.rodzicpoludzk.pl.
- Przyrzeczenie Lekarskie i Kodeks Etyki Lekarskiej z dnia 2.01.2004 roku (wraz ze zmianami uchwalonymi w dniu 20.09.2003 roku przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy) – www.bibl.amwaw.edu.pl/kodeks_etyki_2004.htm – powoływane jako k.e.l.
- Szymański W., Sarap J., Sadkiewicz J., Szymański M.:** Analiza wskazań do cięcia cesarskiego u chorych kobiet ciężarnych w latach 1980-1997. *Klin Perinat i Gin* 1998, 23: 110.
- Medard L., Szamotulska K., Mielniczuk H.:** Pozakliniczne uwarunkowania w podejmowaniu decyzji o cięciu cesarskim. *Gin Pol* 1997; 68/1: 22 – 29.
- Orzeczenie SN z 29.12.1969, II CR 564/69, OSPIKA 10/1970, poz. 202.
- Ustawa o izbach lekarskich z dnia 17.05.1989 roku (Dz. U. 1989, nr 30, poz. 158 ze zmianami).