

Pacjentki rzadko dochodzą swoich praw - relacja z konferencji „Prawa pacjentek - bez znieczulenia”



O przysługujących, przestrzeganych i naruszanych prawach pacjentek w kontekście praw reprodukcyjnych, o prawie kobiet do świadczeń zdrowotnych, do opieki okołoporodowej, poszanowania intymności i godności rozmawiali uczestnicy konferencji naukowej „Prawa pacjentek - bez znieczulenia” 27 maja br. we Wrocławiu.

Konferencję otworzyli **adv. Justyna Metelska**, przewodnicząca Komisji Praw Człowieka przy NRA oraz **adv. Andrzej Grabiński**, dziekan Okręgowej Rady Adwokackiej we Wrocławiu.

Adv. Katarzyna Gajowniczek-Pruszyńska, przewodnicząca Zespołu ds. Kobiet przy NRA, w słowie wstępnym omówiła wnioski raportów Naczelnej Izby Kontroli oraz Fundacji Rodzic po Ludzku z 2016 roku, w których znajdują się m.in. informacje o nieprzestrzeganiu przez placówki szpitalne rozporządzenia Ministra Zdrowia z 20 września 2012 r. o standardach okołoporodowych, a także, że pacjentki nie odwołują się od łamiących ich prawa orzeczeń i decyzji lekarskich. - *Tak długo jak pacjentki będą akceptowały te nadużycia, tak długo będą one utrzymywane.* - mówiła i dodała, że w celu zwiększenia świadomości prawnej, organizatorzy konferencji przygotowali ulotki z informacjami o przysługujących pacjentkom prawach. Organizatorzy chcieliby umieścić ulotki w szpitalach w całej Polsce.

Pierwszy panel moderował **adv. Maciej Loga**, wiceprzewodniczący Komisji Praw Człowieka przy NRA.

R.pr. Magda Krzyżanowska-Mierzewska, kierownik wydziału w Kancelarii Europejskiego Trybunału Praw Człowieka, omówiła orzecznictwo Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w Strasburgu w zakresie praw pacjentek. Podkreślała, że Konwencja Praw Człowieka nie gwarantuje żadnych zaleceń co do modelu ochrony i finansowania systemu ochrony zdrowia w krajach członkowskich. - *Rolą ETPCz nie jest ocena opieki medycznej.* - tłumaczyła. Zaznaczała, że większość spraw wnoszonych przeciwko Polsce ma charakter wysoce proceduralny. Jako przykład

wskazała m.in. sprawę R.R. przeciwko Polsce. Podczas badań stwierdzono wadę genetyczną płodu, pacjentkę tak długo diagnozowano, że było za późno na możliwość aborcji. Trybunał stwierdził, że państwo jest winne nie z powodu niedopuszczenia do aborcji, ale z powodu zwłoki i braku odpowiedniej procedury. Prelegentka omówiła również orzeczenia Vo przeciwko Francji – przez pomyłkę dokonano aborcji u niewłaściwej pacjentki o tym samym nazwisku. Lekarz został ukarany jak za zabójstwo człowieka. W sprawie Dickson przeciwko Wielkiej Brytanii chodziło o prawo do wspomaganego rozrodu. Powódka domagała się umożliwienia zapłodnienia z partnerem, który przebywał w więzieniu. Trybunał uznał, że nie mają w tym przypadku zastosowania przepisy Konwencji. Przytoczyła też sprawę polityki Słowacji wobec Romek, które po drugim lub trzecim porodzie sterylizowano bez ich wiedzy. Mec. Krzyżanowska- Mierzewska zwróciła też uwagę, że w kwestii klauzuli sumienia orzecznictwo Trybunału jest odmienne niż w Polsce.

Adw. Anna Mazurczak, naczelniczka wydziału prawa antydyskryminacyjnego w biurze RPO oraz członkini Komisji Praw Człowieka przy NRA, mówiła o prawach kobiet jako prawach człowieka w obszarze ochrony zdrowia w Polsce. Zaznaczała, że choć ustawa o prawach pacjenta i o rzeczniku praw pacjenta daje możliwość wniesienia odwołania lub skargi, to kobiety bardzo rzadko to robią. Przypomniała, że pacjentka powinna mieć prawo wnieść skargę do niezależnego organu, być wysłuchaną oraz otrzymać pisemne uzasadnienie odmowy. Pani Mecenas zwracała uwagę na utrudnienia związane z wniesieniem skargi, które spowodowane są skomplikowaną procedurą – pacjent musi wskazać precyzyjnie podstawę prawną, według której lekarz naruszył prawo, ale nie może być w tej procedurze reprezentowany przez pełnomocnika, problemem są również terminy – pacjent powinien wnieść skargę w terminie 30 dni, a komisja lekarska ma wydać orzeczenie najdalej w ciągu 30 dni, ponadto pacjentowi nie przysługuje odwołanie od decyzji komisji. Bariere stanowi również niechęć lekarzy do pisemnego uzasadnienia odmowy badań i zabiegów. Mec. Mazurczak przytoczyła dane statystyczne - w latach 2011-2015 było tylko 136 sprzeciwów wobec decyzji lekarza. W 8 sprawach sprzeciw spełniały wymogi formalne. Tylko 4 sprawy dotyczyły odmowy przerwania ciąży, w jednym przypadku komisja uznała sprzeciw za zasadny. W tym czasie nie było żadnej skargi na

odmowę skierowania pacjentki na badania prenatalne. Dane te są dowodem na to, że prawo do skargi jest mało skutecznym środkiem. Prelegentka wspominała też, że w 2013 Rzecznik Praw Obywatelskich wystąpił o znowelizowanie ustawy w kierunku ułatwienia procedury, skrócenia terminu rozpatrywania skargi oraz rezygnację z konieczności wskazywania przepisów. W 2016 roku Minister Spraw Zagranicznych zadeklarował, że do końca roku zmiany zostaną wprowadzone, jednak w listopadzie 2016 r. Ministerstwo Sprawiedliwości, uznało że nie ma konieczności nowelizacji ustawy i do tej pory procedury są te same.

Adw. dr Anna Malicka-Ochtera wskazała na źródła prawa regulujące standardy okołoporodowe, są to: konstytucja RP, ustawa o prawach pacjenta i o Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawa o działalności leczniczej, ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry, ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej oraz kodeks etyki lekarskiej. Zasadnicze było wprowadzenie tzw. rozporządzenia o standardzie okołoporodowym z 20 września 2012 r., które reguluje kwestie praw pacjentek spodziewających się dziecka. Rozporządzenie wprowadziło zmianę relacji pacjentki i opieki medycznej z paternalistycznej na partnerską, dzięki której kobieta jest podmiotem decyzyjnym. W rozporządzeniu tym ograniczono medykację porodu fizjologicznego oraz wprowadzono plan porodu, dzięki któremu kobieta może dużo wcześniej przed porodem określić na jakie ingerencje podczas porodu wyraża zgodę. Oddzielne rozporządzenia ministra zdrowia regulują również standardy postępowania personelu w trakcie porodu, strategię uśmierzania bólu oraz regulują opiekę nad noworodkiem.

Prelegentka poruszyła też kwestie związane z porodem w domu i cesarskimi cięciami na żądanie. Choć w polskim prawie jest możliwość porodu w domu zaleca się rodzenie w szpitalu. Problemem pozostaje refundacja za tego typu poród. Cesarskie cięcie na żądanie z kolei ma aspekt prawny od strony cywilnej i karnej. Lekarz podejmując decyzję o cesarskim cięciu powinien kierować się zagrożeniem zdrowia lub życia rodzącej i dziecka. Kodeks Etyki Lekarskiej zapewnia lekarzowi swobodę wyboru w zakresie metod postępowania, lecz czynności te powinny być ograniczone do rzeczywiście potrzebnych choremu. Pani Mecenas zaznaczyła, że

życzeniowość pacjentek często graniczy z roszczeniami. - *Podmiotowość pacjentki a zaufanie personelowi medycznemu nie powinny się wykluczać.* - zaznaczyła.

Panel drugi, który moderował **adw. Artur Pietryka**, wiceprzewodniczący Komisji Praw Człowieka przy NRA, rozpoczęło wystąpienie p. **Katarzyny Kozioł**, naczelnik departamentu postępowań wyjaśniających w wydziale prawnym Biura Rzecznika Praw Pacjenta. Prelegentka podała przykłady naruszania praw pacjentek. Są to najczęściej: odmowa objęcia opieką okołoporodową pacjentki przed 10. tygodniem ciąży; odmowa udzielenia świadczenia zdrowotnego nieubezpieczonej kobiecie w ciąży; odmowa realizacji świadczeń towarzyszących (np. orzeczenia o czasowej niezdolności do pracy); obciążanie ciężarnych kosztami znieczulenia zewnątrzoponowego; brak wsparcia psychologicznego dla ciężarnej w przypadkach m.in. ciąży patologicznych czy poronień; nierealizowanie planu porodu; nieterminowe wystawianie skierowań na badania prenatalne; wykonywanie bez zgody pacjentek dodatkowych procedur podczas porodu, jak podanie oksytocyny czy nacięcie krocza; odmowa przeprowadzenia określonej procedury lub zabiegu; brak przeprowadzania badań określonych w standardach okołoporodowych dla poszczególnych etapów ciąży; problemy z dostępem do antykoncepcji; niekierowanie pacjentki do ośrodka o wyższym stopniu referencyjności w przypadkach tego wymagających; niewykonanie koniecznych badań diagnostycznych, co skutkowało niewykryciem konfliktu serologicznego; pozostawienie pacjentki bez fachowej pomocy podczas akcji porodowej; odmowa rozpatrzenia wniosku pacjentki o udzielanie jej świadczeń zdrowotnych podczas porodu przez lekarza płci żeńskiej.

Przytoczyła statystyki, z których wynika, że w latach 2014-16 Rzecznik Praw Pacjenta w blisko 130 przypadkach stwierdził naruszenie praw pacjentek związanych z opieką okołoporodową i świadczeniami ginekologicznymi co stanowi 8,8% wszystkich stwierdzonych naruszeń w tym okresie. Pani Katarzyna Kozłowska zaznaczyła, że skala naruszeń się zmniejsza z każdym rokiem - w 2014 r. było to 15% wszystkich stwierdzonych naruszeń, zaś w roku 2016 - 11%. Jej zdaniem powodem spadku spraw jest polepszająca się opieka medyczna. Dodała, że dostęp do zgłoszenia naruszenia jest prosty - można

anonimowo zadzwonić na infolinię.

Najczęściej łamane jest prawo do świadczeń zdrowotnych. W latach 2014-16 Rzecznik Praw Pacjenta w 55 przypadkach stwierdził naruszenie praw w tym zakresie. Kolejnym często naruszonym prawem jest prawo do informacji. W tym samym czasie Rzecznik stwierdził, że prawo o naruszono w 25 przypadkach. RPP rozpatruje również skargi na naruszenie prawa do intymności i godności. Są to najczęściej przykłady braku zgody lekarza na obecność partnera podczas porodu czy badań oraz obecność przy udzielaniu pacjentce świadczeń zdrowotnych w szpitalach klinicznych studentów bez zgody pacjentki.

Prelegentka poruszyła również kwestię klauzula sumienia. Przypomniała wyrok Trybunału Konstytucyjnego, zgodnie z którym jeśli nie jest zagrożone zdrowie lub życie pacjenta, lekarz może powołać się na klauzulę sumienia i odmówić udzielania świadczeń zdrowotnych. Jednak ma obowiązek powiadomienia bezpośredniego przełożonego oraz winien uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej.

Joanna Pietrusiewicz, prezeska Fundacji Rodzić po Ludzku, zwracała uwagę na wprowadzone w 2010 r. standardy okołoporodowe, które mają na celu wcześniejsze ustalenie zasad postępowania, pomaga w tym np. plan porodu. Podkreślała, że poród jest naturalnym momentem w życiu, a obecnie zaczął być traktowany jako zjawisko medyczne. Zwracała uwagę, że obecność położnej podczas porodu jest ważniejsza niż obecność lekarza. - *To położna, a nie lekarz ma wiedzę dotyczącą fizjologii porodu. Lekarze rzadko rozumieją mechanizm hormonalny kobiety. (...) Daliśmy sobie wmówić, że ciąża i poród to niebezpieczeństwo. Należy przywrócić wiarę w poród fizjologiczny.*- przekonywała.

Pani Joanna Pietrusiewicz podkreślała też, jak niezwykle ważna jest komunikacja z rodzącą. Jej brak lub wadliwość może być nawet powodem depresji poporodowej. Jako nieludzkie traktowanie uważa brak powszechnej możliwości znieczulenia zewnątrzoponowego. Tylko 50% szpitali deklaruje możliwość takiego znieczulania, a jedynie w 25% było ono realnie dostępne. Są szpitale gdzie prawie wszystkie kobiety dostają oksytocynę, która przyspiesza poród, ale powoduje ogromne bóle skurczowe. Zwracała również uwagę, że poród domowy powinien być refundowany oraz na powszechny dostęp do pomocy laktacyjnej.

Adw. Monika Gąsiorowska, członkini Komisji Praw Człowieka przy NRA, przypomniała o regulacjach prawnych zajmujących się prawami reprodukcyjnymi. Zaznaczyła, że dla Światowej Organizacji Zdrowia prawa reprodukcyjne są elementem praw człowieka. Mowa o nich również w proklamacji ONZ z 1968 r. W Polsce prawa te reguluje ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży. Według Pani Mecenas prawa reprodukcyjne w Polsce często są naruszane, głównie z powodów ideologicznych. Przede wszystkim są to brak rzetelnej informacji dla pacjentek, mnożenie wymogów, żądania dokumentów. Omówiła przykład Alicji Tysiąc, która jako pierwsza Polka zdecydowała się skierować skargę do ETPCz za uniemożliwienie jej przeprowadzenia aborcji. Mec. Gąsiorowska była jej pełnomocnikiem. Kobietę po nagłośnieniu sprawy spotkała medialna nagonka i fala hejtu, dlatego następne podobne sprawy prowadzone były już anonimowo. Prelegentka przytoczyła raport Federacji na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny z 2016 r, z którego wynika, że 22 szpitale zadeklarowały, że nie wykonują zabiegów aborcji, lub „nie ma takich przypadków”, w większości szpitali występują wymogi, często trudne do spełnienia, wymagające podróży, wydłużające czas oczekiwania na zabieg. Z raportu wynika też, że brak jednolitości procedur utrudnia pacjentkom zdobycie wiedzy o ich uprawnieniach i warunkach przeprowadzenia legalnego zabiegu. Zwróciła również uwagę na wyrok Sądu Najwyższego dotyczący prawa do badań prenatalnych. W wyroku z dnia 12 czerwca 2008 r. (III CSK 16/08) stwierdzono, że łączenie prawa do genetycznych badań prenatalnych wyłącznie z prawem kobiety do legalnego przerywania ciąży jest nieuzasadnione, prawo to wynika przede wszystkim z prawa kobiety do informacji o stanie płodu, które jest nie tylko prawem zagwarantowanym w art. 19 ust. 1 pkt 2 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, ale też dobrem osobistym chronionym w art. 23 i art. 24 kodeksu cywilnego. Pani Mecenas przypomniała również uchwałę SN z dnia 22 lutego 2006 r. (III CZP 8/06), z której wynika, że na państwo przechodzi koszt utrzymania dziecka, jeśli kobiecie po gwałcie uniemożliwiono przeprowadzenie aborcji.

Prelegentka odniosła się również do klauzuli sumienia, na którą powołują się już nie tylko lekarze, ale też szpitale. Jej zdaniem pomysłem na rozwiązanie tego zagadnienia może być rejestr

lekarzy powołujących się na klauzulę sumienia. Zwróciła też uwagę na język, w jakim mówi się o aborcji oraz na kwestię braku edukacji seksualnej.

Magdalena Matysiak, pełnomocnik ds. Praw Pacjenta z Centrum Medycznego „Żelazna” Sp. z o.o. w Warszawie, przybliżyła standardy opieki medycznej w szpitalu Św. Zofii w Warszawie. Podkreślała, że pacjent jest partnerem w procesie leczenia. Poinformowała, że przy szpitalu funkcjonują „domy narodzin”, poród odbywa się jak w warunkach domowych, jest refundowany przez NFZ, poród prowadzi tylko położna. Ponadto personel szpitalny zachęca, aby w porodzie udział brały osoby bliskie, proponuje indywidualną opiekę dla pacjentek – można wybrać położną, z którą omawia się plan porodu, położna jest obecna przy porodzie, następnie cztery godziny po i przez sześć następnych tygodni jest w pełni dostępna pod telefonem. W szpitalu św. Zofii jest również możliwość udziału osoby trzeciej przy cesarskim cięciu, ale tylko przy zabiegach zaplanowanych i za zgodą personelu. Dodała, że szpital prowadzi dla swojego personelu warsztaty z zakresu profesjonalnej komunikacji z pacjentem.

Konferencję podsumowała i zamknęła adv. Justyna Metelska, która raz jeszcze podkreśliła, jak ważne jest uświadamianie kobietom ich praw, a w konsekwencji domaganie się ich przestrzegania.





