Maria Boratyńska, Katedra/Zakład Medycyny Sądowej WUM
Seminarium dla Wydziału Lekarskiego
temat: **Legalność przerwania ciąży - kazus Anity**

(Reportaż z „Gazety Wyborczaj" 17 marca 2025, Paulina Nodzyńska)

Anita: Zamknęli mnie na oddziale psychiatrycznym. Miałam urodzić chore dziecko i oddać je do badań

Anita i Maciej mieszkają w ok. 17-tysięcznej miejscowości. Sa małżeństwem, mają trzyletniego synka. Nie planowali drugiego dziecka. Oddali wszystkie rzeczy po Krzysiu. Ale na widok dwóch kresek na teście skalai z radości.

W połowie lipca ubiegłego roku, na kontrolnym badaniu „połówkowym" (robi się je na półmetku ciąży, w okolicach 20 tygodnia - red.) upewnili się co do płci: to będzie chłopiec. Jednak będą mieli Felka, a nie Krystynę. Wtedy też usłyszeli coś niepokojącego: „maluszek ma lekko wygiętą kość udową."

W dokumentacji lekarze napisali: „skrócenie i wygięcie kości udowych". Badanie robiła **dr hab. n. med. Hanna Moczulska**, kierowniczka Poradni Genetyki Klinicznej w łódzkim Szpitalu Klinicznym Uniwersytetu Medycznego. Podejrzewała achondroplazję, a więc niskorosłość. Dla pewności zaproponowała jeszcze amnipunkcję, zaawansowane badanie prenatalne. Miało ono wykazać, czy płód jest obciążony wadą genetyczną.

- Niepokój, łzy, niedowierzanie - wspomina Anita. W oczekiwaniu na wyniki powtarzali sobie z Maciejem, że nawet jeśli diagnoza się potwierdzi, poradzą sobie. **Dr Moczulska** zadzwoniła, żeby nas uspokoić. Powiedziała, że dziecko ma wprawdzie plastyczne kości, ale to nie powód do obaw. Stwierdziła, że „taka jego uroda" - opowiada Anita.

W dokumentacji czytamy: „wyniki badania aCGH i genu $FGFR_3$ prawidłowe", „nie stwierdzono niezrównoważenia patogenu". Nic nie wskazywało więc ani na achozdroplazję, ani na opóźnienia w rozwoju intelektualnym dziecka.

Lekarka poinformowała Anitę, że pobrany materiał posłuży też przy kolejnych, jeszcze bardziej zaawansowanych badaniach genetycznych. Anity to nie zaniepokoiło. Pomyślała, że to normalna praktyka, że tak się w szpitalach po prostu robi. Ze spokojem czekała na syna.

W 28 tygodniu (to początek siódmego miesiąca) wróciła do szpitala na kontrolne USG. Wynik: „skrócone i wygięte kości udowe, pozostałe w zakresie normy". **Dr Moczulska** nadal zapewniała mnie, że mam się niczym nie martwić. Przytoczyła historię dziewięcioletniego Jasia, który miał podobne wyniki w życiu płodowym. Wykryto u niego wrodzoną łamliwość kości. A teraz żyje, ma się dobrze i może z dwa razy coś sobie złamał.

- Zastanawiałam się, po co ona właściwie mi to mówi, przecież ja będę miała zdrowe dziecko - wspomina.

Wyniki „pogłębionych badań genetycznych" przyszły na początku października. Chodziło o testy DNA, które wykrywają geny odpowiedzialne za rozwój dysplazji kostnej oraz wrodzoną łamliwość kości. Potwierdziły obecność patogenu.

- Stałam na środku parkingu centrum handlowego, kiedy odebrałam telefon ze szpitala: „proszę natychmiast przyjechać na pilne badania. Dziecko ma wrodzoną łamliwość kości." rozpłakałam się tak bardzo, że nie byłam w stanie prowadzić samochodu. Zadzwoniłam po męża - mówi Anita. Dodaje: Krzyś do dziś, gdy tam wjeżdżamy, przypomina tę sytuację. Tak płakałam, że aż tata musiał przyjechać.

Pojechali z Maciejem do Poradni Genetyki klinicznej żeby się dowiedzieć, co to właściwie oznacza. I zrobić „pilne badania", na które zostali wezwani - lekarze chcieli sprawdzić, czy rodzice także są nosicielami patogenu. Czekali na korytarzu, kiedy zagaiła ich pielęgniarka: „Będzie dobrze.

Oby to tylko nie była wrodzona łamliwość kości." - Osłupiałam, bo przecież dopiero się dowiedziałam, że moje dziecko to ma. Nigdy tego nie zapomnę. Ale uśmiechnęłam się i podziękowałam za wsparcie - mówi Anita.

W gabinecie **prof. Moczulska** potwierdziła diagnozę. - Ale powiedziała też: nie jest tragicznie. To wada w najlżejszej postaci. Felek będzie normalnie chodził do przedszkola, potem do szkoły. O chorobie może nawet nikt nie wiedzieć, tak szybko będą zrastały się kości. Musimy tylko na niego bardziej uważać, bo będzie podatny na złamania - opowiada Anita.

To ją uspokoiło. Ale po powrocie do domu przeczesali z Maciejem internet, później sięgnęli tez do fachowej literatury. Analizowali wyniki. Wada wyglądała na znacznie poważniejszą.

- Ale dlaczego mielibyśmy nie ufać lekarzom? - zastanawia się Anita.

Kilka dni później poszła na kontrolne USG do prywatnej ginekolożki, dr Susan Afshari - Stasiak. Tam dowiedziała się o wysokim prawdopodobieństwie małowodzia (niebezpiecznego stanu, w którym płynu owodniowego jest zbyt mało). Wtedy też ginekolożka zasugerowała jej, żeby zaczęła rozglądać się za fundacją, która zadba o rehabilitację dziecka.

- Czerwona lampka nadal mi się nie zapalała - podkreśla Anita.

Po tej wizycie, zamiast do domu, poszła do swojej przyjaciółki Agnieszki. Tam zastał ją telefon ginekolożki: „Proszę się natychmiast pakować do szpitala. Przy małowodziu, wadzie genetycznej i niskim rozwoju płodu powinna pani być pod okiem lekarzy. To zbyt niebezpieczne."

Anita zaczęłam działać jak na szóstym biegu. - Aga dała mi swój szlafrok, piżamy, klapki i kosmetyki. W łódzkim szpitalu nie było miejsca. Pojechałam więc do Pabianic - relacjonuje. O pabianickim szpitalu było głośno, kiedy NFZ nałożył na niego karę w wysokości 550 tys. zł, bo odmówił pacjentce legalnej aborcji.

- **W Pabianicach** z kolei dowiedziałam się, że nie mam zaawansowanego małowodzia. Dziecko dobrze się rozwija i wcale nie jest bardzo małe. Owszem, ma wadę, widać ją wyraźnie, ale wszystko w porządku. KTG wyszło bardzo dobrze. Wypuścili mnie do domu - mówi Anita. W dokumentacji pabianiccy lekarze zapisali: „prawidłowa ilość płynu owodniowego."

Ale rano telefon z Łodzi: miejsce się zwolniło, proszę przyjechać. - Pojechałam tylko po to, żeby zrobili mi jedno KTG. Zaproponowałam, że skoro nie muszę być tak wnikliwie badana, to wrócę do domu i na badania będę dojeżdżać. Lekarze się nie zgodzili. Powiedzieli, że mam zostać do porodu, bo mogę urodzić w każdej chwili. Trzeba monitorować, czy nie dochodzi do niedotlenienia. I przypomina: To był 34 tydzień. Cały czas byłam w bańce, że to niegroźna wada.

Anitę przyszedł zbadać - w towarzystwie dwóch studentów - prof. dr hab. n. med. **Piotr Sieroszewski, prezes** Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników **i kierownik** Kliniki Medycyny Płodu i Ginekologii M w Łodzi.

- **Studenci żwawo komentowali ekran z USG: „patrz jakie ma nogi wygięte! Spójrz na ramiona, a te żebra! Ile złamań!"** - relacjonuje Anita.

I to był dla niej moment zwrotny.

- To dzięki studentom, a nie lekarzom, uświadomiłam sobie, że to nie jest jakaś tam drobna wada. Mój Felek jest powaznie chory.

Anita wróciła do swojego pokoju, który dzieliła z ciężarną spodziewającą się zdrowego dziecka.

- Musiałam przeżywać swój dramat w ciszy. Nie chciałam psuć jej radości. Sama wiem, jak to jest. Wychodziliśmy z mężem na korytarz, żeby sobie popłakać - mówi. Pamięta coś jeszcze: - Potem jedna z położnych wygadała się, że osobny pokój cały czas był dla mnie przygotowany, ale lekarze stwierdzili, że jestem dzielna i go nie potrzebuję. Wtedy pomyslałam: nie, ja nie muszę być cały czas twarda, wyrozumiała i grzeczna. Leżała w szpitalu, a Maciej szykował pokój na jej powrót z noworodkiem. Przyjaciółka kompletowała wyprawkę dla niej i maleństwa.

Następnego dnia do Anity przysłano lekarkę pediatrii, profesorkę, specjalistkę od chorób kości. Współpracuje z kilkoma placówkami medycznymi w Łodzi. - Kiedy opowiedziałam jej, że

załatwiłam dla Felka fundację, dziwnie na mnie spojrzała. Zapytała, jak ja chcę go gdziekolwiek przewieźć, bo przecież „może się połamać na bardziej wyboistej drodze". Osłupiałam. **Ekspertka kontynuowała: ciężką wadę widać gołym okiem. Jej zdaniem była widoczna już w 20. tygodniu, kiedy kierowano mnie na amnipunkcję.** I to nie żadne wygięcia nóżek, tylko złamania, które się zrosły. Nie wiadomo, czy dziecko w ogóle przezyje poród - wspomina Anita.

- Miałam wrażenie, że ta pani niczym innym nie żyje, tylko tą chorobą. Poczułam się jak królik doświadczalny, kiedy powiedziała: powinna się pani cieszyć, że ma już diagnozę. Taki przypadek zdarza się raz na 50 tys. urodzeń. Wie pani, ile to jest możliwości nowych badań? W tym roku zdarzyło się 9 takich porodów, pani będzie dziesiąta - opowiada Anita.

Pytała lekarzy wprost: dlaczego mi to robicie?! Dlaczego każdy mówi co innego? Nie jesteście pewni, nie wiecie, a może celowo zatajaliście przede mną ciężką wadę płodu? Skąd ta pewność, pani profesor, że to jednak cięższa postać? Co ja mam teraz zrobić, załatwiać hospicjum perinatalne, czy terapię biofosfonianami, której i tak nie dostanę, jeśli dziecko nie złamie co najmniej dwóch kości?

Odpowiedzi nie uzyskała.

- Powiedzieli mi jedynie tyle, że jestem dorosła i sama powinnam decydować, komu wierzyć. A oni nie są w stanie niczego stwierdzić, dopóki dziecko się nie urodzi. Dopiero wtedy będą mogli powiedzieć więcej.

W domu czekał na nią Krzyś. Tęsknił. Byłam już wyczerpana, ale dzwoniłam do niego, żeby go uspokoić, zapytać, jak mu minął dzień. Chował główkę w rączki i płakał, że „jak mama wróci ze szpitala, to zajmie się chorym braciszkiem, a o mnie zapomni."

- Wtedy się poddałam. Przyznałam sama przed sobą, że nie dam sobie z tym wszystkim rady - mówi Anita.

Do akcji wkroczyła Karolina, jej siostra. Kiedy Anita skupiała się na spokojnym oddychaniu, żeby nie urodzić zbyt szybko i tym samym zwiększyć szanse Felka na przeżycie, ona bała się o życie swojej siostry. - Dzwoniła, gdzie się da, poświęcając swój czas i zdrowie. Jestem jej wdzięczna, bo sama już nie miałam na to sił - mówi Anita.

Karolina znalazła namiary na różne organizacje kobiece. Przekazała je siostrze. - Dopiero wtedy dowiedzieliśmy się, że mamy jeszcze jedną możliwość, o której w szpitalu nikt nie wspominał.

Możemy oszczędzić Felkowi bólu nie wydając go na świat.

Miała mętlik w głowie. Przecież urodzi go wyłącznie z pobudek egoistycznych, skazując na życie w cierpieniu i bólu, w szpitalach i pod respiratorami. - A co, gdy pewnego dnia ją zapyta: „mamo, dlaczego mi to zrobiłaś?" Czy państwo jej pomoże, gdy zostanie matką dziecka niezdolnego do samodzielnej egzystencji? Kto się zajmie Felkiem, gdy jej i Macieja zabraknie? Co z Krzysiem, który stanie się ofiarą tego wyboru? Myślała też o diametralnej zmianie całego ich życia. Będzie musiała zrezygnować z pracy. Maciej przestanie wyjeżdżać służbowo.

Powiedziała lekarzom, że rozważa aborcję. Zbyli ją. Przestali być dla niej mili, unikali odpowiedzi na pytania. Czuła się coraz bardziej skołowana. Poprosiła o konsultację z **psychologiem**. Chciała uporządkować myśli, poradzić się. Potrzebowała, by ktoś wreszcie spytał ją o jej samopoczucie, a nie tylko o ruchy płodu. Napisała do lekarzy pismo, w którym się wyżaliła: „Czuję się tu zbędna, nikt się ze mną nie liczy. Jak mam sie pogodzić z nieuleczalną chorobą dziecka?" - Dopiero w piątek 18 października ok. godziny 22 zawieźli mnie na izbę przyjęć szpitala psychiatrycznego, który mieścił się kilka budynków dalej. Pacjenci mnie obskoczyli pytając „co mam w brzuchu". Pan na recepcji sprawozdawał lekarce psychiatrii: „tu mamy panią, która się najadła zszywek, szpilek, czy pinezek, nie pamiętam. O, i jeszcze pani Anita, która się dowiedziała, że będzie miała chore dziecko" - opowiada.

W gabinecie powiedziała dyżurującej specjalistce psychiatrii, że nie wie, co ma robić. Urodzić, czy ciążę przerwać. Jest już zmęczona natłokiem sprzecznych informacji od lekarzy. Czuje się oszukana. Czuje się jak inkubator, który ma urodzić dziecko i zostawić je do badań pani profesor. Wykańcza ją strach o Felka i nowe życie. Powiedziała, że sobie tego nie wyobraża. Po konsultacji lekarka zapisała: „pacjentka neguje myśli i zamiary samobójcze oraz autoagresywne. Prawidłowo zorientowana auto i allopsychologicznie [świadoma swojej sytuacji i swoich stanów psychicznych - red.]. Bez zaburzeń świadomości. Potwierdza myśli rezygnacyjne w związku z obiektywnie trudną sytuacją życiową". Zarekomendowała „objęcie pacjentki **pilnym wsparciem psychologicznym.**" Anitę zawieźli z powrotem na ginekologię. Było już bardzo późno, zmęczona poszła spać.

Zbudził ją poranny obchód. Nie wierzyła, gdy lekarze dyżurujący powiedzieli: „wraca pani na oddział psychiatryczny." - Tłumaczyli, że chodziło o zdanie „nie wyobrażam sobie takiej zmiany życia" - opowiada Anita.

Przyjechał Maciej. Na korytarzu oddziału psychiatrycznego przeczekali sześć godzin. Patrzyli, jak pacjenci kładli się na podłodze, pukali czołem o ścianę i szukali klamek w drzwiach wykrzykując, że zostali zatrzymani siłą.

- Zastanawiałam się, co tam w ogóle robię - wspomina Anita.

W gabinecie powtórzyła swoją historię kolejnym psychiatrom. **Tym razem miała wrażenie, że nikt jej nie słucha**. - Dowiedziałam się natomiast, że muszę zostać na Odziale Diagnostyczno - Obserwacyjnym wbrew mojej woli, bo „zagrażam swojemu życiu i zdrowiu". Lekarze nie zgodzili się, żeby wypisać mnie na własne żądanie - mówi.

W dokumentacji medycznej czytamy, że **psychiatrzy** podjęli tę decyzję w porozumieniu z prof. Sieroszewskim ze względu na „pogarszający się stan psychiczny pacjentki". Świadczyć o tym miały „myśli rezygnacyjne i wysokie ryzyko zachowań auto i alloagresywnych" [skierowanych wobec siebie lub wobec innych - red.]. - nic z tego nie rozumiałam. Przecież jeszcze dzień wcześniej psychiatrzy oceniali mój stan jako względnie dobry. Napisali zgodnie z prawdą, że „neguję myśli samobójcze".

Nie przypominam sobie, bym kiedykolwiek powiedziała, że chcę się zabić. Nigdy nawet o tym nie pomyślałam. Nie mogłabym tego zrobić mojej rodzinie.

Zamknęli ją w izolatce. Zabrali pasek od szlafroka i torebkę „bo uszy paska za długie", kable do telefonu, a nawet witaminy ciążowe. - **Telefon też chcieli skonfiskować**, ale mąż oświadczył, że wtedy będą musieli zamknąć go razem ze mną - mówi Anita.

Opisuje: pomieszczenie dwa metry na dwa, bez klamek i gniazdek. Okienko, przez które inni pacjenci mogli zaglądać z korytarza. Maleńki lufcik, który był uchylony, dopóki ktoś nie przyszedł go zablokować. - Bo rzekomo mogę uciec - zaznacza Anita.

Kamera, do której miała machać, gdy chce iść do toalety. - Odpuścili, bo przypomniałam, że jestem w trzecim trymestrze, więc do toalety potrzebuję co chwilę - mówi. Zapowiedzieli jednak, że będą monitorować, czy nie zabiera ze sobą telefonu, bo tego robić jej nie wolno. - Chcieli mi też zrobić wymaz z odbytu, nie wiem, po co. Maciej zaprotestował.

Sama nie mogła zapalać i gasić światła, wyłącznik był na zewnątrz. Prysznic ze ściany, bez słuchawki. - Po kąpieli wody było wszędzie po kostki, tylko ja byłam sucha. W końcu zaczęłam nalewać wodę do butelek i tak się myłam - mówi Anita. Dodaje: W nocy z niedzieli na poniedziałek najwyraźniej stwierdzili, że jednak nie jestem niezrównoważona i otworzyli drzwi do mojej celi. Rano wparował mi tam pacjent, który odpalił papierosa, zdjął spodnie i zaczął sikać po ścianach. Przerażona, zgłosiłam to personelowi. „- A, to pan Zdzisiu, on tak zawsze."

Spędziła tam trzy dni, od soboty do poniedziałku. Z krótką przerwą w niedzielę, kiedy przewieźli ją na ginekologię na badania KTG i USG. - Cały czas mnie pilnowali, czy nie powieszę się na kablu od maszyny - wspomina Anita. Badania nie wykazały niczego niepokojącego. Wróciła do izolatki, pozwolili jej tam spędzić czas z Maciejem. - Gdyby nie on i ten telefon, byłabym tam

kompletnie sama. Przez cały czas rozmawiali ze mną on, moja przyjaciółka, siostra, najbliżsi. Wspierali - podkreśla.

W poniedziałek znów odwieźli ją na ginekologię. Miało tam odbyć się w jej sprawie lekarskie konsylium.

- **Prof. Sieroszewski** powitał mnie pytaniem: „a co to się stało, pani Anito, że mi pani na ten oddział psychiatryczny trafiła? Tak się pani świetnie trzymała." Byłam w szoku, przecież sam mnie tam wysłał, co wynika z dokumentów. Początkowo lekarze nie chcieli nam ich wydać, **zasłaniając się tajemnicą zawodową**. Ale napisaliśmy wniosek na piśmie i już nie mieli wyjścia. To przecież nasza dokumentacja - mówi Anita.

Na konsylium Anita złożyła podanie o aborcję. Ścislej: „o udzielenie gwarantowanego świadczenia opieki zdrowotnej w postaci przerwania ciąży z uwagi na występowanie zagrożenia dla jej zdrowia fizycznego i psychicznego". Pismo w jej imieniu napisała adwokatka Kamila Ferenc z fundacji FEDERA. Posłużyła się opinią lekarski psychiatrii, która podczas pierwszej kontroli stwierdziła „myśli rezygnacyjne". Później, w tym samym dniu, Anita miała jeszcze jedno konsylium, tym razem dotyczące oceny jej stanu psychicznego.

Lekarze i psychologowie z Oddziału Diagnostyczno - Obserwacyjnego napisali potem w swojej opinii, że w przypadku Anity „istnieją przesłanki do terminacji ciąży." Pod zaświadczeniem kwalifikującym do zabiegu podpisała się m.in. lekarska psychiatrii, prof. Małgorzata Urban-Kowalczyk. - Jako jedyna zobaczyła we mnie człowieka. Powiedziała, że na podstawie wywiadu ze mną i mężem nie widzi powodów, by mnie dalej na tym oddziale przetrzymywać - wspomina.

W podaniu o aborcję adwokatka zaznaczyła, że małowodzie i hipotrofia płodu stanowią pośrednie zagrożenie także dla zdrowia fizycznego Anity. To również stanowi podstawę do legalnej aborcji. Podkreśliła, że ustawa o planowaniu rodziny z 1993 r. nie precyzuje, czy zagrożenie ma być „nagłe i krytyczne", o czym w sierpniu przypominały wytyczne Ministerstwa Zdrowia.

Prof. Sieroszewski zgłaszał do nich w Resorcie Zdrowia swoje uwagi, przekonując, że jedno zaświadczenie od lekarza specjalisty, zwłaszcza wystawione online, nie powinno być uznawane za wystarczające do przeprowadzenia zabiegu.

Mec. Ferenc zwróciła też uwagę na ryzyko pęknięcia błon płodowych i obumarcia płodu, co może prowadzić do sepsy. Dodała, że w sytuacjach zagrożenia dla zdrowia lub życia matki ciążę można przerwać w każdym momencie. Dołączyła opinię Komitetu Bioetyki: „Lekarz ma obowiązek ratować zdrowie i życie kobiety nawet kosztem życia płodu". Zaznaczyła: Nie ma ponadto ustawowego imperatywu ratowania życia płodu wbrew woli osoby w ciąży. Decyzja, czy należy ratować ją, czy płód, należy do pacjentki, a nie do lekarza. Powołała się na art. 3 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka i na art. 40 Konstytucji, które mówią, że „nikt nie może byc poddany torturom ani okrutnemu, nieludzkiemu lub poniżającemu traktowaniu." Wskazała metodę zakończenia ciąży: indukcję asystolii u płodu. To metoda legalna w Polsce, zalecana po 20. tygodniu przez Międzynarodową Federację Lekarzy Ginekologów i Położników (FIGO) oraz Światową Organizację Zdrowia (WHO). Polega na wstrzyknięciu płodowi chlorku potasu.

We wrześniu ub. roku **prof. Sieroszewski** skrytykował tę metodę w wywiadzie dla „Rynku Zdrowia." - Nie rozumiem, skąd pytania szpitali o prktyki z chlorkiem potasu, które nie przystoją cywilizowanym ludziom. Być może istnieje jakaś garstka lekarzy, którzy mieli zamiar takie procedury wprowadzać, ale są one niezgodne z polskim prawem oraz z przysięgą Hipkratesa - powiedział. I dodał: „Powyżej 23 tygodnia ciąży jesteśmy obowiązani ratować także życie i zdrowie płodu."

Anita opowiada, że na jej podanie zareagował złością. - Przestał być miły. Mówił tonem surowym, nie żartował. Powiedział, że „nie jest mordercą" - opowiada.

Ale podczas konsylium psychiatrycznego dostała też informację, że jej podanie zostało rozpatrzone pozytywnie, a prof. Sieroszewski zgodził się „zakończyć ciążę". Zabieg miał się odbyć następnego dnia, przy pełnej narkozie.

Anita zapytała, czy będzie mogła pochować Felka. Lekarze unieśli brwi. Powiedzieli, że to wykluczone, bo dziecko urodzi się żywe.
- Zdębiałam. Pomyślałam, że muszę jak najszybciej opuścić ten szpital. Ta czerwona lampka miga już jak szalona: uciekaj, nie jesteś tu bezpieczna. Jak mogłam znów tak dać się oszukać? Nie mogłam przestać płakać. Przetrwałam dzięki wsparciu bliskich, adwokat Kamili Ferenc i mojej siostry, która była w stałym kontakcie z Aborcją Bez Granic. Dziewczyny już się skrzykiwały na protest, na wypadek gdyby znów chcieli mnie zamknąć w „psychiatryku".

W oficjalnej odpowiedzi na podanie o aborcję lekarze napisali: „**nie ma podstaw do przerwania ciąży poprzez indukcję asystolii u płodu**". I że z uwagi na wymienione w piśmie przesłanki pacjentka dostała przecież propozycję zakończenia ciąży przez cesarskie cięcie. Odmówiła.

Nie chciała wyjeżdżać na aborcję za granicę. - Jestem Polką i to moje państwo powinno mi pomóc. Nie zamierzam się ukrywać, czuć jak przestępca. Nie zrobiłam nic złego - tłumaczy.
- Maciej mówi, że gdyby wiedział, jak to się potoczy, od razu jechałby za granicę, bez względu na koszty. Obyśmy tylko nie musieli przechodzić przez te sinusoidy: radość, płacz, szczęście, szok.
Opuszczając szpital czuła, jakby wychodziła na wolność. Zachłystywała się świeżym powietrzem. Była tym wszystkim wyczerpana.
- Wyglądałam tak strasznie, że kiedy wróciłam do domu, mój syn wystraszył się na mój widok - wspomina.
Ale to nie był koniec koszmaru.

Następnego dnia rano pojechali z Maciejem do szpitala w Oleśnicy, który wykonuje legalne aborcje. Zadzwoniła przyjaciółka Agnieszka: „O pogrzeb się nie martw, wszystko załatwię. Jedź tam i wróć." Po drodze kilka razy chcieliśmy zawracać. A może nie jest tak źle, może uda się coś jeszcze zrobić? Maciej zwalniał: „Anita, wracamy". Ostatecznie zdecydowaliśmy, że musimy oszczędzić Felkowi cierpienia. Był 36. tydzień.

W Oleśnicy przyjęli ich z empatią. Nikt nie oceniał, każdy chciał pomóc.

I znów zwrot akcji.

Tam też nie są pewni, jak poważne są to wady. Lekarze skontaktowali się z łódzkim szpitalem. I zalecili:„Poczekajmy na wyniki badań genetycznych, czy dziecko ma wadliwy gen po rodzicach, czy też jest to mutacja *de novo*, ze znacznie gorszym rokowaniem".

Anita: – W pierwszej chwili zalała mnie radość. Zaczęłam się łudzić, że może jednak pomylili się co do tej strasznej wady i Felek będzie z nami. Niesiona tą nadzieją, zjadłam pierwszy od tygodnia ciepły obiad. Pojechaliśmy z powrotem do domu. Tam wróciły wspomnienia z oddziału psychiatrycznego. Budziła w nocy męża, by zapytać, czy może wyjść do toalety. Pytała go, czy wolno jej użyć suszarki do włosów. Prosiła, by naładować jej telefon.

„Lekarze nie zabijają ludzi"

Myśl o słowach specjalistki od chorób kości o „najcięższej wadzie" nie dawała jej spokoju. Sama poprosiła łódzkich lekarzy o kolejną konsultację. Zrobili jej USG – nie wykazało żadnych nowych złamań.

– Powiedzieli, że na tym etapie nie mogą zbyt wiele powiedzieć o wadzie. I do tej pory nie mogli, bo „objawy pojawiały się dyskretnie". Nigdy nie zauważyli takiego, który by ich zaniepokoił. Znów słyszę, że „więcej będzie wiadomo, jak dziecko się urodzi" – mówi Anita. Pamięta, że „pani profesor od chorób kości" nieoczekiwanie wycofała się ze swojej poprzedniej diagnozy o „ciężkiej wadzie". – Usłyszałam, że „widziała tylko zdjęcia, a dziś ma więcej danych" – podkreśla.

Z wizyty wyszła przeświadczona, że „niewiele wiadomo, ale raczej nie będzie źle". **Prof. Moczulska** zasugerowała, że „każdemu dziecku trzeba dać szansę". Znów opowiedziała historię

Jasia, który miał podobne wyniki do Felka i ma się dobrze. Anitę zaczęło to zastanawiać: skoro to samo mówiła w połowie ciąży, może już wtedy wiedziała?

Utkwiły jej słowa **prof. Sieroszewskiego**, który zaznaczył, że „rolą lekarzy jest ratować ludzkie życie, a nie ludzi zabijać." - Powiedział, że zabijanie dziecka zdolnego do przeżycia jest w Polsce karane więzieniem. Moje dziecko ma prawie 36 tygodni, a więc jest człowiekiem. Ludzi się w cywilizowanym społeczeństwie nie zabija – opowiada Anita. Zabolało ją, gdy powiedział, że jak „nie chce mieć ze swoim dzieckiem nic do czynienia, to może się zrzec praw rodzicielskich i zostawić je do dalszego leczenia pod opieką państwa polskiego".

W dokumentacji z tego konsylium czytamy, że **wrodzona łamliwość kości może się objawiać różnie, bo istnieją cztery jej typy, a na podstawie wykonanych badań genetycznych trudno stwierdzić, który to**. Obok prawdopodobieństwa kruchości kości, wymieniono m.in. niski wzrost, wiotkość stawów, niedosłuch, deformacje układu szkieletowego, skłonność do sińców. Zaznaczono, że leczenie dziecka powinno się odbywać w specjalistycznych ośrodkach, ale schorzenia całkowicie wyleczyć się nie da.

„Poinformowano ciężarną o obrazie klinicznym wrodzonej lamliwości kości i o trudnym do przewidzenia rokowaniu postnatalnym" – zapisali lekarze.

Anita: – Dzień później **prof. Hanna Moczulska** poinformowała nas telefonicznie, że to jednak jest mutacja *de novo*. A więc ta gorsza w przebiegu dla dziecka.

Życie w pozycji leżącej

Anita pojechała do jeszcze innego ginekologa i genetyka spoza szpitala. – Zdecydowanie wykluczył „lekką postać wady". Nie miał wątpliwości, że nasze dziecko będzie poważnie niepełnosprawne. Może nie oddychać samodzielnie, a przy kosztownej terapii, ma szansę na wózek.

Wymieniał kolejne wady Felka, a ja się zastanawialam, dlaczego nikt mi o nich nie powiedział wcześniej – mówi. Dodaje: – Byłam już pewna, że Felka czeka życie pod respiratorami, najpewniej w pozycji leżącej.

Po badaniu lekarz zapisał: „wysokie ryzyko niewydolności oddechowej, rokowanie co do przeżycia okresu noworodkowego niepewne. Ryzyko niepełnosprawności ruchowej bardzo wysokie, jej dokładny stopień nie jest możliwy do przewidzenia, leczenie bifosfonianiami dość często przynosi efekty".

Kolejne dni przepłakała. Cały czas byli przy niej bliscy, wspierali.
Zdecydowali z Maciejem: wracają do Oleśnicy.

„A może adopcja?"

Anita nie czuła się tam już tak bezpiecznie, jak za pierwszym razem. Miała wrażenie, że nikt nie chce się nią zajmować. – Czułam się jak zgniłe jajo. Przetrzymali nas na korytarzu osiem godzin. Pielęgniarki przerzucały się: ty jej podczep wenflon, ja nie chcę. Komentowały, że przytyłam – opowiada.

Anita domyśla się skąd to podejście. **Była już w 37. tygodniu**, a więc na początku dziewiątego miesiąca. To moment, w którym dzieci się rodzą. Jeden z lekarzy zasugerował, by rozważyli adopcję. – Puściły mi nerwy. Wyjaśniłam, że nie chcemy ściągać na świat dziecka zamkniętego w swoim ciele, które nawet nam nie powie, jak coś będzie go boleć – mówi Maciej, mąż Anity.

Lekarze polecili jednak wrócić następnego dnia. Wtedy miała rozpocząć dyżur dr Gizela Jagielska, jedyna, która zgodziła się przeprowadzić zabieg. – Byłam już na skraju sił, miałam tego wszystkiego dosyć. A jeszcze musiałam przeczekać kilka godzin na korytarzu w samej koszuli nocnej. Przebrałam się w swoje ubrania, bo mnie to upokarzało. Marzyłam tylko o tym, by ten koszmar już się skończył. Maciej trzymał mnie za rękę: „jestem przy tobie".

Wreszcie pojawiła się dr Jagielska. – Wszystko w pośpiechu: biegiem do sali piętro niżej, ona zdejmuje kurtkę, ja wskakuję w koszulę nocną. Maciej musi zostać, nie ma czasu.

Chyba nie trwało to zbyt długo. Łzy same leciały. Po wszystkim wróciłam do Macieja i powiedziałam: Felek właśnie odszedł. Staliśmy tak przytuleni na szpitalnym korytarzu i razem płakaliśmy – opowiada.

Anicie włożyli cewnik Foleya, by przyspieszyć poród. Zemdlała. Nie czuła wsparcia ani zrozumienia w personelu. Telefonicznie instruowała ją znajoma położna: „proszę dużo chodzić, oddychać, skakać na piłce". W nocy zaczęły się skurcze. Wreszcie przyszła do niej szpitalna położna, wspierała, pomogła wejść pod prysznic. – Płakała razem ze mną, Powiedziała coś, czego tak bardzo wtedy potrzebowałam: „współczuję, rozumiem pani sytuację, jestem z panią" – wspomina Anita.

Poród

– Trwał sześć najgorszych w życiu godzin. I ta przerażająca cisza. Nikt nie krzyczy, nie robi hałasu. Przetrwałam tylko dzięki życzliwej położnej – wspomina Anita.

I dodaje: – Lekarze zrobili się dla mnie mili, dopiero gdy zobaczyli Felka.

To był czwartek. Nie dostała wypisu przed godz. 14, do której pracował zakład pogrzebowy. Następnego dnia było Wszystkich Świętych, potem sobota i niedziela. Wrócili do domu sami. W poniedziałek Maciej z panem Jackiem z zakładu pogrzebowego pojechali po Felka do Oleśnicy. – To była moja ostatnia misja dla syna. W całym tym koszmarze wyznaczaliśmy sobie cele: teraz jedziemy na to badanie, potem załatwiamy tamto - mówi Maciej.

Pogrzeb postanowili przeżyć we dwoje. Poza nimi był tylko ksiądz. Grób ozdobili niebieskimi balonami. Anita pamięta, że była wtedy piękna pogoda, świeciło słońce. – Jakby otwierało się dla niego niebo – mówi.

„Psychiatryk" już ze mną zostanie

Zdecydowała się opowiedzieć tę historię, by przestrzec inne kobiety. – **Żadna nie powinna przeżywać tego, co ja. Człowiek z ulicy nie wie, jak postępować w takiej sytuacji, do kogo się zwrócić, do czego ma prawo**. Jesteś zagubiona, właśnie się dowiedziałaś, że będziesz miała chore dziecko, a zostajesz z tym wszystkim sama. **I jeszcze przypiszą ci niezdolność do samodzielnego myślenia, zamkną w izolatce. Personel medyczny odwróci się od ciebie, bo takie ma przekonania** – mówi Anita.

Chciałaby przekazać, że pożegnanie własnego dziecka, a nie wymaganie od niego heroizmu, jest najtrudniejszą decyzją w życiu. – To jego heroizm, bo to on cierpiałby z bólu. Ja mogłabym zostać bohaterką jako matka dziecka niepełnosprawnego, ale równie dobrze tą, co „nie pracuje i tylko wyciąga rękę po pieniądze od państwa" – mówi.

Anita ma do lekarzy żal, że nie pytali jej, jak się czuje i jak znosi wiadomość o chorym dziecku. – Pytano mnie wyłącznie o dziecko, czy czuję jego ruchy – wspomina. Nie proponowano jej spotkania z psychologiem. – Nikt nawet nie brał pod uwagę, jaka to tragedia dla całej naszej rodziny – mówi.

Nie potrafi ocenić, jak ważna była dla niej pomoc bliskich i organizacji kobiecych. – Dziś największym wsparciem jest dla mnie moja najbliższa rodzina, mąż, Krzyś, przyjaciele. Mamy dużo dobrych ludzi wokół, dzięki nim damy radę.

Chodzi na terapię. – Ten „psychiatryk" odcisnął piętno nie tylko na mnie, ale na całej mojej rodzinie. Między pobytami w szpitalach i po porodzie, bałam się wychodzić z domu. Cały czas zdarza mi się we własnym domu prosić męża o otworzenie drzwi do toalety albo oddawać mu sznurek od szlafroka. Ciągle mi się wydaje, że jestem zamknięta na tym oddziale. To już na zawsze ze mną zostanie. Terapia pomaga, ale ciągle mam gonitwę myśli. Wyciszają się dopiero wieczorem na cmentarzu, kiedy odwiedzam mojego ukochanego Felka.

„Tajemnica lekarska”

Wysłałam szczegółowe pytania o sprawę Anity lekarzom ze Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi: prof. Piotrowi Sieroszewskiemu, prof. Elżbiecie Jakubowskiej - Pietkiewicz (jej podpisy widnieją w dokumentacji) oraz prof. Hannie Moczulskiej. Pytałam o przebieg diagnostyki – czy na żadnym etapie nie budziła poważnych wątpliwości co do stopnia wady płodu? Pytałam, dlaczego Anitę zamknięto na oddziale psychiatrycznym wbrew wcześniejszej opinii psychiatry, że nie zagraża ona swojemu życiu.

Lekarki ze szpitala powołały się na tajemnicę lekarską. Rozmawiać ze mną nie chciała też dr Susan Afshari-Stasiak, ginekolożka, u której Anita badała się prywatnie. [Miały rację - ***MB***.]

Prof. Piotr Sieroszewski odniósł się do sprawy po otrzymaniu upoważnienia od Anity. [Tu akurat miał słuszność. Lekarzy obowiązuje tajemnica zawodowa wobec osób trzecich. Nic dziwnego, że zaden z nich nie chciał rozmawiać z dziennikarką - nie wiem, na co ona liczyła - ***MB***.]

W obszernym piśmie podkreśla, że pacjentka trafiła na oddział patologii ciąży z podejrzeniem wady w postaci wrodzonej łamliwości kości – w trakcie diagnostyki. Gdy ją badał, widział „widoczne skrócenie kości długich” i „zmniejszoną ilość płynu owodniowego”, ale i stwierdził, że „płód był w dobrym stanie wewnątrzmacicznym, z prawidłowymi wynikami badań biofizycznych (KTG, ocena przepływu krwi w krążenia płodowym metodą dopplerowską)”.

Prof. Sieroszewski nie potwierdza, czy Anitę badał w obecności swoich studentów.

Nie odnosi się też do pytania o diagnozę postawioną Anicie w 35. tygodniu przez specjalistkę od chorób kości, która miała stwierdzić, że „ciężką wadę widać było już w 20. tygodniu.” Pisze jedynie o „przeprowadzonej konsultacji i przedstawionych scenariuszach po urodzeniu”.

Powtarza zapisy z dokumentacji: „pacjentka i jej partner zostali poinformowani o trudnych do przewidzenia scenariuszach pourodzeniowych”. A także o nowych metodach leczenia, „dzięki którym dzieci mogą zachować aktywność ruchową i samodzielność”.

Lekarz: „Chciała się rzucić ze schodów”

Na oddziale psychiatrycznym łódzkiego szpitala znów słyszę: „tajemnica lekarska”. Oraz że „zgodnie z ustawą o ochronie zdrowia psychicznego, pacjenta można zamknąć na oddziale, jeśli zagraża swojemu życiu lub zdrowiu”. Na prośbę o opisanie szpitalnej izolatki, odsyłają mnie do ustawy, w której mogę sprawdzić obowiązujące standardy – „izolatki w tym szpitalu są z nimi zgodne”.

Dygresja - ***MB***:

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego

Art. 24. 1. Osoba, której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych **zagraża bezpośrednio** swojemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, a zachodzą wątpliwości, czy jest ona chora psychicznie, może być przyjęta bez zgody wymaganej w art. 22 do szpitala w celu wyjaśnienia tych wątpliwości.

2. Pobyt w szpitalu, o którym mowa w ust. 1, nie może trwać dłużej niż 10 dni.

3. Do przyjęcia do szpitala, o którym mowa w ust. 1, stosuje się zasady i tryb postępowania określony w art. 23.

Art. 23. 1. Osoba chora psychicznie może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez zgody wymaganej w art. 22 tylko wtedy, gdy jej dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu tej choroby zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób.

2. O przyjęciu do szpitala osoby, o której mowa w ust. 1, **postanawia lekarz wyznaczony do tej czynności po osobistym jej zbadaniu i zasięgnięciu w miarę możliwości opinii drugiego lekarza** psychiatry albo psychologa.

3. Lekarz, o którym mowa w ust. 2, jest obowiązany wyjaśnić choremu przyczyny przyjęcia do szpitala bez zgody i poinformować go o jego prawach.
4. Przyjęcie do szpitala, o którym mowa w ust. 1, wymaga zatwierdzenia przez ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) w ciągu 48 godzin od chwili przyjęcia. Kierownik szpitala zawiadamia o powyższym sąd opiekuńczy miejsca siedziby szpitala w ciągu 72 godzin od chwili przyjęcia.
5. Czynności, o których mowa w ust. 2, 3 i 4, odnotowuje się w dokumentacji medycznej. **(...)**

- Podstawa do zastosowania przymusu bezpośredniego (który może polegać na: przytrzymaniu, unieruchomieniu, izolacji lub przymusowemu podaniu leków).
Art. 18. 1. Przymus bezpośredni wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, przy wykonywaniu czynności przewidzianych w niniejszej ustawie, można stosować tylko wtedy, gdy przepis niniejszej ustawy do tego upoważnia albo osoby te:
1) **dopuszczają się zamachu** przeciwko:
a) życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby lub
b) bezpieczeństwu powszechnemu, lub
2) w sposób gwałtowny niszczą lub uszkadzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu, lub
3) poważnie zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie podmiotu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotnego w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej.
- To gdzie niby był ten „zamach", co?!... (***MB***)

Prof. Sieroszewski powołuje się na pismo Anity z 18 października, w którym użyła słów „wstałam dziś rano i pierwszą myślą było pójść na te schody i po prostu rzucić się z nich".

Anita napisała ten apel po rozmowie ze specjalistką od kości, która wywołała u niej mętlik, by przekonać lekarzy o swojej potrzebie konsultacji z psychologiem. Przypomina, że jeszcze tego samego dnia zbadała ją lekarka psychiatrii, która po konsultacji zapisała „pacjentka neguje myśli samobójcze", a potem wypuściła z powrotem na oddział ginekologiczny.

Prof. Sieroszewski pisze, że "po powrocie do Kliniki Patologii Ciąży jej stan psychiczny się pogarszał".

Anita nie przypomina sobie, aby ktokolwiek z personelu zapytał ją wtedy o samopoczucie. Z nikim wtedy nie rozmawiała. Trudno jej więc ocenić, na jakiej podstawie lekarze wysnuli wniosek o „pogarszającym się stanie psychicznym". O tym, że powinna znaleźć się w izolatce wbrew swojej woli, miała przesądzić kolejna konsultacja, podczas której psychiatrzy stwierdzili, że Anita jednak „stwarza ryzyko zachowań auto i alloagresywnych". Ta sama, o której powiedziała: „miałam wrażenie, że nikt mnie nie słucha".

„Dopytywana o myśli samobójcze, podtrzymywała je zdecydowanie" – zapisano w dokumentacji.

Prof. Sieroszewski przekonuje, że we wniosku o aborcję nie było opinii psychiatrów o zagrożeniu zdrowia lub życia matki.

Pacjentka nie musi się włączać w opiekę

Konsylium przeprowadzone w 35. tygodniu wskazywało na „dobry stan płodu": oddychał, a jego waga była prawidłowa. „Płód pomimo występowania wady pod postacią wrodzonej łamliwości kości u płodu, jest w dobrym stanie i potencjalnie zdolny jest do życia pozałonowego" – pisze Sieroszewski.

Pacjentce odmówiono więc aborcji, ale zaproponowano cesarskie cięcie („nawet w znieczuleniu ogólnym dla jej komfortu psychicznego"), a następnie oddanie noworodka do dalszej opieki specjalistycznej neonatologicznej, a następnie pediatrycznej bez konieczności włączania się pacjentki w proces opieki i leczenia po urodzeniu".

Poinformowano pacjentkę o możliwości zrzeczenia się praw rodzicielskich i przejęcia opieki nad noworodkiem przez wykwalifikowane organy państwowe – pisze prezes PTGiP. Anita miała jednak odmówić i zażądać wypisu.

Dr Gizela Jagielska ze szpitala w Oleśnicy potwierdza, że wykonała zabieg w 36. tygodniu, stosując metodę indukcji asystolii płodu. Uznaje ją za najbardziej bezpieczną i „stosowaną w nowoczesnym świecie".

Przekonuje, że wyniki, które Anita dostarczyła jej za pierwszym razem, nie dawały pełnego obrazu o stopniu wady. – Mogłam wtedy przeprowadzić zabieg na podstawie zaświadczenia o zagrożeniu zdrowia pacjentki, ale uznałam, że lepiej poczekać te dwa, trzy dni na szczegółowe wyniki i mieć pewność. Ta była przecież chciana ciąża – podkreśla.

Przyznaje, że diagnostyka w przypadku Anity trwała niespotykanie długo. W jej opinii lekarze mogli długo nie wiedzieć, jak poważna jest to wada. Badania jasno wykazały cięższą postać choroby dopiero na późnym etapie ciąży.

Prawniczka: Nie wykluczamy sądu

Kamila Ferenc z fundacji FEDERA, pełnomocniczka Anity, uważa, że prawa pacjentki zostały naruszone, bo odmówiono jej dostępu do gwarantowanego świadczenia zdrowotnego. – O wniosku o aborcję nie zdecydował „kaprys", tylko kwestie zdrowotne. Jego podstawą było zagrożenie dla zdrowia fizycznego i psychicznego. To podstawowe prawo człowieka i każdej kobiety. Musi być traktowane jak świętość, żeby kobiety nie umierały tak jak Izabela z Pszczyny – mówi. Nie wyklucza skierowania sprawy na drogę sądową. Najpierw zamierza zwrócić się do Rzecznika Praw Pacjenta z wnioskiem o przeprowadzenie postępowania wyjaśniającego.

W jednym z łódzkich sądów już toczy się postępowanie w sprawie przymusowego zamknięcia Anity na oddziale psychiatrycznym. Mec. Ferenc uważa, że był to skrajny przykład naruszenia praw jej klientki. – W żadnym momencie nie zagrażała swojemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób. Nie wypowiadała słów ani nie miała objawów, które mogłyby o tym świadczyć – przekonuje.

Przyznaje, że Anita była w złej kondycji psychicznej. – Nie mogła znieść myśli o nieuleczalnej chorobie swojego dziecka i czekającym je cierpieniu. Bała się o przyszłość swojej rodziny. Czuła się zaniedbana i zlekceważona przez personel medyczny - podkreśla mec. Ferenc. Dodaje: – To jednak nie ona była źródłem tego niebezpieczeństwa. Idąc tropem myślenia szpitala, to system opieki zdrowotnej należałoby hospitalizować.

Pełnomocniczka nie ma wątpliwości: Anitę odarto z godności i intymności. – Lekarze patrzyli w oczy kobiecie, która szukała jak najlepszego rozwiązania w koszmarnie trudnej sytuacji życiowej, widzieli jej emocje, uczucia, miłość, strach, zaangażowanie i poczucie odpowiedzialności. Zabrakło współczucia, imperatywu zmniejszenia cierpienia – tłumaczy mec. Ferenc.

Zwraca uwagę, że jej klientkę **pozbawiono też prawa do informacji.** – Raz słyszała, że wszystko będzie dobrze, innym razem, że dziecko nie przeżyje porodu, aż wreszcie, że przez całe życie będzie leżało podłączone do respiratora – mówi.

„Cud medyczny"

I zaznacza: – Jeśli diagnoza jest niepewna, trzeba powiedzieć pacjentowi, jakie są procentowo szanse i ryzyka. Niestety, **bardzo często moje klientki zamiast prawdy o 90-procentowym negatywnym rokowaniu, słyszą o tym jednym na milion „cudzie medycznym". To jest zakłamywanie rzeczywistości i manipulowanie pacjentem** – mówi Ferenc.

Trudno jej spekulować, dlaczego lekarze nie informowali pacjentki o ryzyku poważnej wady płodu. – To, co zwraca moją uwagę, to adnotacja w wyniku badania USG z 16 października 2024 r. – „**widoczne u płodu zniekształcenie kości długich i klatki piersiowej**". W karcie z

konsylium z 24 października 2024 r. ten opis się już nie pojawia. A przecież to właśnie zniekształcenie klatki piersiowej było, zdaniem lekarza spoza szpitala, odpowiedzialne za „wysokie ryzyko niewydolności oddechowej u noworodka", czyli ryzyka uduszenia się dziecka przy porodzie. Czy to nie powinno wpłynąć na ocenę rokowań przekazywanych pani Anicie przez konsylium? – zastanawia się.

Podkreśla, że na konsylium 24 października 2024 r., u schyłku ciąży, pacjentka wciąż nie dowiedziała się, jakie wnioski z dotychczasowych badań wyciągają lekarze i jak oceniają typ wrodzonej łamliwości kości. W dokumentacji zawarli jedynie ogólne zapisy o chorobie i jej objawach. Jest tam też stwierdzenie, że **„typu wrodzonej łamliwości kości nie można przewidzieć jedynie na podstawie badań genetycznych**".

Zdaniem mecenas Ferenc **badania te, które przecież wykryły obecność patogenu, powiedziałyby więcej, gdyby zestawić je z opisanymi w tej samej dokumentacji wynikami USG**. Te z kolei wyraźnie wskazywały na „skrócenie i wygięcie kości udowych i ramiennych". – **Tak zrobił lekarz spoza szpitala i nie miał większych wątpliwości** – zaznacza Kamila Ferenc.

Aborcja. Świadczenie medyczne czy problem moralny

Wszystko działo się jesienią ub. roku, kiedy obowiązywały już wytyczne Ministerstwa Zdrowia, a premier Donald Tusk przekonywał, że lekarze nie mają się czego bać. Gdy staną po stronie kobiet, wstawią się za nimi także prokuratorzy. – Są w Polsce rejony, gdzie żadne wytyczne nic pomogą. Potrzebna jest porządna nowelizacja ustaw i szkolenia dla lekarzy. Powinni wiedzieć, dlaczego to ważne, żeby pacjentkę traktować jak człowieka, a nie jak przechowalnię dla płodu, która wszystko zniesie. Walka z mentalnością, która powoduje, że na samo wspomnienie o przerwaniu ciąży lekarze sztywnieją i zaczynają traktować pacjentkę jak wroga, wymaga wielu lat pracy - mówi mecenas Kamila Ferenc.

– Anitę spotkała klasyczna przemoc położnicza – komentuje Natalia Broniarczyk z Aborcyjnego Dream Teamu. Przypomina: – Od dawna mówimy, że nie ma w polskich szpitalach bezpiecznej aborcji, ani pod względem klinicznym, ani systemowym. **Lekarze zatajają informacje przed pacjentkami, przeciągają terminy, nadinterpretują prawo, odsyłają na leczenie psychiatryczne – to w polskich szpitalach norma. Tygodnie walki, żeby na koniec dostać wybłaganą aborcję, ale metodą, która przy wadach płodu i chcianej ciąży jest najmniej komfortową i najdłużej trwającą, czyli martwe urodzenie**. Winne sytuacji jest nie tylko restrykcyjne prawo. Ważną rolę odgrywają lekarze, którzy mogliby oszczędzić pacjentkom cierpienia, ale go dokładają przez postrzeganie aborcji jako czegoś złego, jako problemu moralnego, a nie kwestii opieki zdrowotnej.

W 2024 r. aktywistki Aborcji Bez Granic pomogły przy 17 tys. aborcji. Najwięcej osób skorzystało z tabletek w pierwszym trymestrze – 14,5 tys. Ponad 1,3 tys. zrobiło to w drugim, a ponad 1,1 tys. w trzecim. Na wyjazd za granicę zdecydowało się 1147 osób. 17 z nich po to, by przerwać ciążę w trzecim trymestrze.

Aborcja Bez Granic szacuje, że pomogła przy ponad 98 proc. aborcji w Polsce. Pozostałe 1,7 proc. to zabiegi na NFZ. W polskich szpitalach wykonano ich 787 (dane Ministerstwa Zdrowia z października ub. roku).

https://www.medonet.pl/zdrowie/wiadomosci,aborcja-w-dziewiatym-miesiacu-w-olesnicy--lekarka--byly-przeslanki-medyczne,artykul,13114695.html

Aborcja w dziewiątym miesiącu w Oleśnicy. Lekarka: były przesłanki medyczne

Zarząd Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników 10 kwietnia skierował list do minister zdrowia Izabeli Leszczyny z prośbą o potwierdzenie interpretacji sformułowania „przerywanie ciąży" zawartego w art. 4a ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, w przypadku wystąpienia przesłanki zagrożenia życia lub zdrowia kobiety. Pismo, którego autorami są ginekolodzy i położnicy, to pokłosie sprawy pacjentki, która zdecydowała się na aborcję metodą indukcji asystolii u płodu [wstrzyknięcie w serce płodu chlorku potasu – przyp. red.] w 36. tygodniu ciąży, powołując się na wskazaną przesłankę. Polskie Towarzystwo Ginekologów i Położników (PTGiP) zwróciło się do minister zdrowia Izabeli Leszczyny o wyjaśnienie interpretacji przepisów dotyczących przerwania ciąży. **W związku z zagrożeniem zdrowia lub życia kobiety możliwe jest przerwanie bardzo zaawansowanej ciąży, jednak nie może ono polegać na celowym uśmierceniu płodu. Prawnicy podkreślają, że takie działanie może być traktowane jako przestępstwo**. (Zapewne twierdzą tak ci prawnicy, którzy pracują dla z Ordo Iuris - ***MB***)

Autorzy pisma do minister Leszczyny przypominają, że po orzeczeniu wyroku Trybunału Konstytucyjnego z października 2020 r., który zniósł możliwość legalnego przeprowadzenia aborcji w przypadku występowania tzw. przesłanki embriopatologicznej, doszło do zmiany otoczenia prawnego. Jak wyjaśniają w liście, wspomniany już „art. 4a w ust. 2 – względem uchylonej przesłanki embriopatologicznej – zakreślał czasową granicę zabiegu do chwili osiągnięcia przez płód zdolności do samodzielnego życia poza organizmem kobiety ciężarnej, natomiast w przypadku, gdy ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego, przerwanie ciąży jest możliwe, jeżeli od początku ciąży nie upłynęło więcej niż 12 tygodni. Jeżeli chodzi natomiast o przesłankę zagrożenia dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej, ustawodawca nie przewidział żadnego terminu, do upływu którego zabieg jest możliwy".

Dalej napisano, wyjaśniając zaistniałą obecnie sytuację, „po osiągnięciu przez płód zdolności do samodzielnego życia poza organizmem matki i po zaistnieniu przesłanki w postaci zagrożenia życia lub zdrowia matki zabieg przerwania ciąży, jakkolwiek całkowicie legalny, nie może jednak polegać na celowym uśmierceniu płodu. W przeciwnym razie zachowanie lekarza przeprowadzającego zabieg może podlegać ocenie w świetle art. 152 § 3 Kodeksu karnego, zgodnie z którym kto za zgodą kobiety przerywa jej ciążę, gdy dziecko poczęte osiągnęło zdolność do samodzielnego życia poza organizmem kobiety ciężarnej, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8".

Pełna ochrona karnoprawna przysługuje osobie urodzonej

PTGiP zwróciło uwagę na konieczność potwierdzenia prawidłowego rozumienia sformułowania "**przerwanie ciąży**" w kontekście ustawy o planowaniu rodziny. Organizacja wskazuje, że przerwanie ciąży w zaawansowanym stadium jest możliwe, ale nie powinno prowadzić do celowego uśmiercenia płodu. **Prawnicy, w tym dr hab. n. praw. Radosław Tymiński**, zaznaczają, że uśmiercenie płodu zdolnego do życia poza organizmem matki może być uznane za zabójstwo.

— Jeśli płód nie ma zdolności do przeżycia, to przerwanie ciąży wiąże się ze zgonem płodu. Jeśli jednak płód ma zdolność do życia, to przerwanie ciąży wiąże się z koniecznością ratowania również płodu — precyzował Tymiński.

- **Nieprawda.** Nie ma żadnych podstaw prawnych do przyjęcia takiego rozróżnienia - ***MB***. To jest naciągana wykładnia ustawy o planowaniu rodziny przez pryzmat kodeksu karnego, tymczasem

powinno być dokładnie odwrotnie: to ustawa o planowaniu rodziny jest wiążącym układem odniesienia dla kodeksu karnego, ponieważ stanowi **regulację szczególną**: dopuszcza przerwanie ciąży przy spełnieniu określonych w niej przesłanek. Sankcje w kodeksie karnym są przewidziane za przerwanie ciąży „z naruszeniem przepisów ustawy", czyli niezgodnie z UPR.

Zdolność płodu do samodzielnego życia poza organizmem kobiety sprawia tylko, że zaostrzona jest kara za **niedopuszczalne** przerwanie ciąży: (art. 152 § 3 KK - z naruszeniem przepisów ustawy, a za zgodą kobiety) - oraz za przerwanie ciąży przemocą (art. 153 § 2)). **Nie stanowi natomiast przeszkody dla przerwania ciąży w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia kobiety.**

Z perspektywy prawnej, płód zdolny do życia poza organizmem matki jest traktowany jako człowiek, co wiąże się z obowiązkiem ratowania go. Przepisy mówią o prawie do przerwania ciąży, ale nie o prawie do terminacji płodu.

- **Nieprawda**. Jedno jest konsekwencją drugiego: przerwanie ciąży prowadzi do śmierci płodu - ***MB***. A płód zdolny do życia poza organizmem matki **nie jest traktowany na równi z człowiekiem**: w kodeksie karnym jest na to osobny paragraf, w którym figuruje nazwa „dziecko poczęte". Gdyby płód był traktowany jako człowiek, tego szczególnego przepisu by nie było i czyn miałby kwalifikację prawną zabójstwa. A skoro KK posługuje się w ogóle pojęciami „dziecko poczęte" i „płód zdolny do samodzielnego życia", to znaczy, że musi to znaczyć coś innegoniż człowiek.

To tylko sądownictwo karne przyjęło w którymś momencie tzw. kryterium położnicze, liczone bądź od pierwszych skurczów porodowych bądź od rozpoczęcia zabiegu cesarskiego cięcia, które pozwala skazać za zawinione uchybienia przy przyjmowaniu porodu jak za śmierć człowieka.

Adwokat Oskar Luty podkreśla, że płód nie podlega pełnej ochronie karnoprawnej, jaką ma osoba urodzona, ale jego uśmiercenie może prowadzić do odpowiedzialności karnej.

- ***MB***: Ale nie w okolicznościach wskazanych przez ustawę o planowaniu rodziny. Kodeks karny wyraźnie stanowi, że chodzi o sytuacje przerwania ciąży z naruszeniem przepisów ustawy, a nie wtedy, gdy odbywało się to legalnie.

Kodeks karny

Art. 152. § 1. Kto za zgodą kobiety **przerywa jej ciążę z naruszeniem przepisów ustawy**, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

§ 2. Tej samej karze podlega, kto udziela kobiecie ciężarnej pomocy **w przerwaniu ciąży z naruszeniem przepisów ustawy** lub ją do tego nakłania.

§ 3. Kto dopuszcza się czynu określonego w § 1 lub 2, **gdy dziecko poczęte osiągnęło zdolność do samodzielnego życia** poza organizmem kobiety ciężarnej,

podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

Art. 157a. § 1. Kto powoduje uszkodzenie ciała dziecka poczętego lub rozstrój zdrowia zagrażający jego życiu,

podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.

§ 2. Nie popełnia przestępstwa lekarz, jeżeli uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia dziecka poczętego są następstwem działań leczniczych, **koniecznych** dla uchylenia niebezpieczeństwa grożącego zdrowiu lub życiu kobiety ciężarnej albo dziecka poczętego.

§ 3. Nie podlega karze matka dziecka poczętego, która dopuszcza się czynu określonego w § 1.

Przerwanie ciąży przy spełnieniu przesłanki z Ustawy o planowaniu rodziny... jest **wtórnie legalne,**[1] co dobrze oddaje mechanizm działania przepisów z punktu widzenia praktykowania medycyny. Czyn taki stanowi według Kodeksu karnego przestępstwo, ale tylko wtedy, gdy dokonany jest niezgodnie z ustawą: *kto za zgodą kobiety* [umyślnie] *przerywa jej ciążę* ***z naruszeniem przepisów ustawy*** **(**art. 152. § 1 KK)[2]**.** Ustawą, do której Kodeks karny odsyła, jest Ustawa o planowaniu rodziny..., której art. 4a funkcjonuje jako przepis szczególny: określa, w jakich okolicznościach przerwanie ciąży, zabronione na zasadach ogólnych - jest **dopuszczalne**[3] czyli zgodne z prawem. Wskazania do zgodnego z prawem przerwania ciąży stanowią zatem okoliczności **wyłączające bezprawność**: przerwanie ciąży jest wówczas **zgodne z prawem** i nie daje osobom trzecim prawa do aktywnego przeciwdziałania w celu odparcia jakoby bezprawnego zamachu na dobro prawnie chronione.[4] Taka kwalifikacja ma zatem dla lekarza niebagatelne znaczenie: wykonując zabieg działa on zgodnie z prawem, a ktokolwiek z zewnątrz spróbuje to działanie udaremnić - sam dopuszcza się bezprawia, wolno więc lekarzowi zastosować obronę konieczną dla obrony i pacjentki, i siebie samego. Taki jest sens "dopuszczalności" przerywania ciąży w okolicznościach szczególnych z art. 4a Ustawy.[5] Warto o tym przypomnieć w kontekście doniesień na temat wtargnięć do gabinetów ginekologicznych podczas wykonywanych zabiegów.

Dlatego błędny i niepotrzebnie mylący jest pogląd A. Zolla wyrażony w jednym z komentarzy do Kodeksu karnego, jakoby przerwanie ciąży dokonane zgodnie przepisami ustawy było tylko czynem niekaralnym.[6] Pojęcie niekaralności stosowane jest w prawie karnym tam, gdzie sam czyn realizuje cechy (tzw. znamiona) przestępstwa, a tylko jego sprawca (bądź niektórzy sprawcy) nie podlega karze. W tym samym komentarzu A. Zolla do Kodeksu karnego, w którym legalne przerwanie ciąży zostało uznane za czyn jedynie niekaralny, można wszakże znaleźć tezę, jakoby brak było podstaw prawnych do leczniczego przerwania ciąży kosztem życia płodu, który osiągnął już zdolność do samodzielnego życia.[7] Jest to jednak zapatrywanie zupełnie gołosłowne; nie zostało poparte żadnym argumentem, bo też i takie nie istnieją.

W taki właśnie sposób powstają nadużycia intelektualne zalegające u podstaw mitów prawnych na użytek zdezorientowanych lekarzy: jeden tendencyjny komentarz podawany z ust do ust zatacza coraz szersze kręgi, by zniekształcając sens unormowania prawnego uczynić je swoim własnym przeciwieństwem. Nie po to przecież prawo *explicite* pozwoliło ratować życie lub zdrowie kobiety **bez** oglądania się na stan płodu ani na stan zaawansowania ciąży, żeby sens tej regulacji mógł być podważany z użyciem ograniczenia odnoszącego się do **zupełnie innej** przesłanki (embriopatologicznej) do niedawna legalizującej przerwanie ciąży. Ten mechanizm manipulowania wykładnią prowadzi do zacierania różnic między poszczególnymi, rozłącznymi przesłankami legalizującymi. W chwili obecnej - powtórzmy - przesłanka embriopatologiczna została uchylona

---

1 Tak O. Sitarz, *Bezprawne przerwanie ciąży* [w:] *System Prawa Medycznego* t. III, red. T. Dukiet-Nagórska, A. Liszewska (Wolters Kluwer) Warszawa 2021, s. 668

2 Stosownie do art. 8 Kodeksu karnego przestępstwo może zostać popełnione tylko z winy umyślnej, chyba że ustawa karna wyraźnie przewiduje również nieumyślność. Z tego względu przy opisie ustawowych znamion poszczególnych typów przestępstw kategoria umyślności jest pomijana, co przy amatorskiej lekturze może wywoływać wrażenie, że odpowiedzialność za cięższe przestępstwa ma charakter absolutny .

3 Charakter prawny przesłanek dopuszczających przerwanie ciąży jest w nauce prawa sporny i interpretowany rozmiacie. Zob. przegląd stanowisk dokonany przez O. Sitarz, *Bezprawne przerwanie ciąży* [w:] *System Prawa Medycznego* t. III, s. 663-667. Są to spory w przeważającej mierze teoretyczne, ale obarczone konotacjami uprawnionego bądź nieuprawnionego przeciwdziałania domniemanej bezprawności przez osoby trzecie - dlatego wymagały szczegółowego omówienia i dokonania syntezy.

4 O. Sitarz, *Bezprawne przerwanie ciąży,* s. 668.

5 Podobne zapatrywanie przyjął Sąd Najwyższy w uchwale z 22.II.2006 r., sygn. III CZP 8/06, OSP 2/2007 poz. 16, s. 102 - uznawszy przesłanki przerwania ciąży z art. 4a Ustawy o planowaniu rodziny... za mające "charakter zbliżony do kontratypu" (czyli okoliczności wyłączającej bezprawność).

6 A. Zoll, [w:] *Kodeks karny. Część szczegółowa. Komentarz* (red. A. Zoll), Kraków 1999, s. 256.

7 A. Zoll [w:] *Kodeks karny…*, red. A. Zoll, Kraków 1999, s. 257.

razem z limitującym ją kryterium zdolności płodu do samodzielnego życia poza organizmem matki, tym bardziej więc bezpodstawne byłoby wprowadzanie jej tylnymi drzwiami.

Ginekolog: za zabiegiem przemawiały przesłanki medyczne
W tle wniosku PTGiP znajduje się przypadek pani Anity, której w 37. tygodniu ciąży w szpitalu w Oleśnicy przeprowadzono zabieg przerwania ciąży z powodu zagrożenia zdrowia. Zabieg polegał na indukcji asystolii płodu poprzez podanie chlorku potasu. Pacjentka oraz organizacja Legalna Aborcja twierdzą, że procedura była zgodna z ustawą. **Prokuratura Rejonowa w Oleśnicy prowadzi śledztwo w sprawie naruszenia prawa.**

Dr Gizela Jagielska, która przeprowadziła zabieg, uważa, że działanie było zgodne z prawem i wynikało z przesłanek medycznych.
— Przemawiały za tym przesłanki medyczne. Zgodnie z rekomendacją Światowej Organizacji Zdrowia oraz Międzynarodowej Federacji Ginekologów i Położników FIGO, do którego należy PTGiP, aborcja jest procesem, którego efektem jest poród martwy, a nie poród żywy. **Aborcja nie jest tym samym, co indukcja porodu czy wykonanie cięcia cesarskiego ze wskazań medycznych**. Definicją aborcji jest to, że chcemy uzyskać poronienie lub poród martwy. Natomiast rzeczywiście w polskim prawie nie ma definicji aborcji — przekazała lekarka.

MB: Nie ma takiej potrzeby, żeby polskie prawo definiowało aborcję. Działa tzw. **dyrektywa języka specjalistycznego**. Zgodnie z dyrektywą języka specjalistycznego wyrazy i ich związki użyte w tekście prawnym należy rozumieć tak, jak są one pojmowane w języku specjalistycznym.

I dobrze. O to chodzi, żeby prawo nie zaklinało rzeczywistości, więc niech prawnicy przy tym nie majstrują, a Minister Zdrowia nie ma nic do wyjaśniania, bo nie jest w tym przedmiocie żadnym autorytetem. Autorytetem jest medycyna, terminologia medyczna i rekomendacje profesjonalne. Stanowiska towarzystw lekarskich już znacznie mniej, bo bywają tendencyjne i trzeba analizować je pod kątem tego, na ile oddają stan aktualnej wiedzy medycznej, a na ile stanowią wyraz własnych przekonań. Ginekolodzy zaś niech nie udają Greka, bo sami najlepiej wiedzą i powinni wiedzieć, na czym polega czynność medyczna przerwania ciąży i do jakiego skutku prowadzi.

Grzegorz Braun w szpitalu w Oleśnicy. Lekarka relacjonuje wszystko w sieci. "Cyrkowa kampania"

Kandydujący na prezydenta Grzegorz Braun wdarł się dziś (16.IV.2025) do szpitala w Oleśnicy, by aresztować dr Gizelę Jagielską, ginekolożkę, która dokonuje w placówce legalnych aborcji. Lekarka relacjonuje wtargnięcie polityków do szpitala w mediach społecznościowych, na nagraniach widać m.in. mężczyzn patrolujących szpitalne korytarze w kominiarkach. — Pan Braun tutaj sobie wtargnął do pomieszczenia, gdzie najpierw mnie więził. (...) To jest szokujące, że takie rzeczy się dzieją. To się nazywa cyrkowa kampania prezydencka — relacjonuje na żywo dr Jagielska**.**

Adw. **Oskar Luty** – Termedia – wyjątki:
https://www.termedia.pl/mz/Terminacja-ciazy-odklamywanie-rzeczywistosci,61253.html

Liczne opinie psychiatryczne pokazują dziś bardzo jasno, że obowiązująca wcześniej przesłanka embriopatologiczna (raz jeszcze: dopuszczalność przerwania ciąży z powodu istotnych wad płodu) w istocie „przykrywała" temat cierpienia, lęku oraz sytuacji ciężarnej, noszącej pod sercem ciężko chore dziecko. Wobec treści przepisu nikt nie analizował ani nie wnikał w naturę tego cierpienia i potrzeb z tym związanych. Podkreślam, że mówimy to o kwestii ważnego dobra prawnego i istotnej wartości, którą Trybunał Konstytucyjny w fatalnym wyroku z 2020 r. po prostu całkowicie pominął, zbył i uznał za nieistotną.

W absolutnej większości przypadków, w których ciążę trzeba przerwać, aby ratować życie lub zdrowie matki z powodów somatycznych (tzn. innych niż psychiatryczne – np. szybko rosnących nowotworów, zaburzeń kardiologicznych, powikłań nerkowych itp.), lekarze robią wszystko, co w ich mocy, aby ratować matkę i dziecko. To są kwestie trudne medycznie, ale paradoksalnie dość proste od strony prawno-etycznej, ponieważ konflikt interesów płodu i matki ma w nich charakter pomijalny.

W tych przypadkach duet lekarz – matka dąży do optymalizacji sytuacji medycznej matki i dziecka. Zdrowie matki jest i oczywiście musi być na pierwszym miejscu, ale na żądanie matki lekarz chroni też interes dziecka nienarodzonego – w taki sposób, aby zwiększyć jego szanse na przeżycie pourodzeniowe. W tym celu podaje się sterydy (w skrócie: przyspieszają rozwój np. aparatu oddechowego) itp. Jednak ten model działania nie odpowiada sytuacji, w której pojawiają się wskazania psychiatryczne do przerwania ciąży, ponieważ to właśnie wada płodu jest realną przyczyną cierpienia i zagrożenia dóbr matki w postaci zdrowia psychicznego.

W większości publikacji prawniczych na ten temat przeczytamy, że w okresie, w którym płód ma zdolność do życia poza organizmem matki, obowiązkiem lekarzy jest takiego człowieka po urodzeniu ratować, leczyć. Oczywiście w przypadku ciężkich wad w grę wchodzi tylko leczenie paliatywne – uśmierzanie bólu. Położnicy w takich sytuacjach mówią nie o aborcji, lecz o indukcji przedwczesnego porodu. Nie o „przerwaniu", a raczej o „zakończeniu" ciąży. I sięgają po metody charakterystyczne dla indukcji – leki wywołujące poród.

Chlorek potasu i podobne substancje uśmiercają płód. W praktyce polskiej podawane są rzadko, ale chyba nie ma badań na ten temat. Według mojej najlepszej wiedzy medycyna rozjeżdża się tu z odbiorem społecznym. Wiele osób, które nie są lekarzami, może kojarzyć zastrzyk aplikowany w bijące serce płodu z barbarzyństwem. Tymczasem od strony medycznej to miłosierdzie – zapewnia szybkie obumarcie.

Nasze prawo postrzega płód zdolny do życia poza organizmem matki jako dobro prawne stojące wyżej (sic!) od życia płodu przed tym okresem. Świadczy o tym jednoznacznie treść obowiązującego art. 152 par. 3 oraz art. 153 par. 2 Kodeksu karnego, które przewidują znacznie wyższe kary za niezgodne z prawem przerwanie ciąży w okresie po uzyskaniu zdolności dziecka do życia. Świadczyła o tym również treść uchylonej przez Trybunał przesłanki embriopatologicznej, która – przypomnijmy – upoważniała do aborcji tylko do okresu, w którym płód uzyskiwał zdolność do samodzielnego życia. **Bardzo trudno w ogóle uzasadnić dopuszczalność przerwania ciąży metodą, która pozbawia taki płód życia, jeżeli dostępna jest metoda medyczna pozwalająca zapewnić mu szansę przeżycia poza ciałem matki**.

MB: Może i trudno, ale jest to możliwe. Źródłem rozstroju zdrowia psychicznego kobiety jest perspektywa wydania na świat istoty ciężko chorej i cierpiącej. To jest właśnie to, co odbiera kobiecie rozum i może popychać do prób samobójczych. I to, na podstawie wyraźnego przepisu ustawy o planowaniu rodziny, **uzasadnia przerwanie ciąży bez postawienia ograniczeń czasowych**. Brak takiego ograniczenia czasowego pokazuje przy tym wyraźnie, że w razie zagrożenia zdrowia lub życia kobiety jej dobro jest na pierwszym miejscu, więc nie ma znaczenia stan zaawansowania ciąży. Tylko wtedy zostanie osiągnięty cel leczniczy, gdy kobieta NIE wyda na świat chorego dziecka, nie będzie świadkiem jego cierpień i nie będzie obwiniać się, że urodziła dziecko do wielkiego cierpienia i rychłej śmierci. Skoro jej dobro zdrowotne zostało postawione wyżej niż życie płodu, to kolizja dóbr prawnych może zostać usunięta tylko w jeden sposób: przez przerwanie ciąży takim sposobem, żeby płód nie przeżył.

Ustawa o planowaniu rodziny...
Art. 4a. 1. Przerwanie ciąży może być dokonane wyłącznie przez lekarza, w przypadku gdy:
1) ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej,
2) (utracił moc)2)
3) zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego,
4) (utracił moc)3)
2. W przypadkach określonych w ust. 1 pkt *2* przerwanie ciąży jest dopuszczalne do chwili osiągnięcia przez płód zdolności do samodzielnego życia poza organizmem kobiety ciężarnej; w przypadku określonym w ust. 1 pkt 3 lub *4*, jeżeli od początku ciąży nie upłynęło więcej niż 12 tygodni.

O. Luty: Nasze prawo wyklucza dopuszczalność eutanazji. Nie śmiem tego oceniać, nie mam też zamiaru komentować, bo czyjekolwiek osobiste poglądy w tym zakresie są bez znaczenia dla naszej rozmowy – po prostu tak było i jest obecnie. Zróżnicowane perspektywy bioetyczne bledną wobec jednoznaczności prawa. Myślenie w kategoriach eutanatycznych względem płodu mającego zdolność do życia poza ciałem matki jest obecnie niemożliwe do uzasadnienia. Przepis gwarantujący prawo do przerwania ciąży z powodu zagrożenia życia lub zdrowia matki nijak nie odnosi się do kwestii eutanatycznych. Nie ma w Polsce i nigdy nie było przepisu, który zezwalałby na uśmiercenie płodu z powodów eutanatycznych, a więc związanych z dobrostanem płodu. Czym innym jest zaniechanie leczenia daremnego po urodzeniu dziecka bez rokowań – ale wtedy wkracza opieka paliatywna.

MB: Mówiąc prościej - spełnienie przesłanek legalnego przerwania ciąży wyłącza kwalifikację czynu jako eutanazji. Zgodne z aktualną wiedzą medyczną przerwanie ciąży adekwatną metodą jest cały czas tylko przerwaniem ciąży i wszystkie składające się na to czynności mają taką kwalifikację medyczną oraz prawną. Reszta to niepotrzebne gmatwanie.

Dziennikarz: ***Czy obowiązuje zatem przepis, który zakazuje położnikowi przeprowadzenia zabiegu przerwania ciąży w czasie, gdy dziecko osiągnęło zdolność do samodzielnego przeżycia poza organizmem matki, za pomocą metody, której skutkiem będzie obumarcie płodu i która nie daje mu szans przeżycia?***

O. Luty: Moim zdaniem jest to niemożliwe do pogodzenia z zasadami obecnie obowiązującego systemu prawnego. Argument ten wynika również z treści art. 157a par. 1 Kodeksu karnego, który przewiduje karę do 2 lat więzienia za spowodowanie rozstroju zdrowia zagrażającego życiu płodu. Zgodnie z par. 2 tego przepisu przestępstwa nie popełnia lekarz, który podejmował konieczne działania lecznicze w celu ratowania matki. Konieczne – nie zaś jakiekolwiek. Jeżeli mamy dwie metody, spośród których tylko jedna zapewnia oczekiwany skutek terminacyjny, a zarazem szanse na przeżycie dziecka, to trudno podjąć inny wybór. Położnicy to lekarze – uczeni i zaprzysiężeni do ratowania życia ludzkiego. Tam gdzie płód musi obumrzeć – lekarze nie mają wyjścia, muszą ratować matkę. Ale gdy perspektywa spowodowania śmierci nie jest konieczna? Nie wolno ich stawiać w takiej sytuacji. To byłoby podejście nielojalne, pełne przemocy i niegodziwe – sprowadzałoby lekarzy-położników do roli nie–lekarskiej, której oni nie chcą pełnić.

MB: Rozumie ktoś coś z tego? Bo ja tu widzę uniki i brak konkretów. Co znaczy, że nie wolno lekarzy stawiać w takiej sytuacji? To kto udzieli pomocy lekarskiej kobiecie w stanie zagrożenia zdrowia przez płód zdolny do samodzielnego życia? W sprawie chodzi o ochronę zdrowia psychicznego kobiety kosztem życia płodu. Takie są realia i prawo na to pozwala. Wynika to z **zasady subsydiarności prawa karnego**. Ustawa o planowaniu rodziny pozwalająca na

przerwanie ciąży dla ochrony zdrowia kobiety bez ograniczeń czasowych ustanawia okoliczność usprawiedliwiającą działanie lekarza na mocy przepisu szczególnego, który w ten sposób wyprzedza zastosowanie przepisów kodeksu karnego. Gdy trzeba ratować życie lub zdrowie kobiety, to nie ma innego wyjścia jak uśmiercić płód. **Płód zdolny do samodzielnego życia, to jeszcze nie jest człowiek urodzony**. Urodzonego nie można by było tknąć, ale płód jeszcze można i robi się to dlatego i po to, żeby wyleczyć matkę i zapobiec jeszcze większemu urazowi psychicznemu niż ten, którego już doznaje w ciąży. Ratowanie zdrowia psychicznego kobiety zagrożonego przez świadomość, iż urodzi ciężko i nieuleczalnie chore, a przez to cierpiące dziecko i z tą świadomością przyjdzie jej żyć, będzie musiało polegać na przerwaniu ciąży na takim etapie, żeby do traumatyzującego zdarzenia nie doszło. Taki wniosek wynika z wykładni funkcjonalnej podstaw do przerwania ciąży przy (poważnym) zagrożeniu dla zdrowia psychicznego kobiety.

Dziennikarz: ***A klauzula sumienia?***
O. Luty: Tu nie chodzi o klauzulę sumienia, lecz o fundamentalne prawne ramy wykonywania zawodu i związane z tym obowiązki. Klauzula sumienia nie przysługuje zresztą przy ratowaniu życia i zdrowia matki. Żaden lekarz nie może odmówić terminacji ciąży, która powoduje zagrożenie dla matki. Klauzula wówczas nie działa, a takie zachowanie lekarza byłoby bezprawne i nieetyczne.

Komentarz - ***MB***

Sprawa jest wielowątkowa ze względu na mnogość naruszeń.

1. **Naruszenie prawa do informacji**. Pacjentce należy się pełna i wyczerpująca informacja o stanie zdrowia, która rozciąga się również na stan płodu. Prawo do badań prenatalnych stanowi fragment prawa kobiety do informacji o stanie zdrowia, a to z kolei rozciąga się również na informację o stanie płodu.[8] Wyroki sądowe, które zapadły swego czasu na tle podobnych zaniechań, nie pozostawiają co do tego wątpliwości. Płód jest podczas ciąży częścią organizmu kobiety i jego stan zdrowia jest ściśle powiązany ze zdrowiem kobiety. Niektóre anomalie wymagają a to zmiany trybu życia, a to wcześniejszego rozwiązania ciąży, a to wykonania cesarskiego cięcia. Z drugiej strony, możliwość przeprowadzenia badań prenatalnych i dowiedzenia się o stanie przyszłego dziecka chroni dobra i prawa osobiste przyszłych matek, bo przynosi ulgę w niepewności lub daje możliwość decydowania z rozeznaniem o utrzymaniu defektywnej ciąży, co mieści się w obszarze ich praw reprodukcyjnych, prawa do prywatności oraz do ochrony własnego zdrowia, które w takiej ciąży jest narażone ponad przeciętną miarę. Medyczny i etyczny wymiar tego rodzaju decyzji oraz roli, jaka przypada lekarzom, znalazł wyraz we wspólnym Stanowisku Polskiego Towarzystwa Genetyki Człowieka oraz Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników z kwietnia 2018 r.: *„Losowy charakter występowania w ogólnej, corocznej populacji wszystkich ciężarnych, różnego typu nieprawidłowości rozwojowych u płodu, szczególnie tych o poważnych konsekwencjach dla życia dziecka lub o nieodwracalnych na całe życie konsekwencjach zdrowotnych, często bez znanej wcześniej przyczyny, to dramat zarówno dla każdej takiej kobiety jak i dla opiekującego się nią lekarza, na którym spoczywa prawny obowiązek poinformowania jej o stwierdzonych zaburzeniach. Stawia to kobietę i jej najbliższych wobec dylematów i wyborów, również etycznych, które trudno jednoznacznie rozstrzygać w wielu indywidualnych przypadkach. Rolą lekarza każdej specjalności, szczególnie położnika-ginekologa oraz genetyka klinicznego, zgodnie z Kodeksem Etyki Lekarskiej,* ***jest przekazanie kobiecie i jej rodzinie w sposób bezstronny, wszystkich niezbędnych informacji dotyczących charakteru zaburzeń, ich potencjalnych przyczyn oraz skutków****. Każda decyzja kobiety powinna być w takich sytuacjach w pełni autonomiczna, a rolą lekarza ma być zapewnienie możliwości realizacji jej woli, zgodnie z przyjętymi procedurami medycznymi, istniejącym*

[8] Wyrok Sądu NajwyższegoN z 12 czerwca 2008 r., III CSK 16/08, OSNC nr 3/2008 poz. 48 z tezą: "*Uprawnienie do przeprowadzenia badań prenatalnych wynika z prawa kobiety w ciąży do informacji o stanie płodu, jego ewentualnych schorzeniach i wadach oraz możliwościach ich leczenia w okresie płodowym (...)*".

porządkiem prawnym, w sposób zapewniający kobiecie bezpieczeństwo oraz pełnię zdrowia fizycznego i psychicznego. Kwestionowanie takiego prawa i woli kobiety jest nieludzkie, stygmatyzujące ją, niejednokrotnie ze szkodą dla jej dalszych planów prokreacyjnych. Nie istnieje w tym zakresie żadna prawda uniwersalna. Nie da się również cofnąć postępu w zakresie metod monitorowania ciąży w sposób pozwalający na uniknięcie tego typu dylematów. Dotyczy to szeroko pojętych badań prenatalnych od rutynowej opieki położniczej po finansowany odrębnie program diagnostyczny w tym zakresie."[9]

Prawo do badań prenatalnych, ujęte od strony obowiązku, wprowadziła w art. 2a Ustawy o planowaniu rodziny[10]: „Organy administracji rządowej oraz samorządu terytorialnego, w zakresie swoich kompetencji określonych w przepisach szczególnych, są zobowiązane zapewnić swobodny dostęp do informacji i badań prenatalnych, szczególnie wtedy, gdy istnieje podwyższone ryzyko bądź podejrzenie wystąpienia wady genetycznej lub rozwojowej płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej życiu płodu." Zostało ono następnie potwierdzone ustawą o wsparciu kobiet w ciąży i ich rodzin „Za życiem".[11] Zgodnie z art. 1 pkt 1 ustawa ta określa uprawnienia kobiet w ciąży i rodzin do wsparcia w zakresie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, przy czym uprawnienia te na rzecz kobiety w ciąży oraz dziecka obejmują w szczególności diagnostykę prenatalną (art. 6 pkt 1). Jako zasadę prawo deklaruje swobodny dostęp, który ma być zapewniony **szczególnie** przy podejrzeniu określonych uszkodzeń płodu - zgodnie więc z literą ustawy o planowaniu rodziny uprawnienia te przysługują każdej kobiecie w ciąży, ze specjalnym tylko uwzględnieniem okoliczności, gdy istnieje podwyższone ryzyko wystąpienia wady. Swoboda dostępu powinna oznaczać brak przeszkód z zakresu organizacji opieki zdrowotnej, w tym dostęp nieograniczony wymaganiem skierowania. Wypisanie go ma spełniać funkcję tylko informacyjną dla konsultujących pacjentkę specjalistów z tego względu, że badania powinny być wykonywane pod kątem wady, której wykryciu służą: błędne podejrzenie pociąga za sobą błędny kierunek badań i uzyskanie fałszywych wyników[12]. Swobodny dostęp powinien zatem oznaczać informację powszechnie dostępną w gabinetach ginekologicznych, a skierowania wystawiane na każde życzenie.

Ustawa gwarantuje swobodny dostęp do badań w konkretnym celu, jakim jest uzyskanie informacji.

Ewolucja zaniechań w tym obszarze rozpoczęła się od uchylania się niektórych lekarzy przed wystawieniem skierowania, przez zatajanie niepomyślnych wyników aby nie dostarczyć informacji pozwalających na legalne przerwanie ciąży z przyczyn embripatologicznych. Po niesławnym wyroku Trybunału Konstytucyjnego uchylającym tę przesłankę wydostała się na światło dzienne kwestia zagrożenia zdrowia psychicznego kobiety spowodowanego świadomością, że urodzi dziecko ciężko chore bądź nawet niezdolne do życia. Sprawa Anity pokazuje, jak niektórzy lekarze, nie mogąc uniknąć obowiązków związanych z zapewnieniem dostępu do gwarantowanych badań prenatalnych, starali się zafałszować ich wynik, przedstawiając wadę jako lekką i niegroźną. Gdyby nie komentarze studentów (cześć im za to i chwała nawet jeśli działali nieintencjonalnie!), Anita mogłaby do samego końca nie zdawać sobie sprawy z dramatyzmu sytuacji. Mamy więc do czynienia z nowym rodzajem nadużycia przy badaniach prenatalnych: z najprawdopodobniej celowym bagatelizowaniem niepomyślnych wyników i utwierdzaniem pacjentki w przekonaniu, że

[9] Stanowisko Polskiego Towarzystwa Genetyki Człowieka (PTGC) oraz Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników (PTGP) dotyczące zasad i warunków podejmowania indywidualnych decyzji prokreacyjnych w przypadkach ryzyka pojawienia się wad wrodzonych lub wystąpienia zaburzeń rozwojowych u potomstwa, Warszawa, Łódź, kwiecień 2018 r., s. 2 , http://www.imid.med.pl/files/imid/Aktualnosci/Aktualnosci/1_Stanowisko_PTGC_PTGP.pdf (1.VII.2018)

[10] Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego oraz warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz.U. Nr 17/1993, poz. 78 ze zm.)

[11] Ustawa z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem" (Dz.U. 2016 r. poz. 1860).

[12] J. Dangel, *Diagnostyka prenatalna...*, s. 32; „Pacjent w brzuchu" – Rozmowa z prof. Marią Sąsiadek, kierowniczką Katedry i Zakładu Genetyki Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu; rozmawiała Aleksandra Więcka, „Wysokie Obcasy" 26.01.2013, s. 28,.

nie jest wcale tak źle i wszystko jakoś się ułoży. „Po co babcię denerwować, niech się babacia cieszy". Intencja takich zachowań jest łatwa do uchwycenia: utrzymywanie kobiety w fałszywym przekonaniu, żeby dotrwała do momentu porodu w dobrym stanie psychicznym. To nic, że później szok będzie znacznie bardziej dotkliwy. Ważne, żeby nie próbowała przerwać ciąży ze względu na swój zły stan psychiczny. Nie można tego nazwać inaczej niż ukartowanym oszustwem informacyjnym.

Przywołane w reportażu wypowiedzi studentów oraz opinia ekspertki, że wada była dobrze widoczna już na USG w 20. tygodniu, pozwalają wnioskować o zawinionym zaniechaniu informacyjnych po stronie przynajmniej dwojga lekarzy: Hanny Moczulskiej i Piotra Sieroszewskiego. Moim zdaniem bardzo podejrzana jest z tego punku widzenia również opinia lekarska ze szpitala w Pabianicach. Wprawdzie wyniki badań genetycznych nie zawsze są jednoznaczne, a tym więcej da się zobaczyć na USG im bardziej rozwinięty płód, jednak - jak słusznie podaje mec. Kamila Ferenc - należało dodać jedno do drugiego. Ponadto istnieją obiektywne mierniki należytej staranności badań obrazowych, układające się w rodzaj listy kontrolnej. Łatwo jest "nie zauważyć" wady, żeby uchylić się od ciężaru powiadomienia pacjentki. Szkodliwość społeczna takiego zachowania polega na manipulowaniu informacją: na zatajeniu prawdy dla własnej wygody i spokoju ducha. Taki wniosek nasuwa się sam, skoro alarmujący symptom jest albo dobrze widoczny, albo obraz na tyle niewyraźny, że badanie powinno zostać powtórzone. Uchybienie diagnostyczne bywa trudne do oceny pod kątem zawinienia, za to konsekwencje rozchodzą się szerokimi kręgami. Jeśli prawdą jest przytoczona opinia wytrawnego lekarza, że ultrasonografia stoi już na tak wysokim poziomie, że przy dochowaniu staranności określone anomalie dadzą się dostrzec bez większego trudu[13] - wolno ich niezauważenie potraktować jako zawiniony błąd diagnostyczny. Pewne uchybienia świadczą same przez się o nieudolności profesjonalnej albo o świadomym zatajaniu informacji. Ich popełnienie powinno prowadzić do odpowiedzialności niezależnie od powiązania z uszczerbkiem w dobrach prawnych – a więc przynajmniej do ukarania dyscyplinarnego przez sąd lekarski. W razie więc wytoczenia sprawy odszkodowawczej o zawinione naruszenie prawa pacjenta do informacji, możliwe jest uzyskanie zadośćuczynienia pieniężnego za krzywdę niedoinformowania. Sądy nie przyjmują przy tym argumentu, że pacjentce nie powiedziano wszystkiego po to, żeby jej nie denerwować.

Cel informacyjny badania jest wyjątkowo przejrzysty, a poddanie się diagnostyce przez konkretną pacjentkę jednoznacznie świadczy o woli otrzymania wyniku rzetelnego i zgodnego z całą prawdą. Wyklucza to *a priori* skorzystanie z przywileju terapeutycznego oraz jakiekolwiek manipulowanie informacją, „żeby nikogo nie zdenerwować". Jeśli bowiem pacjentka nie chce się denerwować, to nie występuje o skierowanie bądź z wystawionego nie korzysta i nie przystępuje do badania, które nie tylko jest w pełni dobrowolne, ale też nie ma bezpośredniego związku z leczeniem samej pacjentki. Prawo do informacji jest samoistnym prawem pacjenta podlegającym ochronie niezależnej od funkcji, jaką w danym przypadku ma spełnić informacja, tym niemniej konsekwencje jej nieuzyskania mogą zwiększać szkodę lub potęgować krzywdę. Krzywda pacjentki polega na pozostawaniu w złudnym przekonaniu, że urodzi dziecko zdrowe, bez wad wrodzonych. Szok towarzyszący wyjściu prawdy na jaw jest wtedy większy niż gdyby wiedza ta była dostępna zawczasu: *"Okoliczności wpływające na wysokość tego świadczenia* [zadośćuczynienia – przyp. aut.], *to między innymi: dramatyzm doznań, cierpienia moralne i wstrząs psychiczny (...). Powódka dowiadując się dopiero w dniu 7 lutego 2013 r. w czasie badania usg (...) o przepuklinie odcinka lędźwiowo – krzyżowego płodu, doznała silnego wstrząsu. Dowodem tego jest już to, że jak wynika z dokumentacji medycznej, badania nie dokończono ze względu na stan emocjonalny pacjentki. Powódka po uzyskaniu tej wiadomości nie wiedziała co ze sobą zrobić, gdyż niemal do samego końca ciąży była przekonana, że dziecko będzie zdrowe. (...) Po uzyskaniu wiadomości o wadzie*

[13] Wymianie doświadczeń i dobrej praktyce służą bogato ilustrowane opracowania fachowe, np. w kwartalniku "Ultrasonografia" – zob. http://www.usg.com.pl/ptu/dat/attach/35_ultrasonografia46small.pdf

rozwojowej dziecka stała się płaczliwa, zestresowana (...). Czuje się winna za zaistniały stan rzeczy, jest przekonana, że mogłaby dziecku pomóc, gdyby dowiedziała się wcześniej o wadzie (...). Cierpienia powódki będące efektem naruszenia jej praw jako pacjenta należy ocenić zatem jako znaczne. Co istotne, cierpienia te mają charakter ciągły, rzutują na funkcjonowanie powódki, która każdego dnia opiekując się małoletnim A. R. i dostrzegając jego poważne cierpienia, w tym ból fizyczny, ma poczucie głębokiego żalu, że nie miała szansy uczynić wszystkiego, co tylko było możliwe, aby zminimalizować skutki wady rozwojowej dziecka i tym samym pozytywnie wpłynąć na jakość jego życia."[14]

Z drugiej strony podnosi się, iż wobec braku możliwości terapii wiedza genetyczna może być nie do zniesienia – skutkować napięciem emocjonalnym, zaburzać życie rodzinne i relacje społeczne oraz stać się źródłem dyskryminacji. Stąd wzięły się koncepcje podkreślające, że „autonomia" *sensu largo* winna również obejmować prawo do niewiedzy o grożącym jednostce ryzyku i chorobie.[15] Problem jest jednak o tyle źle postawiony, że polskie prawo medyczne nie nakazuje informowania na siłę: pacjent zawsze może zażądać nieinformowania, a trudno zgodzić się z sugestią, że pacjentki automatycznie i bezmyślnie poddają się badaniom inwazyjnym i to tak istotnym z punktu widzenia ich przyszłego macierzyństwa.[16]

W wyroku z 12 maja 2015 r. Sąd Apelacyjny w Krakowie[17] stwierdził, że „*prawo decydowania o tym, czy kobieta jest w stanie podjąć się wychowywania głęboko niepełnosprawnego dziecka, jest dobrem osobistym najwyższego rzędu i wymaga podjęcia decyzji trudnej pod wieloma względami. Naruszenie dobra osobistego powódki spowodowało określone skutki, które ważą na całym jej życiu*." Uchybienie polegało na braku staranności przy wykonywaniu badania USG: lekarz przeprowadził je niezgodnie z przyjętymi standardami, nie sprawdził bowiem zdjęcia z wykonanego badania, w rezultacie czego nie dostrzegł wad płodu, które były widoczne, przez co dopuścił się błędu w ocenie jego stanu. Nie rozpoznał mianowicie wyraźnych symptomów przepukliny oponowo – rdzeniowej z porażeniem i zniekształceniem w obrębie kończyn dolnych oraz poszerzeniem układu komorowego mózgu. Błąd lekarski był błędem zawinionym i miał postać co najmniej niedbalstwa. Konsekwencją było niepoinformowanie powódki o wadach płodu, co uniemożliwiło jej rozważenie podjęcia decyzji o przerwaniu ciąży stosownie do możliwości, jakie stwarza[ła] ustawa o planowaniu rodziny.

W sprawie rozstrzygniętej wyrokiem z 6 maja 2010 r.[18] Sąd Najwyższy uznał, że pozwany lekarz „*dopuścił się czynu niedozwolonego polegającego na bezprawnym pozbawieniu powódki prawa do podjęcia decyzji o ewentualnym przerwaniu ciąży."* Naruszenie właściwych przepisów wyrażało się w „*braku należytej staranności przy dokonywaniu badań ultrasonograficznych i niepoinformowaniu powódki o wadach płodu, co uniemożliwiło jej podjęcie świadomej decyzji dotyczącej ciąży*." Lekarz nie skierował też pacjentki na diagnostykę prenatalną, mimo posiadanej już wiedzy, że pacjentka urodzi kalekie dziecko. Jak wyjaśniał w toku procesu, nie chciał pacjentki informować o tym fakcie, bo w jego ocenie poinformowanie mogło pogorszyć stan płodu i mógł nastąpić wcześniejszy poród. Uprawnienie do legalnego przerwania ciąży w warunkach określonych

---

[14] Wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z 19.II.2018, sygn. I ACa 379/16, Portal Orzeczeń Sądów Powszechnych. Za krzywdę polegającą na "negatywnych skutkach i przeżyciach wynikających z późnego wykrycia choroby", wyrządzoną matce niestarannym badaniem usg i niewykryciem we właściwym czasie widocznej wady rozwojowej skutkującej poważnymi upośledzeniami dziecka (umysłowym, motorycznym oraz wodogłowiem), Sąd zasądził zadośćuczynienie w wysokości 100 000 zł.

[15] J. Domaradzki, *Genetyczne badania prenatalne, retoryka wyboru a prawo do ignorancji*, [w] Nowiny Lekarskie 2011, 80, 2, s. 143. Można polemicznie zauważyć, że optyka zagraniczna poważnie różni się od rodzimej. Jak podają specjaliści będący jednocześnie naukowcami i praktykami klinicznymi (J. Dangel, J. Zaremba – zob. J. Dangel, Diagnostyka..., s.), na pacjentki nie wywiera się żadnego nacisku ani w sprawie wykonania badania, ani w sprawie decyzji co do dalszych losów ciąży, oferowana jest natomiast opieka hospicjum perinatologicznego.

[16] Zob. J. Domaradzki, *Ibidem*, s. 142.

[17] Sygn. akt I ACa 204/15, Portal Orzeczeń Sądów Powszechnych BIP.

[18] wyrok SN z 6.V.2010 r., II CSK 580/09, OSP nr 2/2011 poz. 13 z. gl. M. Nesterowicza

ustawą o planowaniu rodziny wynika według Sądu z prawa do planowania rodziny. Pozbawienie pacjentki prawa do podjęcia świadomej decyzji co do ciąży narusza w tych okolicznościach jej dobro osobiste. O ciężkich wadach dziecka pacjentka dowiedziała się dopiero po porodzie. Dziewczynka przyszła na świat z wadami wrodzonymi: brakiem uda, podudzia, przedramienia i dłoni.

Jakkolwiek w sprawie Anity dopiero pod koniec ciąży okazało się, że wada ma tak ciężki stopień, to odpowiednie badania można było przeprowadzić wcześniej, a zachowanie Hanny Moczulskiej i Piotra Sieroszewskiego wolno zinterpretować jako branie na przeczekanie. Niezależnie od potencjalnej odpowiedzialności odszkodowawczej takie zachowania spełniają cechy przewinienia zawodowego i mogą prowadzić do odpowiedzialności przed sądem lekarskim. Dla porównania:

Wyrokiem z 9 kwietnia 2009 r. Okręgowy Sąd Lekarski w Warszawie[19] skazał lekarza ginekologa za *nierozpoznanie nieuleczalnych wad rozwojowych płodu, co spowodowało trwanie ciąży w tej fazie, bez świadomości ciężarnej o istnieniu tych wad i wysokim prawdopodobieństwie zgonu dziecka po porodzie oraz uniemożliwiło pacjentce podjęcie decyzji odnośnie kontynuacji ciąży i naraziło ją na uraz psychiczny po porodzie*.[20] Obwiniony nie rozpoznał nieuleczalnych wad rozwojowych płodu i stanowiło to zawiniony błąd diagnostyczny, ponieważ posługiwał się przestarzałym aparatem USG, do którego ani on, ani nikt w szpitalu nie miał zaufania i na którym struktury anatomiczne płodu były niewidoczne. Pacjentce wydawał tylko wydruki obrazu bez opisów, a jednocześnie zapewniał, że „wszystko jest w porządku". Dopiero w 36 tygodniu ciąży badanie zostało wykonane na innym aparacie w tym samym szpitalu i wykazało u płodu liczne wady (w tym zaawansowane wodogłowie), a w przeprowadzonym zaraz potem badaniu genetycznym stwierdzono nieprawidłowy kariotyp. Trzykrotnie operowane po urodzeniu, dziecko zmarło w wieku siedmiu miesięcy w wyniku niewydolności wielonarządowej spowodowanej wadami wielu ważnych dla życia organów i obciążeniem genetycznym. Według biegłego było z powodu sumy wszystkich wad niezdolne do życia. W opinii sądu lekarz wykonujący USG nie ma obowiązku dokładnie określać rodzaju wady, ale musi wysunąć takie podejrzenie i przekierować pacjentkę do ośrodka o wyższym stopniu referencyjności.

2. Bezprawne pozbawienie wolności w szpitalu psychiatrycznym. Przymusowa hospitalizacja psychiatryczna ma ściśle określone w ustawie podstawy zastosowania, których niespełnienie w konkretnym przypadku równa się bezprawnemu pozbawieniu wolności. Jeśli takie działanie ma charakter umyślny, to wypełnia znamiona przestępstwa bezprawnego pozbawienia wolności. Kto zaś to tego nakłania, ponosi odpowiedzialność karną jako podżegacz.

Kodeks karny

Art. 189. § 1. Kto pozbawia człowieka wolności,
podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.
§ 2. Jeżeli pozbawienie wolności trwało dłużej niż 7 dni, sprawca
podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10.
§ 2a. Jeżeli pozbawienie wolności, o którym mowa w § 2, dotyczy osoby nieporadnej ze względu na jej wiek, stan psychiczny lub fizyczny, sprawca
podlega karze pozbawienia wolności od lat 2 do 15.
§ 3. Jeżeli pozbawienie wolności, o którym mowa w § 1–2a, łączyło się ze szczególnym udręczeniem, sprawca
podlega karze pozbawienia wolności od lat 5 do 25.

Art. 18. § 1. Odpowiada za sprawstwo nie tylko ten, kto wykonuje czyn zabroniony sam albo wspólnie i w porozumieniu z inną osobą, ale także ten, kto kieruje wykonaniem czynu

[19] Sygn. OSL-69/08.
[20] Zgodnie z wnioskiem o ukaranie.

zabronionego przez inną osobę lub wykorzystując uzależnienie innej osoby od siebie, poleca jej wykonanie takiego czynu.
§ 2. Odpowiada za podżeganie, kto chcąc, aby inna osoba dokonała czynu zabronionego, nakłania ją do tego.

Koncept, żeby pacjentki noszące się z zamiarem przerwania ciąży zamykać w szpitalach psychiatrycznych, jest przypisywany Błażejowi Kmieciakowi, doradcy etycznemu Ordo Iuris i byłemu rzecznikowi praw pacjenta psychiatrycznego. On sam wszystkiemu zaprzecza, inkryminowana wypowiedź miała miejsce podczas którejś z konferencji w Sejmie, była to więc wypowiedź usta i jak wolno sądzić niezarejestrowana. Kmieciak utrzymuje, że został źle zrozumiany. Krytyczna dyskusja wprawdzie zatoczyła szerokie kręgi, ale jak widać pomysł zyskał popularność. Sprawa Anity nie jest pierwszym ani jedynym przykładem. Wcześniej grożono szpitalem psychiatrycznym również Annie - tej, której w przerwaniu ciąży pomagała Justyna Wydrzyńska.

Bezprawne pozbawienie wolności polega na podjęciu przez sprawcę działań, które uniemożliwiają człowiekowi swobodę wyboru miejsca pobytu. Ustawa wprowadza karalność za wystąpienie samego faktu bezprawnego pozbawienia wolności. Psychiatrzy odnotowali w dokumentacji medycznej, że decyzja o hospitalizacji Anity została podjęta „w porozumieniu z prof. Sieroszewskim," który najwyraźniej był inicjatorem przedsięwzięcia. Przesłanka zagrażania przez Anitę własnemu życiu lub zdrowiu ewidentnie nie została spełniona. Zaledwie poprzedniej nocy dyżurna psychiatra nie stwierdziła nic takiego, a zachowanie Anity po powrocie z konsultacji głęboką nocą tym bardziej na to nie wskazywano. Sprawa była więc ewidentnie rozdmuchana, a opinie dr Sieroszewskiego - brane z sufitu.

Przed sądem karnym będzie pewnie tłumaczył, że kierowała nim szczera obawa o stan psychiczny pacjentki, tyle że nie miał do takiej obawy żadnych uchwytnych podstaw. Anita podaje, że widoczna zmiana stosunku do niej przez lekarzy nastąpiła, gdy wspomniała, że rozważa przerwanie ciąży. Winę umyślną trzeba będzie Sieroszewskiemu udowodnić, a dopóki to nie nastąpi, będzie on traktowany jak niewinny. Może ponieść odpowiedzialność tylko jako podżegacz, bo pozabawienie Anity wolności zostało dokonane cudzymi rękami. Wszelako dowody z dokumentacji medycznej Anity oraz zeznania świadków będą musiały udzielić odpowiedzi na pytanie, kto mianowicie zawiadomił szpital psychiatryczny i „załatwił" Anicie przewiezienie tam na przymusową obserwację. Wpis w dokumentacji psychiatrycznej sugeruje sprawcę dość jednoznacznie.

Na marginesie: próba zasłonienia się tajemnicą zawodową w odpowiedzi na żądanie pacjenta, by wydać mu odpis z jego własnej indywidualnej dokumentacji medycznej, zakrawa na farsę. Pacjent ma jednoznacznie przyznane Ustawą o prawach pacjenta prawo wglądu w swoją dokumentację medyczną, włącznie z otrzymywaniem z niej poświadczonych odpisów.

Ustawa o prawach pacjenta...
Art. 23. 1. Pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych.
2. Dane zawarte w dokumentacji medycznej podlegają ochronie określonej w niniejszej ustawie oraz w przepisach odrębnych.

Art. 26. 1. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta.

Szpital psychiatryczny powinien ponieść odpowiedzialność odszkodowawczą za bezprawne pozbawienie Anity wolności. Od pewnego czasu przeważa wykładnia, że działanie polegające na przymusowym przyjęciu do szpitala psychiatrycznego i przetrzymywaniu tam ma charakter władczy i jest realizowane jako funkcja zlecona przez władzę państwową. W związku z tym do przypisania odpowiedzialności cywilnej wystarczy spełnienie przesłanki bezprawności, a ustalanie winy po stronie podwładnych lekarzy nie ma znaczenia.

Kodeks cywilny
Art. 417. § 1. Za szkodę wyrządzoną przez niezgodne z prawem działanie lub zaniechanie przy wykonywaniu władzy publicznej ponosi odpowiedzialność Skarb Państwa lub jednostka samorządu terytorialnego lub **inna osoba prawna wykonująca tę władzę z mocy prawa**.

Zdarzyło się natomiast, że sąd lekarski skazał dyżurującą na izbie przyjęć psychiatrę za przewinienie zawodowe polegające na niedopuszczalnej łatwowierności wobec relacji z drugiej ręki, zamiast żeby oparła się wyłącznie na osobistym badaniu pacjenta. W sprawie Anity wiele wskazuje, że psychiatrzy polegali wyłącznie na opinii dr. Sieroszewskiego, a badanie psychiatryczne Anity wykonywali na odczepnego, bez niezbędnej wnikliwości, której wolno wymagać w takich okolicznościach. Zdali się więc w całości na cudzą relację i dali jej bezkrytyczną wiarę. Albo działali w zmowie z Sieroszewskim, albo przynajmniej ślepo wykonywali jego polecenia nie śmiąc przeciwstawić się autorytetowi wiążącemu się ze stanowiskiem konsultanta krajowego.
3. Bezprawny przymus bezpośredni. Z relacji Anity z pobytu w szpitalu psychiatrycznym wynika, że został wobec niej zastosowany środek przymusu bezpośredniego w postaci izolacji. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego rygorystycznie normuje podstawy do zastosowania przymusu bezpośredniego. Gdy chodzi o zagrożenie zdrowia lub życia pacjenta, musi mieć z jego strony miejsce **zamach** na własne życie lub zdrowie. Żadnego zamachu nie było, więc zastosowanie izolacji było bezpodstawne i przez to bezprawne. Trzy dni w izolatce to podstawa do osobnego roszczenia odszkodowawczego oraz do rozliczenia z przewinienia zawodowego lekarzy, którzy podjęli taką decyzję.
4. Próba rozwiązania ciąży kosztem zdrowia pacjentki zamiast wykonania aborcji. Cesarskie cięcie stanowi wprawdzie zabieg rutynowy, ale jest to operacja brzuszna z wszystkimi konsekwencjami zdrowotnymi. Wymaga uświadomionej zgody pacjentki udzielonej na piśmie i w żadnym razie nie pozwala na działanie ponad jej głową - czego w tej sprawie właśnie próbowano. Skoro „konsylium psychiatryczne" udzielnie zgodziło się na przerwanie ciąży, to zabieg powinien był być wykonany metodą zgodną ze standardami dla przerwania ciąży. Znana jest wprawdzie sprawa przerwania ciąży przez cesarskie cięcie, ale sytuacja miała charakter ekstremalny: pacjentka w 19. tygodniu trafiła do szpitala z objawami udaru, jak się okazało na tle niezdiagnozowanej wcześniej trombofilii nasilonej ciążą, straciła przytomność i wybrano ratunkowo cesarskie cięcie jako mniej niebezpieczne od indukcji poronienia. Ciąża powinna być przerwana metodą jak najmniej inwazyjną, bo inaczej wykonany zabieg przedstawia się jako zbędny ze względu na nieadekwatną technikę.
5. Opinia psychiatryczna jako podstawa do przerwania ciąży. Konsylium psychiatryczne przedstawia się w okolicznościach sprawy jako czynność zbędna: wystarczyłby jeden lekarz. Jako wyjściowa podstawa psychiatryczna dla przerwania ciąży zostało wykorzystane orzeczenie pierwszej psychiatry konsultującej Anitę podczas nocnego dyżuru. Można mieć wątpliwości, czy taki dokument wystarczy, skoro miał charakter nieintencjonalny w stosunku do przerwania ciąży. Tymczasem zadaniem lekarza jest zaświadczyć na podstawie badania pacjentki, że ciąża zagraża jej zdrowiu psychicznemu. Dlatego wydaje się, że w tym przypadku byłoby potrzebne jeszcze jedno zaświadczenie. Nie znaczy to jednak, że trzeba było zwoływać całe konsylium psychiatryczne. Już wcześniej odnotowano przypadki mnożenia przeszkód formalnych dla legalnego przerwania ciąży,

polegających na wmawianiu nieprawdy, jakoby do przerwania ciąży niezbędne były zaświadczenia od dwóch specjalistów. Ustawa o planowaniu rodziny jednoznacznie operuje liczbą pojedynczą. W sprawie Anity istnieje tylko wątpliwość, czy orzeczenie dyżurnej psychiatry było adekwatne co do treści.

Ustawa o planowaniu rodziny
Art. 4a. 5. Wystąpienie okoliczności, o których mowa w ust. 1 pkt 1 i *2*, stwierdza inny lekarz niż dokonujący przerwania ciąży, chyba że ciąża zagraża bezpośrednio życiu kobiety. Okoliczność, o której mowa w ust. 1 pkt 3, stwierdza prokurator.

Inną kwestią jest skonsultowanie się dla pewności i własnego bezpieczeństwa prawnego z drugim ginekologiem, zupełnie inną zaś - wymaganie od pacjentki przedłożenia dwóch opinii specjalistycznych. Konsylium zawsze bywa przydatne w sytuacjach wątpliwych, ale mnożenie wymogów formalnych ponad ustawową miarę, nawet jeśli dokonywane w dobrej wierze, jest niezgodne z prawem i szkodzi dobrom prawnym pacjenta. Przekonują o tym wyroki sądowe oraz rozpowszechniona praktyka takiego postępowania, systematycznie odnotowywana przez organizacje kobiece.[21]

Z obserwacji orzecznictwa w tego rodzaju sprawach wynika, że narodziny dziecka z wadami pociągają za sobą poważne dolegliwości psychiczne u matki, doznana trauma wymaga długotrwałej opieki psychologicznej i psychiatrycznej, a niezależnie od tego ma charakter ciągły.

Przede wszystkim więc nie należy bagatelizować ani tym bardziej odnosić się lekceważąco do dolegliwości psychicznych u ciężarnych i zbywać ich skierowaniem na psychoterapię ani tym bardziej na przymusową obserwację psychiatryczną.

W tym miejscu należy zwrócić uwagę na kolejne zniekształcenie informacyjne, tym razem zawarte w rozesłanym do dyrektorów szpitali kłamliwym memorandum, pod którym podpisała się organizacja o nazwie Ordo Iuris. Jest w nim powiedziane, jakoby "użyte w przepisach pojęcia „zagrożenie" i „niebezpieczeństwo" wyraźnie wskazują, że sytuacje te nie obejmują dolegliwości zdrowotnych o charakterze psychicznym (np. depresja)."[22] Z braku innego uzasadnienia powołano się tam na cytowaną w niniejszym opracowaniu opinię prawną E. Zielińskiej.[23] **Przekłamanie polega jednak na tym, że opinia E. Zielińskiej nie zawiera żadnych odniesień do kwestii zdrowia psychicznego**. Tego rodzaju nadużycia intelektualne obliczone zostały na premedytowane zdezorientowanie lekarzy w sprawie obowiązującego prawa. Obiegowo określa się je jako "pobożne kłamstwa". To przywołane, jak na ironię nosi tytuł "Walka z dezinformacją na temat wyroku TK".

Na efekty nie trzeba było długo czekać. Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku, ten sam, który rok wcześniej padł ofiarą indagacji ze strony prokuratury, odmówił przerwania ciąży ze wskazań psychiatrycznych kobiecie, u której zdiagnozowano wadę letalną płodu (akranię czyli

[21] Orzeczenie Okręgowego Sądu Lekarskiego w Warszawie z 28.IV.2005 r., sygn. OSL-3/05:"*Przekonanie obwinionego, jakoby lekarzy stwierdzających okoliczności legalizujące przerwanie ciąży powinno być dwóch, da się wyjaśnić tylko zupełną ignorancją stanu prawnego*" - skonstatował OSL. Motyw dwóch orzeczeń lekarskich pojawił się w również w sprawie ETPCz *Tysiąc przeciwko Polsce,* zniekształcenie powielił jednak sam Trybunał (!). Nie miało ono znaczenia dla rozstrzygnięcia, pokazuje tylko jakie reperkusje może mieć przeważająca nieprawidłowa praktyka. Z mnożeniem przeszkód biurokratycznych zderzyły się też skarżące w innej sprawie ETPCz - *P i S przeciwko Polsce* (skarga nr 57375/08), https://www.gov.pl/web/zdrowie/tlumaczenie-wyroku-w-sprawie-p.-i-s.-przeciwko-polsce-skarga-nr-57375/08- [15.XI.2021]. Prowadzi to do wniosku o rozpowszechnionej praktyce biurokratycznego zniechęcania pacjentek.

[22] https://ordoiuris.pl/ochrona-zycia/memorandum-ws-obowiazku-stosowania-wyroku-trybunalu-konstytucyjnego-z-22-pazdziernika [15.XI.2021]

[23] E. Zielińska, *Uwagi odnośnie do założeń wniosku do TK,* https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-nie-b%C4%99dzie-wniosku-do-tk-ws-ustawy-antyaborcyjnej [8.XI.2021]

bezczaszkowie), mimo że pacjentka legitymowała się na zapas nawet dwoma zaświadczeniami od psychiatrów. Odmowę motywował przywołaną wyżej opinią Ordo Iuris, z której wynika, jakoby depresja nie stanowiła zagrożenia dla zdrowia. Jest to więc żywy przykład działania kłamliwej propagandy.

Należy mieć nadzieję, że nie dadzą się zmylić przynajmniej lekarze psychiatrzy, choć już wiadomo, że niektórzy wzbraniają się przed wystawianiem odpowiednich zaświadczeń. Warto jednak przypomnieć, że po ich stronie jest aktualna wiedza medyczna, której nie da się zakłamać ideologią. Dlatego jeszcze raz podkreślam, że **poświadczenie prawdy** psychiatrycznej i to dokonane przecież przez innego lekarza niż przerywający ciążę, nie będzie wiązać się z groźbą jakiejkolwiek odpowiedzialności. Diagnoza lekarska może zostać skutecznie podważona tylko przez innego lekarza tej samej specjalności, a nawet gdyby okazała się błędna - zwłaszcza w psychiatrii ewentualne zawinienie diagnostyczne będzie niezwykle trudno uchwytne.[24]

6. Poświadczenie nieprawdy w dokumentacji medycznej i orzeczeniu lekarskim.

Umyślne podanie w orzeczeniu lekarskim informacji niezgodnych ze stanem faktycznym może stanowić przestępstwo poświadczenia nieprawdy, stypizowane w art. 271 Kodeksu karnego. To uwaga pod adresem prof. Sieroszewskiego, którego można zasadnie podejrzewać o manipulowanie psychiatrami badającymi Anitę, poprzez spreparowanie w jej dokumentacji medycznej wpisów o wyimaginowanej treści, które sugerowały jakoby jej stan psychiczny pogorszył się na tyle, że uzasadniał przymusowy pobyt na szpitalnej obserwacji psychiatrycznej oraz przymus bezpośredni w formie izolacji. Nie było ani cienia powodu, żeby angażować w tę sprawę psychiatrów. Anita prosiła o konsultację psychologiczną, a nie psychiatryczną, więc nie było powodu, żeby ciągać ją po nocy na dyżur w szpitalu psychiatrycznym. Wprawdzie nie ma tego złego, co by na dobre nie wyszło, bo orzeczenie lekarki okazało się przydatne, nie zmienia to jednak faktu, że z punktu widzenia potrzeb Anity były to czynności medycznie zbędne. To zaś, co miało miejsce następnego dnia - czyli ponowne przewiezienie do szpitala psychiatrycznego, nosi znamiona ewidentnego nadużycia.

Kodeks karny

Art. 271. § 1. Funkcjonariusz publiczny lub inna osoba uprawniona do wystawienia dokumentu, która **poświadcza w nim nieprawdę co do okoliczności mającej znaczenie prawne**,
podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

Art. 272. Kto wyłudza poświadczenie nieprawdy przez podstępne wprowadzenie w błąd funkcjonariusza publicznego lub innej osoby upoważnionej do wystawienia dokumentu,
podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

Psychiatrzy będą w toczącym się postępowaniu składać szczegółowe zeznania, jak to się stało, że podjęli decyzję o przymusowej hospitalizacji Anity „w porozumieniu z prof. Sieroszewskim", na jakiej podstawie ustalili „pogarszający się stan psychiczny pacjentki" oraz skąd czerpali wiedzę o jej „myślach rezygnacyjnych i wysokim ryzyku zachowań auto i alloagresywnych". W każdym razie sąd lekarski okręgu warszawskiego tak właśnie by procedował - o czym można wnosić na podstawie jego wcześniejszego wyrokowania.

[24] Na temat wskazań psychiatrycznych i pojęcia zdrowia psychicznego zob. uwagi R. Kubiaka, *Prawo medyczne* wyd. IV, s. 435.



A B

Fig. 1. Osteogenesis imperfecta type II. **A**: Complete macerated skeleton, showing numerous fractures in all tubular bones and ribs. **B**: Detail of the occipital part of the skull, showing many Wormian bones. Museum Vrolik, Amsterdam, The Netherlands (Oostra et al., 1998).