Maria Boratyńska

Lekarski obowiązek udzielenia pomocy i odstąpienie od leczenia

1. Miejsce standardów prawnych wykonywania zawodów medycznych w systemie prawa

- W lecznictwie stale odbywa się rozporządzanie dobrami prawnymi, ze szczególnym uwzględnieniem dóbr osobistych.
- Nietykalność cielesna jest jednym z fundamentalnych dóbr osobistych.
- Uszkodzenie ciała jest przestępstwem.
- Nieudzielenie pomocy w niebezpieczeństwie także jest przestępstwem.
- Na ile więc interwencje lecznicze i nielecznicze, wykonywane przez medyków - albo przez nich zaniechane - mieszczą się w granicach prawa.
- Gdyby nie osobne przepisy, ustalenie tego byłoby trudne.
- Fundamentem prawa medycznego jest też prawidłowo udzielona zgoda pacjenta.
- Pytanie, kiedy ona jest udzielona prawidłowo i na ile legalizuje (uchyla bezprawność) uszkodzeń ciała, naruszeń nietykalności cielesnej, wkraczania w cudzą intymność etc.
- Czy istniejące normy prawa powszechnego (kodeks karny, kodeks cywilny i in.) mogą o tym decydować, a skoro powstały przepisy zawodowe medyczne, to jakie znaczenie mają tamte powszechne, bardziej ogólne?

I. Obowiązek udzielenia pomocy

Lekarskim obowiązkiem pomocy nazywa się normę wynikającą z art. 30 u.z.l.:

(Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty)

Art. 30. Lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, **gdy zwłoka** w jej udzieleniu **mogłaby** spowodować **niebezpieczeństwo utraty życia**, **ciężkiego uszkodzenia ciała** lub **ciężkiego rozstroju zdrowia**, **oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki.**
(uchylone nowelizacją ustawy z 2020 r.)

"Inne przypadki niecierpiące zwłoki" wprawdzie zostały usunięte z tego przepisu, ale pozostały gdzie indziej, jak również w Kodeksie Etyki Lekarskiej. Pokazuje to, że pojęcie jest zakorzenione w etyce medycznej i nie da się tak łatwo wyrugować go z systemu.

Kodeks Etyki Lekarskiej

Art. 76

Lekarzowi **nie wolno odmówić pomocy lekarskiej w przypadkach niecierpiących zwłoki**, jeśli pacjent nie ma możliwości uzyskania jej ze strony instytucji powołanych do udzielania pomocy.

PIELĘGNIARSKI OBOWIĄZEK UDZIELENIA POMOCY

(Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej)

Art. 12. 1. Pielęgniarka i położna są **obowiązane**, zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi, **do udzielenia pomocy w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego**.

Przepisy te ustanawiają obowiązek w ścisłym znaczeniu, tj. **nakaz działania**, a nie kryterium oceny poprawności działania. Uchybia mu „czyste zaniechanie", tj. niepodjęcie czynności w ogóle.

Przykład z gazety

Sławomir S., były lekarz pogotowia z Kielc, dostał wyrok więzienia w zawieszeniu za to, że karetka pogotowia odjechała od umierającej 70-letniej Zofii, bo nikt nie otwierał drzwi jej mieszkania.

- To nauczka na przyszłość i przestroga, aby walczyć z rutyną. Gdyby nie ona, być może udałoby się uratować życie pani Zofii. Nie wystarczy trzymać się procedur, czasami trzeba wyjść ponad to. Żeby nie zachowywać się jak maszyna, potrzeba czasem więcej autorefleksji. Bo na szali jest życie żai i zdrowie człowieka – mówi mecenas Jakub Kilarski, pełnomocnik rodziny zmarłej w maju 2016 roku Zofii.

Jak mówi, bliscy zmarłej kobiety są usatysfakcjonowani wyrokiem. - Chodziło głównie o stwierdzenie odpowiedzialności, co zostało przez sąd dowiedzione. Zaniedbania po stronie pana dok tora były rażące – mówi mecenas.

Sprawiedliwości stało się zadość.

We wtorek sąd Okręgowy w Kielcach utrzymał w mocy zeszłoroczny wyrok ostrowieckiego sądu rejonowego i skazał Sławomira S. na rok pozbawienia wolności z zawieszeniem na dwa lata.

- Oddalił tym samym apelację god obrońcy oskarżonego, który wnosił o uniewinnienie – mówi sędzia Maciei Klocek, rzecznik kieleckiego sądu.

Według sądu Sławomir S., działając nieumyślnie, naraził pacjentkę na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

Zgłoszenie uznano za fałszywe

Sprawa była precedensowa, w świętokrzyskim pogotowiu nie przypominają sobie podobnej. 70-letnia Zofia z Ostrowca Świętokrzyskiego zadzwoniła pod stał numer 112. Źle się czuła, w czasie rozmowy zasłabła. Dyspozytor wysłał karetkę pogotowia. Jej zespół – z lekarzem Sławomirem S. na czele – próbował dostać się do środka. Drzwi mieszkania były zamknięte, a linia telefoniczna zajęta. Lekarz zdecydował o powrocie zespołu.

Dwie godziny później przyjechała rodzina 70-latki. Syn wyważył drzwi. Kobieta już nie żyła. Przyczyna zgonu: ostra niewydolność w zmienionych miażdżycowo naczyniach wieńcowych.

Dlaczego załoga karetki nie wezwała do pomocy policji czy straży pożarnej? Lekarz z relacji sąsiadki wywnioskował, iż w mieszkaniu nikogo nie ma.

(G. Walczak, "Zofia umierała, karetka odjechała", 'GW" z 23.VII.2020)

Komentarz

Nie mówimy tutaj o odpowiedzialności za sam skutek. Sprawcy trzeba udowodnić winę **(która w odniesieniu do lekarzy polega przeważnie na niedochowaniu należytej staranności zawodowej)**. Do nieszczęścia doprowadziła seria niefortunnych zdarzeń: pacjentka straciła przytomność, nie wiadomo, co dokładnie przekazał zespołowi karetki dyspozytor (powinien był zaznaczyć, że połączenie urwało się w trakcie), sąsiadka jakaś nieprzytomna nagadała głupot, że w mieszkaniu nikogo nie ma - **ale sąd uznał, że lekarz za szybko zrezygnował**. W takich okolicznościach trzeba jednak próbować dostać się do środka. Wezwać kogoś do pomocy. Za wejście do mieszkania razem z drzwiami nie będzie odpowiedzialności, jeśli to nastąpiło w rezultacie zgłoszenia na telefon i uzasadnionego przekonania, że wewnątrz jest ktoś, kto bez pomocy umrze. Trudno doradzić, jak bardzo szczegółowo należy się upewniać. Nie wiadomo, która była godzina (światła w oknach?), ale zespół wiedział chyba, że jedzie do starszej osoby, więc nie powinien był ot tak sobie odjechać, bo sąsiadka powiedziała, że nikogo nie ma. To nawet nie jest kwestia rutyny, tylko rozsądnego rozumowania: pacjent wzywający pogotowie zawsze mógł zasłabnąć. Zwłaszcza że telefon był zajęty – klasyczna można powiedzieć przesłanka jak na filmie: upadł obok, słuchawka malowniczo dynda na kablu. Sąsiadka mówi, że nikogo tam nie ma, ale czy wie, kto tam mieszka? Co, starsza osoba? No to mało prawdopodobne, żeby to było fałszywe zgłoszenie. A jak nie wie, kto mieszka? To co ona w ogóle wie? Tym bardziej trzeba sprawdzić.

Art. 30 nie stosuje się natomiast do przypadków udzielenia pomocy, ale w

niewłaściwy sposób (z pominięciem - zaniechaniem - nakazanego elementu składowego). To znaczy, że bezprawna z punktu widzenia art. 30 będzie np. odmowa zaopatrzenia rany, natomiast zaopatrzenie jej przy nieumyślnym zaniechaniu właściwej aseptyki stanowi po prostu przypadek działania niestarannego.

Szczególny przypadek nieudzielenia pomocy stanowi **działanie pozorujące pomoc**: nie jest to przypadek działania niestarannego, tylko zamaskowanego zaniechania.

Źródłem nieporozumień jest *art. 56 Ustawy z dn 1.XII.2022 r.*
o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych

***Art. 56**. Ratownik medyczny może po dokonaniu oceny stanu zdrowia pacjenta nie podejmować medycznych czynności ratunkowych albo nie udzielać świadczeń zdrowotnych, albo odstąpić od prowadzenia tych czynności albo udzielania tych świadczeń, **jeżeli nie spowoduje to niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.** Ratownik medyczny uzasadnia i odnotowuje w dokumentacji medycznej przyczyny niepodjęcia medycznych czynności ratunkowych albo nieudzielania świadczeń zdrowotnych, albo odstąpienia od prowadzenia tych czynności albo udzielania tych świadczeń.*

Różnica polega na braku przygotowania ratowników do wszechstronnej oceny klinicznej - stąd wprowadzone zastrzeżenie, które nie może być automatycznie stosowane do lekarzy. W efekcie jednak publiczną tajemnicą są działania pozorowane podyktowane własnym bezpieczeństwem prawnym, streszczające się w przekazie „pół godziny dla rodziny."

Doktryna prawa karnego pierwsza wypracowała konstrukt znany jako **kontratyp czynności leczniczej**, na który składa się zestaw czterech przesłanek legalizujących interwencję medyczną w organizm pacjenta, bez których spełnienia stanowiłaby ona naruszenie układających się w długą listę dóbr osobistych i sprowadzałaby się do umyślnego uszkodzenia ciała.

W taki sam sposób działa to wobec zaprzestania terapii: zaniechanie jest legalne, o ile odpadła choćby jedna z przesłanek legalizujących uprzednie działanie - w interesującej nas kwestii są to: **leczniczy cel ingerencji**, jak również **zachowanie prawideł wiedzy medycznej**.

Przykład. Pacjentka w terminalnej fazie raka, osłabiona postępującą chorobą i wycieńczona kolejnymi seriami chemioterapii, dializowana z powodu niewydolności nerek, doznała nagłego zatrzymania krążenia. Opiekująca się nią pielęgniarka rzuca się do RKO, wzywa ratowników medycznych, stawia na nogi cały szpital. Przybiega lekarz dyżurny. Trzeba, czy nie trzeba reanimować?...

Teoretycznie lekarz nie ma obowiązku podejmowania czynności daremnych, a oceny dokonuje wg wskazań wiedzy medycznej i swojej najlepszej wiedzy co do oceny stanu klinicznego pacjenta.

Ratownik takiej wiedzy nie posiada, więc właściwie wolno mu zostawić pacjenta albo wtedy, gdy nic mu nie grozi, albo gdy jest za późno na cokolwiek - czyli gdy nie ma już czego ratować, bo pacjent jest ewidentnym nieboszczykiem. Podobnie pielęgniarka.

Jednak brakuje czytelnych wytycznych fachowych, więc zawsze ktoś może zakwestionować ocenę lekarską („- *Róbcie coś! No dlaczego nic nie robicie?!*")

Lekarskie powinności zawodowe nie obligują do działań desperackich ani tym bardziej

pozorowanych (jak reanimacja na pokaz), a tylko **do uzasadnionych zarazem aktualną wiedzą medyczną i interesem pacjenta**. Kodeks karny i określone tam ustawowe znamiona przestępstw nie są przydatne w ocenie, bo jako normy prawa powszechnego nie uwzględniają tego szczególnego i wyjątkowego kontekstu postępowania z dobrami prawnie chronionymi, a dosłowne odwoływanie się do nich może niepotrzebnie zacierać granicę między działaniami zgodnymi z prawem a zabronionymi.

Ze względu na subsydiarny charakter prawa karnego typizacja przestępstw przeciwko życiu nie powinna stanowić przesłanki decyzji klinicznych w medycynie. Prawo medyczne określa zakres dopuszczalności tego rodzaju działań samodzielnie - tyle że z niezbędnym odwołaniem się do dorobku wiedzy, praktyki i etyki medycznej.

Zaniechanie udzielenia pomocy lekarskiej w okolicznościach zagrożenia przynajmniej ciężkim uszczerbkiem zdrowotnym (czyli z art. 30 ustawy lekarskiej) może być co prawda zakwalifikowane jako np. przestępstwo umyślnego nieudzieleniea pomocy w niebezpieczeństwie albo nieumyślnego narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo przynajmniej ciężkiego rozstroju zdrowia - ale tylko wtedy, gdy nie istnieją żadne szczególne okoliczności usprawiedliwiające niepodjęcie działania:

- brak wskazań do podjęcia leczenia,
- daremność dalszego leczenia,
- brak zgody pacjenta.

Pomoc lekarska: oprócz leczenia chorób w sensie ścisłym - działania prewencyjne, zapobiegające pewnym zdarzeniom lub stanom niepożądanym:
1) przy zagrożeniu zgonem, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia albo pomniejszą szkodą zdrowotną - **działania medyczne, które to ryzyko wykluczą lub zmniejszą**;
2) przy cierpieniu - **redukcja bólu fizycznego lub innych doznań dla pacjenta nieznośnych** (lęków, cierpienia egzystencjalnego);
3) przy interesach pozazdrowotnych - **czynność, która dla tych interesów ma efekt ochronny i pozwala je zrealizować**, w tym wystawienie zaświadczenia lub podobnego dokumentu potrzebnego pacjentowi.

Ogólny sens art. 30 uzl

1. Nakaz działania i gwarancja dla pacjenta – funkcja dyrektywna i gwarancyjna: „nieprzekraczalne granice brzegowe", w obrębie których lekarz nie może w zgodzie z prawem odmówić.

2. W kategorii pomocy lekarskiej nie mieszczą się czynności spełniające ogólne pojęcie pomocy, ale niestanowiące działania medycznego ani żadnej lekarskiej czynności zawodowej.

3. Lekarski obowiązek działania ustaje wraz z tym, jak kończą się techniczne możliwości medycyny albo faktyczne i formalne kompetencje lekarza.

Wyjątki od obowiązku z art. 30

Powinność sprawia wrażenie bezwzględnej. Na gruncie ustawy nie została podana żadna okoliczność, która by ów obowiązek wyłączała. Wskazanie wyjątków jest możliwe tylko przez intensywne zabiegi interpretacyjne i nie gwarantuje pewnej sytuacji prawnej.

- Możliwości uchylenia się od obowiązków wobec pacjenta w większości przybierają postać ***wolności zaniechań.***

Pierwszą okolicznością uchylającą ów bezwzględny obowiązek jest **nieposiadanie właściwych kwalifikacji**.

Drugą okolicznością w sposób oczywisty uchylającą obowiązek jest **przejęcie opieki medycznej nad pacjentem przez inną wykwalifikowaną osobę**, zmiennika bądź osobę lepiej do tego przygotowaną.

Gdy opieka nad pacjentem zostaje faktycznie przejęta - konkretny lekarz albo pielęgniarka przestaje być pacjentowi potrzebny.

Kodeks Etyki Lekarskiej

Art. 76

Lekarzowi nie wolno odmówić pomocy lekarskiej w przypadkach niecierpiących zwłoki, **jeśli pacjent nie ma możliwości uzyskania jej** ze strony instytucji powołanych do udzielania pomocy.

2.Następną okolicznością z gatunku oczywistych jest **brak zgody pacjenta**. Pomoc medyczna w stanach niecierpiących zwłoki jest oceniana według tych samych zasad co działania medyczne podejmowane na innej podstawie.

- Podlega m.in. wszystkim zwykłym regułom odnoszącym się do zgody pacjenta:
- może być realizowana tylko na jej podstawie i w jej granicach.

Brak zgody ze strony kompetentnego pacjenta jest równoznaczny z zakazem podjęcia czynności. W takich okolicznościach lekarz ani pielęgniarka nie ponosi odpowiedzialności za nieudzielenie pomocy; a reguła ta uważana jest za oczywistą i bezdyskusyjną[1].

Obowiązek udzielenia pomocy medycznej nie czyni wyłomu w zasadzie szacunku dla autonomii, a **ustawowe zobowiązanie lekarza do działania nie nakłada na pacjenta obowiązku poddania się owemu działaniu**.

3. Niemożliwe nie może być przedmiotem obowiązku.

W grę może wchodzić **niemożliwość udzielenia pomocy** lub jej **praktyczna niemożność**, w tym problem **ryzyka zawodowego** oraz **sytuacyjnego**.

A. Brak zdolności do działania.

Przyczyna obojętna:

- obłożna choroba;
- przemęczenie po dyżurze, że ledwie na oczy patrzy;
- stan upojenia alkoholowego;

(Sytuacje pograniczne: choroba lekarza, podchmielenie, ręka w gipsie, zaawansowana ciąża.)

- Obowiązek ulega modyfikacji stosownej do rzeczywistej możliwości.

Pijany medyk i tak jest lepszy od braku medyka. "*Po spożyciu i pod wpływem*" ma obowiązek zdziałać tyle, ile jest w stanie, żeby nie ryzykować pacjentem podejmując czynności skazane na niepowodzenie (np. należy odradzić wkłucie centralne trzęsącymi się rękami).

Obowiązek pomocy ma charakter nadrzędny, a jego niedochowanie uzasadnia tylko

1 Zob. J. Sawicki, *Przymus leczenia, eksperyment, udzielenie pomocy i przeszczep w świetle prawa, Warszawa 1966*, s. 40–42.

rzeczywista i praktyczna niemożność.

Próbować trzeba więc ile się da, gdy bezczynność niesie za sobą pewną śmierć albo ciężki uszczerbek na zdrowiu.

Przynajmniej zacząć organizować pomoc i objąć dowództwo, jeśli nie da się rady działać samemu.

Podstawową okolicznością uchylającą obowiązek pomocy *in extremis* jest więc **brak zdolności lekarza lub pielęgniarki do działania**, bo niemożliwe nie może być przedmiotem obowiązku dla nikogo. Przyczynę może stanowić choroba lub określony stan psychofizyczny – przemęczenie po trzech dobach nieprzerwanego dyżuru, ale też np. przepicie „poza służbą", nie można bowiem wymagać trwania przez całe życie w trzeźwości celem sprostania nieprzewidzianym zadaniom.

W sytuacjach pogranicznych wymagania mogą ulec zmniejszeniu; gdy ze względu na okoliczności medyk(czka) nie podoła udzieleniu pomocy we właściwy sposób, nadal można oczekiwać, by przynajmniej np. doraźnie zatamował(a) krwawienie, wezwał(a) wsparcie lub kierował(a) osobami przybranymi do pomocy.

Ocena jest w znacznym stopniu zależna od poziomu zręczności ruchowej lub wysiłku intelektualnego, których wymaga napotkany przypadek kliniczny. Wytrenowany fachowiec potrafi wprawdzie pewne czynności, zwłaszcza manualne, wykonywać odruchowo i prawie bez udziału świadomości, zawsze jednak wymagają one pewności ruchów, pozwalającej np. właściwie utrzymać i prowadzić instrument medyczny.

Odpowiedź jest jednoznaczna tylko wtedy, gdy bezczynność niesie ze sobą pewną śmierć pacjenta lub ciężki uszczerbek na zdrowiu: brak dobrej alternatywy przemawia wówczas za podjęciem próby mimo wszystko. Nieuniknione będą przy tym przypadki, gdy ocena własna rozminie się z późniejszą oceną sądu i opinią biegłego. Powinny być jednak ferowane z pozycji *ex ante* i opierać się na takim szacowaniu szans i ryzyk, jakie wówczas było dostępne pielęgniarce bądx lekarzowi, nie zaś na informacjach, które wyszły na jaw dopiero później. W przypadkach niejednoznacznych za miarodajną należy przyjmować indywidualną ocenę własnych możliwości, chyba że obiektywne okoliczności przypadku temu przeczą.

B. Udzielanie już pomocy innej osobie.

*„- **Przecież się nie rozedrę**."*

Albo opieka nad osobą tak bezradną, że nie można zostawić jej samej.

Jako inny rodzaj przesłanki „dezaktualizującej" obowiązek pomocy można wymienić **udzielanie już pomocy innej osobie**, o ile jej stan i okoliczności towarzyszące nie pozwalają tej pomocy zaprzestać ani przekazać w inne ręce.

Stanowi to szczególny rodzaj kolizji obowiązków. Przypadki te są analogiczne, tj. nie zachodzi niemożliwość ani niemożność działania, a tylko niemożliwość pogodzenia dwóch działań obowiązkowych. **Jedno z nakazanych działań zostało już podjęte** i wtedy dopiero ujawnia się kolejny potrzebujący.

Zobowiązany ma wówczas jedynie wybór między przerwaniem pomocy dla pierwszego pacjenta a zupełnym jej odmówieniem drugiemu.

Przypadki takie mają swoją specyfikę, bo decyzja o przerwaniu trwającej czynności wydaje się psychologicznie trudniejsza do podjęcia i podlega surowszym potocznym ocenom moralnym, niż proste zaniechanie pomocy. Z punktu widzenia osoby, której medyk już udziela pomocy, zawsze jest to akt nielojalności, nawet jeśli usprawiedliwiony okolicznościami. W części wypadków pacjent zostaje przez to wystawiony na niebezpieczeństwo wynikające nie z jego wyjściowego stanu zdrowia, lecz z działania rozpoczętego a nieukończonego. **Prawo nie daje dobrych reguł**

ogólnych dla rozstrzygania kolizji obowiązków.

To samo dotyczy niemożności pozostawienia osoby bezradnej, która znajduje się pod wyłączną pieczą, w tym własnego małego dziecka czy niedołężnego członka rodziny.

C. Ryzyko sytuacyjne: gdy niezbędna pomoc jest ściśle lekarska, ale jej udzielenie stwarza dla lekarza jakieś zagrożenie pozamedyczne:

- przedzieranie się przez płomienie, zrujnowane budynki grożące osunięciem gruzów, fale powodzi, brnięcie przez huragan, teren skażony katastrofą przemysłową, pokonywanie broniącego dostępu szaleńca albo niebezpiecznego zwierzęcia.

Za wyłączeniem obowiązku pomocy z powodu **ryzyka sytuacyjnego** przemawia wykładnia systemowa: obowiązek odnosi się wyłącznie do **pomocy medycznej**, całkowicie pozostawiając poza swoim obrębem pomoc jakiegokolwiek innego rodzaju (wynoszenie zaczadziałych osób z płonącego budynku, wyciąganie tonących z przeręblа). Tego rodzaju sytuacje mogą nieść z sobą zagrożenie dla ratującego i wówczas może on się uchylić od udzielenia pomocy zagrożonemu, jeśli przez to naraziłby siebie samego lub inną osobę na poważne niebezpieczeństwo (utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu – art. 162 § 1 kk *in fine*). Na tej podstawie zwolniony jest z obowiązku tak medyk, jak każda inna osoba. (Zagadnienie to nie należy do prawa medycznego i zostaje poruszone tylko celem porównania).

Istotna dla problematyki jest inna grupa sytuacji: gdy **niezbędna pomoc jest ściśle medyczna, ale jej udzielenie stwarza jakieś zagrożenie pozamedyczne**, wynikające np. z wykonywania działań zawodowych na terenie objętym klęską żywiołową lub cywilizacyjną, bądź potrzeby dotarcia do pacjenta przez taki teren. Mimo że przepis nie zawiera *expressis verbis* takiego wyłączenia, znajduje ono zastosowanie do przypadków, gdy dla dotarcia do pacjenta trzeba by pokonywać niebezpieczeństwa albo podejmować walkę z broniącym dostępu szaleńcem. Wówczas wolno czekać, aż żywioły się uspokoją, a właściwe służby utorują drogę i zapewnią bezpieczeństwo działania.

D. ??? Ryzyko medyczne związane z samym wykonywanym zawodem – np. zarażenia się od pacjenta.

- Nie ma żadnego przepisu wyraźnie nakazującego samopoświęcenie (inaczej – strażacy czy policjanci).
- Nie ma też jednak żadnego przepisu wymieniającego ryzyko zakażenia jako okoliczność zwalniającą.
- Oznacza to stan kolizji interesów lekarza i pacjenta.
- **Prawo pacjenta do natychmiastowej pomocy w razie niebezpieczeństwa dla zdrowia albo życia** (w ustawie o prawach pacjenta) jest adresowane do systemu opieki zdrowotnej jako całości, a nie do konkretnego lekarza.

W doktrynie od dawna dyskutowana jest **lekarska powinność poświęcenia w ramach ryzyka zawodowego**, Przy tym panuje przekonanie, że okolicznością zwalniającą nie może być ryzyko medyczne, związane z samym wykonywanym zawodem – np. zarażenia się od pacjenta (Kubicki).

Lekarza uważa się za osobę powołaną z racji pełnionych funkcji do udzielania pomocy medycznej także w okolicznościach niebezpiecznych dla siebie, więc choroby zakaźne i zakażenia miałyby należeć do tych, wobec których lekarzowi nie wolno się wycofać. Wymaga się, by dobro, które lekarz ma obowiązek chronić, stanowiło dlań wartość wyższą niż własne życie, ciało i zdrowie.

Jednak z punktu widzenia praworządności wolno spodziewać się, by obowiązek samopoświęcenia był przez prawo zadeklarowany wyraźnie, a nie w sposób domniemany: dobrym wzorem prawidłowej regulacji jest art. art. 30 ust. 1 ustawy z 24.VIII.1991 r. o Państwowej Straży Pożarnej (Dz.U. z 2018 r. poz. 1313 ze zm.).

Nie wystarczy więc ani samo ustanowienie nakazu działania - bo nie idzie za tym automatycznie powinność poświęcenia czy choćby narażenia na niebezpieczeństwo dóbr własnych - ani nieustanowienie przy nim katalogu wyjątków.

Techniką wyjątków od działania obowiązkowego posłużył się art. 162 KK., w prawie medycznym zaś – dawny art. 12 ustawy lekarskiej z 1950 r. Jednocześnie jednak znakomita większość prawnych nakazów nie jest opatrzona takim katalogiem i zazwyczaj nie prowadzi to do wniosku, że mają być spełniane heroicznie. Tym bardziej niejasne są wspominane gdzieniegdzie odwołania do „istoty zawodu" czy „istoty funkcji". Wolno poważnie wątpić, czy wnioskowanie o istnieniu, treści i zakresie obowiązków prawnych (a nie tylko moralnych) na tak wątłej podstawie jest dopuszczalne.

Nawet jeśliby tę tradycyjną tezę zaakceptować, nie pozwala ona jednoznacznie odróżnić i rozgraniczyć tych przypadków, gdy medyk (lekarz, pielęgniarka) miałby działać niezależnie od zagrożenia („z racji funkcji") od tych, gdy ustawa pozostawia wybór, bo źródło niebezpieczeństwa nie ma związku z medycyną. Dyskusyjny byłby więc np. zakres obowiązku udzielenia pomocy na polu walki przez personel medyczny niebędący żołnierzami. Należałoby też w takim razie ustalić, czy obowiązek jest zależny od rozmiaru niebezpieczeństwa (i wskazać granicę, po przekroczeniu której ryzyko staje się nadmierne, a obowiązek wygasa), czy też nie (w takim wypadku byłby to obowiązek swoiście samobójczy).

- Pandemia zmieniła jak się wydaje odbiór społeczny takich obaw: każdy może złapać i zarazić członków rodziny, więc lekarz też:

"...taki lekarz po pracy nie zamyka się do sarkofagu, żeby wstać nazajutrz i biec do pacjenta. Mamy swoje rodziny, dzieci, starszych rodziców. My też się czasem boimy... (...) . Dlaczego od lekarza oczekuje się, aby był nieomylny, niezłomny, był nieustraszonym superbohaterem?"

(dr Filip Płużański, przewodniczący Porozumienia Rezydentów OZZL)

Kolizja powinności profesjonalnych i godnych ochrony interesów własnych powinna być rozstrzygana z poszanowaniem jednych i drugich, ale gotowej recepty na rozwiązywanie tych kolizji nie ma.

Praca w wytypowanej placówce i faktyczne posiadanie środków ochrony osobistej przeważają na rzecz obowiązku wobec pacjenta. Gdzie indziej – zależy od okoliczności.

"Wielu lekarzy rodzinnych to osoby po 60. roku życia. Oni sami są w grupie ryzyka. Nie oskarżałbym o tchórzostwo ludzi, którzy z oczywistych względów boją się koronawirusa, dlatego wolą udzielać teleporad."

(dr Jarosław Krawczyk, lekarz rodzinny, członek zarządu Porozumienia Zielonogórskiego)

Nieodmiennie bulwersujące są podwójne standardy:

"Walczyłam ostatnio z ciężkim przeziębieniem. Nie przechodziło, kaszel się nasilał. Zadzwoniłam do mojej przychodni. Lekarz zaproponował, że przepisze mi e-receptę na kolejne lekarstwo. Nie widział powodu, żeby mnie przyjąć w gabinecie. Znalazłam numer jego prywamego gabinetu w internecie. Przyjechał z wizytą, osłuchał. Wziął 150 zł."

Od czasu do czasu, zwłaszcza teraz, prasa nagłaśnia rozmaite skandale.

Jest sprawa 28-latki w ciąży, która w sierpniu 2020 z niewydolnością wielonarządową i oddechową zmarła po tym, jak trzy szpitale odmówiły jej przyjęcia.

Albo dramat 17-letniego chłopaka z ropniem śródczaszkowym, który przez wiele godzin krążył karetką między szpitalami podejrzewany o zakażenie koronawirusem. Aż – mimo operacji – zmarł.

Takie historie zdarzają się i bez pandemii, a rzecz jasna nie powinny. Teoria jest taka, że **każda sytuacja**, gdy "***zwłoka mogłaby spowodować niebezpieczeństwo***..." **stwarza obowiązek** przyjęcia pacjenta przez pierwszą placówkę, do której się zgłosi (i przez każdą następną), ALE odesłanie go gdzie indziej może być spowodowane niemożliwością udzielenia mu pomocy.

Tyle, że ta niemożliwość będzie oceniana przez pryzmat należytej staranności zawodowej: jaki był stan kliniczny pacjenta, czy w placówce odmawiającej przyjęcia był dostatecznie dobrze znany, a jeśli nie, to dlaczego pacjenta przynajmniej nie zbadano. W razie potrzeby można i trzeba było wyjść na zewnątrz (jest taki wyrok Okręgowego Sądu Lekarskiego w Warszawie) i zbadać pacjenta w karetce czy w prywatnym samochodzie; przyjąć poród w karetce, wynieść potrzebny sprzęt ze szpitala; udzielić pomocy na terenie izby przyjęć w szybko zaadaptowanym osobnym pomieszczeniu (gorzej, jeśli to szpital hematologiczny, ale tam też są przecież izolatki); wygospodarować środki ochrony osobistej dla wydelegowanego lekarza.

Okolicznością usprawiedliwiającą będzie tylko **prawdziwa niemożliwość**, a nie pozorna, wynikająca z niestaranności. Ostatecznie kto jak kto, ale medycy są najlepiej z całego społeczeństwa zorientowani w kwestiach epidemicznych i najlepiej przygotowani merytorycznie do stosowania właściwych zabezpieczeń (o ile je mają).

Pewnie, że najłatwiej jest odesłać pacjenta gdzie indziej, ale jeśli z tego powodu on nie dożyje – to prokuratura dociśnie wszystkich zamieszanych w sprawę. Spokojna głowa.

Swarzędz. Mężczyzna zasłabł w pobliżu przychodni. Pomocy zaczęli udzielać dopiero ratownicy z karetki, 50-latek nie żyje

(4 listopada 2021 - relacja prasowa)

Do nieszczęśliwego zdarzenia doszło w piątek, 29 października. 50-letni pan Przemysław zmarł przed przychodnią w Swarzędzu (woj. wielkopolskie). Mężczyzna szedł do placówki, ale 150 metrów przed nią zasłabł. Według ratowników medycznych, których wezwano na miejsce, w tłumie gapiów znajdowała się pielęgniarka i lekarka z przychodni. Jednak żadna z kobiet - jak twierdzą ratownicy - nie przystąpiła do udzielania pierwszej pomocy.

W piątek po południu pan Przemysław wybrał się na wizytę do przychodni w Swarzędzu (woj. wielkopolskie). Był umówiony na 16, bo chciał skonsultować wyniki swoich badań. Do placówki nie dotarł, bo zasłabł około 150 metrów przed budynkiem. Na miejsce wezwano pogotowie ratunkowe, które dojechało do poszkodowanego w ciągu sześciu minut od wezwania. Niestety, mimo reanimacji mężczyzny nie udało się uratować.

- Pani ze sklepu wezwała pogotowie i pobiegła do przychodni, to jej powiedziano, że nikt nie przyjdzie, bo panie nie mogą stanowiska opuścić. A potem przyszły i się po prostu przyglądały. Z tego, co mi ludzie mówią, to te panie nawet nie podeszły, żeby sprawdzić cokolwiek. Stanęły i sobie patrzyły. Chyba z ciekawości, trudno mi powiedzieć - mówi Lidia Chałasiak, partnerka zmarłego. I dodaje, że "panie" to pielęgniarka i lekarka z pobliskiej przychodni.

Notatka ratowników: tłum gapiów, w tym lekarka i pielęgniarka POZ

Uwaga o braku działań ze strony lekarki i pielęgniarki pojawiła się też w karcie medycznej, którą wypełniła na miejscu załoga pogotowia. "Tłum gapiów, w tym lekarka i pielęgniarka POZ nieudzielające pomocy!!!!" - czytamy w karcie.

Już wiadomo, że Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Poznaniu nie zamierza tej sprawy tak zostawić.

- Nasze czynności na pewno będą polegać na poinformowaniu Wielkopolskiej Izby Lekarskiej o tym, że taka sytuacja miała miejsce. Poinformowana zostanie również Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych. Jesteśmy do tego zobligowani. Dalsze czynności będą już pewnie prowadzone przez organy samorządowe - mówi Jakub Wakuluk z Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Poznaniu.

Po sporządzeniu opisu sytuacji sprzed przychodni w Swarzędzu o sprawie zostanie poinformowana również policja. Łukasz Wójcik, reporter TVN24, próbował skontaktować się z kierownictwem przychodni. - Zostałem poproszony o przesłanie pytań mailem. Czekam na odpowiedź - relacjonuje reporter.

Partnerka zmarłego: chyba bezpieczniej przewrócić się przy straży pożarnej

Pani Lidia nie ukrywa, że ma w sobie dużo żalu. - Ciągle zadaję sobie pytanie: czy gdyby ktoś udzielił pomocy od razu, to czy Przemek by żył? Wydawało mi się, że lekarz i pielęgniarka to są osoby, które są zobligowane do tego, by udzielić pomocy człowiekowi, który leży na chodniku i nie daje oznak życia. Ta sytuacja pokazuje, że nie, że chyba bezpieczniej przewrócić się przy straży pożarnej, bo strażacy na pewno udzielą pierwszej pomocy - dodaje pani Lidia.

Komentarz (MB)

Kazus dotyczy zagadnienia kolizji obowiązków, wielokrotnie poruszanego w praktyce medycznej i wywołującego rozbieżności w ocenach. Z jednej strony jest ogólnolekarska i ogólnopielęgniarska powinność pomocy medycznej w sytuacjach groźnych i naglących. Z drugiej - obowiązki wobec tych pacjentów, których ma się aktualnie pod opieką. Z trzeciej - obowiązki pracownicze i regulaminy pracy.

Każdy wybór między kolidującymi dobrami i obowiązkami może zostać zakwestionowany, bo na kolizje nie ma gotowych recept postępowania, a schematy i wytyczne trzeba odłożyć na bok jako nieprzydatne, bo przewidziane dla sytuacji typowych. **Kolizja jest zaś z zasady nietypowa**. I co z tego, że w praktyce medycznej zdarza się na co dzień? Gdzie nie stąpnąć, tam grabie. Szukamy wtedy nietypowych dróg wyjścia i z tego powodu trzeba nauczyć się rozumować nieschematycznie. Kluczowe znaczenie ma argumentacja uzasadniająca wybór jednej z dróg i dowodzenie pierwszeństwa tego dobra nad innymi. Decyduje zawsze konfiguracja okoliczności konkretnego przypadku, które trzeba prawidłowo rozpoznać i ustawić we właściwej kolejności. Oraz argument: "nie było innego wyjścia".

Sprawa przywołana tutaj jest kolejną z opisywanych od czasu do czasu w klimacie skandalu. Źródłem nieporozumień jest zakres i granica związania obowiązkami pracowniczymi i regulaminy pracy niepozwalające opuścić stanowiska pracy. W zwykłych okolicznościach rzeczywiście nikt samowolnie nie może pójść sobie z miejsca pracy kiedy chce i dokąd chce. Niemniej w takich sytuacjach jak ta kluczowe znaczenie ma porównanie pilności obowiązków w miejscu pracy z obowiązkami wobec innych osób potrzebujących pomocy lekarskiej. Przepisy ustawy lekarskiej sa skonstruowane tak, że w większości abstrahują od rodzaju zatrudnienia i statusu pracowniczego. Można więc i trzeba uznać, że mają charakter nadrzędny i wobec tego pierwszeństwo w opiece ma

ten pacjent, który w danej sytuacji bardziej jej potrzebuje, o ile nie odbędzie się to kosztem porzucenia innego pacjenta w trakcie udzielania pomocy, przy której nikt inny nie może przejąć opieki. Tylko więc lekarz zajęty przy innym pacjencie w szpitalu czy przychodni w taki sposób, że żadną miarą nie może pacjenta zostawić, będzie zwolniony z obowiązku wybiegnięcia na zewnątrz na niespodziewane wezwanie do przypadku niecierpiącego zwłoki.

Pracodawca będzie musiał przełknąć fakt, że taki obowiązek udzielenia pomocy jest silniejszy od powinności w miejscu pracy. Łatwo powiedzieć, nieprawdaż? Ale odmowa wyjścia ze szpitala czy przychodni może skończyć się przed Okręgowym Sądem Lekarskim albo i skazaniem w sprawie karnej. Dlatego - jeśli nie ma się murowanego alibi na miejscu - należy jednak do takiego pacjenta wyjść i udzielić mu pomocy.

Ustawa o izbach lekarskich

Art. 53. Członkowie izb lekarskich podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz **przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza**, zwane dalej „**przewinieniem** zawodowym".

Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty

Art. 4. Lekarz **ma obowiązek wykonywać zawód**, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz **z należytą starannością**.

Kodeks karny

Art. 2. Odpowiedzialności karnej za **przestępstwo skutkowe popełnione przez zaniechanie podlega ten tylko, na kim ciążył prawny, szczególny obowiązek zapobiegnięcia** skutkowi.

Art. 160. § 1. Kto [**umyślnie**] naraża człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu,

podlega karze pozbawienia wolności **do lat 3**

§ 2. Jeżeli na sprawcy ciąży obowiązek opieki nad osobą narażoną na niebezpieczeństwo,

podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

§ 3. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 lub 2 działa **nieumyślnie**,

podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku.

Art. 162. § 1. Kto człowiekowi znajdującemu się w położeniu grożącym bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu [**umyślnie**] **nie udziela pomocy**, mogąc jej udzielić bez narażenia siebie lub innej osoby na niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu,

podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

§ 2. **Nie popełnia przestępstwa**, kto nie udziela pomocy, do której jest konieczne poddanie się zabiegowi lekarskiemu albo **w warunkach, w których możliwa jest niezwłoczna pomoc ze strony instytucji lub osoby do tego powołanej**.

Lekarz jest obowiązany nieść pomoc w sytuacji zagrożenia zdrowia i życia pacjenta, gdy:

- Wie, że ma miejsce przypadek, w którym konkretna osoba potrzebuje pomocy lekarskiej: np. natknął się na taką osobę przechodząc ulicą (nawet gdy spieszy do pracy - *vide* pierwszy odcinek serialu "*The good doctor*"), jadąc autobusem, na sali koncertowej ("- Czy jest na sali lekarz?...") albo został zaalarmowany przez osobę trzecią jak w sprawie ze Swarzędza.

- Nieudzielenie pomocy może doprowadzić do utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia u osoby wymagającej pomocy.

- Obiektywnie lekarz ma możliwość udzielenia pomocy: znajduje się w odpowiednim czasie na miejscu zdarzenia albo w pobliżu i w zadowalającym stanie psychofizycznym.

- Udzielenie poszkodowanemu pomocy nie stwarza zagrożenia dla życia albo zdrowia tych osób, które aktualnie znajdują się pod opieką lekarza - więc rzecz jasna nie można wymagać, by oderwał się od wykonywanej operacji, tamowania krwawienia, prowadzonej resuscytacji. Natomiast spokojnie może przerwać typowe badanie internistyczne i poprosić pacjenta, żeby się ubrał i poczekał na jego powrót. Nawiasem mówiąc takie sytuacje kolizyjne zdarzają się nagminnie gdy chodzi o szpital i przychodnię przyszpitalną: bywa, że lekarz przyjmujący w przychodni przyszpitalnej musi przeprosić oczekujących pacjentów i popędzić na drugi koniec budynku zawezwany do nagłego przypadku. Tamci narzekają, że ich przypadki też są poważne, ale decyduje to, które poważniejsze i bardziej pilne.

Co do zasady lekarz jest zobowiązany do udzielania świadczeń zdrowotnych w tym miejscu, które zostało mu wskazano w umowie (np. o pracę). Oznacza to, że z założenia nie może samodzielnie, bez zgody pracodawcy, opuścić terenu placówki. Niemniej zdarzające się sytuacje nagłe mogą sprawić, że lekarz samodzielnie, bez niczyjego upoważnienia zadecyduje o opuszczeniu placówki i udzieleniu pomocy lekarskiej osobie na zewnątrz. Jest to jego obowiązkiem silniejszym niż powinności pracownicze, gdy lekarz ma możliwość opuścić placówkę bezpiecznie dla jej pacjentów w celu ratowania życia lub zdrowia innego pacjenta.

Obowiązek udzielenia pomocy medycznej nie ma ograniczenia uzależnionego od podległości służbowej. Działania lekarza nie powinny być krępowane miejscem pracy i postawą przełożonych. Dlatego widząc potrzebę pilnego udzielenia innej osobie pomocy lekarz z podmiotu leczniczego nie potrzebuje zgody na opuszczenie placówki. W takiej sytuacji może i powinien działać samodzielnie. Jeśli tego zaniecha, w późniejszym procesie sądowym nie zdoła zasłonić się tłumaczeniem, że na wymagane działanie nie dostał zgody swojego przełożonego.

Lekarz uważany jest za osobę, na której - wg art. 2 kodeksu karnego - ciąży szczególny, wynikający z przepisów prawa (czyli w tym przypadku z art. 30 UZL) obowiązek zapobieżenia pewnym skutkom, tzn. utracie życia, ciężkiemu uszkodzeniu ciała lub ciężkiemu rozstrojowi zdrowia. Oczywiście zapobieżenie ma odbywać się metodami lekarskimi (jako tzw gwarant zapobieżenia skutkowi ma obowiązek udzielać pomocy **lekarskiej).**

Przestępstwo powszechne nieudzielenia pomocy w niebezpieczeństwie może zostać popełnione tylko umyślnie. Natomiast lekarskie **przewinienie zawodowe skutkujące odpowiedzialnością przed OSL i skazaniem na tzw. kary dyscyplinarne polega na niedochowaniu należytej staranności, co jest równoznaczne z zawinieniem tylko nieumyślnym (które wobec tego wystarczy do skazania przez OSL).**

O skazaniu lekarza nie stanowi więc automatycznie samo w sobie nieudzielenie pomocy lekarskiej: **trzeba udowodnić mu winę** - przynajmniej nieumyślną (niedbalstwo) na potrzeby odpowiedzialności zawodowej albo umyślną na potrzeby skazania za przestępstwo nieudzielenia pomocy. W procesie badane są wszelkie okoliczności, które mogą modyfikować albo nawet wyłączać odpowiedzialność lekarza. Wszystko zależy od przebiegu przypadku, w którym znajdował się lekarz i osoba wymagająca pomocy. Co do zasady jednak **umyślne nieudzielenie** pomocy jest karalne.

Przykłady okoliczności uchylających odpowiedzialność

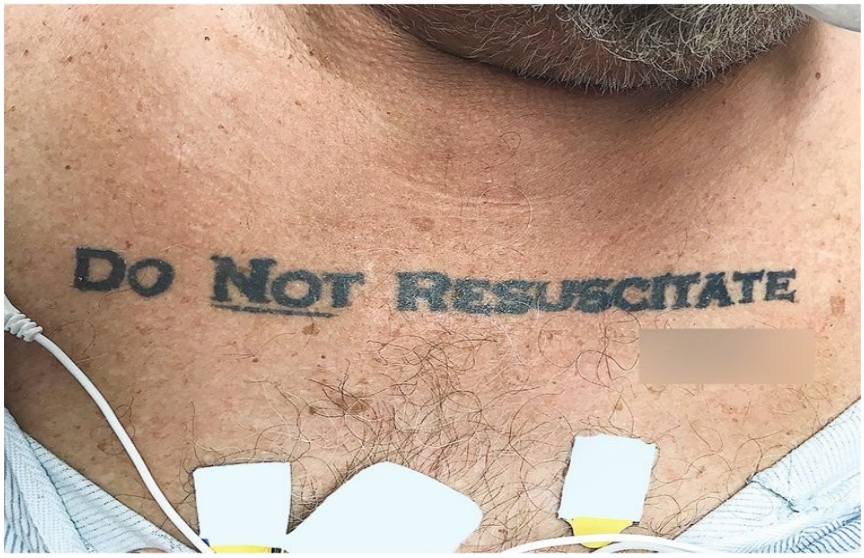
- Brak wiedzy lekarza o konieczności udzielenia pomocy (np. bezdomny dostał zawału leżąc w parku na ławce, a lekarz pomyślał, że tylko śpi); *[„- Chociaż sprawdzę czy oddycha…”]*
- Udzielenie przez lekarza pomocy tylko jednej osobie, gdy istniała konieczność udzielenia pomocy kilku osobom jednocześnie - np. ofiarom wypadku samochodowego. Człowiek ma tylko dwie ręce i się nie rozdwoi; niemożliwe nie może być przedmiotem obowiązku.
- Brak możliwości dotarcia do osoby potrzebującej pomocy (np. pożar, powódź, zawalenie się budowli);
- Brak możliwości przerwania przez lekarza działania podjętego wcześniej wobec innego pacjenta (np. lekarz reanimuje pacjenta w gabinecie i dostaje informację, że jeden z pacjentów na korytarzu upadł i doznał urazu głowy);
- Całkowity brak po stronie lekarza zdolności psychicznej lub fizycznej do udzielenia pomocy **w stopniu wykluczającym podjęcie działań** (np. szok pourazowy, upojenie alkoholowe).

- Dopóki lekarz nie poweźmie informacji o wypadku wymagającym pomocy z jego strony, nie można odeń wymagać udzielenia tej pomocy ani samodzielnego dowiadywania się, czy czasem gdzieś nie ma potrzebujących. Tym bardziej, gdy co kilkanaście minut ma zaplanowane wizyty. Jesli jednak taką informację dostanie (niezależnie od kogo) albo sam coś zauważy np. przez okno, to ma obowiązek pomocy.

Ten obowiązek udzielania pomocy medycznej osobom, które tego potrzebują, nie ma jek widać charakteru absolutnego. Modyfikują go rozmaite okoliczności, jak wiedza o potrzebie pomocy, zaabsorbowanie innymi pacjentami czy właściwości osobiste lekarza. Niemniej jeśli udzielenie pomocy jest obiektywnie możliwe, to lekarz ma taką powinność. Na potrzeby POZ albo innego wymagającego i dociekliwego pracodawcy praktyczne jest odpowiednie odnotowanie tego faktu w celach dowodowych.

Brak zgody pacjenta. - Kończy dyskusję.

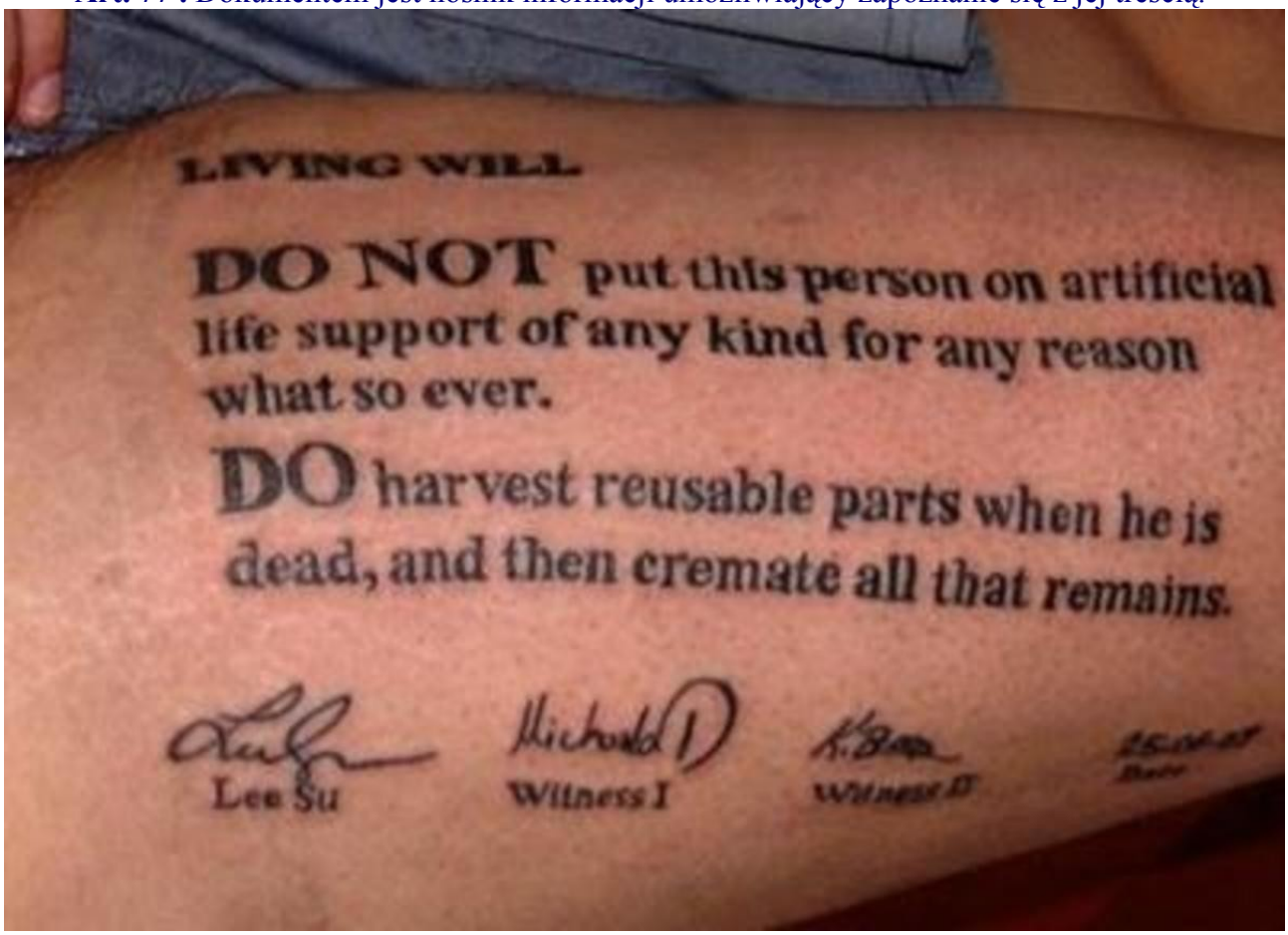




Kodeks cywilny

Art. 77[2] Do zachowania dokumentowej formy czynności prawnej wystarcza złożenie oświadczenia woli w postaci dokumentu, w sposób umożliwiający ustalenie osoby składającej oświadczenie.

Art. 77[3]**.** Dokumentem jest nośnik informacji umożliwiający zapoznanie się z jej treścią.





"...oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki."

Pytanie podstawowe - czy nowelizacja ustawy lekarskiej uchyla obowiązek udzielenia pomocy w tego rodzaju przypadkach. Inaczej mówiąc – czy i w jakich okolicznościach wolno odmówić pacjentowi bez poniesienia konsekwencji prawnych.

Pytanie drugie – dlaczego ten fragment przepisu został usunięty.

„Inne przypadki niecierpiące zwłoki" - co to znaczy.

- Działanie należy podjąć niezwłocznie, bo opóźnienie grozi złym skutkiem.

- Określenie **relacyjne**: stan faktyczny „niecierpiący zwłoki" nie sam w sobie, lecz tylko ze względu na ów skutek.

Teoretycznie mogłoby to być dowolne zdarzenie niepożądane, **w szczególności szkoda zdrowotna** inna niż określona w art. 30 *in principio* (***„mniej-niż-ciężka"***), ale **także jakikolwiek inny wynik sprzeczny z interesem pacjenta**.

Można by to rozumieć jako **wymóg, by lekarz udzielał pomocy lekarskiej zawsze wtedy, gdy opóźnienie tej pomocy może pacjentowi zaszkodzić.**

Przykłady

1) Te, w których zwłoka może prowadzić do szkody zdrowotnej albo cierpienia:

- **uraz ręki**, którego niezaopatrzenie grozi utratą palca,
- **dotkliwy ból zęba**, nawet jeśli nie jest objawem próchnicy czy zapalenia miazgi (tj. stanów

grożących utratą zęba), a tylko dokuczliwym podrażnieniem;
- **migrena**;
- **zaopatrzenie rany**, w tym szarpanej, połączone z jej zeszyciem.

2) Gdy grozi uszczerbek innego rodzaju, jeśli tylko zagrożony jest interes zdrowotny dostatecznie ważny i godny ochrony. ????
W tej interpretacji „***inny***" przypadek niecierpiący zwłoki stanowić będzie np.
- **badanie dodatkowe**, którego przesunięcie na inny termin uczyni wynik niemiarodajnym lub po prostu zmusi do powtórzenia obciążających albo wysoce kłopotliwych dla pacjenta przygotowań (kolonoskopia);
- **szczepienie ochronne**, gdy potrzebne jest podanie kilku dawek **w ściśle określonym czasie** dla zachowania ciągłości uodpornienia (zwłaszcza gdy w bliskich planach jest poddanie się operacji);
- **zapoczątkowany już proces terapeutyczny**, wymagający określonej sekwencji czynności, bez której zachowania maleją szanse powodzenia: terminowe podanie dawki leku istotne dla terapii, która w przeciwnym razie stanie się daremna lub będzie wymagała ponowienia;
- **antykoncepcja postkoitalna** (EllaOne) – kwestia zdrowia reprodukcyjnego: zapobieżenie zapłodnieniu i w konsekwencji niechcianej ciąży (to nie jest to samo co środek poronny**!!!**).

Wyrazisty przykład z życia: pacjentka z Dalekiego Wschodu, przejazdem w Polsce, w zaawansowanej ciąży, która (przez tłumacza) deklaruje, iż jest w trakcie leczenia syfilisu antybiotykiem, którego zapas właśnie jej się skończył.

3. Przypadki niecierpiące zwłoki ze względów prawnych :
- **zbadanie obrażeń cielesnych**, które mają być udokumentowane dla celów dowodowych;
- wydanie **przez lekarza sądowego zaświadczenia o niezdolności** do udziału w czynnościach procesowych,
- **legalne przerwanie ciąży pochodzącej z czynu zabronionego** w ostatnim momencie, gdy jest dopuszczalne.

Specjalnie wybrałam takie, żeby było raczej jasne, że odmowa w takich okolicznościach nie byłaby w porządku: potrzeba zdrowotna jest ewidentna, sprawa nie może czekać, tyle że nie ma zagrożenia ciężkim uszczerbkiem zdrowotnym. Jeśli nie co innego, to zwykła ludzka przyzwoitość wymaga, by udzielić pomocy.

Ustawa o prawach pacjenta:
Art. 7. 1. Pacjent ma prawo do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na **zagrożenie zdrowia** lub życia.

Tak więc przynajmniej w sprawach *stricte* zdrowotnych zagrożenie zdrowia zupełnie wystarcza, by pacjent *miał prawo* do natychmiastowej pomocy medycznej.

Ustawa o działalności leczniczej
Art. 15. Podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.

W tych przepisach nie ma żadnego rozróżnienia, czy nieudzielenie natychmiastowej pomocy miałoby grozić uszczerbkiem ciężkim, czy lżejszym. W tym ujęciu jako "zagrożenie zdrowia" może

być **rozumiane** także niepodanie kolejnej dawki w cyklu leczenia czy zwlekanie z drugą dawką szczepionki przeciwko odrze. Zdrowie może być zagrożone na różne sposoby: w ten zakres wchodzi również nieuzyskanie uodpornienia przeciwko ciężkiej chorobie zakaźnej, aczkolwiek w praktyce pewnie zwyciężać będzie interpretacja, że chodzi tylko o zagrożenie bezpośrednie. Niemniej wolno dyskutować.

Można natomiast wątpić, czy dotyczy to również zapoczątkowanych szczepień p-ko HPV, bo tutaj zagrożenie nie jest tak realne. Podobnie – nie wiąże się z zagrożeniem dla zdrowia niewykonanie zaplanowanej kolonoskopii profilaktycznej.

Natomiast **ból zęba**, **złamany palec** u nogi, **rana wymagająca szycia** – wiążą się jak najbardziej.

To pokazuje, że nie tak łatwo wywrócić do góry nogami cały system ochrony praw pacjenta, aczkolwiek kastracja art. 30 uzl komplikuje ochronę interesów pacjenta niezwiązanych bezpośrednio ze zdrowiem.

Teraz więc lekarze, którzy z tchórzostwa albo przez oportunizm odmawiali zbadania obrażeń ciała poturbowanym przez policję demonstrantom w obronie działaczki LGBT znanej jako Margot, mogą poczuć się bezpieczni.

No i co? Słusznie postąpili?...

A teraz zobaczmy **Kodeks Etyki Lekarskiej**:

Art. 7.

W szczególnie uzasadnionych wypadkach lekarz może nie podjąć się lub odstąpić od sprawowania opieki nad pacjentem, **z wyjątkiem przypadków, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby zagrażać życiu lub spowodować znaczne pogorszenie stanu zdrowia pacjenta w krótkim czasie**. Nie podejmując albo odstępując od sprawowania opieki nad pacjentem lekarz wskazuje pacjentowi inną możliwość uzyskania pomocy lekarskiej.

Poprzednia wersja KEL

W szczególnie uzasadnionych wypadkach lekarz może nie podjąć się lub odstąpić od leczenia chorego, **z wyjątkiem przypadków nie cierpiących zwłoki**. Nie podejmując albo odstępując od leczenia lekarz winien wskazać choremu inną możliwość uzyskania pomocy lekarskiej.

Rozziew między regulacjami prawnomedycznymi a niektórymi zasadami lekarskiej etyki zawodowej jest faktem, natomiast mało który przedstawiciel doktryny prawa podejmuje rzeczową i pogłębioną ocenę tego stanu rzeczy. W rezultacie opracowania prawnicze nierzadko ograniczają się do wymienienia jednym tchem unormowań prawnych i etycznych bez jakiejkolwiek refleksji nad ich rozmijaniem. Prowadzi to do licznych nieporozumień interpretacyjnych i zamiast cokolwiek wyjaśniać - tylko komplikuje.[2]

Bardziej jednoznacznego rozstrzygnięcia kolizji między normami prawnymi a etycznymi podjął się natomiast filozof Jan Hartman. Jego zdaniem KEL

"*Jest on mianowicie autorytatywną normą korporacyjną, dookreślającą zapisy ustawy. (...) Decydujące znaczenie zachowuje bowiem prawo powszechne. (...) Kodeks rzecz jasna nie może stać*

2 Dobrym przykładem złego przykładu jest obecna w doktrynie konstatacja, jakoby "samorząd lekarski przekroczył swoje ustawowe upoważnienie do uchwalania zasad etyki lekarskiej" (P. Sobolewski, *Zgoda na zabieg medyczny* [w] System Prawa Medycznego t. 1 Instytucje prawa medycznego red. M. Safjan L. Bosek. CH Beck Warsawa 2017, s. 386). Na temat trudności interpretacyjnych, jakie stwarzają tego rodzaju rozbieżności, zob. P. Konieczniak, *Nieformalne źródła prawa - Kodeks Etyki Lekarskiej* [w] Źródła prawa. Teoria i praktyka (red. T. Giaro) Warszawa 2016 s. 130 i n..

w sprzeczności z prawem powszechnym, jakkolwiek nie powinien też bez potrzeby powtarzać jego zapisów. ***Może za to nakładać na lekarza nieco większe obowiązki niż ustawa i może na nieco mniej niż ustawodawstwo mu pozwalać****, nie mogą to wszelako być rozbieżności zbyt daleko idące. W przeciwnym razie Kodeks nie będzie cieszył się respektem w sądach powszechnych"*[3]

Jeżeli zatem KEL zawiera reguły etyczne obniżające ustawowy próg standardów ochrony prawnej wobec pacjenta bądź stoi w jawnej sprzeczności z jednoznacznymi zapisami ustawy - to na reguły owe lekarze nie mogą skutecznie powoływać się w żadnych okolicznościach. Nie po to ustanowiono standardy ustawowe, żeby przełamywać je następnie pozaprawnymi standardami etycznymi. Inaczej ustawodawca by do nich nie odsyłał, ponieważ w ten sposób zaprzeczyłby sam sobie.

Sytuacje kolizyjne

Źródło: konflikty między prawnie chronionymi dobrami pacjentów i lekarzy.

Zasada minimalizacji: naruszenie jest akceptowalne tylko w zakresie niezbędnym dla usunięcia kolizji i jednocześnie w taki sposób, by pacjenta nie pozostawić bez opieki.

Stąd zapisany w ustawie lekarskiej obowiązek efektywnego przekierowania pacjenta.

2. Niepodjęcie lub odstąpienie od leczenia

Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty
Art. 38. 1. Lekarz może nie podjąć lub odstąpić od leczenia pacjenta, o ile nie zachodzi przypadek, o którym mowa w art. 30, z zastrzeżeniem ust. 3.
2. W przypadku odstąpienia od leczenia, lekarz ma obowiązek **dostatecznie wcześnie uprzedzić** o tym pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego i **wskazać realne możliwości uzyskania** tego świadczenia u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym.
3. Jeżeli lekarz wykonuje swój zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby, może nie podjąć lub odstąpić od leczenia, jeżeli istnieją **poważne ku temu powody**, po uzyskaniu **zgody swojego przełożonego**.
4. W przypadku **odstąpienia** od leczenia lekarz ma obowiązek **uzasadnić i odnotować** ten fakt w dokumentacji medycznej.

Zasada: w przypadkach nienaglących nie ma *ex lege* obowiązku leczenia.
ALE:
Ograniczenia gwarancyjne na korzyść pacjenta:
- **obowiązek dostatecznie wczesnego uprzedzenia o zamiarze odstąpienia**
- **wskazanie realnych możliwości otrzymania danego świadczenia gdzie indziej**
- **odnotowanie w dokumentacji medycznej z podaniem uzasadnienia.**

Nie wolno przerwać leczenia bez żadnego powodu, skoro trzeba odnotować powód w dokumentacji.

Poważnego powodu odmowy ustawa wymaga tylko od tego **lekarza, który ma nad sobą przełożonych w stosunku pracy lub służbowym.**

W przypadku lekarza praktykującego indywidualnie, grupowo lub świadczącego pomoc medyczną

3(J. Hartman, *Uwagi o Kodeksie Etyki Lekarskiej* [w] Bioetyka w zawodzie lekarza, red. Chańska i J. Hartman, Warszawa 2010, s. 134).

poza stosunkiem pracy (bądź służby) niepodjęcie się leczenia nie wymaga nawet uzasadnienia – **ale tylko z punktu widzenia ustawy.**

Wg art. 7 Kodeksu Etyki Lekarskiej

- Zarówno niepodjęcie, jak i odstąpienie od leczenia jest dopuszczalne jedynie „w szczególnie uzasadnionych wypadkach" i tylko pod warunkiem, że zwłoka w udzieleniu pomocy lekarskiej NIE mogłaby zagrażać życiu lub spowodować znaczne pogorszenie stanu zdrowia pacjenta w krótkim czasie.

Pytanie

Jak etyka lekarska rzutuje na obowiązki prawne?

Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty

Art. 4. Lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, **zgodnie z zasadami etyki zawodowej** oraz z należytą starannością.

- Normy etyczne nie są tym samym, co normy prawne, ale ustawa do nich odsyła.

Wobec tego wolno twierdzić, że **dookreślają regulację ustawową, o ile nie umniejszałoby to progu ochrony prawnej**.

W chwili obecnej, po nowelizacji ustawy, można odnieść wrażenie, że ten próg ochrony prawnej został obniżony przez uchylenie wyrażenia ***"oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki".***

ALE pozostało **niezmienione** brzmienie **art. 38** oraz **KEL.**

Z etycznego punktu widzenia lekarski obowiązek niesienia pomocy w sytuacjach niecierpiących zwłoki wydaje się czymś oczywistym i głęboko zakorzenionym w tradycji zawodu.

Co innego, gdy pacjent przychodzi na SOR o czwartej rano w sprawie odcisków, bo tak mu bliżej i wygodniej (autentyczne).

Każdy lekarz potrafi na ogół wstępnie ocenić, czy pacjentowi trzeba pomóc zaraz i w takich okolicznościach nie odmówi, bo jak by to wyglądało, nieprawdaż?

Można tylko dyskutować, czy **pojęcie przypadku niecierpiącego zwłoki** ogranicza się do kwestii *stricte* leczniczych, czy również do nieleczniczych, administracyjnych, opiniodawczych.

Uzasadnienie rządowego projektu zmiany ustawy lekarskiej:

„W art. 30 i art. 39 zmienianej ustawy następuje weryfikacja treści tych przepisów w związku z wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego (TK) z dnia 7 października 2015 r. (sygn. akt K 12/14) mówiącym o ich niezgodności z Konstytucją Rzeczypospolitej Polskiej. Nowelizacja przepisu art. 30 zmienianej ustawy polega na wykreśleniu kwestionowanego przez TK jako bliżej niedookreślonego sformułowania „oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki."

Jest to wierutna bzdura albo celowe mydlenie oczu. Wyrok TK kwestionował pojęcie „innych przypadków niecierpiących zwłoki" w kontekście art. **39** uzl, czyli jako okoliczność wyłączającą powołanie się na **lekarską klauzulę sumienia**. To fakt, że Trybunał był związany granicami skargi, czyli w orzekaniu nie mógł wyjść poza jej przedmiot, a art. 30 uzl nie był zaskarżony.

Ale druga rzecz – to kontekst klauzuli sumienia i kontekst generalnego obowiązku niesienia pomocy, które są różne i nie powinny być utożsamiane. W art. 30 w pierwotnym brzmieniu, po

zmianie w art. 39 przez TK, a przed ostatnią nowelizacją, chodziło o *inne przypadki niecierpiące zwłoki* o charakterze aksjologicznie neutralnym.

Trybunał wskazał, iż na gruncie art. 30 u.z.l. „należy przyjąć, że „*inne przypadki niecierpiące zwłoki*" odnoszą się do sytuacji związanych ze stanem zdrowia pacjenta, któremu wprawdzie nie grozi śmierć, ciężkie uszkodzenie ciała lub ciężki rozstrój zdrowia, ale który wymaga niezwłocznej pomocy medycznej". Uznał jednak, że fraza ta „powtórzona w innej jednostce redakcyjnej, obejmującej swym zakresem ogół świadczeń zdrowotnych (art. 39 u.z.l.), całkowicie traci klarowność" i nie pozwala jednoznacznie wskazać, w jakich sytuacjach „niecierpiących zwłoki" lekarz jest obowiązany działać wbrew własnemu sumieniu (cz. III pkt 5.2.2.). Ponadto dodał, że ogólnikowość tego wyrażenia „nie pozwala na identyfikację wartości czy praw konstytucyjnych, wskazanych w art. 31 ust. 3 Konstytucji, których realizacja mogłaby uzasadniać ograniczenie wolności sumienia" (Różyńska, *System*...)

Sprzeciw sumienia stanowi szczególną przyczynę odmowy pomocy lekarskiej, silnie uprzywilejowaną na tle systemu ochrony praw pacjenta. Jest to wyjątek, który nie powinien być interpretowany rozszerzająco, chociaż wskutek wyroku TK tak właśnie się stało. Trudno.

Ale to nie znaczy automatycznie, że wolno jest z tym samym uzasadnieniem rozszerzać obowiązywanie innych odstępstw od obowiązku poszanowania prawnie chronionych dóbr pacjenta. Wręcz przeciwnie. Trybunał zadał sobie wiele trudu, by jednostronnie dowodzić wyjątkowości sprzeciwu sumienia, który – niesłusznie ale prawomocnie - utożsamił z wolnością sumienia.

Zwykły obowiązek pomocy lekarskiej także w „innych przypadkach niecierpiących zwłoki," a niepowiązanych z sumieniem, inaczej mówiąc – etycznie obojętnych - należy jednak do podstawowych powinności zawodu.

Inna jeszcze sprawa, to wystudiowana bezradność TK w kwestii wyrażenia niedookreślonego. W języku prawnym takie wyrażenia, w tym tzw. klauzule generalne, są na porządku dziennym i spełniają funkcję
- **syntetyzującą** (logicznym przeciwieństwem wyrażeń niedookreślonych jest drobiazgowo wyliczona kazuistyka, która i tak nigdy nie wyczerpie tematu)
- oraz **adaptacyjną**; czynią przepis bardziej elastycznym w interpretacji stosownie do zmieniających się warunków społecznych.

Przykłady ustawowych **klauzul generalnych** (czyli wyrażeń celowo bardzo niedookreślonych): „zasady współżycia społecznego"; „zasady słuszności"; „społeczno-gospodarcze przeznaczenie prawa"; „dobro dziecka"; „interes społeczny".

Przykłady **ustawowych wyrażeń niedookreślonych**: „dozwolona krytyka", „rażące pokrzywdzenie", „drobne bieżące sprawy życia codziennego".

Zdarzało się niejednokrotnie, że TK wydawał wyrok tzw. interpretacyjny (bądź zakresowy), w którym wyjaśniał, jak powinno się interpretować dane wyrażenie ustawowe, żeby uniknąć naruszenia Konstytucji. Jeden z wyroków dotyczył właśnie **dozwolonej krytyki** w środowisku lekarskim w kontekście KEL. Tak więc można było taką metodą rozstrzygnąć sprawę "*innych przypadków niecierpiących zwłoki*" - np. ograniczając je do kwestii związanych bądź z leczeniem, bądź do pomocy medycznej rozumianej także jako wystawienie recepty na lek potrzebny zaraz. Piśmiennictwo na ten temat jest, wystarczyło sięgnąć, ale gdy ktoś nie chce, to i nie widzi.

Np. pacjent nieomalże udławił się ostatnią kapsułką antybiotyku. Z trudem ją wykaszlał, ale połknąć drugi raz nie da rady, bo poleciała na brudną podłogę albo wpadła do umywalki.

Potrzebuje więc *na cito* recepty. Dotyczy to zwłaszcza młodszych dzieci.

Wracając jednak do sensownych powodów odmowy:
Poważny powód: dobry powód, obiektywnie ważny, czyli niebłahy:
- subiektywny: niemożliwa do przezwyciężenia antypatia ze strony pacjenta, utrudniająca relację w sposób podważający sam jej sens terapeutyczny;
- niemożliwe do rozwikłania **konflikty natury medycznej**:
- nagminne niestosowanie się pacjenta do zaleceń lekarskich,
- utratę z jego strony zaufania,
- obraźliwe zachowanie pacjenta;
- permanentne kwestionowanie kompetencji lekarza,
- niemożność zbadania, bo pacjent(ka) wstydzi się rozebrać,
- niecelowość leczenia,
- nieposiadanie przez lekarza odpowiednich kwalifikacji.
- **????** kontakt z zakaźnie chorymi.

Przyczyna odmowy **nie może mieć charakteru dyskryminującego (Konstytucja i KEL).**
Ale nie ma takiego charakteru np.
- Odmowa przyjmowania pacjentów nieszczepionych przeciwko wysoce zakaźnym chorobom objętym kanonem obowiązkowym, gdy nie ma dla nich osobnej poczekalni i przez to narażone jest zdrowie innych czekających.
??? Pacjent emeryt z odciskami przyszedł na SOR, bo mu było bliżej i wygodniej.
??? Pacjent zarośnięty brudem.

Przyczyny tzw. życiowe:
- zmiana przez lekarza miejsca zamieszkania, przejście na emeryturę czy nawet występujący u lekarza stan fizycznego niedomagania.

Sąd Najwyższy (sprawa z 1992 r. czyli zaistniała jeszcze pod rządem dawnej ustawy lekarskiej z 1950 r.):
„1) Zarówno pod rządami poprzednio obowiązujących przepisów, jak i obecnie, odmowa lekarza wykonania w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej zabiegu operacyjnego, którego celowość stwierdzono, nie może być dowolną decyzją tego lekarza, a wymaga istnienia poważnych powodów stwierdzonych stosownymi konsultacjami oraz szczegółowego uzasadnienia w dokumentacji medycznej.
2) W razie odmowy wykonania zabiegu leczniczego szkodę pacjenta stanowi nie tylko pogorszenie jego stanu zdrowia, lecz również utrzymywanie się rozstroju zdrowia, jeśli w wyniku zabiegu mógł on zostać wyeliminowany”. *(Wyrok SN z 11.XII.2002 r., I CKN 1386/00)*

Gwarancje ochronne dla pacjenta
1. Obowiązek dostatecznie wczesnego uprzedzenia.
Kryterium dostateczności ma charakter zrelatywizowany. Chodzi o to, by uprzedzenie wystarczyło pacjentowi na zorganizowanie sobie opieki lekarskiej, gdzie indziej na tych samych lub zbliżonych zasadach jak dotychczas. Okres wyprzedzenia zależy przede wszystkim od tego, jak dalece wyspecjalizowana i zaawansowana opieka jest pacjentowi potrzebna.

2. Obowiązek efektywnego przekierowania
Wskazanie pacjentowi realnej możliwości uzyskania świadczenia gdzie indziej, aby pacjenta nie pozostawić samemu sobie, przez co *de facto* pozbawić pomocy. Informacja powinna mieć charakter konkretny, a nie abstrakcyjny, tj. wskazywać innego lekarza z imienia i nazwiska, względnie

placówkę, która takie leczenie oferuje. Wiedza ta powinna mieć też charakter operatywny: należy się nie tylko informacja medyczna, ale również typu organizacyjnego: gdzie pacjent znajdzie pomoc, czy potrzebne będzie osobne skierowanie i kto ma je wystawić. Nie chodzi o zagwarantowanie, ale odmawiający lekarz ma obowiązek wiedzieć, kto w najbliższej okolicy dysponuje stosownymi możliwościami i tam skierować pacjenta. **W przeciwnym razie jego odmowa kwalifikuje się jako wadliwa.**

Nałożyć obowiązek informacyjny na organy samorządu lekarskiego? Musiałby to być obowiązek abstrakcyjny i teoretyczny, realizowany na podstawie zbierania z terenu zgłoszeń co do zakresu oferowanych usług oraz oparty o kontraktowanie świadczeń w ramach publicznej opieki zdrowotnej. **Pacjentowi może być natomiast potrzebna wiedza ukierunkowana na specyfikę stanu klinicznego. Najlepiej zorientowany w sprawie zapotrzebowania na określony rodzaj usług będzie siłą rzeczy ten lekarz, który już prowadzi terapię.**

W praktyce jest to normalnie przyjęte i realizowane bez większych zakłóceń, co oznacza, że wiedza tego rodzaju jest rozpowszechniona przynajmniej w obrębie środowiska specjalistów danej gałęzi medycyny.

Naczelnym obowiązkiem lekarza jest udzielanie pacjentowi pomocy, a ustawy medyczne są skonstruowane tak, aby nie pozostawiać pacjenta bez możliwości otrzymania należnych mu świadczeń. **Z tego punktu widzenia wszelkie obowiązki typu informacyjnego słusznie zostały ujęte w sposób rygorystyczny, a informacyjne prawa pacjenta przeważają nad sferą wolności lekarskiej.**

3. Obowiązek uzasadnienia i odnotowania w dokumentacji:
- środek kontroli nad prawidłowością przyjętej procedury
- wytłumaczenie się przez lekarza z przyczyn odmowy,
- wykazanie, że stan kliniczny pacjenta nie wymagał niezwłocznej pomocy.

Biurokracja spełnia istotną funkcję gwarancyjną i dowodową. Chodzi zwłaszcza o ocenę, czy powody nie okazały się błahe lub czy nie posłużyły tylko jako pretekst.

Konkluzje

1. Oba te przepisy – o obowiązku udzielenia pomocy lekarskiej i o okolicznościach pozwalających na odstąpienie (odmowę) od leczenia pacjenta powinny być odczytywane **razem** jako służące pacjentowi gwarancje, że potrzebna pomoc zostanie mu udzielona.
2. Główny akcent położony jest na **powinności** lekarza (i pielęgniarki), bo na tym polega idea tworzenia przepisów prawnych o wykonywaniu zawodu. Tak samo powinności właściwe swojej profesji ma strażak, nauczyciel czy adwokat.
3. Wynika stąd, że aby zgodnie z prawem i z dookreślającą prawo etyką lekarską odmówić pacjentowi w potrzebie zdrowotnej – trzeba mieć **dobry i dostatecznie ważny powód**.
4. Powody odmowy powinny zostać odnotowane w dokumentacji medycznej i w każdej chwili trzeba być gotowym na wytłumaczenie się z nich, co dla pacjenta ma funkcję gwarancyjną i ochronną.
5. Braki w dokumentacji będą przemawiać na niekorzyść lekarza, bo skoro nie podał powodów ani nawet nie odnotował w dokumentacji, to postąpił niestarannie: nie upewnił się, czy nie zachodzi sytuacja nagląca związana z poważnym zagrożeniem dla zdrowia pacjenta; nie wytłumaczył się z przyczyn odmowy – których wobec tego albo nie miał, albo były one błahe, a w ogóle to przecież nie przysługuje mu odmówić bez ważnego powodu, więc skoro nie ma go w dokumentacji, to i pacjentowi go nie podał – z czego wynika, że odmowa sprowadziła się do niedopuszczalnego "a bo

nie".