

Seminarium dla Wydziału Lekarskiego  
*Maria Boratyńska*, Zakład Medycyny Sądowej WUM  
temat:

***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 znajdowały 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. Stały 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. - Ciągłe 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 nagłych. 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 są 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.**

#### *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.

Pracodawca będzie musiał przelknąć 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**, o ile 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 OSŁ 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 OSŁ)**.

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) - przykład za R. Tymińskim i jego "prawami lekarza". **Przykład wątpliwy** bez poczynienia dodatkowych zastrzeżeń, bo dużo zależy od tego, jaka jest pora roku, ciepło czy zimno oraz w jakiej pozycji gość spoczywa na ławce. Starsi lekarze powiadają w takich okolicznościach: "- Chociaż sprawdzę, czy oddycha". Jest to bardziej chwalebny odruch troski niż zadośćuczynienie powinności (zwłaszcza że nagabnięty może zareagować odruchem warunkowym dania w zęby...). Niemniej ocena będzie zależać od okoliczności i sam fakt, że ktoś leży na ławce, tak na dobrą sprawę o niczym nie świadczy.
- **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. **Jeśli 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 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.**

Ku przestrodze

Okręgowy Sąd Lekarski w Warszawie

Orzeczenie z dnia 22 listopada 2012 r.

Nr sprawy **09/10**

Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej oskarżył **lek. Agnieszkę O-P** o to, że **28 grudnia 2008 r.**, jako lekarz dyżurny w Izbie Przyjęć Szpitala Klinicznego w Warszawie przy ul. M., uprzedzona telefonicznie przez lek. Michała Z, chirurga dziecięcego ze Szpitala przy ul. N o przesłaniu do Kliniki Hematologii tegoż pacjenta Jana O, ze stwierdzoną małopłytkowością (10.000 mm<sup>3</sup>), CRP 263 mg/l, zapaleniem stawu biodrowego lewego i kolanowego prawego, po przebytej ospie wietrznej, nie badając chorego odesłała go transportem prywatnym do Szpitala Zakaźnego przy ul. W na konsultację celem wykluczenia zakaźności pacjenta, czym opóźniła wdrożenie leczenia, a tym samym naraziła na bezpośrednie niebezpieczeństwo życie i zdrowie dziecka.

Czyn ten Rzecznik zakwalifikował jako przewinienie zawodowe z art. 8 KEL w zbiegu z art. 4 UZL.

Gdy rodzice z dzieckiem (niespełna trzyletnim) dotarli na Litewską, było około 13:00. **W recepcji nikt o niczym nie wiedział i powiedziano im, żeby czekać.** Było tam kilka osób oczekujących, ale nie pamiętają, ile; może trzy, a może siedem. **Następnie pojawiła się lek. A. O-P. Zreferowali jej wszystko i pokazali dokumenty, które mieli ze sobą. Ona je obejrzała i powiedziała, że „to nie jest jej problem (...) to nie jest jej pacjent, jest to pacjent zakaźny i mają jechać do szpitala zakaźnego”.** Uzasadniała to tak, że jeżeli pacjent ma ospę [wietrzną] „aktywną”, to powinien być leczony w szpitalu zakaźnym. Ona także żadnych skierowań ani innych dokumentów im nie dawała. **Rozmowa trwała najwyżej minutę, lek. A. O-P „przerzuciła papiery”, a Jana O w ogóle nie oglądała. Nie proponowała, żeby go przenieść do izby przyjęć, a na pytanie, czy można przynieść dziecko do zbadania, odpowiedziała, że chorobami zakaźnymi w tym mieście zajmuje się szpital na Wolskiej”, po czym poszła sobie.**

W międzyczasie z rozmowy telefonicznej ze znajomą lekarką [świadkowie czyli rodzice dziecka] dowiedzieli się, że dziecko z małopłytkowością 10 tys. jest zagrożone krwotokiem i powinno być przewożone transportem sanitarnym. Jednak próby zorganizowania transportu karetką nie powiodły się i do szpitala zakaźnego (przy Wolskiej) udali się własnym samochodem. Po dotarciu na miejsce wnieśli dziecko na górę, gdzie „pani doktor, bardzo miła” zbadała je i potwierdziła, że powinno być przewożone karetką. Wezwała karetkę i odesłała ich z powrotem na Litewską. Syn był już wtedy w złym stanie „przelewał się przez ręce”, ale był przytomny i narzekał na ból. Podczas pobytu na Wolskiej syn już miał wybroczyny, ale lekarz powiedziała, że to może wynikać z małej

ilości płytek. **Powiedziała także, że dziecko nie ma ospy, że przewożenie go na Wolską było zbędne, bo lekarz pediatra jest w stanie ocenić, czy dziecko jest zaraźliwe.** Wybroczyny pojawiły się w drodze na Wolską, a podczas ponownego pobytu na Litewskiej było ich już bardzo dużo.

Gdy wrócili na Litewską było około 17:00. Zbadła go lek. A. O-P, która powiedziała, że dziecko jest w stanie średnim i że ma powiększoną wątrobę. Syn został przyjęty na hematologię, po czym przez kolejne 30-40 minut nic się nie działo. Znow gorączkował i źle się czuł. Syn przebywał na sali długo, zanim zaczęto mu robić badania; trwało to około półtorej godziny. Potem były trudności z pobraniem krwi, która była gęsta. Pielęgniarki ją wyciskały, a dziecko bardzo płakało, jakby to było bolesne. Po pobraniu czekali na wyniki. Dopiero około 20:45 lub 21:00 lek. Paweł Ł poprosił ich na rozmowę i powiedział, że Jan O jest w ciężkim stanie, „znaczy ma uogólnione zapalenie”, ale jeszcze nie wiedzą, z jakiej przyczyny. Około 21:15 dziecku założono maskę tlenową,. Po następnych kilku minutach przyszedł lek. P. Ł, żeby go przenieść na OIOM. Odbywało się to około 21.30, „w bardzo dużym pośpiechu”, „wszyscy byli bardzo poruszeni, biegali”. Po ok. 20 minutach lekarz pojawił się i powiedział, że jego syn ma sepsę (lub wstrząs septyczny), a jego szanse na przeżycie są zerowe. Ordynator powiedział, że syn umiera, został przywieziony tak późno, że nie uda się go uratować. Później jeszcze lekarze robili im jakieś nadzieje, dziecku podawano antybiotyki o szerokim spektrum działania, ale o 4:45 zmarło.

**Obwiniona Agnieszka O-P wyjaśnia:** do popełnienia przewinienia nie przyznaje się, gdyż w uzasadnieniu wniosku o ukaranie błędnie oznaczono godziny, w których przyjmowała Jana O w izbie przyjęć [! – OSL]. Przede wszystkim zaś obwiniona twierdzi, że lek. M. Z nie stwierdził, że pacjent jest niezakaźny. Ona nie mogła więc tego *a priori* zakładać i tym samym odesłanie Jana O do szpitala zakaźnego było uzasadnione.

Wyjaśnia, że dyżur w IP 28 grudnia pełniła od 8.30. do 20.00, przyjmując w tym czasie ogółem 43 pacjentów. **Około 13.50-14.00 zadzwonił lek. M. Z, lekarz dyżurny SOR szpitala przy N, że jedzie do niej pacjent, którego przekierował na konsultację hematologiczną z podejrzeniem białaczki, a jednocześnie jest pod koniec ospy wietrznej, być może jeszcze w fazie zakaźnej.** Zapytany, na jakiej podstawie podejrzewa białaczkę, odpowiedział, że pacjent ma zapalenie stawów i małopłytkowość. Powiedziała, że mogą to być powikłania towarzyszące ospie wietrznej i że może należało pacjenta wysłać do szpitala zakaźnego, przeznaczonego do leczenia chorób zakaźnych i ich powikłań. Lekarz M. Z powiedział wtedy, że jest już za późno, bo pacjent jest już w drodze do szpitala przy Litewskiej. Około 15-20 minut po tej rozmowie przybyła Anna K. Była sama, mówiła, że syna zostawiła w samochodzie. Obwiniona w ogóle nie wie, gdzie to dziecko wówczas było, gdzie był zaparkowany ten samochód, ona o to nie pytała.

Obwiniona przejrzała dokumenty, które Anna K miała z sobą; wśród nich były m.in. wynik USG stawów biodrowych i karta informacyjna z SOR przy ul. N, podpisana przez lek. M. Z. Nie był tam szczegółowo opisany stan pacjenta, tylko że ma zapalenie stawów i jest w ósmej dobie ospy wietrznej, z poziomem leukocytów ok. 15 tys., płytek krwi ok. 10 tys. i podwyższonym CRP. Lekarz M. Z nie informował, że pacjent jest po przebytej ospie wietrznej. Odniosła wręcz wrażenie, że telefonował właśnie po to, żeby uprzedzić, że pacjent jeszcze może zarażać.

Wyjaśnia, że w szpitalu przy Litewskiej nie powinny się znaleźć dzieci z chorobą zakaźną. Obecność nosiciela mogłaby stwarzać szczególne zagrożenie w oddziałach Hematologii i Onkologii, Kardiologii oraz Nefrologii; dotyczy to zwłaszcza nosicieli ospy wietrznej i półpaśca. Na tych oddziałach przebywają pacjenci poddawani immunosupresji lub mielosupresji. Gdyby np. choroba zakaźna rozwinęła się w czasie leczenia białaczki, należałoby przerwać leczenie, a pacjenta przesłać do szpitala zakaźnego. W tych warunkach uważała za bezpieczniejsze wysłanie Jana O na konsultację do szpitala zakaźnego zanim będzie przyjęty do Oddziału Hematologii i Onkologii.

Także w izbie przyjęć tamtejszego szpitala nie ma właściwych warunków do zbadania dziecka podejrzanego o chorobę zakaźną. Przebywa tam wiele osób, jeszcze bez postawionego rozpoznania, więc nie wiadomo, czy kontakt z podejrzanym o zakażenie w jakiś sposób im nie zaszkodzi. **Ona w żaden sposób nie mogłaby zorganizować badania pacjenta zakaźnego w IP, gdyż do tego**

musiałaby opróżnić izbę przyjęć, a dzieci tam oczekujące „są już jakby pod jej opieką”, więc jej nie wolno byłoby wyprosić na zewnątrz. Wprawdzie przy IP jest pomieszczenie oznaczone jako izolotka, ale jego lokalizacja praktycznie wyklucza, by mogło pełnić tę funkcję. Aby się tam znaleźć, pacjent musiałby przejść przez pediatryczną izbę przyjęć oraz przez poczekalnię, która jest wspólna dla IP pediatrycznej i chirurgicznej. Gdyby rodzice przynieśli tego pacjenta do izby przyjęć, a nie zostawili w samochodzie, to ona by go zbadała, ale później wszystkich obecnych trzeba by traktować jako mających kontakt z czynnikiem zakaźnym, a potem izba przyjęć i pomieszczenie, gdzie pacjent był badany, musiałyby przejść procedurę odkażenia: wietrzenie, mycie, naświetlanie ultrafioletem. Nie pamięta, ile osób oczekiwało wtedy w IP, ale na pewno bardzo wiele.

**Odnosząc się do stwierdzenia biegłego, że podwyższona leukocytoza, zapalenie stawów i małopłytkowość 10 tys., powinny być ją zaniepokoić, wyjaśnia, że dla hematologa lub onkologa to nie są objawy niepokojące. Takie wyniki są nieprawidłowe i niepokoją „pediatrów, lekarzy ogólnych, osoby niedoświadczone”. Ona jest hematologiem-onkologiem dziecięcym z 20-letnim stażem pracy i takie wyniki badań nie budzą jej niepokoju, gdyż „samo podanie trzech tego typu wartości nie świadczy o żadnej chorobie konkretnej”. Małopłytkowość 10 tys. nie zawsze wymaga przetaczania płytek krwi, bo to zależy od rozpoznania. Taki poziom płytek daje objaw w postaci skazy krwotocznej, może powodować krwawienia. Podwyższone CRP wskazuje na stan zapalny, ale niekoniecznie na zakażenie, bo nie jest to badanie swoiste dla zakażeń. **Jakkolwiek takie wyniki wymagają diagnostyki w warunkach szpitalnych, jednak ogólnie „trudno tu mówić o niepokoju”, sytuacja wymagała najwyżej „racjonalnego zaplanowania diagnostyki tego pacjenta”. Przy takich wynikach pacjent nie był w stanie bezpośredniego zagrożenia życia i nie wymagał natychmiastowego przyjęcia do szpitala. Także lek. M. Z w rozmowie telefonicznej nic nie mówił o potrzebie natychmiastowej hospitalizacji lub o stanie zagrożenia życia. On „wysłał pacjenta na konsultację, nawet nie kierując go do szpitala”, ona zakłada, że w takim razie pacjent mógłby wrócić do szpitala przy ul. Niekleńskiej, „bo takie są, że tak powiem, zasady konsultacji”. Ona sądzi, że Jan O wymagał przyjęcia do szpitala, ale „trudno powiedzieć, że natychmiastowego”. W wyjaśnieniach z 12 listopada 2009 r. (t.II, k137 odwrót) podawała jednoznacznie, że „pacjent miał bezwzględne wskazania do hospitalizacji”, ale zachodziła potrzeba wyboru właściwego szpitala. Dodaje, że gdyby była pewna, że Jan O jest niezakaźny, toby go przyjęła do oddziału hematologii i onkologii.****

Z opinii biegłego prof. Wojciecha S (t. I, k107-113) wynikają następujące konkluzje: (1) u Jana O w przebiegu ospy wietrznej rozwinęła się posocznica z zespołem wykrzepiania wewnątrznaczyniowego (DIC) i zapalenia wielostawowego, wywołana przez bakterię *Streptococcus pyogenes*, wrażliwą na większość antybiotyków. Wczesne przyjęcie do szpitala pediatrycznego i dożylnie podanie antybiotyków dawało możliwość zapobieżenia zgonowi. (2) Po rozpoznaniu ospy wietrznej i zapalenia stawu biodrowego należało pacjenta skierować Kliniki Chorób Zakaźnych Wieków Dziecięcego AM w Warszawie przy ul. Wolskiej, celem wdrożenia natychmiastowego leczenia przyczynowego drogą dożylną. (3) **Hematolog dyżurująca w szpitalu przy Marszałkowskiej 24 (Litewskiej) powinna była zbadać dziecko tam skierowane, a w razie stwierdzenia, że pacjent jest niezakaźny – niezwłocznie przyjąć go do oddziału.**

(4) Przebiecie ospy wietrznej jest czynnikiem obniżającym odporność, a w literaturze opisywana jest zwiększona częstotliwość powikłań bakteryjnych u pacjentów w końcowej fazie ospy wietrznej lub bezpośrednio po jej przebieciu. Stwarzało to element niekorzystny dla rozwoju choroby, co jednak wobec ewidentnych objawów klinicznych posocznicy nie powinno być powodem odroczenia leczenia przyczynowego (antybiotykoterapii). (5) Biegły uważa za niezrozumiałe, czemu dziecko z CRP 263,4 mg/l (norma do 10 mg/l), leukocytoza w krwi obwodowej 15,7 K/UI, płytki krwi 10 K/UI, tj. „ewidentnymi wykładnikami posocznicy, z zapaleniem stawów (...) stan absolutnie naglący, sepsa była w pełni rozwinięta, istniało bezpośrednie zagrożenie dla życia” spędziło w SOR przy Niekleńskiej 3 godziny, a jego stan ogólny określano jako dobry. (6) Dla lekarza hematologa,

jakim jest lek. A. O-P, przekazanie z innego szpitala 3,5 letniego chłopca w 7 dobie ospy wietrznej, z małopłytkowością, bólami stawów i narastającą leukocytozą, powinno być „szczególnie alarmujące”. Jednocześnie w większości przypadków w 7 lub 8 dobie ospy wietrznej u dzieci nie będących w immunosupresji choroba już jest niezakaźna. **Biegły nie widzi wytłumaczenia dla zaniechania zbadania Jana O, nawet po uwzględnieniu specyfiki szpitala przy Litewskiej, na którą powołuje się obrona.** Odesłanie dziecka do kolejnego szpitala dało w efekcie kolejną godzinę opóźnienia we wdrożeniu adekwatnego leczenia.

Z opinii biegłego prof. Andrzeja R wynika co następuje: (4) **Wyniki badań z 28 grudnia wskazywały na postępujący proces septyczny, a nie na „problem hematologiczny”.** Lekarz M. Z nie powinien był odsyłać pacjenta do Kliniki Hematologii SPDSK (jakkolwiek biegły zaznacza, że obecność skazy krwotocznej „usprawiedliwiła taki ruch”). Pacjenta należało przyjąć do szpitala i natychmiast włączyć antybiotykoterapię skierowaną na paciorkowca ropotwórczego lub gronkowca złocistego z ewentualnym pokryciem beztlenowców. (5) **Lekarz A. O-P odesłała Jana O, nie badając go, na konsultację w Szpitalu Zakaźnym; jest „zrozumiałe, że każdy onkolog boi się jak ognia ospy wietrznej na swoim oddziale i stara się taki przypadek odepchnąć”, jednak chodziło o dziecko, wymagające natychmiastowego leczenia, a do sprawdzenia, czy ospa jest w fazie zakaźnej, nie jest potrzebny specjalista chorób zakaźnych.**

Na pytanie, co należałoby zrobić „wedle wiedzy i praktyki medycznej”, gdyby była potrzeba zbadania pacjenta z podejrzeniem choroby zakaźnej, a IP miała wadliwą organizację przestrzenną, odpowiada, że on by wyszedł zbadać pacjenta w samochodzie, niezależnie od zasad organizacyjnych obowiązujących w szpitalu. Odesłanie dziecka z ospą wietrzną do szpitala zakaźnego byłoby właściwym sposobem postępowania, ale pod warunkiem zbadania pacjenta. On rozumie lęk przed ospą wietrzną w warunkach szpitala hematologicznego; to, co zrobiła obwiniona lek. A. O-P da się zrozumieć, zwłaszcza w stresowej sytuacji izby przyjęć, ale to nie było uzasadnione. Biegły podtrzymuje stwierdzenie, że lekarz nie może podejmować decyzji nie badając pacjenta.

OSL zważył, co następuje:

Z materiału dowodowego wynika jednoznacznie, że Jan O zmarł w wyniku powikłania ospy wietrznej – posocznicy z zespołem wykrzepiania wewnątrznaczyniowego, wywołanej przez nieantybiotykooporną bakterię *Streptococcus pyogenes*. Ten ostatni fakt był wprawdzie możliwy do ustalenia tylko *ex post*, pozwala jednak wnioskować, że przy szybkim postawieniu rozpoznania i wdrożeniu odpowiedniego leczenia, zgonowi temu można było zapobiec.

Jednocześnie **prawidłowość postępowania lekarskiego i procesu decyzyjnego może być oceniana jedynie *ex ante***, tzn. na podstawie faktów, o których obwinieni wiedzieli, lub które przynajmniej były im dostępne.

(4) 28 grudnia Jan O został przywieziony z N na Litewską, prywatnym transportem. Tam lek. **Agnieszka O-P** uchyliła się od zbadania go i odesłała do szpitala zakaźnego, celem potwierdzenia lub wykluczenia, że pacjent ma ospę w fazie czynnej. Istota oskarżenia w tym wypadku sprowadza się do tego, że obwiniona podjęła taką decyzję bez żadnego kontaktu z pacjentem.

Materiał dowodowy nie pozwala rozstrzygnąć, co dokładnie wiedziała obwiniona na temat Jana O, gdy oczekiwał on w samochodzie zaparkowanym koło szpitala. Należy dać wiarę świadkowi M. Z, że u Jana O nie stwierdził żadnych świeżych wykwitów i był przekonany, że choroba zakaźna już się skończyła. Przemawia za tym fakt, że wkrótce później potwierdziła to lek. Sabina D w szpitalu zakaźnym (zał. do historii choroby, k11b). Rozsądne jest też tłumaczenie tego świadka, że gdyby pacjent był zakaźny, to on by go nie kierował na Litewską, lecz do szpitala zakaźnego. To jest jednak za mało, pozostaje bowiem pytanie, czy wnioski lek. M. Z dotarły do świadomości obwinionej lek. A. O-P. Na pytanie to dowody nie dają odpowiedzi. Należy bowiem przyznać, że karta informacyjna wystawiona przez lek. M. Z nie stwierdzała jednoznacznie, że pacjent ten jest niezakaźny. Być może fakt taki wynikał z rozmowy telefonicznej, o czym zeznaje sam lek. M. Z. Jednak obwiniona temu



zaprzecza, co może być jej umyślnym wykrętem, ale może też odpowiadać prawdzie., gdyż mogło dojść do jakiegoś nieporozumienia w czasie ich rozmowy telefonicznej. Sprzeczności tej rozstrzygnąć się nie da, a art. 5 § 2 kpk nakazuje rozstrzygnąć wątpliwość na korzyść obwinionej.

Obwiniona wiedziała wszakże, że chodzi o pacjenta w ósmej lub dziewiątej dobie choroby, a więc **najprawdopodobniej** niezakaźnego (co więcej, *ex post* wiadomo, że Jan O. **faktycznie był już niezakaźny**). To, czy ospa wietrzna jest w fazie czynnej, obwiniona mogła przy tym stwierdzić sama, gdyż – zgodnie z trafną uwagą biegłego prof. A. R – nie jest do tego potrzebny specjalista w dziedzinie chorób zakaźnych. Ona wszakże nie podjęła żadnej próby zbadania Jana O przed odesłaniem go do szpitala zakaźnego.

Obwiniona tłumaczy się tym, że szpital przy Litewskiej, a już zwłaszcza tamtejszy oddział onkologii i hematologii, nie jest przystosowany do leczenia pacjentów zakaźnie chorych. Na tę okoliczność przedstawia liczne i wiarygodne dowody (dokumenty załączone do wniosku dowodowego z 5 lipca 2011 r.), z których wynika, że nawet wykonywanie badań diagnostycznych u pacjentów „zakażających” stwarza dla tego szpitala sytuację wysoce kłopotliwą (niemniej, że badania takie są w nim wykonywane i przygotowano na tę okoliczność stosowne procedury).

Tłumaczenie to nie ma jednak znaczenia dla wyrokowania. Zarzuty wobec lek. A. O-P **nie polegają na tym, że nie przyjęła pacjenta „w ciemno” do oddziału onkologiczno-hematologicznego**, lecz na tym, że **odesłała go w ogóle nie badając**, choć został przysłany na konsultację, a znane jej były (co przyznaje) niepokojące wyniki badań laboratoryjnych.

Obwiniona tłumaczy także, że dla niej takie wyniki nie są niepokojące i „nie świadczą o żadnej chorobie konkretnej”. Jest to „argument” sprowadzający się do prostego zaprzeczenia opinii biegłych i jako taki nie może być wzięty pod uwagę. Stan chorego nakazywał w tym momencie podejrzewać (w każdym razie jako jedno z możliwych rozpoznań) posocznicę, a więc chorobę o często piorunującym przebiegu, szczególnie u małych dzieci. Nie sposób więc wziąć za dobrą monetę tłumaczeń obwinionej, że sytuacja nie wymagała natychmiastowej reakcji. Można natomiast się domyślać, że rozpoznanie takie po prostu nie przyszło jej do głowy, gdyż ukierunkowało ją sformułowane przez lek. M. Z podejrzenie, że pacjent ma ostrą białaczkę. W sensie psychologicznym jest to dobre wytłumaczenie; z punktu widzenia ocen nie usprawiedliwia ono lek. A. O-P, ale stanowi istotną okoliczność łagodzącą przy sądowym wymiarze kary.

Wbrew linii obrony prezentowanej przez obwinioną, zbadanie pacjenta leżało w granicach jej możliwości. Było to możliwe na terenie (szeroko rozumianej) Izby Przyjęć. Stwierdzenie obrońców lek. A. O-P, że IP przy Litewskiej jest tak zaprojektowana, że „nie ma możliwości przebadania dziecka z podejrzeniem choroby zakaźnej bez skontaktowania go a innymi chorymi, **w tym pacjentami oddziału onkologicznego i hematologicznego” nie znajduje żadnego potwierdzenia w materiale dowodowym. Z planu tej części szpitala (zał. do pisma procesowego z 5 lipca 2011 r., t. III) nie wynika, że do IP wchodzi się przez oddział onkologiczno-hematologiczny; rozwiązanie takie byłoby zresztą skrajnie niebezpiecznym absurdem.**

Z wyjaśnień samej obwinionej wynika co innego, mianowicie, że pobyt w IP pacjenta potencjalnie zakaźnego mógłby być w pewnym stopniu ryzykowny dla innych oczekujących, a w razie potwierdzenia podejrzenia o zakażenie wymuszałyby co najmniej wietrzenie i odkażanie pomieszczeń. Jest to, ogólnie rzecz biorąc, tłumaczenie rozsądne. Jednakże przypadki, gdy do szpitala zgłaszają się osoby podejrzane o zakażenie, nie są niczym niezwykłym. Obowiązkiem szpitala jest urządzenie na taki przypadek izolowanych pomieszczeń, pozwalających przynajmniej na doraźne zbadanie pacjenta.

Należy podkreślić, że obowiązek taki spoczywa na podmiocie leczniczym, tj. szpitalu. Należałoby się zgodzić z abstrakcyjną tezą, że lekarz zatrudniony w szpitalu nie jest w mocy, by samodzielnie zorganizować izolatkę na terenie IP, gdyby takiej izolatki nie było. Ale izolatka w szpitalu przy Litewskiej istnieje i jest do niej odrębne wejście. Z dowodowego planu wynika, że właśnie to wejście prowadzi najkrótszą drogą do izolatki, bez przechodzenia przez rejon, w którym oczekują pacjenci. Można dodać, że na tym właśnie polega prawidłowa organizacja przestrzenna. Wprawdzie w powołanym wyżej piśmie procesowym (s. 6) obrońcy utrzymują, że **wejście owo (od strony ul. Litewskiej) jest zamknięte i nie używane**, a pacjenci wchodzi przez recepcję (od strony

ul. Marszałkowskiej). Faktu takiego obwiniona w wyjaśnieniach nie podaje, przyjmijmy go jednak za dobrą monetę. **Tłumaczenia, że drzwi te są zamknięte, nie sposób brać na serio, gdyż zamknięte drzwi można w razie potrzeby otworzyć.**

Tylko na marginesie należy zaznaczyć, że **poza zbadaniem dziecka w izolatce istniała też (zgodnie z uwagą biegłego) możliwość, by badanie przeprowadzić w samochodzie.** Żaden przepis ustawy tego nie zabrania, choć być może wyjście poza teren IP koliduje z regulaminem pracy lub z regułami organizacyjnymi szpitala (w ostatnich latach media nagłośniły parę przypadków, gdy wysyłano karetkę pogotowia po nieprzytomnych pacjentów, znajdujących się w odległości rzędu metrów od SOR lub izby przyjęć szpitala). Nawet jeśli tak jest, sytuacje tego rodzaju muszą być rozwiązywane na zasadzie kolizji obowiązków (art. 26 § 5 kk). Wyjście na zewnątrz skutkowałoby przerwaniem na krótki czas ciągłości pracy IP; odesłanie pacjenta do innego szpitala groziło odwleczeniem diagnozy i leczenia, co przy podejrzeniu posocznicy stanowi efekt znacznie groźniejszy.

**Jakkolwiek trudno wymagać od lek. A. O-P bezpośredniej znajomości przepisu art. 26 § 5 kk, pojęcie kolizji obowiązków jest jej znane, gdyż właśnie na taką kolizję sama się powołuje wówczas, kiedy jest to dla niej wygodne** (utrzymuje, że obowiązek wobec Jana O. musiał ustąpić obowiązkowi wobec osób oczekujących w IP).

### Sąd Najwyższy

Sygn. akt SDI 12/14

POSTANOWIENIE

Dnia 8 maja 2014 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Jarosław Matras (przewodniczący)

SSN Krzysztof Cesarz (sprawozdawca)

SSN Dariusz Świecki

Protokolant Anna Kuras

przy udziale Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej

w sprawie lekarza **A. O.**,

ukaranej z art. 8 Kodeksu Etyki Lekarskiej w zbiegu z art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry,

po rozpoznaniu w Izbie Karnej na rozprawie w dniu 8 maja 2014 r. kasacji,

wniesionej przez obrońcę ukaranej, od orzeczenia Naczelnego Sądu Lekarskiego z dnia 5 lipca 2013 r.,

zmieniającego orzeczenie Okręgowego Sądu Lekarskiego w [...] z dnia 22 listopada 2012 r.,

**1/ oddała kasację jako oczywiście bezzasadną,**

**2/ obciąża ukaraną A. O. kosztami sądowymi postępowania kasacyjnego, w tym kwotą 20 (dwudziestu) zł tytułem wydatków.**

### UZASADNIENIE

**Okręgowy Sąd Lekarski** orzeczeniem z dnia 22 listopada 2012 r., uznał A. O. za winną tego, że „pełniąc w dniu 28.12.2008 r. obowiązki lekarza dyżurnego w Izbie Przyjęć Szpitala Klinicznego w [...], uprzedzona telefonicznie przez dr M. Z. - chirurga dziecięcego ze Szpitala [...] o przesłaniu do Kliniki [...] dziecka J. O. 1/3 4/12 z małopłytkowością (10.000 mm<sup>3</sup>) CRP 263 mg/l, zapaleniem stawu biodrowego lewego i kolanowego prawego, po przebytej ospie wietrznej, nie badając chorego odesłała go transportem prywatnym do Szpitala Zakaźnego [...] na konsultację celem wykluczenia zakaźności pacjenta, czym opóźniła wdrożenie leczenia, a tym samym naraziła na bezpośrednie niebezpieczeństwo życia i zdrowia dziecka” to jest przewinienia zawodowego z art. 8 Kodeksu Etyki Lekarskiej (dalej KEL) w związku z art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (dalej – u.z.l.l.d.), za które wymierzył **karę upomnienia** i obciążył obwinioną kosztami postępowania.

Odwołania od tego orzeczenia złożyli: pokrzywdzeni A.K. i T.O. oraz obrońca obwinionej. Pokrzywdzeni zarzucili rażąco łagodność orzeczonej kary i wnosili o „ponowne rozpatrzenie sprawy”.

Obrońca wniósł o uchylenie zaskarżonego orzeczenia i przekazanie sprawy Sądowi I instancji do ponownego rozpoznania albo zmianę orzeczenia przez uniewinnienie obwinionej.

Orzeczeniem z dnia 5 lipca 2013 r., **Naczelny Sąd Lekarski** zmienił zaskarżone orzeczenie w ten sposób, że orzekł wobec obwinionej **karę nagany**.

Kasację od orzeczenia Naczelnego Sądu Lekarskiego złożył obrońca ukaranej.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje.

Skarga okazała się oczywiście bezzasadna. (...)

**Obwiniona uznana została za winną m.in. tego, że „nie badając chorego odesłała go transportem prywatnym...”** do innego szpitala (zakaźnego). Naruszyła w ten sposób dyspozycję art. 4 u.z.l.l.d., powołanego do kwalifikacji prawnej przypisanego przewinienia, ale również konkretyzujący ten przepis – art. 42 u.z.l.l.d., stanowiący, że „lekarz orzeka o stanie zdrowia określonej osoby po uprzednim, osobistym jej zbadaniu”. Z kolei tylko konkretyzacją naruszonego też przepisu art. 8 KEL jest m.in. art. 9 tego Kodeksu, w myśl którego „lekarz może podejmować leczenie po uprzednim zbadaniu pacjenta”.

Zaniechanie obwinionej, czyli postąpienie wbrew tym przepisom, było przedmiotem szczególnej uwagi Sądu I instancji, co znalazło wyraz m.in. najpierw w pytaniach do biegłych, do obwinionej, wreszcie w uzasadnieniu orzeczenia tego Sądu. **Biegli byli zgodni co do tego, że: przedstawione obwinionej przez matkę dziecka wyniki badań wskazywały na postępującą posocznicę**, powinno ono być zbadane przez obwinioną przed podjęciem przez nią dalszych decyzji, sprawdzenie, czy ospa wietrzna jest w fazie zakaźnej, nie wymaga badania przez specjalistę chorób zakaźnych (tu przypomnieć również trzeba, że obwiniona jest m.in. specjalistą chorób dzieci z wieloletnim już wówczas stażem).

Opinie biegłych w tych kwestiach podzielił Sąd I instancji, a jego ocenę zaaprobował, czemu dał wyraz, Sąd odwoławczy. Sąd ten przychylił się również do przekonania Sądu *meriti*, że zbadanie dziecka przez obwinioną mogło się odbyć bez konieczności opuszczenia terenu szpitala. Jest w nim izolatka, do której można dostać się (dostarczyć chorego) bez przechodzenia przez izbę przyjęć, a więc obok innych chorych (zob. plan szpitala – k. 92 – 93, t. III akt Sądu I in.). Sama obwiniona wyjaśniła, że wprawdzie drzwi zewnętrzne od strony izolotki były zamknięte, ale klucz mieli portierzy lub pracownicy ochrony (wyjaśnienia – k. 156 v, t. III). Wystarczyło więc polecić otworzenie tych drzwi i odsunięcie pacjentów z rejonu izolotki.

Sąd I instancji stwierdził, że obwiniona mogła zbadać dziecko bez opuszczenia szpitala i narażania zdrowia innych dzieci (s. 24 uzasadnienia). **Sąd wykazał w ten sposób, że nie zachodziła kolizja obowiązków, o której mowa w art. 26 § 5 k.k., ponieważ wszystkie mogły być przez obwinioną spełnione.** „Tylko na marginesie” Sąd zaznaczył, że ta okoliczność znosząca odpowiedzialność karną (kolizja obowiązków) aktualizowałaby się wówczas, gdyby obwiniona wyszła pod szpital do chorego celem zbadania go i to uczyniła. Doszłoby do przerwania ciągłości pracy w izbie przyjęć, ale dla ratowania dobra o oczywiście większej wartości (tamże – s. 24). **Wykluczona byłaby więc odpowiedzialność obwinionej za takie tylko przerwanie ciągłości pracy.** Należy tu pamiętać, że nigdy nie twierdziła ona, iż inne dziecko (chory) wymaga jej niezwłocznej pomocy, w szczególności - badania. Obwiniona poświęciła kilkanaście minut na rozmowę z matką dziecka i przejrzenie dostarczonej przez nią dokumentacji, **nie wygospodarowała zaś kilku minut** na sprawdzenie w dzień (ok. godz. 14.30), czy dziecko jest jeszcze „zakaźne”. Gdyby przez chwilę, jak chce kasacja, rozpatrywać zachowanie obwinionej na płaszczyźnie instytucji kolizji obowiązków, to najwyżej wchodziłby w rachubę nieusprawiedliwiony błąd co do wystąpienia takiej kolizji, który nie zwalniałby obwinionej od odpowiedzialności (art. 29

k.k.). Bowiern **skoro wyniki badań lekarskich jednoznacznie sugerowały rozwijającą się posocznicę, a zarazem bezpodstawnie zaniechane badanie wykluczyłyby ospę w fazie zakaźnej, to doszłoby tylko do urojenia kolizji obowiązków, która w rzeczywistości nie zaistniała, i przy dochowaniu przez obwinioną należytej staranności (art. 4 u.z.l.l.d.) nie mogłaby powstać**. Zarzuty naruszenia prawa materialnego z pkt II są chybione również dlatego, że forsuje się w nich tezę o usprawiedliwiających obwinioną: warunkach lokalowo-sanitarnych szpitala i jej wiedzy o stanie zdrowia dziecka, podczas gdy ustalono (Sądy I i II in.), iż **warunki te były jednak odpowiednie, a obwiniona bezpodstawnie sama pozbawiła się dostatecznej wiedzy o stanie dziecka**. Skarga próbuje więc przeforsować własne ustalenia faktyczne w tych kwestiach, a przez to podnosi niedopuszczalny w postępowaniu kasacyjnym zarzut błędu w ustaleniach faktycznych co do okoliczności mających istotne znaczenie dla odpowiedzialności obwinionej.

Z wyżej przytoczonych względów zarzuty i wnioski kasacji okazały się ewidentnie chybione. Dlatego oddalono skargę jako oczywiście bezzasadną.

### **Kodeks Etyki Lekarskiej**

**Art. 8.** Lekarz powinien przeprowadzać wszelkie postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze **z należyłą starannością**, poświęcając im niezbędny czas.

### **Przepisy prawa**

#### ***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 należyłą starannością**.

**Art. 42. 1.** Lekarz **orzeka o stanie zdrowia określonej osoby po uprzednim, osobistym jej zbadaniu** lub zbadaniu jej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, a także po analizie dostępnej dokumentacji medycznej tej osoby.

#### ***Kodeks karny***

**Art. 26. § 1.** Nie popełnia przestępstwa, kto działa w celu uchylenia bezpośredniego niebezpieczeństwa grożącego jakimkolwiek dobru chronionemu prawem, jeżeli niebezpieczeństwa nie można inaczej uniknąć, a **dobro poświęcone przedstawia wartość niższą od dobra ratowanego**.

**§ 2.** Nie popełnia przestępstwa także ten, kto, ratując dobro chronione prawem w warunkach określonych w § 1, poświęca dobro, które nie przedstawia wartości oczywiście wyższej od dobra ratowanego.

**§ 3.** W razie przekroczenia granic stanu wyższej konieczności, sąd może zastosować nadzwyczajne złagodzenie kary, a nawet odstąpić od jej wymierzenia.