

MARIA BORATYŃSKA

ORCID 0000-0002-2062-0499

## **Wybrane zagadnienia prawne z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii oraz medycyny ratunkowej Radosława Tymińskiego i Doroty Rytwińskiej – recenzja**

Książka ukazała się nakładem wydawnictwa Media-Press na początku bieżącego roku w serii „Standardy medyczne” i stanowi praktyczny poradnik dla lekarzy, ilustrowany przykładami kasusów zaczerpniętych z orzeczeń sądów cywilnych, karnych oraz lekarskich. Te *case studies* zostały omówione według następujących zagadnień porządkujących: przebieg wydarzeń, przebieg postępowania, uzasadnienie sądu, problem medycznoprawny, wnioski praktyczne oraz przykłady właściwych wpisów w dokumentacji medycznej. Wnioski praktyczne ujęto w wysoce przydatnej dla lekarza formie punktów. Całość ma za zadanie przystępnie przedstawić praktyczne kwestie związane z konkretną sprawą i wskazać sposoby właściwego postępowania w tego rodzaju sytuacjach. Wbrew dosłownemu brzmieniu tytułu książka udziela odpowiedzi przydatnych każdemu lekarzowi, nie tylko medycyny ratunkowej. Chodzi zwłaszcza o kwestie dotyczące zatrudnienia w placówce medycznej (w tym odpowiedzialności za szkody), urlopów oraz uprawnień emerytalnych, a także prowadzenia dokumentacji medycznej lub wpływu opinii biegłych na wyrokowanie sądu. Książka została podzielona na rozdziały opatrzone tytułami w formie pytań. W celu unaocznienia poruszanych kwestii autorzy przywołali między innymi kilka znanych i głośnych swego czasu spraw, które odbiły się echem zarówno w prasie, jak i w sporach wśród prawników. Niektóre mają już swoje lata, ale mimo tego pozostają aktualne i wzbudzają nieustające kontrowersje. Dobrze więc, że autorzy postanowili je przypomnieć i skomentować na potrzeby lekarzy.

1. Chodzi zwłaszcza o postanowienie Sądu Najwyższego z 27 października 2005 roku, (sygn. III CK 155/05) dotyczące skuteczności uprzedniego oświadczenia pacjenta – świadka Jehowy w sprawie niezgody na przetoczenie cudzej krwi: rozdz. 9 pt. „Czy pismo znalezione przy pacjentce – *Oświadczenie dla służby zdrowia: żadnej krwi – wiąże lekarza?*”. Orzeczenie sądu odnosi się w sposób generalny do pochodzących od pacjenta tzw. deklaracji wyprzedzających (nazywanych w prawie medycznym i bioetyce oświadczeniami *pro futuro* bądź testamentami życia). Temat jest, można powiedzieć, wciąż żywy i rozpalający emocje (zwłaszcza negatywne) – głównie wśród prawników. Między lekarzami wzbudza zaś nieustanne wątpliwości co do obowiązku szanowania odmowy pacjenta wobec poddania się konkretnym zabiegom medycznym, sporządzonej zawczasu na wypadek popadnięcia w stan niezdolności decyzyjnej (czyli utraty świadomości) i dotyczącej czynności, od których zależeć będzie życie: zwłaszcza podania cudzej krwi bądź preparatów krwiopochodnych czy podejmowania resuscytacji (tzw. deklaracje DNR – *do not resuscitate*). Jeśli chodzi o ten drugi rodzaj sprzeciwu, w ostatnich latach pojawił się za granicą nawet pomysł, aby deklaracje DNR tatuować sobie w widocznym miejscu: na torsie, na dekolcie czy na łydce. Polskie realia tym różnią się od zagranicznych, że podczas gdy coraz więcej państw wprowadza u siebie ustawowe regulacje tej najwyraźniej ważnej społecznie kwestii – polski prawodawca uporczywie się od tego uchyla. Ta wystudiowana niemoc jest wykorzystywana przez niektórych przedstawicieli doktryny prawniczej jako argument, że skoro „ustawa nie przewiduje” to nie ma mowy o przyjęciu prawnie wiążącego charakteru tego rodzaju oświadczeń. Istotnie zainteresowani zaś honorowaniem swojej autonomii negatywnej potencjalni pacjenci mają się różnych sposobów, by w ten czy inny sposób uzyskać poszanowanie dla sprzeciwu na przyszłość wobec określonych interwencji medycznych. Przede wszystkim sporządzają odpowiednie deklaracje własne poświadczane notarialnie, ale próbują też (również nieprzewidzianych przez ustawy) pełnomocnictw medycznych, udzielanych zaufanym osobom jako strażnikom ich woli. Konsternacja lekarzy wobec takich praktyk jest do pewnego stopnia zrozumiała. Symptomatyczne jednak, że świat wokół wyraźnie zdąży do powszechnego nadania tego rodzaju aktom charakteru wiążącego, by w krytycznym dla

pacjenta momencie sprawa była jasna i nie wymagała od lekarzy upewniania się o jego woli w inny sposób. W szczególności, by nie trzeba odwoływać się do sądu opiekuńczego (który na zasadach ogólnych stanowi instancję rozstrzygającą w sprawie pacjentów o wyłączonej kompetencji decyzyjnej, ale i o nieznanych preferencjach). Autorzy poradnika przypominają, że Sąd Najwyższy już w 2005 roku usankcjonował tego rodzaju oświadczenia pacjentów, w związku z tym lekarz, który taką deklarację uszanował, nie musi obawiać się odpowiedzialności za skutki niewykonania zabiegu z góry oprotestowanego przez pacjenta. Jest to istotne zwłaszcza w świetle głoszonej niedawno otwartym tekstem propagandy sabotowania tego rodzaju sprzeciwów (i tym samym – przywołanego tutaj postanowienia Sądu Najwyższego z 2005 roku) w ramach szkoleń dla sędziów.<sup>1</sup>

2. Drugą ważną kwestią poruszoną na kanwie wyroku, tym razem Sądu Okręgowego w Olsztynie z 3 lipca 2020 roku (sygn. I C 148/18), jest zaprzestanie terapii daremnej i uporczywej. Omówiony judykat nie dotyczy dokładnie tej kwestii, ponieważ zapadł w wyniku pozwu cywilnego o rzekome błędy medyczne popełnione w opiece nad pacjentem po nagłym zatrzymaniu krążenia. Dlatego nadany rozdziałowi 14 tytuł: „Kiedy można odstąpić od RKO?” jest mylący. Rozstrzygnięcie sądu pokazuje jednak pośrednio problemy rysujące się na tle tego rodzaju spraw. Przypuszczalnie lepsza ich egzemplifikacja nie była osiągalna, ponieważ w Polsce takie sprawy nie występują na poziomie sądowym, podobnie jak nie istnieje rzeczowa debata publiczna, natomiast stronnictwa prokościelne systematycznie straszą lekarzy posądzeniami o karalną „eutanzję bierną”. Tutaj skarżąca w sprawie wdowa po pacjencie zarzucała lekarzom niewłaściwą opiekę nad mężem: niepodjęcie leczenia kardiologicznego, opieszałość w wykonaniu tracheotomii, rzekome sugerowanie odłączenia apartury podtrzymującej życie bądź przeniesienia pacjenta do hospicjum, „zarażenie” sepsą, zawinione dopuszczenie do powstania odleżyn oraz trwającą

---

<sup>1</sup> B. Janiszewska, wypowiedź w dyskusji podczas konferencji prawnomedycznej w Białymstoku 21 kwietnia 2023 r. „Wokół filozoficznych, medycznych i prawnych aspektów kresu ludzkiego życia i zaprzestania prowadzenia działalności leczniczej” – V Ogólnopolska Konferencja Naukowa z cyklu „Prawa Pacjenta”, Uniwersytet w Białymstoku.

miesiąc naganną odmowę przetransportowania do szpitala bliżej miejsca zamieszkania. Żaden z zarzutów nie znalazł potwierdzenia w faktach, ale trzeba było do tego drobiazgowej analizy dokumentacji medycznej oraz licznych opinii biegłych. Autorzy słusznie zwrócili uwagę, że kluczowe znaczenie dla sprawy miała skrupulatnie i starannie prowadzona dokumentacja medyczna. Jednocześnie jednak widać, że mimo iż ciężar dowodu okoliczności uzasadniających roszczenia spoczywa teoretycznie na stronie skarżącej – tłumaczyć się z prawidłowo prowadzonej opieki nad pacjentem musiał szpital. Autorzy komentarza podnieśli z tej okazji problem braku uregulowań prawnych w przedmiocie medycyny końca życia, ograniczywszy się jednak do przedstawienia go, a bez ambicji na bodaj pobieżne rozstrzygnięcie. Dość niefortunnie przywołali przy tym mało nośne opracowanie prawnicze, według którego na tle „polskiego kodeksu karnego problematyczne okazuje się odróżnienie eutanazji od terapii uporczywej”<sup>2</sup>. Nie jest to prawdą choćby dlatego, że kodeks karny w ogóle nie zna pojęcia eutanazji, a tylko umyślne przestępstwo zabójstwa eutanatycznego powodowanego współczuciem i na żądanie ofiary (art. 150 k.k.). W kontekście tego przepisu i w wydaniu lekarskim „eutanazja” oznacza czynność medyczną polegającą na umyślnym zabiciu nieuleczalnie chorego i cierpiącego pacjenta – który tego wyraźnie i stanowczo zażądał – przez np. podanie śmiertelnej dawki środków farmakologicznych. Motywem działania lekarza są respekt dla autonomii pacjenta oraz chęć niesienia ulgi w niedającym się znieść i złagodzić w żaden inny dostępny sposób cierpieniu. Kwestią całkowicie odrębną jest natomiast zaniechanie (czyli niepodjęcie albo zaprzestanie) leczenia podtrzymującego życie, gdy z uwagi na stan pacjenta nie przynosi mu ono korzyści i może niepotrzebnie przedłużać cierpienie lub agonię. Tego rodzaju zaniechanie co do zasady uważa się za medycznie i moralnie usprawiedliwione oraz prawnie dopuszczalne. Zdarza się jednak określanie zaniechania leczenia podtrzymującego życie mianem „eutanazji biernej”. Jest to nadużycie intelektualne, którego nie należy bezrefleksyjnie powielać.

---

<sup>2</sup> Za: A. Gałęska-Śliwka, M. Śliwka, *Stan vegetatywny, eutanazja, zaniechanie uporczywej terapii*, „Państwo i Prawo” nr 11.2009.

Zaprzestanie podtrzymywania życia pacjenta w warunkach daremności terapeutycznej jest zachowaniem legalnym na gruncie przepisów prawa medycznego, które dostarczają uregulowań szczególnych, działają więc na zasadzie *lex specialis* przed powszechnym prawem karnym: nie ma przestępstwa, jeśli w prawie medycznym zostały uregulowane okoliczności uzasadniające zgodne z prawem uszkodzenie ciała człowieka, aż po skutek śmiertelny włącznie<sup>3</sup>. Do relacji prawnomedycznych między lekarzem a pacjentem prawo karne i kodeks karny nie mają zastosowania bezpośredniego, tylko posiłkowe. Wobec tego typizacja przestępstw przeciwko życiu i zdrowiu nie powinna stanowić przesłanki decyzji klinicznych w medycynie. Dla oceny działań i zaniechań lekarskich podstawowe znaczenie ma cel leczniczej interwencji. Prawo medyczne określa zakres dopuszczalności czynności medycznych samodzielnie – tyle że z niezbędnym odwołaniem się do dorobku wiedzy, praktyki i etyki medycznej. Ogólne, choć mało precyzyjne sformułowanie powinności lekarskich przez odwołanie do wskazań aktualnej wiedzy medycznej stanowi wystarczające usprawiedliwienie dla zaprzestania albo niepodjęcia czynności niewskazanych medycznie, nawet jeśli odbywa się to w okolicznościach zagrożenia utratą życia. Lekarska powinność ratowania życia (art. 30 UZL) aktualizuje się wtedy, gdy ratowanie jest zgodne ze wskazaniami wiedzy medycznej (art. 4 UZL). Terapia daremna nie jest przedmiotem obowiązku, więc zaprzestanie jej nie stanowi uchybienia. Jeśli wstrzymanie czynności oszczędza przy tym pacjentowi dalszych cierpień, to jest postępowaniem humanitarnym, a nie nieetycznym. Według art. 31 KEL lekarzowi nie wolno stosować eutanazji. Zarzucalną „eutanazją” w wydaniu lekarza musi być więc przyspieszające śmierć pacjenta postępowanie (czynne albo bierne), która uchybia powinnościom lekarskim. Gdy jednak te powinności ustają, nie ma podstaw do stawiania zarzutu naruszenia. Według tych założeń eutanazją „bierną” jest tylko **nieuzasadniona medycznie** rezygnacja z leczenia, mająca przyspieszyć

---

<sup>3</sup> Wystarczy podać przykład przeprowadzonych za uświadomioną zgodą pacjenta zabiegów operacyjnych wykonanych zgodnie z prawidłami wiedzy medycznej i techniki operacyjnej, ale zakończonych niepowodzeniem.

zgon pacjenta i motywowana współczuciem dla cierpiącego<sup>4</sup>. Źródłem nieporozumienia jest etyka katolicka. To ona określa jako „eutanzję” – i uznaje za moralnie niedopuszczalną – „czynność lub jej zaniechanie, która ze swej natury lub w zamierzeniu działającego powoduje śmierć w celu wyeliminowania wszelkiego cierpienia”<sup>5</sup>. Z samej tej definicji wynika stosowane tam rozróżnienie na eutanazję czynną i bierną – tak samo potępiane. Nie każde zaniechanie leczenia prowadzące do śmierci chorego jest tam jednak uważane za niedopuszczalne. Niektóre terapie mogą być bowiem uznane za „uporczywe” i wycofane, jeśli obejmują zabiegi medyczne „kosztowne, ryzykowne, nadzwyczajne lub niewspółmierne do spodziewanych rezultatów”<sup>6</sup> lub też „zbyt uciążliwe dla samego chorego i jego rodziny”<sup>7</sup>. Zaprzestając „leczenia, które może przynieść tylko niepewne i bolesne przedłużenie życia”<sup>8</sup> – jak naucza Kościół – „nie zamierza się (...) zadawać śmierci; przyjmuje się, że w tym wypadku nie można jej przeszkodzić”<sup>9</sup>.

Powstaje pytanie, czy na gruncie polskiego prawa karnego da się stwierdzić karalne zaniechanie odpowiadające kryteriom „eutanzji biernej”. Owszem, ale w bardzo wąskim zakresie. Karalne przyzwolenie na śmierć pacjenta tylko wtedy można nazwać „bierną eutanazją”, gdy po stronie lekarskiej istnieje obowiązek działania, który został poniechany w intencji przyspieszenia śmierci pacjenta. Prawnie niedopuszczalnym zaniechaniem spełniającym kryteria „eutanzji biernej” będzie zatem tylko uchybiająca powinnościom lekarskim, więc nieuzasadniona medycznie rezygnacja z leczenia, które kontynuowane przyniosłoby pacjentowi korzyść, powodowana współczuciem dla cierpienia, a mająca przyspieszyć śmierć. Sytuacje odpowiadające tym kryteriom będą zdarzać się niezwykle rzadko, ale chodzi o to, by pokazać metodą przeciwności, że zaniechanie opieki

<sup>4</sup> Tak np. posługuje się tymi pojęciami T. Brzeziński, *Etyka lekarska*, Warszawa 2002, s. 206–207, 219.

<sup>5</sup> Kongregacja Nauki Wiary, *Deklaracja o eutanazji „Iura et Bona”* (5.05.1980), nr II.

<sup>6</sup> *Katechizm Kościoła Katolickiego*, Poznań 1994, nr 2278.

<sup>7</sup> Jan Paweł II, *Encyklika o wartości i nienaruszalności życia ludzkiego „Evangelium vitae”* [w] *Encykliki Ojca Świętego Jana Pawła II*, Kraków 1996, nr 65.

<sup>8</sup> *Deklaracja o eutanazji...*, nr IV *in fine*.

<sup>9</sup> *Katechizm...*, nr 2278.

lekarskiej zgodne z zasadami wiedzy medycznej nie może być uznane za niedozwolone. W sytuacjach szeroko rozumianej daremności terapeutycznej takiego obowiązku nie ma, skoro stan pacjenta nie rokuje. Lekarz nie ma obowiązku podejmowania czynności daremnych, a oceny dokonuje według wskazań wiedzy medycznej i swojej najlepszej wiedzy co do oceny stanu klinicznego pacjenta. Zakres obowiązku prawnego wyznaczają natomiast wskazania aktualnej wiedzy medycznej i dostępność środków (art. 4 UZL) oraz lekarski obowiązek udzielenia pomocy w stanach zagrożenia (art. 30 UZL). Kluczowe znaczenie ma ustalenie celowości dalszego leczenia ze względu na szanse poprawy bądź utrzymania zdrowia. W szczególności reanimacja, gdy ze względu na krytyczny stan pacjenta jest z góry skazana na niepowodzenie, stanowi przykład postępowania w oczywisty sposób zbędnego z punktu widzenia wskazań wiedzy medycznej. Mimo to notowane są liczne przypadki pozorowanych czynności resuscytacyjnych, bezcelowych z powodu znacznego zaawansowania choroby, ale podyktowanych obawą przed odpowiedzialnością karną i podejmowanych ze względu na naleganie zrozpaczonej rodziny pacjenta. 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, nie zaś sprowadzających się do maltretowania umierającego ciała. Jednak zawsze ktoś może zakwestionować ocenę lekarską. W efekcie publiczną tajemnicą są działania pozorowane powodowane obawą o własne bezpieczeństwo prawne, a streszczające się w przekazie „Pół godziny dla rodziny”<sup>10</sup>.

Przywołana przez autorów recenzowanej pracy publikacja w „Państwie i Prawie” pochodzi z 2009 roku i zdążyła się już zdezaktualizować. W 2014 roku zostały ogłoszone „Wytyczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii daremnej) u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń

---

<sup>10</sup> Zob. L. Aleksandrowicz, *Niepodjęcie i odstąpienie od resuscytacji krążeniowo-oddechowej przez ratownika medycznego w aspekcie etyczno-prawnym*, nierecenzowany artykuł poglądowy, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Ratownictwo medyczne, s. 5, <https://repozytorium.ka.edu.pl>, (dostęp: 11.05.2021).

woli na oddziałach intensywnej terapii”<sup>11</sup>. Pojęcie daremnej terapii jest tam przywoływane jako usprawiedliwienie zaniechania leczenia z inicjatywy lekarza, a bez kontroli sądowej. Od razu we wstępie ustosunkowano się tam do rozbieżności terminologicznych poprzez uznanie, że formuła „terapia daremna” (*futile therapy*) określa trafnie postępowanie, które nie przynosi założonych korzyści terapeutycznych. W ślad za piśmiennictwem światowym zostało za taką uznane podtrzymywanie funkcji narządów nie przynoszące korzyści dla pacjenta i bez możliwości osiągnięcia założonych celów terapeutycznych. Jej kontynuowanie kwalifikuje się jako **„błąd postępowania medycznego”** (pkt 3). Zwrócono przy tym uwagę, że określenie „terapia uporczywa” jest używane właściwie tylko w piśmiennictwie polskim: w KEL, w definicjach dotyczących medycyny paliatywnej oraz w publikacjach z zakresu medycyny i prawa. Termin „terapia daremna” został uznany za bardziej precyzyjne i odpowiednie określenie decyzji o niepodejmowaniu lub odstąpieniu od podtrzymywania funkcji narządów u pacjentów leczonych na stanowiskach intensywnej terapii.

Jak więc widać, odpowiednie rozgraniczenia pojęciowe są możliwe do przeprowadzenia bez konieczności zmian w prawie, a poprzez odwołanie się do norm prawa medycznego oraz stanu aktualnej wiedzy medycznej. Dostępne są również aktualne publikacje na ten temat. Rzeczywiście przydałoby się rozwiązanie ustawowe ze względu na potrzebę pewności prawa w tak ważkiej materii, niemniej utrzymujące się zaniechanie legislacyjne sprawiają, że trzeba sobie radzić drogą wykładni tych przepisów, które są.

3. To samo dotyczy, nawiasem mówiąc, kwalifikacji prawnej zabiegów estetycznych. W rozdziale 13. „Czy lekarz anestezjolog może zajmować się medycyną estetyczną?” autorzy w sposób dosyć przypadkowy cytują poglądy nauki prawa, mnożąc w ten sposób wątpliwości na temat kryteriów legalności zabiegów estetycznych, zamiast postarać się rozwiązać przynajmniej najważniejsze z nich. Tymczasem pomimo braku regulacji

---

<sup>11</sup> „Anestezjologia Intensywna Terapia” 2014/4(46). Pojęcie „terapia daremna” pojawiło się z początkiem lat 90. XX w. wraz z napływem do bioetyki akademickiej lekarzy, którzy w przeciwieństwie do filozofów i teologów woleli opisywać problem rezygnacji z leczenia podtrzymującego życie za pomocą obiektywnych wskaźników ilościowych.



prawnej medycyny estetycznej, kluczowe jej kwestie zostały przekonująco rozstrzygnięte przez sądownictwo i czołowych klasyków w dziedzinie z niezrozumiałych przyczyn tutaj pominiętych – jak Mirosław Nesterowicz. Chodzi zwłaszcza o kwalifikację czynności kosmetycznych realizujących jednocześnie cel leczniczy, np. usuwanie blizn i oszpeceń jako zabiegów medycznych z wszystkimi tego konsekwencjami, czyli stosowania do nich wprost medycznych ustaw zawodowych oraz nadania osobom korzystającym z usług statusu pacjenta wraz z towarzyszącymi temu uprawnieniami.

4. Kolejnym istotnym zagadnieniem, którego poruszenie w poradniku należy w pełni zaaprobować jest uśmierzanie bólu: podanie bądź odmowa podania pacjentowi znieczulenia, możliwe z tego powodu powikłania oraz ich ocena prawna. Kwestia ta pojawia się w trzech porozrzucanych dość bezładnie rozdziałach, w dodatku pod mylącymi tytułami, z których pierwszy jest co najmniej bałamutny: „Dlaczego nie w każdej placówce warto znieczulać?” (rozdz. 6). Dalej: „Jakie są skutki prawne wadliwego poinformowania pacjenta i uzyskania od niego nieświadomej zgody na określoną czynność medyczną?” (rozdz. 8) oraz „Kiedy można odmówić leczenia?” (rozdz. 18). Dużo lepszym kompozycyjnie pomysłem byłoby zgrupowanie ich razem i przynajmniej opatrzenie stosownymi podtytułami przybliżającymi główny przedmiot orzekania.

Tytuł rozdziału 6 sugeruje ponadto przekłamanie co do celowości znieczulania („Dlaczego nie w każdej placówce warto znieczulać?”). Zmuszona jestem ocenić tę koncepcję krytycznie, zwłaszcza w świetle obowiązującego od 2017 roku art. 20a ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, zgodnie z którym pacjent ma prawo do leczenia bólu, zaś podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany podejmować działania polegające na określeniu stopnia natężenia bólu, leczeniu bólu oraz monitorowaniu skuteczności tego leczenia. Wprawdzie komentowana sprawa miała miejsce w 2007 roku, zanim jeszcze weszła w życie ustawa o prawach pacjenta, ale już w tamtym czasie uśmierzanie bólu okołozabiegowego było postrzegane w kontekście prawa pacjenta do poszanowania godności przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Przede wszystkim jednak przedmiotem orzekania w przywołanej sprawie nie jest możliwość ani celowość zabiegu: chodziło o spóźnioną diagnozę powikłania oraz

o dostępność leku ratującego życie w razie nieprzewidzianej reakcji alergicznej na znieczulenie ogólne, znanej jako hipertermia złośliwa. Zdarzenie było swego czasu relacjonowane w prasie<sup>12</sup> jako rodzaj skandalu, lek nosi nazwę dantrolen, a leczenie było prowadzone w jednej ze stołecznych placówek publicznych. Niespełna czteroletni chłopiec z rozległą próchnicą, który histerycznie reagował na wszelkie próby leczenia zębów, otrzymał z tego powodu znieczulenie ogólne. (Nie jest to praktyka ekstraordynaryjna; na taki sposób leczenia prowadzone były zapisy z długim wyprzedzeniem, ponieważ nie da się w inny sposób powstrzymać gwałtownych reakcji niekompetentnego pacjenta, gdy sytuacja kliniczna wymaga czegoś przeciwnego: opanowania i współpracy z lekarzem<sup>13</sup>). Wywiązała się rzadko spotykana komplikacja uczuleniowa, którą lekarka anestezjolog, mimo wieloletniego doświadczenia w zawodzie, rozpoznała zbyt późno, a przy tym nie podjęła żadnych prób zdobycia niedostępnego w placówce leku z innego źródła. W szczególności nie zadbała o poinformowanie o takiej potrzebie dyspozytora pogotowia ratunkowego. Próby ratowania innymi sposobami nie przyniosły rezultatu i dziecko zmarło. O dantrolenie wiadomo, że znacząco (90%) zwiększa szanse przeżycia przy hipertermii złośliwej i to wystarczyło sądom by przyjąć, że z powodu zawinionego zaniechania lekarki małoletni pacjent został pozbawiony realnych szans na przeżycie. W sprawie zapadły dwa wyroki – karny i cywilny. Najpierw, w 2012 roku, Sąd Rejonowy dla Warszawy-Śródmieścia (sygn. V K 38/11, wyrok niedostępny na portalach orzeczeń BIP) prawomocnie skazał lekarzkę anestezjolog za nieumyślne spowodowanie bezpośredniego niebezpieczeństwa utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Związany proceduralnie tymi ustaleniami Sąd Apelacyjny w Warszawie, przywołany tutaj wyrokiem z 10.02.2021 roku (sygn. I ACa 774/19) zasądził wysokie (po 200 000 zł) zadośćuczynienie dla matki, ojca i młodszego brata zmarłego. Zadośćuczynienie zostało przyznane od placówki medycznej, jednak przesłankę jego zasądzenia stanowiła wina lekarza jako podwładnego

<sup>12</sup> J. Podgórska, *W zamięszaniu*, „Polityka” nr 51 z 18.12.2010 r., s. 100–101.

<sup>13</sup> Sedacja podtlenkiem azotu (potocznie znanym jako gaz rozweselający) działa przeciwbólowo tylko w bardzo niewielkim stopniu. Jej podstawową funkcją jest znoszenie strachu.

podmiotu medycznego (art. 430 k.c.). W komentarzu do wyroku autorzy książki stanowczo twierdzą, że lekarz decydujący się na udzielanie świadczeń zdrowotnych w określonym podmiocie leczniczym „musi mieć pewność”, że podmiot ten gwarantuje mu adekwatne zaplecze w przypadku pojawienia się takiej konieczności medycznej (s. 61). Jest to jednak zbyt nie uproszczenie, nie tylko całkowicie oderwane od realiów życia, ale też sprzeczne z brzmieniem art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, który stanowi, że lekarz ma obowiązek wykonywać zawód dostępnymi mu metodami i środkami. Dostępność środków oceniana jest więc z punktu widzenia konkretnego lekarza podejmującego interwencję: chodzi o sposób postępowania możliwy do zrealizowania w danych okolicznościach. Niezachowanie przeciętnego poziomu praktyki medycznej w kraju, jeżeli miało miejsce, nie może być podstawą zarzutu stawianego lekarzowi osobiście. Nie wyklucza to kierowania roszczeń do placówki medycznej z powołaniem się na tzw. winę organizacyjną; niemniej braki w zaopatrzeniu oraz inne niedostatki, na które lekarz pozostawał bez wpływu, nie mogą przesądzać o jego odpowiedzialności. Z drugiej jednak strony – jeżeli są lekarzowi znane – do jego obowiązków należy wziąć na nie poprawkę<sup>14</sup>: skierować pacjenta gdzie indziej (o ile jest na to czas), zastosować inny sposób leczenia (o ile mieści się w standardzie) lub zawezwać adekwatne wsparcie z zewnątrz. Niedostępność metod lub środków nie może więc wynikać z faktu, że lekarz wcześniej nie wystarał się o nie, mimo iż dysponował możliwościami. Dostępność należy oceniać w dłuższej perspektywie czasowej, a nie tylko ze skutkiem na daną chwilę. Jeżeli lekarz nie dysponował w momencie udzielania świadczenia zdrowotnego odpowiednim wyposażeniem lub własnymi umiejętnościami, bo we właściwym czasie nie postarał się o ich uzyskanie, to nie można powiedzieć, by były mu one niedostępne, a potraktować jako przypadek kwalifikowany przez prawo karne jako zawinienie na przedpolu czynu.

---

<sup>14</sup> Zob. m.in. orzeczenia Okręgowego Sądu Lekarskiego w Warszawie sygn. 57/05 i 13/07 – ponowne rozpoznanie (omówione w: M. Boratyńska, *Wolny wybór. Gwarancje i granice prawa pacjenta do samodecydowania*, Warszawa 2012, s. 248–251) oraz sygn. 69/08 (M. Boratyńska, tamże s. 250–251).

Drugie orzeczenie, przywołane pod tytułem „Jakie są skutki prawne wadliwego poinformowania pacjenta...” dotyczy znieczulenia zewnątrzoponowego do porodu i wywołanych tym powikłań, o których pacjentka nie została poinformowana. Wyrok wydał Sąd Apelacyjny w Katowicach 15.01.2014 roku (sygn. I ACa 922/13). Komentujący go autorzy tutaj ograniczyli się do zaakcentowania kwestii należytego poinformowania rzutujących na prawidłowość udzielonej przez pacjentkę zgody. Rozstrzygnięcie sądu jest jednak niereprezentatywne pod innym ważnym względem. Czytających ten fragment anestezyjologów może wprowadzić w błąd pozostawienie bez komentarza odosobnionego werdyktu, iż za zaniechania informacyjne sąd obciążył odpowiedzialnością placówkę medyczną, natomiast oddalił powództwo przeciwko anestezyjologowi. Pod tym względem omawiany wyrok jest specyficzny, by nie powiedzieć – kuriozalny. Szpital zapłacił odszkodowanie za uchybienia informacyjne poprzedzające hospitalizację, popełnione podczas pierwszej rozmowy konsultacyjnej z pacjentką oraz ich dalsze skutki w postaci trwałych komplikacji zdrowotnych. Anestezyjolog uniknął zaś sankcji jako działający w uzasadnionym zaufaniu, iż stosownej informacji już udzielono. Negatywne nieporozumienia o zakres należnych pacjentom informacji są powszechnie spotykaną bolączką, ustawowe kryteria poprawności lekarskich działań zawodowych nie dają jednak podstaw, by specjaliście w danej dziedzinie medycyny wolno było ufać, że obowiązek informacyjny wykonał za niego wcześniej ktoś inny. Warto przy tym zauważyć, że wprowadzone później niż komentowany wyrok, ale aktualnie obowiązujące standardy organizacyjne opieki okołoporodowej<sup>15</sup>, stanowią, iż wyprzedzający obowiązek informacyjny o działaniu analgezji, jej wpływie na przebieg porodu i plód, możliwych powikłaniach i działaniach niepożądanych spoczywa na anestezyjologu, który ma ją prowadzić. Porządkuje to w sposób racjonalny powinności informacyjne na temat znieczulania do porodu i jest zgodne z aktualnym (od 2017 roku) brzmieniem art. 9 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta: pacjent ma prawo do uzyskania od osoby

---

<sup>15</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej. Dz. U. 2018 poz. 1756.

wykonywającej zawód medyczny przystępnej informacji w zakresie udzielanych przez tę osobę świadczeń zdrowotnych.

Trzeci tytuł: „Kiedy można odmówić leczenia?” niepotrzebnie zaciemnia istotę rozstrzygnięcia, którą stanowi bezzasadna odmowa podania znieczulenia do porodu. Wydał je w sprawie cywilnej o odszkodowanie Sąd Okręgowy w Gliwicach 14.10.2016 roku (sygn. III Ca 1280/15). Autorzy analizują na tym tle kwestię uzasadnionej odmowy odstąpienia od leczenia, unormowanej w art. 38 ustawy lekarskiej. Odmowa znieczulenia nie jest tutaj najszcześniejszym przykładem, ponieważ uśmierzenie bólu doczekało się, jak już wspomniano, osobnej regulacji, a ponadto, gdy chodzi o ból porodowy – stosownego ujęcia w standardach opieki okołoporodowej. Znieczulenie, a zwłaszcza znieczulenie do porodu, stanowi szczególny rodzaj świadczenia zdrowotnego przede wszystkim ze względu na generalne wskazanie do jego udzielenia (czyli nietolerowany przez pacjenta próg bólu). W kwestii uśmierzania bólu odmiennie będzie też przedstawiać się kategoria wykluczających odmowę przypadków niecierpiących zwłoki (notabene usuniętych z ustawy lekarskiej nowelizacją z 2020 roku – co autorzy jak się zdaje przeoczyli – ale nadal obecnych w Kodeksie Etyki Lekarskiej). Z drugiej strony – przyczyna odmowy podana przez lekarzkę w stanie faktycznym tej sprawy: „bo ma złe doświadczenia osobiste” – jest tak absurdalna z punktu widzenia wymagań należytej staranności lekarskiej, że jako dobry przykład złego przykładu wręcz prosiłaby się o szersze skomentowanie; ale tego akurat zabrakło. Warto było przytoczyć w związku z tym również pierwszą tezę przywołanego w innym kontekście wyroku Sądu Najwyższego z 11.12.2002 roku (sygn. I CKN 1386/00): „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”.

5. Jeśli chodzi o kwestie edytorskie, wysoce niefortunne – ale to już uwaga pod adresem wydawcy – okazało się wydrukowanie przypisów jasnym kolorem, który znacząco obniża ich czytelność. Przy tej okazji

godzi się sprostować zawstydzający błąd w nazwisku skądinąd znanej naukowczyni, tu wymienionej jako współredaktorka pracy zbiorowej „Bioetyka” (na s. 115 w przypisach nr 85 i 86): chodzi o Joannę Różyńską, a nie Różańską. Lekturze nie służy też chaotyczne zestawienie zagadnień oraz nietrafiony sposób zatytułowania większości rozdziałów.

Przegląd spraw dopowiedzianych tutaj tytułem przykładu pokazuje, że autorzy poradnika nie zawsze potrafią uchwycić istotę referowanego problemu medycznego, a omawiane orzeczenia zdarza im się wykorzystywać jako okazję do formułowania zaleceń wykraczających poza przedmiot orzekania. Odbywa się to nierzadko kosztem zbyt powierzchownego potraktowania bądź nawet zupełnego pominięcia poruszanych w wyrokach kwestii równie istotnych. Uprawiane przy tym praktyczne poradnictwo jest jednak samo w sobie cenne i przydatne. W rezultacie całe opracowanie reprezentuje poziom bardzo nierówny.