

Małgorzata RADKOWSKA

Student V roku stacjonarnego studium prawa, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Karolina SZUCKA

Student III roku stacjonarnego studium prawa, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

## **Prawa lekarza w postępowaniu z pacjentem agresywnym**

### **Wstęp**

Problematyka obowiązków lekarza w relacji z pacjentem oraz jego odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną pacjentowi stanowi jeden z głównych obszarów zainteresowania prawa medycznego. Została ona poddana szerokiej analizie w literaturze przedmiotu i orzecznictwie<sup>1</sup>. Ustawodawca polski ustanawia wysoki standard ochrony pacjenta, jako podmiotu pozostającego w mniej korzystnym położeniu w kontakcie z lekarzem – podmiotem profesjonalnym<sup>2</sup>. Należy jednak mieć na uwadze, że wielu medyków doświadczyło w swojej drodze zawodowej agresji ze strony pacjentów. Najczęściej dotyczy ona lekarzy w szpitalach, na izbach przyjęć, szpitalnych oddziałach ratunkowych i w przychodniach rodzinnych<sup>3</sup>. Agresja ze strony pacjentów jest problemem globalnym, zauważonym również przez World Medical Association. W opublikowanym stanowisku organizacja wezwała narodowe samorządy zawodowe do podjęcia działań mających na celu minimalizację zjawiska oraz możliwość anonimowego zgłaszania zaistniałych naruszeń przez personel medyczny<sup>4</sup>. W odpowiedzi na powyższe Naczelna Rada Lekarska wraz z Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych stworzyły system „Monitorowanie agresji w ochronie zdrowia” (MAWOZ)<sup>5</sup>. Możliwość zgłaszania nieprawidłowego zachowania pacjentów należy ocenić jednoznacznie pozytywnie, jednakże koniecznym wydaje się również podjęcie rozważań dotyczących praw lekarza w postępowaniu z pacjentem agresywnym.

### **Pacjent agresywny**

Zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt 4 ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* za pacjenta należy uważać osobę, która zwraca się o udzielenie świadczenia zdrowot-

<sup>1</sup> Por. np. R. Kubiak, *Prawo medyczne*, Warszawa 2014; M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, Toruń 2016.

<sup>2</sup> Świadczy o tym chociażby wprowadzenie do systemu prawnego odrębnej ustawy regulującej prawa pacjenta i powołującej instytucję Rzecznika Praw Pacjenta – ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, Dz. U. 2009, Nr 52, poz. 417 z późn. zm.

<sup>3</sup> <http://www.nil.org.pl/dzialalnosc/agresja-w-ochronie-zdrowia/monitorowanie-agresji-w-ochronie-zdrowia>.

<sup>4</sup> Stanowisko WMA w języku angielskim dostępne na stronie: <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-violence-in-the-health-sector-by-patients-and-those-close-to-them/>, 10 grudnia 2017.

<sup>5</sup> System MAWOZ działa poprzez internetowy formularz zgłaszania naruszeń dostępny na stronie: <http://www.agresja.hipokrat.es.org/>, 10 grudnia 2017.

nego lub korzysta ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny<sup>6</sup>. Powyższa definicja legalna, nawiązująca swym brzmieniem do regulacji WHO, wskazuje na szerokie rozumienie pojęcia pacjenta w polskim systemie prawnym<sup>7</sup>. Obejmuje ono swoim zakresem zarówno osoby chore, jak i zdrowe, osoby dopiero zgłaszające się do lekarza w celu uzyskania pomocy, jak i te, wobec których wdrożone zostało już postępowanie diagnostyczne czy lecznicze<sup>8</sup>. Należy podkreślić, że powyższa definicja spotkała się z przychylnym przyjęciem w doktrynie prawa, jako odzwierciedlenie ugruntowanych poglądów w tym zakresie<sup>9</sup>. Ma ona również istotne znaczenie z punktu widzenia omawianej problematyki, ponieważ ustanawia szeroki krąg osób, w stosunku do których lekarz będzie mógł podjąć określone prawem czynności, w celu obrony przed agresywnym zachowaniem z ich strony.

Współczesna psychiatria wyróżnia przede wszystkim pojęcia pobudzenia oraz agresji. Pobudzenie definiowane jest jako fizjologiczna i psychiczna reakcja organizmu, która wiąże się ze zwiększonym napędem psychoruchowym, napięciem emocjonalnym i ograniczeniem lub brakiem kontroli impulsów<sup>10</sup>. Z kolei agresja rozumiana jest jako forma zachowania ukierunkowująca niezadowolone czy gniew na siebie (autoagresja), inne osoby lub przedmioty z otoczenia<sup>11</sup>. W etiologii agresji wyróżnia się przede wszystkim: agresję słowną i agresję fizyczną. Nagłe zachowania agresywne, zwane również zaburzeniami dysforycznymi mogą stanowić objaw nie tylko zaburzeń o podłożu psychicznym, ale również chorób somatycznych<sup>12</sup>. Z medycznego punktu widzenia przyczyną agresywnego zachowania mogą być zatem np. zaburzenia metaboliczne w przebiegu niewydolności wątroby, nerek, udaru mózgu i innych schorzeń<sup>13</sup>. Oprócz powyższych agresja jest często wynikiem silnej reakcji na stres, związany z poważnym wydarzeniem życiowym<sup>14</sup>. Przedstawiciele nauk medycznych odróżniają agresję od agresywności jako cechy osobowości danej jednostki, która polega na reagowaniu agresją na różne bodźce<sup>15</sup>. Mając na uwadze powyższe, nasuwa się dość elementarna konstatacja, że agresja w szerokim rozumieniu tego słowa, a więc obejmującym zarówno agresję *sensu stricto*, jak i agresywność charakteru, już na gruncie

<sup>6</sup> Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, t.j. Dz. U. 2017, poz. 1318 z późn. zm., dalej: u.p.p.

<sup>7</sup> D. Karkowska, *Komentarz do art. 3 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, w: *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, LEX.

<sup>8</sup> D. Karkowska, op. cit.; J. Haberko, *Zasady postępowania lekarza w stosunku do pacjenta. Uwagi de lege lata i de lege ferenda na tle przepisów Kodeksu etyki lekarskiej*, „Medyczna Wokanda” 2016, nr 8, s. 46.

<sup>9</sup> Por. m.in. A. Augustynowicz, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – próba oceny*, „Prawo i Medycyna” 2009, nr 37, s. 37; J. Haberko, *Zasady postępowania lekarza w stosunku do pacjenta. Uwagi de lege lata i de lege ferenda na tle przepisów Kodeksu etyki lekarskiej*, „Medyczna Wokanda” 2016, nr 8, s. 46.

<sup>10</sup> J. Rymaszewska, *Postępowanie z pacjentem agresywnym i pobudzonym*, „Psychiatria w praktyce klinicznej” 2008, nr 2, s. 74.

<sup>11</sup> Ibidem.

<sup>12</sup> Ibidem.

<sup>13</sup> J. Rymaszewska, *Zagadnienia i ogólne zasady w psychiatrii konsultacyjnej*, „Psychiatr. Prakt. Ogólnolek.” 2007, nr 1, s. 1–7.

<sup>14</sup> J. Rymaszewska, *Postępowanie...*, op. cit., s. 75.

<sup>15</sup> Ibidem.

nauk medycznych nie ma jednolitego podłoża. Co więcej, z punktu widzenia socjologicznego może być ona wywołana stresem związanym z wizytą w placówce medycznej, a nawet przemianami polityczno-gospodarczymi, jakie miały miejsce w Polsce w latach 90. Na te ostatnie zwraca uwagę J. Sobczak, zdaniem którego jedną z przyczyn występującej wśród członków społeczeństwa agresji jest trauma, jaką przeżyli oni w związku z transformacją ustrojową i odejściem od opiekuńczej roli państwa<sup>16</sup>. Podkreśla również, że agresywne zachowanie może być wynikiem paternalistycznego traktowania pacjenta przez lekarza, związanego z poczuciem wyższości nad nim<sup>17</sup>.

Podsumowując powyższe należy wyróżnić trzy zasadnicze grupy przyczyn agresywnego zachowania pacjenta: po pierwsze, zaburzenia o charakterze psychicznym, po drugie, choroby somatyczne i po trzecie, czynniki zewnętrzne. Z uwagi na ramy przedmiotowej pracy autorki pozostawiają poza jej zakresem rozważania dotyczące uprawnień lekarza w postępowaniu z pacjentem agresywnym, którego niewłaściwe zachowanie jest wynikiem przyczyny z grupy pierwszej. Na marginesie należy jedynie zaznaczyć, że ustawa o ochronie zdrowia psychicznego wprowadza szerszy katalog uprawnień lekarza z możliwością zastosowania różnych form przymusu bezpośredniego włącznie<sup>18</sup>. Pacjentem agresywnym, na potrzeby niniejszych rozważań będzie zatem osoba zwracająca się o udzielenie świadczenia zdrowotnego lub korzystająca ze świadczeń zdrowotnych, która w kontakcie z lekarzem zachowuje się agresywnie, przy czym agresja ta (słowna lub fizyczna) jest spowodowana przez choroby somatyczne lub czynniki zewnętrzne.

### Obowiązek udzielenia pomocy i jego wyłączenia

Podejmując rozważania nad uprawnieniami, jakie przysługują lekarzowi w postępowaniu z pacjentem agresywnym należy w pierwszej kolejności zwrócić uwagę nie na uprawnienie, ale obowiązek – obowiązek niesienia pomocy. Jak słusznie zauważa A. Zoll, by mówić o prawie do odmowy udzielenia świadczenia medycznego konieczne jest określenie obowiązku, od którego prawo to stanowi wyjątek lub ustanawia jego granice<sup>19</sup>. Choć bezpośrednim źródłem obowiązku udzielenia pomocy lekarskiej jest ustawa<sup>20</sup>, to znajduje on uzasadnienie m.in. w fakcie, iż zawód lekarza zaliczany jest to grupy zawodów zaufania publicznego. Ponadto składając przyrzeczenie lekarskie lekarz ślubuje służyć życiu i zdrowiu ludzkiemu. Obowiązek udzielenia pomocy przez lekarza ma swoją podstawę w wielu aktach normatywnych oraz w normach deontologicznych, a mianowicie – w art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry<sup>21</sup>,

<sup>16</sup> J. Sobczak, *W kwestii potrzeby ochrony praw lekarza*, „Medyczna Wokanda” 2010, nr 2, s. 30.

<sup>17</sup> Ibidem.

<sup>18</sup> Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, t.j. Dz. U. 2017, poz. 882 z późn. zm.

<sup>19</sup> A. Zoll, *Prawo lekarza do odmowy udzielenia świadczeń zdrowotnych i jego granice*, „Prawo i Medycyna” 2003, nr 5, s. 18.

<sup>20</sup> Ibidem, s. 19.

<sup>21</sup> Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, t.j. Dz. U. 2017, poz. 125 z późn. zm., dalej: u.z.l.

pośrednio w artykule 15 ustawy o działalności leczniczej<sup>22</sup>, jako ogólny obowiązek niesienia pomocy w art. 160 i 162 Kodeksu karnego<sup>23</sup> oraz w art. 69 Kodeksu etyki lekarskiej<sup>24</sup>. Wzajemny stosunek powyższych, przede wszystkim z uwagi na to, iż konstytuują odmienne przesłanki aktualizacji omawianego obowiązku, stanowi przedmiot dyskusji w doktrynie prawa<sup>25</sup>. Kluczowe znaczenie należy przypisać art. 30 u.z.l. jako odnoszącemu się bezpośrednio do osoby wykonującej zawód lekarza. Należy w tym miejscu przypomnieć, iż zgodnie z art. 30 u.z.l. lekarz zobowiązany jest do udzielenia 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<sup>26</sup>.

Powyższy obowiązek jest uważany przez doktrynę i orzecznictwo za bezwzględny<sup>27</sup>, a więc niedoznający ograniczeń. Czy należy mu jednak czynić zadość, jeżeli osoba znajdująca się w sytuacji niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego rozstroju zdrowia itd. zachowuje się w stosunku do lekarza agresywnie? W większości przypadków tak, należy jednak zgodzić się z L. Kubickim, który stwierdza, że obowiązek z art. 30 u.z.l. doznaje ograniczenia w razie wystąpienia ryzyka sytuacyjnego<sup>28</sup>. Ma ono miejsce, gdy niebezpieczeństwo utraty życia lub uszczerbku na zdrowiu jest konsekwencją otoczenia i okoliczności, w jakich znajduje się osoba potrzebująca pomocy. Podkreślić należy, że zdaniem Kubickiego, powyższe wyłączenie obowiązku, jest niezależne od źródła ryzyka, które może tkwić również w samym potrzebującym<sup>29</sup>. A zatem, jeżeli pilnie potrzebująca pomocy osoba jest zarazem agresywna i to w takim stopniu, który stawia lekarza w sytuacji ryzyka, należy stwierdzić, że ten ostatni nie ma obowiązku udzielić pomocy. Dla uzasadnienia powyższych warto odwołać się do przykładu. Łatwo wyobrazić sobie sytuację, w której lekarz jest świadkiem bójki. Jej uczestnik mimo, iż jest poważnie ranny w głowę, z uwagi na szok w jakim się znajduje, nie od-

<sup>22</sup> Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, t.j. Dz. U. 2016, poz. 1638 z późn. zm., dalej: u.dz.l.

<sup>23</sup> Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, t.j. Dz. U. 2017, poz. 2204 z późn. zm., dalej: k.k.

<sup>24</sup> Kodeks etyki lekarskiej przyjęty uchwałą Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 1991 r. w sprawie Kodeksu etyki lekarskiej, zmieniony uchwałą nr 5 Nadzwyczajnego VII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 20 września 2003 r., [http://www.nil.org.pl/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/4764/Kodeks-Etyki-Lekarskiej.pdf](http://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0003/4764/Kodeks-Etyki-Lekarskiej.pdf), 10 listopada 2017 r.

<sup>25</sup> Przede wszystkim wątpliwości budzi wzajemna relacja art. 30 u.z.l. oraz art. 160 i 162 k.k. Por. m.in. L. Kubicki, *Obowiązek udzielenia pomocy lekarskiej*, „Prawo i Medycyna” 2003, nr 5, s. 4; E. Zielińska, *Komentarz do art. 30, w: Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, Lex; M. Filar, *Lekarskie prawo karne*, Kraków 2000, s. 57; V. Konarska-Wrzošek, *Komentarz do art. 162, w: Kodeks karny. Komentarz*, red. R. A. Stefański, Lex.

<sup>26</sup> O obowiązku udzielenia pomocy szerzej m.in.: L. Kubicki, *Obowiązek udzielenia pomocy lekarskiej*, „Prawo i Medycyna” 2003, nr 5; E. Zielińska, *Komentarz do art. 30, w: Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, Lex; M. Filar, *Lekarskie prawo karne*, Kraków 2000.

<sup>27</sup> Por. m.in. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 28 lipca 2016 r. V ACa 3/16; Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 marca 2009 r. V CSK 272/08; E. Zielińska, *Komentarz do art. 30, w: Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, Lex; A. Zoll, *Prawo lekarza do...*, op. cit.

<sup>28</sup> L. Kubicki, *Obowiązek...*, op. cit., s. 9, podobnie na ten temat A. Zoll, *Prawo do odmowy...*, op. cit., s. 22.

<sup>29</sup> Ibidem, s. 9

czuwa bólu. Obecność przypadkowego świadka zdarzenia jest dla niego sytuacją niepożądaną, dlatego przy użyciu siły fizycznej zmierza do jego unieszkodliwienia. W takiej sytuacji lekarz powinien w pierwszej kolejności zadbać o własne bezpieczeństwo. Jeżeli udzielenie pomocy, przez wzgląd na grożące jemu samemu niebezpieczeństwo utraty życia lub zdrowia, nie jest możliwe, należy uznać, że obowiązek z art. 30 u.z.l. zostaje wyłączony.

## Prawo do odmowy podjęcia leczenia lub jego kontynuacji

W pierwszej kolejności należy zauważyć, że lekarzowi przysługują uprawnienia dwójakiego rodzaju, pierwszym są prawa, które można określić mianem powszechnych. Przysługują one lekarzowi jak każdemu innemu podmiotowi prawa. Drugim rodzajem są prawa ściśle związane ze specyfiką i istotą wykonywanego zawodu i to właśnie one zostaną poddane analizie<sup>30</sup>.

Prawo do odmowy podjęcia leczenia lub jego kontynuacji zostało uregulowane w art. 38 u.z.l. oraz w art. 7 k.e.l.<sup>31</sup> Uprawnienia powyższe stanowią konsekwencję zasady wolności wykonywania zawodu, zawód lekarza jest bowiem praktycznie bezspornie zaliczany do kategorii wolnych zawodów. Choć to ostatnie pojęcie budzi wiele kontrowersji, należy zauważyć, że większość zaproponowanych definicji akcentuje samodzielność w świadczeniu usług przez osoby wykonujące taki zawód oraz niezależność w podejmowaniu decyzji<sup>32</sup>. Swoboda w wykonywanych czynnościach zawodowych nie ma jednak charakteru absolutnego, ze względu na to, że zawód lekarza należy do kwalifikowanej grupy wolnych zawodów określanej jako zawody zaufania publicznego<sup>33</sup>. Nie można przy tym zgodzić się z S. Poździochem i M. Gibińskim jakoby omawiane uprawnienie pozostawało w sprzeczności z samą istotą zawodu lekarza<sup>34</sup>. Należy w pełni podzielić zdanie R. Krajewskiego, zgodnie z którym to prawo do odmowy leczenia wynika z istoty zawodu. Podstawą relacji pacjent–lekarz winno być bowiem wzajemne zaufanie, a jego brak po którejkolwiek ze stron jest przesłanką do rezygnacji z dalszego świadczenia usług<sup>35</sup>.

Art. 38 u.z.l. wprowadzający omawiane uprawnienia konstytuuje odmienne przesłanki skutecznej rezygnacji z podejmowania czynności wobec pacjenta, w zależności od etapu, na którym znajduje się leczenie. Wyróżnione zostały dwa przypadki, pierwszy, gdy nie podjęto jeszcze czynności leczniczych oraz drugi, gdy odstąpienie

<sup>30</sup> S. Poździoch, M. Gibiński, *Prawa lekarza. Zarys problematyki*, Warszawa 2012, s. 25.

<sup>31</sup> Szerzej na temat prawa do odmowy podjęcia leczenia lub jego kontynuacji por. m.in. A. Zoll, *Prawo lekarza do odmowy udzielenia świadczeń zdrowotnych i jego granice*, „Prawo i Medycyna” 2003, nr 5; A. Fiutak, *Prawo w medycynie*, Warszawa 2010, s. 59–61; R. Krajewski, *Odmowa leczenia – prawa i obowiązki lekarza*, „Prawo i Medycyna” 1999, nr 1; E. Zielińska, *Komentarz do art. 38, w: Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz, Lex*; R. Kubiak, *Prawo medyczne*, Warszawa 2014.

<sup>32</sup> E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej*, Warszawa 2001, s. 27.

<sup>33</sup> M. Michalik, *Spoleczne przesłanki, swoistość i funkcje etyki zawodowej*, w: *Etyka zawodowa*, red. A. Sarapata, Warszawa 2000, s. 11.

<sup>34</sup> S. Poździoch, M. Gibiński, *Prawa lekarza...*, op. cit., s. 137.

<sup>35</sup> R. Krajewski, *Odmowa leczenia*, op. cit. s. 15.

następuje już w trakcie postępowania leczniczego. W zależności od tego na jakim etapie lekarz rezygnuje z podjęcia dalszych czynności odmienne będą jego obowiązki<sup>36</sup>. W przypadku odstąpienia od leczenia, lekarz ma obowiązek dostatecznie wcześniej 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, jak również uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej. Wszystkie powyższe przesłanki powinny być spełnione łącznie, by móc mówić o prawidłowym odstąpieniu od leczenia. Za dostatecznie wczesne uprzedzenie należy uznać takie, które daje pacjentowi możliwość kontynuacji leczenia u innego lekarza bez negatywnych następstw dla jego stanu zdrowia. Dodatkowo, jeżeli lekarz wykonuje swój zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby, może odstąpić od leczenia, jeżeli istnieją poważne ku temu powody, po uzyskaniu zgody swojego przełożonego. Powyższe wymagania nie znajdują zastosowania w przypadku odmowy podjęcia leczenia. Aktualizuje się wówczas wyłącznie konieczność uzyskania akceptacji przełożonego oraz przesłanka poważnych powodów. Z uprawnienia zawartego w art. 38 u.z.l. lekarz nie może skorzystać w przypadku gdy zwłoka udzieleniu pomocy mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki. Z kolei art. 7 k.e.l. stanowi, że w szczególnie uzasadnionych wypadkach lekarz może nie podjąć się lub odstąpić od leczenia chorego, z wyjątkiem przypadków niecierpiących zwłoki. Nie podejmując albo odstępując od leczenia lekarz winien wskazać choremu inną możliwość uzyskania pomocy lekarskiej. Zgodzić należy się z E. Zielińską, która uznaje, że przepis ustawy należy interpretować przez pryzmat art. 7 k.e.l.<sup>37</sup> Przede wszystkim za powyższym stwierdzeniem przemawiają aspekty pragmatyczne. Jeżeli nie zostanie spełniona przesłanka „szczególnie uzasadnionego wypadku” lekarz, który skorzysta z szerszego zakresu uprawnienia ustawowego będzie narażony na poniesienie odpowiedzialności zawodowej. Jako iż zwroty „szczególnie uzasadniony wypadek” oraz „poważne powody” mają podobne pole semantyczne, należy odnieść się do nich łącznie. Zaistnienie okoliczności „szczególnie uzasadnionego wypadku” czy „poważnych powodów” może być skutkiem działań pacjenta, lekarza, bądź być z nimi zupełnie niezwiązane<sup>38</sup>. Ponadto może być wynikiem zachowania obu tych podmiotów. Ustalenie czy w danym stanie faktycznym zaktualizowała się przesłanka szczególnie uzasadnionego wypadku powinno mieć charakter obiektywny, a więc umożliwiający stwierdzenie, że w tych okolicznościach lekarz postępujący zgodnie z zasadami należytej staranności mógł skorzystać z uprawnienia z art. 38 u.z.l. i 7 k.e.l.<sup>39</sup> Do typowych sytuacji uzasadniających odmowę leczenia można zaliczyć: niezgodność oczekiwań pacjenta z prawem lub zasadami wykonywania praktyki lekarskiej, niezgodność żądania pacjenta z aktualną wiedzą medyczną czy niezgodność żądania pacjenta z przekonaniem lekarza<sup>40</sup>.

<sup>36</sup> E. Zielińska, *Komentarz do art. 38...*, op. cit.

<sup>37</sup> E. Zielińska, *Komentarz do art. 38...*, op. cit. i przywołana tam argumentacja.

<sup>38</sup> Ł. Caban, *Komentarz do art. 38*, w: *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, Legalis, s. 699; S. Poździejch, M. Gibiński, *Prawa lekarza...*, op. cit., s. 138.

<sup>39</sup> Ł. Caban, *Komentarz do art. 38...*, op. cit. s. 699.

<sup>40</sup> R. Krajewski, *Odmowa leczenia*, op. cit. s. 15.



## Odstąpienie od leczenia pacjenta agresywnego

Przedstawiony wyżej zarys regulacji prawnej legalnego odstąpienia od leczenia lub niepodjęcia leczenia budzi wiele wątpliwości w odniesieniu do postępowania z pacjentem agresywnym. Nasuwają się przede wszystkim dwa pytania – czy sam fakt agresywnego zachowania pacjenta może zostać uznany za wystarczający do skorzystania z uprawnienia przewidzianego w art. 38 u.z.l. oraz czy w warunkach szpitalnego oddziału ratunkowego, gdzie odnotowuje się najwięcej przypadków agresji zawsze znajdzie zastosowanie przesłanka negatywna w postaci przypadku niecierpiącego zwłoki?

Jak wskazano powyżej, odstąpienie bądź niepodjęcie leczenia powinno mieć charakter uzasadniony. Należy przede wszystkim podkreślić, że agresywne zachowanie pacjenta może stanowić wyłącznie objaw jego choroby, ewentualnie przyczynę do jej rozwinięcia. W praktyce rozróżnienie agresji bezpodstawnej od tej stanowiącej jeden z symptomów choroby jest bardzo trudne. Głównym zadaniem lekarza jest niesienie pomocy pacjentom, z czym wiązać powinna się również wyrozumiałość dla niektórych zachowań chorego, które wywołane są złym stanem zdrowia lub stresem związanym z pobytem w podmiocie świadczącym usługi medyczne<sup>41</sup>. Niemniej w pierwszej kolejności lekarz powinien zważać na własne bezpieczeństwo i zdrowie. Nie ulega wątpliwości, że w przypadku agresji fizycznej przeciwko lekarzowi ma on prawo, a nawet powinność odstąpić od leczenia lub odmówić jego podjęcia. Wydaje się, że również agresja słowna, przejawiająca się w szczególności użyciem wulgaryzmów, znieważeniem lekarza będzie wystarczającą przyczyną do zaniechania dalszych czynności leczniczych.

Odnosząc się do drugiego pytania należy odpowiedzieć na nie przecząco. Nie wszystkich pacjentów przyjętych na SOR można uznać za znajdujących się w bezpośrednim niebezpieczeństwie utraty życia lub zdrowia. Dla wypracowania reguł postępowania o bardziej ogólnym charakterze pomocna wydaje się być stosowana w medycynie ratunkowej procedura TRIAGE. Zgodnie z nią pacjentów dzieli się na 3 grupy w zależności od stanu zdrowia lub poniesionych obrażeń. Chorzy zaliczani do grupy czerwonej znajdują się w bezpośrednim zagrożeniu życia i wymagają natychmiastowej pomocy. Pacjenci w kategorii żółtej również wymagają pilnego udzielenia pomocy, ale warunkowe oczekiwanie na jej udzielenie w obszarze konsultacyjnym jest dopuszczalne. Ostatnią „zieloną” grupę stanowią pacjenci, których życiu i zdrowiu nie zagraża niebezpieczeństwo i w związku z tym mogą oczekiwać na pomoc przez dłuższy czas<sup>42</sup>. Mając na uwadze powyższe należy stwierdzić, że przesłanka negatywna uprawnienia z art. 38 u.z.l. znajduje zastosowanie w przypadku pacjentów zakwalifikowanych do kategorii czerwonej i żółtej. Doświadczenie życiowe uczy, że chorzy przypisani do tych grup znajdują się zazwyczaj w ciężkim stanie bądź są nieprzytomni, dlatego trudno mówić o zachowaniu agresywnym z ich strony. Zupełnie odwrotnie rzecz ma się z pacjentami grupy „zielonej”. Konieczność oczekiwania przez wiele godzin na udzielenie pomocy i wady szeroko pojętego systemu opieki zdrowotnej nierzadko stają się przyczyną frustracji, a dalej agresji ze strony chorego. W przypadku

<sup>41</sup> R. Krajewski, *Odmowa leczenia*, op. cit., s. 16–17.

<sup>42</sup> <http://www.centrumtriage.pl/system-triage.html>, 10 listopada 2017.

pacjentów tej kategorii, po spełnieniu wszelkich przesłanek pozytywnych lekarz może odmówić dalszego leczenia.

### **Prawa lekarza w postępowaniu z pacjentem agresywnym na tle sporu między RPP a NRL**

Między Rzecznikiem Praw Pacjenta a Naczelną Radą Lekarską wywiązał się spór na tle następującego stanu faktycznego. Do lekarza pewnej placówki zgłosił się kilkakrotnie pacjent, który zachowywał się agresywnie wobec personelu. Jego postępowanie rodziło wnioski, że zagrożenie z jego strony jest realne. W związku z powyższym, jeden z lekarzy, przyjmujących pacjenta, odnotował jego zachowanie w dokumentacji medycznej jako agresywne i zgłosił właścicielowi przychodni ten przypadek, ostrzegając także innych pracowników. Następnie, w uzgodnieniu z nim, wszyscy medycy złożyli pacjentowi pisemne oświadczenie o odstąpieniu od leczenia. Przesłano pacjentowi także wykaz przychodni na terenie województwa, udzielających świadczeń w danym zakresie, dokończono też rozpoczęty proces diagnostyczny. W związku z powyższym, pacjent złożył skargę do Rzecznika Praw Pacjenta, ten zaś uznał, że przychodnia postąpiła niewłaściwie.

Rzecznik Praw Pacjenta, zajmując stanowisko w przedmiotowej sprawie, uznał za nieprawidłowe postępowanie lekarza, który zgłosił przełożonemu akt agresji ze strony pacjenta wraz z prośbą o wyrażenia zgody na odstąpienie od jego leczenia. Podjął on powyższą decyzję, z uwagi na kwestie bezpieczeństwa osobistego. Rzecznik zakwestionował również odnotowanie w dokumentacji tego zdarzenia. Spotkało się to z niezrozumieniem części środowiska lekarskiego, reprezentowanego m.in. przez Okręgową Izbę Lekarską w Gdańsku, która zwróciła się do Ministra Zdrowia i Naczelnej Rady Lekarskiej o podjęcie działań zmierzających do zagwarantowania kontroli merytorycznej zaleceń formułowanych przez Rzecznika Praw Pacjenta<sup>43</sup>.

Odnosząc się do powyższego pisma, Rzecznik wskazał, na czym opierały się jego zarzuty odnośnie postępowania lekarzy odstupających od leczenia pacjenta. Przede wszystkim wątpliwości budził fakt zbiorowego odstąpienia od leczenia, zdaniem Rzecznika decyzja taka powinna mieć charakter indywidualny. Co więcej wszyscy lekarze z placówki podjęli decyzję *a priori*, bez uprzedniego kontaktu z pacjentem. Kolejną kwestią był fakt, iż przekazanie innym pracownikom tej placówki informacji o agresji ze strony pacjenta mogło stanowić naruszenie tajemnicy lekarskiej. Ponadto, wpisy zawarte w dokumentacji, niemające bezpośredniego związku z procesem leczenia, nie są przewidziane przez ustawę z dnia 6 listopada 2008 r. o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, a także rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w *sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*<sup>44</sup>.

<sup>43</sup> Stanowisko OIL Gdańsk dostępne pod adresem: [http://oilgdansk.pl/wp-content/uploads/2016/01/apel\\_mz\\_rpp2.pdf](http://oilgdansk.pl/wp-content/uploads/2016/01/apel_mz_rpp2.pdf), 5 grudnia 2017. Opinia biura prawnego OIL Gdańsk: [http://oilgdansk.pl/wp-content/uploads/2016/01/biuro%20prawne%20okrgowej%20izby%20lekarskiej%20w%20gdasku\\_opinia%20corgyn2.pdf](http://oilgdansk.pl/wp-content/uploads/2016/01/biuro%20prawne%20okrgowej%20izby%20lekarskiej%20w%20gdasku_opinia%20corgyn2.pdf), 5 grudnia 2017.

<sup>44</sup> Stanowisko Rzecznika Praw Pacjenta dostępne pod adresem: [http://www.rpp.gov.pl/gfx/bpp/userfiles/\\_public/bip/wystapienia\\_rzecznika/amal-422\\_1\\_2016\\_mz.pdf](http://www.rpp.gov.pl/gfx/bpp/userfiles/_public/bip/wystapienia_rzecznika/amal-422_1_2016_mz.pdf), 10 grudnia 2017.



W nawiązaniu do powyższego Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej, p. Maciej Hamankiewicz wystosował pismo do Rzecznika Praw Pacjenta<sup>45</sup>. Podniósł w nim m.in., że przepisy nie regulują spraw związanych z odstępniem od leczenia przez większą grupę lekarzy. Wskazał ponadto, że informacja o agresywnym zachowaniu, zawarta w dokumentacji stanowi podstawę do wykazania zasadności odstąpienia od leczenia, a podstawą do wpisania jej może być § 10 ust. 1 pkt 5 i § 41 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 9 lipca 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania<sup>46</sup>. W odniesieniu do złamania tajemnicy lekarskiej podkreślono, iż nie jest możliwym formułowanie takiego wniosku w oderwaniu od konkretnego stanu faktycznego, a informacja o agresywnym pacjencie może znaleźć oparcie w art. 40 ust. 2 pkt 3 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, zgodnie z którym lekarz nie ma obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej, jeżeli jej zachowanie może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób.

### **Prawo do wpisu informacji o agresywnym zachowaniu pacjenta w dokumentacji medycznej**

Rozważając kwestię możliwości umieszczenia w dokumentacji medycznej informacji o agresywnym zachowaniu pacjenta, należy odnieść się do przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r. oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania z dnia 9 listopada 2015 r.<sup>47</sup> Zakres informacji gromadzonych w dokumentacji jest określony w sposób wyczerpujący i zamknięty, określony w ww. rozporządzeniu. Niedopuszczalnym jest zatem gromadzenie innych informacji, jeżeli obejmowałyby one dane sensytywne np. o poglądach politycznych, życiu seksualnym czy orientacji seksualnej. Przetwarzanie takich danych mogłoby pozostawać w sprzeczności z zakazem wynikających z art. 27 ustawy o ochronie danych osobowych<sup>48</sup>.

Kwestię zakresu informacji, jakie powinny znaleźć odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej porusza także art. 28 KEL, który ogranicza się jednak do lakonicznego sformułowania – „wyłącznie informacje potrzebne dla postępowania lekarskiego”. Można zatem stwierdzić, iż również KEL zawiera zakaz zamieszczania informacji niemających znaczenia dla udzielanych świadczeń zdrowotnych.

Należy jednak zgodzić się ze stanowiskiem prezesa NRL, iż podstawę dla zawarcia w dokumentacji informacji o agresywnym zachowaniu pacjenta może stanowić § 10 ust. 1 pkt 5 i § 41 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 9 lipca 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Przepis § 10 ust. 1 pkt 5 stanowi, że dokumentacja indywidualna, jeżeli przepisy rozporządzenia nie stanowią inaczej, zawiera informacje dotyczące stanu zdrowia i cho-

<sup>45</sup> Odpowiedź Prezesa NRL: [http://www.nil.org.pl/\\_data/assets/pdf\\_file/0018/106218/Pismo-Prezesa-NRL-z-31.03.2016-r.pdf](http://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0018/106218/Pismo-Prezesa-NRL-z-31.03.2016-r.pdf), 10 grudnia 2017.

<sup>46</sup> Ibidem.

<sup>47</sup> Dz. U. 2015, poz. 2069.

<sup>48</sup> Tak m.in. R. Kubiak, *Prawo Medyczne*, op. cit.

roby oraz procesu diagnostycznego, leczniczego, pielęgnacyjnego lub rehabilitacji, w szczególności: opis udzielonych świadczeń zdrowotnych; rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego, urazu lub rozpoznanie ciąży; zalecenia; informacje o wydanych orzeczeniach, opiniach lekarskich lub zaświadczeniach; informacje o lekach, wraz z dawkowaniem, lub wyrobach medycznych przepisanych pacjentowi na receptach lub zleceniach na zaopatrzenie w wyroby medyczne.

Zawarte w powyższym przepisie sformułowanie „w szczególności” przesądza o otwartym charakterze katalogu informacji dotyczących stanu zdrowia i choroby oraz procesu diagnostycznego, leczniczego, pielęgnacyjnego lub rehabilitacji. Należy zwrócić uwagę na dwa aspekty – czy agresywne zachowanie stanowi objaw choroby oraz czy może być zakwalifikowane jako mające związek z przebiegiem procesu leczniczego. W pierwszym przypadku uprawnienie lekarza do umieszczenia informacji na temat agresywnego zachowania nie budzi wątpliwości. W odniesieniu do drugiej kwestii, pojawiają się one, czego przykładem jest chociażby stanowisko Rzecznika Praw Pacjenta.

Ustosunkowując się do powyższego, należy zauważyć, że w § 42 ust. 4 rozporządzenie Ministra Zdrowia stanowi także, iż historia zdrowia i choroby, w części dotyczącej porad ambulatoryjnych zawiera m.in. dane z wywiadu lekarskiego, przy czym nie zostało doprecyzowane o jakie dokładnie informacje chodzi. W związku z powyższym należy uznać, iż to lekarz decyduje o zakresie informacji, które mają znaleźć w niej odzwierciedlenie, wyłączając oczywiście informacje nieprawdziwe.

Kolejną kwestią, jest odnotowanie faktu agresywnego zachowania pacjenta jako uzasadnienie odstąpienia od leczenia. Wymóg odnotowania w dokumentacji medycznej faktu odstąpienia od leczenia wraz z uzasadnieniem stanowi niezbędną przesłankę pozytywną, aby tego dokonać, co wynika z art. 38 ust. 4 u.z.l.<sup>49</sup> Należy w tym miejscu rozróżnić sytuację prawną odmawiającego podjęcia się i odstępującego od leczenia. O ile w pierwszym przypadku poczynienie adnotacji wraz z uzasadnieniem jawi się jako obligatoryjne, to w przypadku lekarza niepodejmującego się leczenia, nałożenie takiego obowiązku nastroczałoby trudności praktycznych, m.in. w postaci braku stosownej dokumentacji, w której fakt odstąpienia miał być odnotowany. Należy zatem przyjąć, że w sytuacji, w której lekarz odmawia udzielenia świadczeń, powyższy wymóg go nie obowiązuje<sup>50</sup>.

Zawarcie informacji o agresji może stanowić także jeden z elementów uzasadnienia decyzji lekarza o braku kontynuacji leczenia. Z punktu widzenia lekarza odmawiającego zawarcie w dokumentacji wzmianki o zachowaniu pacjenta ma jeszcze jeden istotny walor. Nie ulega wątpliwości, że powody odmowy leczenia mogą podlegać kontroli w celu stwierdzenia, czy spełniają kryterium szczególnie uzasadnionego wypadku. Kontrola może być zrealizowana m.in. przez OROZ, a także w sądach powszechnych. Jako że bląhy powód odstąpienia od leczenia może stanowić dla pacjenta podstawę do pociągnięcia lekarza do odpowiedzialności odszkodowawczej<sup>51</sup>, należy stanąć na stanowisku, iż zawarcie takiej informacji w dokumentacji może stanowić jeden ze sposobów zabezpieczenia interesu prawnego lekarza.

<sup>49</sup> E. Zielińska, *Komentarz do art. 38...*, op. cit., s. 678.

<sup>50</sup> Ibidem.

<sup>51</sup> S. Poździejch, M. Gibiński, *Prawa lekarza...*, op. cit., s. 139.

## Wnioski

Przechodząc do wniosków końcowych, należy zauważyć, że wobec wysokiego standardu ochrony praw pacjenta w polskim systemie prawnym, koniecznym jest ustalenie precyzyjnych reguł postępowania, którymi mogliby kierować się pracownicy ochrony zdrowia w konfrontacji ze zjawiskiem agresji. Mimo iż obowiązek niesienia pomocy jest uważany przez doktrynę i orzecznictwo za bezwzględny, należy przyjąć, że w pewnych sytuacjach doznaje on ograniczenia, m.in. poprzez uprawnienie lekarza do odstąpienia od leczenia. Komentatorzy odnoszący się do powyższego, podkreślają wyjątkowość takiego rozwiązania i konieczność spełnienia szeregu przesłanek, aby uznać je za uprawnione w danym stanie faktycznym<sup>52</sup>. Rosnąca skala zjawiska agresji w służbie zdrowia, nie tylko w Polsce, ale także w skali globalnej wymusza wypracowanie praktycznych rozwiązań, jak chociażby proponowane przez autorki wdrożenie procedury TRIAGE w celu oceny, czy koniecznym jest niezwłoczne udzielenie pomocy pacjentowi. Niezbędnym jest bowiem rozstrzygnięcie kwestii wątpliwych, budzących kontrowersje nawet wśród przedstawicieli korporacji lekarskiej, jak m.in. możliwość wpisania informacji o agresywnym zachowaniu pacjenta do dokumentacji medycznej. Należy podkreślić, iż ochrona praw pacjenta nie sięga zakresem do sytuacji, w których prawa lekarza, jako człowieka mogłyby doznać ograniczeń, np. w przypadku zagrożenia jego życia bądź zdrowia, a skuteczność rozwiązań może być zagwarantowana jedynie, kiedy będą dostosowane do potrzeb praktyki.

## Bibliografia

### Akty prawne:

- Kodeks etyki lekarskiej przyjęty uchwałą Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 1991 r. w sprawie Kodeksu etyki lekarskiej, zmieniony uchwałą nr 5 Nadzwyczajnego VII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 20 września 2003 r.
- Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 9 lipca 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, t.j. Dz. U. 2015, poz. 2069.
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, t.j. Dz. U. 2016, poz. 1638 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, t.j. Dz. U. 2017, poz. 882 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, t.j. Dz. U. 2016, poz. 922 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, t.j. Dz. U. 2017, poz. 125 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, t.j. Dz. U. 2017, poz. 2204 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, t.j. Dz. U. 2017, poz. 1318 z późn. zm.

<sup>52</sup> M.in. E. Zielińska, *Komentarz do art. 38...*, op. cit.; L. Caban, *Komentarz do art. 38...*, op. cit., s. 699; S. Pożdżioch, M. Gibiński, *Prawa lekarza...*, op. cit., s. 138.

**Monografie i artykuły:**

- Augustynowicz A., *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – próba oceny*, „Prawo i Medycyna” 2009, nr 4.
- Caban Ł., *Komentarz do art. 38*, w: *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, red. M. Kopeć, Warszawa 2016.
- Dyszlewska-Tarnawska A., *Komentarz do art. 38*, w: *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, red. L. Ogiegło, Warszawa 2015.
- Filar M., *Lekarskie prawo karne*, Kraków 2000.
- Filar M., *Odpowiedzialność karna lekarza za zaniechanie udzielenia świadczenia zdrowotnego (nieudzielenie pomocy)*, „Prawo i Medycyna” 1999, nr 3.
- Fiutak A., *Prawo w medycynie*, Warszawa 2016.
- Haberko J., *Zasady postępowania lekarza w stosunku do pacjenta. Uwagi de lege lata i de lege ferenda na tle przepisów Kodeksu etyki lekarskiej*, „Medyczna Wokanda” 2016, nr 8.
- Karkowska D., *Komentarz do art. 3 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, w: *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, system informacji prawnej LEX.
- Konarska-Wrzosek V., *Komentarz do art. 162*, w: *Kodeks karny. Komentarz*, red. R. A. Stefański, system informacji prawnej LEX.
- Krajewski R., *Odmowa leczenia – prawa i obowiązki lekarza*, „Prawo i Medycyna” 1999, nr 1.
- Kubiak R., *Prawo medyczne*, Warszawa 2014.
- Kubicki L., *Obowiązek udzielenia pomocy lekarskiej*, „Prawo i Medycyna” 2003, nr 1.
- Kubicki L., *Sumienie lekarza jako kategoria prawna*, „Prawo i Medycyna” 1999, nr 1.
- Michalik M., *Spoleczne przesłanki, swoistość i funkcje etyki zawodowej*, w: *Etyka zawodowa*, red. A. Sarapata, Warszawa 2000.
- Nesterowicz M., *Prawo medyczne*, Toruń 2016.
- Nesterowicz M., *Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych*, Warszawa 2017.
- Podlasińska R., *Próba zdefiniowania zjawiska agresji*, „Lider” 2001, nr 2.
- Póździej S., Gibiński M., *Prawa lekarza. Zarys problematyki*, Warszawa 2012.
- Rusinek M., *Tajemnica zawodowa i jej ochrona w polskim procesie karnym*, Wolters Kluwer Polska SA 2007.
- Rymaszewska J., *Postępowanie z pacjentem agresywnym i pobudzonym*, „Psychiatria w Praktyce Klinicznej” 2008, nr 2.
- Rymaszewska J., *Zagadnienia i ogólne zasady w psychiatrii konsultacyjnej*, „Psychiatr. Prakt. Ogólnolek.” 2007, nr 1.
- Sařjan M., *Problemy prawne tajemnicy lekarskiej*, „Kwartalnik Prawa Prywatnego” 1995.
- Sobczak J., *W kwestii ochrony praw lekarza*, „Medyczna Wokanda”, 2010.
- Zielińska E., *Komentarz do art. 38*, w: *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, red. E. Zielińska, Warszawa 2014.
- Zielińska E., *Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej*, Warszawa 2001.
- Zoll A., *Prawo lekarza do odmowy udzielenia świadczeń zdrowotnych i jego granice*, „Prawo i Medycyna” 2003, nr 1.
- Zoll A., *Zaniechanie leczenia – aspekty prawne*, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 2.

**Orzecznictwo:**

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 28 lipca 2016 r. V ACa 3/16.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 marca 2009 r. V CSK 272/08.

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 13 stycznia 2016 r. I ACa 967/15.

Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gdańsku z dnia 9 marca 2016 r. II SAB/Gd 186/15.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 grudnia 2002 r. I CKN 1386/00.

**Wydawnictwa elektroniczne**

Stanowisko WMA w języku angielskim, <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-violence-in-the-health-sector-by-patients-and-those-close-to-them/>, 10 grudnia 2017.

Internetowy formularz zgłaszania naruszeń przez system MAWOZ, <http://www.agresja.hipokrates.org/>, 10 grudnia 2017.

<http://www.centrumtriage.pl/system-triage.html>, 10 listopada 2017.

Stanowisko prezesa NRL, [http://www.nil.org.pl/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0018/106218/Pismo-Prezesa-NRL-z-31.03.2016-r.pdf](http://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0018/106218/Pismo-Prezesa-NRL-z-31.03.2016-r.pdf), 10 grudnia 2017.

Stanowisko OIL Gdańsk, [http://oilgdansk.pl/wpcontent/uploads/2016/01/biuro%20prawne%20okr-gowej%20izby%20lekarskiej%20w%20gdasku\\_opinia%20corgyn2.pdf](http://oilgdansk.pl/wpcontent/uploads/2016/01/biuro%20prawne%20okr-gowej%20izby%20lekarskiej%20w%20gdasku_opinia%20corgyn2.pdf), 5 grudnia 2017.

Opinia biura prawnego OIL Gdańsk, [http://oilgdansk.pl/wp-content/uploads/2016/01/apel\\_mz\\_rpp2.pdf](http://oilgdansk.pl/wp-content/uploads/2016/01/apel_mz_rpp2.pdf), 5 grudnia 2017.

Stanowisko Rzecznika Praw Pacjenta, [http://www.rpp.gov.pl/gfx/bpp/userfiles/\\_public/bip/wystapienia\\_rzecznika/amal-422\\_1\\_2016\\_mz.pdf](http://www.rpp.gov.pl/gfx/bpp/userfiles/_public/bip/wystapienia_rzecznika/amal-422_1_2016_mz.pdf), 10 grudnia 2017.

**Streszczenie**

Artykuł omawia zasady postępowania lekarza i jego prawa w stosunku do pacjenta agresywnego. Wśród praw na pierwszy plan wysuwa się prawo do odstąpienia od leczenia w szczególnie uzasadnionych wypadkach, będące konsekwencją kwalifikacji zawodu lekarza do kategorii wolnych zawodów. Autorki dokonują analizy regulacji art. 38 ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentystry* oraz art. 7 KEL w kontekście możliwości zastosowania przewidzianego w nich uprawnienia do postępowania z pacjentem agresywnym, wyłączając z zakresu rozważań zachowania o podłożu zaburzeń psychicznych. Agresja ze strony pacjentów stanowi problem globalny, o czym świadczy zainteresowanie nim ze strony WMA, a także wdrożenie sytemu „Monitorowania agresji w ochronie zdrowia” w Polsce. Zdaje się, że kwestią elementarną jest prawo lekarza do bezpieczeństwa w trakcie udzielania świadczeń medycznych. Wobec powyższego pojawia się jednak wątpliwość jakie mechanizmy zastosować, aby nie zostało naruszone prawo pacjenta do ochrony zdrowia, a lekarz nie zyskał w relacji z nim pozycji monopolisty.

**Słowa kluczowe:** prawa lekarza, pacjent agresywny

**Principles of physician's conduct and his rights towards aggressive patient****Summary**

The article discusses principles of physician's conduct and his rights towards aggressive patient. Among the rights, the right of withdrawal from treatment dominates therein. The authors ana-

lyze article 38 of the Law on profession of a doctor and a dentist and 7 Code of Medical Ethics in context of possibility of using competences therein expressed to aggressive patient, excluding the issue of mental disorder. The aggression in healthcare is indisputably a global issue, what is proved by the WMA's concern on this subject and implementation of the MAWOZ system in Poland. Indubitably, all physicians have the right to work in a safe environment without the threat of violence. Violence against health workers, including physicians, not only affects the individuals directly involved, but also impacts on the entire healthcare system and its delivery. Thereon, the great issue is to maintain a balance between patients' and physicians' rights.

**Key words:** principles of physician's, aggressive patient