

*Kinga Bączyk-Rozwadowska*

Uniwersytet Mikołaja Kopernika, Toruń

kingakarolina@poczta.onet.pl; ORCID: 0000-0001-6545-2671

## Samodzielność zawodowa pielęgniarki, położnej i ratownika medycznego

<http://dx.doi.org/10.12775/SIT.2018.002>

### 1. Uwagi wprowadzające

Dawne akty prawne – Ustawa z dnia 21 lutego 1935 r. o pielęgniarstwie<sup>1</sup> oraz Rozporządzenie Prezydenta RP z dnia 16 marca 1928 r. o położnych<sup>2</sup> – zaliczały pielęgniarkę i położną do pomocniczego personelu medycznego. Pielęgniarka nie mogła dokonywać żadnych czynności leczniczych bez zlecenia lekarskiego, a położna mogła robić to tylko w niewielkim zakresie. Wykonywanie zawodu sprowadzało się do podejmowania działań o charakterze pielęgnacyjno-opiekuńczym i instrumentalno-technicznym oraz do udzielania pomocy w przypadkach nagłych, do czasu przybycia lekarza<sup>3</sup>. Pogląd, iż pielęgniarki i położne mają status personelu pomocniczego, w pełni podporządkowanego kierownictwu szpitala zarówno pod względem organizacyjnym, jak i w zakresie czynności zawodu, podtrzymała judykatura Sądu Najwyższego w rozstrzyganych (od

---

<sup>1</sup> Dz.U. z 1935 r. Nr 27, poz. 199.

<sup>2</sup> Dz.U. z 1928 r. Nr 34, poz. 316.

<sup>3</sup> M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, Toruń 2016, s. 409. Według Instrukcji Ministra Zdrowia z 1958 r. podanie przez pielęgniarkę samodzielnie leku traktowane było jako przekroczenie kompetencji i nielegalne wykonywanie zawodu lekarza. Zob. B. Świątek, *Lekarz i pielęgniarka – ich wzajemne relacje w świetle obowiązujących przepisów*, „Przewodnik Lekarza” 2000, nr 5, s. 16–17.

lat 60. XX w.) sprawach dotyczących odpowiedzialności zakładu leczniczego za szkody wyrządzone pacjentom przez zatrudniony w nim personel medyczny<sup>4</sup>.

Daleko idące zmiany wprowadziła Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej<sup>5</sup>, uznana w doktrynie za pierwszy etap autonomizacji zawodów. W ustawie tej, pomimo daleko idącego sprzeciwu lekarzy i środowisk medycznych<sup>6</sup>, wyraźnie przesądzono o samodzielności obu zawodów, a pielęgniarki i położne potraktowano jako osoby współuczestniczące w procesie leczenia<sup>7</sup>. Regułę tę wyrażał *expressis verbis* art. 2 ustawy stanowiący, iż pielęgniarki i położne wykonują swój zawód samodzielnie. Na samodzielność zawodów wskazywały też dalsze przepisy umieszczone w omawianym akcie prawnym, zwłaszcza zaś wprowadzony przez legislatora podział na czynności wykonywane przez pielęgniarki i położne samodzielnie oraz na podstawie zlecenia lekarskiego. Szeroki, systematycznie rozbudowywany katalog czynności samodzielnych, obejmujących wszelkie sfery aktywności zawodowej, tj. czynności diagnozy, terapii, rehabilitacji i profilaktyki zdrowotnej, ujęto w Rozporządzeniu MZiOS z dnia 2 września 1997 r. w sprawie czynności, jakie pielęgniarki i położne mogły dokonywać samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego<sup>8</sup>.

---

<sup>4</sup> Zob. np. wyroki SN z dnia 28 kwietnia 1957 r., „Państwo i Prawo” 1959, nr 1, s. 181 i n. oraz z dnia 8 kwietnia 1959 r., III CR 762/58, „Państwo i Prawo” 1961, nr 2 s. 343 i n. Więcej na ten temat K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone przy leczeniu*, Toruń 2013, s. 50–52.

<sup>5</sup> Dz.U. z 2001 r. Nr 57, poz. 602 z późn. zm.

<sup>6</sup> Środowiska lekarskie kwestionowały zwłaszcza samodzielność pielęgniarki, podnosząc, że jest to zawód zależny, a wszelkie czynności podejmowane są na podstawie i w granicach zaleceń lekarskich. Sprzeciwiano się samodzielnemu udzielaniu przez pielęgniarki świadczeń zdrowotnych, w tym przede wszystkim leczniczych. M. Nesterowicz, *op.cit.*, s. 411.

<sup>7</sup> Por. R. Michalska-Badziak, *Wokół nowej ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej*, „Antidotum” 1996, nr 11–12, s. 7 i n.

<sup>8</sup> Dz.U. z 1997 r. Nr 116, poz. 750. Rozporządzenie to zostało zastąpione Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. (Dz.U. z 2007 r. Nr 210, poz. 1540), a następnie aktualnie obowiązującym Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych

Dalsze istotne zmiany w kierunku usamodzielniania zawodów nastąpiły w związku z uchwaleniem aktualnie obowiązującej Ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej<sup>9</sup>. Ustawa nie tylko podtrzymała przyjęte wcześniej założenia, akcentując samodzielny charakter obu profesji, ale także poszerzyła kompetencje pielęgniarek i położnych oraz zakres ich decyzyjności w sferze podejmowanych czynności zawodu. Artykuł 2 u.z.p.p. *expressis verbis* stanowi, że zawody pielęgniarki i położnej są samodzielnymi zawodami medycznymi. Pod rządem nowej ustawy zawody te zyskały – jak się podkreśla w literaturze – nowy wymiar i wyższą niż dotychczas rangę, stając się profesjami samodzielnymi, chronionymi przez korporacyjny samorząd zawodowy<sup>10</sup>.

Podobne zmiany dokonały się na gruncie Ustawy z dnia 8 września 2006 r. o państwowym ratownictwie medycznym<sup>11</sup> w związku z nowelizacją z dnia 25 września 2015 r.<sup>12</sup> Ustawa w nowym brzmieniu uwzględniła postulaty doktryny i przedstawicieli środowisk zawodowych, dając wyraz samodzielności profesji ratownika medycznego. W przepisach brak jest wprawdzie wyraźnej w tym względzie formuły (w kształcie zbliżonym do art. 2 u.z.p.p.), jednakże z regulacji wynika, iż zawód ratownika medycznego ma charakter samodzielny. Istotne znaczenie ma zwłaszcza art. 11 ust. 1, który *expressis verbis* stanowi, że realizując zadania zawodowe, ratownik medyczny udziela świadczeń zdrowotnych, w tym medycznych czynności ratunkowych samodzielnie lub pod nadzorem (na zlecenie) lekarza<sup>13</sup>. Zakres czynności (ratunkowych i innych) podejmo-

---

przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz.U. z 2017 r., poz. 497).

<sup>9</sup> Dz.U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm. (dalej: u.z.p.p.).

<sup>10</sup> Zob. art. 4 ust. 1 pkt 1 ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych z dnia 1 lipca 2011 r. (Dz.U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1038), zobowiązujący Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych do sprawowania pieczy nad należyтым wykonywaniem zawodu.

<sup>11</sup> Dz.U. z 2006 r. Nr 191, poz. 1410 z późn. zm. (dalej: u.p.r.m.).

<sup>12</sup> Ustawa o zmianie ustawy o państwowym ratownictwie medycznym, ustawy o działalności leczniczej oraz ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. z 2015 r., poz. 1887.

<sup>13</sup> Szczególne znaczenie mają czynności ratunkowe, które ratownik podejmuje w ramach tzw. systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, po-

nych przez ratownika samodzielnie jest stosunkowo szeroki, na co wskazuje treść Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2016 r. w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego<sup>14</sup>.

Nowe ujęcie obu ustaw – u.z.p.p. i u.p.r.m. – dające wyraz autonomii każdego z zawodów, stanowi z jednej strony odpowiedź na dokonujący się w ostatnich latach wzrost fachowych kwalifikacji i coraz lepsze wykształcenie pielęgniarek, położnych i ratowników medycznych, zobowiązanych do osiągnięcia określonego poziomu edukacji zawodowej oraz stałego poszerzania wiedzy. Z drugiej strony, usamodzielnienie profesji jest rezultatem systemowych przekształceń w służbie zdrowia, wywierających istotny wpływ na formy wykonywania każdego z zawodów. Dokonujący się intensywnie postęp naukowo-techniczny i potrzeby praktyki (usprawnienie procesu leczenia, zapewnienie pacjentom dostępu do świadczeń, stanowiące wyraz realizacji zadań państwa wynikających z art. 68 Konstytucji) wymuszają podział kompetencji i – co za tym idzie – czynności zawodowych między lekarzy i przedstawiciele innych profesji medycznych. Osoby te z racji nabytej wiedzy i wysokich kwalifikacji zawodowych są bowiem, w ocenie ustawodawcy, zdolne do przejęcia określonych, coraz bardziej odpowiedzialnych i znaczących zadań, zarezerwowanych dotychczas wyłącznie dla lekarzy<sup>15</sup>.

---

wołanego w celu realizacji zadań Państwa w zakresie zapewnienia pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowia (art. 1 ust. 1 u.p.r.m.). W skład systemu wchodzi dwie kategorie jednostek – szpitalne oddziały ratunkowe (SOR) oraz zespoły ratownictwa medycznego: podstawowe (2 osobowe, złożone np. z ratownika medycznego i pielęgniarki) oraz specjalistyczne (3-osobowe, z obligatoryjnym udziałem lekarza). Kierownikiem zespołu ratownictwa medycznego jest co do zasady tzw. lekarz systemu.

<sup>14</sup> Dz.U. z 2016 r., poz. 587.

<sup>15</sup> Por. Ł. Chmurski, *Samodzielność zawodowa pielęgniarki i położnej (część I)*, dokument w wersji elektronicznej: <http://centrumprawamedycznego.pl/samodzielosc-zawodowa-pielegnarki-i-polozonej-cz-i/> (dostęp: 2.09.2017 r.). W literaturze anglojęzycznej, w związku z przejmowaniem przez pielęgniarki niektórych obowiązków zawarowanych dotychczas wyłącznie dla lekarzy, pojawił się nawet termin *nurdoc*, utworzony z połączenia fraz *nurse* – „pielęgniarka”, oraz *doctor* – „lekarz”). Zob. L. Marcinowicz, D. Zarzycka, E. Fejfer-Wirbał,

Na samodzielność zawodów pielęgniarki, położnej i ratownika medycznego nie ma wpływu miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych oraz organizacyjno-prawna forma zatrudnienia. Zarówno w przypadku zatrudnienia pracowniczego, wynikającego z zawartej umowy o pracę, jak i niepracowniczego, którego podstawę stanowi umowa cywilno-prawna (tzw. kontrakt), pielęgniarka, położna i ratownik medyczny mają jednakowy status zawodowy oraz identyczne uprawnienia i obowiązki. Nawet wówczas, gdy pielęgniarka lub położna wykonuje pracę w podmiocie leczniczym jako jego pracownik (w rozumieniu art. 2 k.p.) i pozbawiona jest swobody w sferze administracyjno-organizacyjnej, zachowuje autonomię decyzyjną i niezależność intelektualną w zakresie wykonywanych czynności zawodowych. Poza tym usamodzielnienie nie stoi w sprzeczności z faktem, iż pielęgniarka, położna i ratownik medyczny podporządkowani są w określonym zakresie (np. organizacyjnie) lekarzowi, który nadal odgrywa główną rolę w procesie leczenia i ma najszersze uprawnienia zawodowe. Podobnie bowiem lekarze zatrudnieni na oddziale szpitalnym podlegają ordynatorowi i zobowiązani są realizować ustalony przez niego przebieg leczenia, co nie umniejsza ich samodzielności zawodowej w sferze diagnozy i terapii<sup>16</sup>.

## 2. Istota i przejawy samodzielności zawodowej

Usamodzielnienie zawodów pielęgniarki, położnej i ratownika medycznego wyraża się przede wszystkim w poszerzeniu zadań i kompetencji zawodowych w szeroko pojętym procesie leczenia i przechodzeniu w ich wykonywaniu od bezwzględnego podporządkowania lekarzowi do niezależnego i autonomicznego podejmowania tych czynności jedynie przy współpracy i koordynacji ze strony

---

M. Foley, *Funkcje i obowiązki pielęgniarki w opinii studentów medycyny i studentów pielęgniarstwa wybranych uczelni w Polsce*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2012, nr 20, s. 455.

<sup>16</sup> Por. Z. Kubot, *Prawne formy wykonywania pracy i usług przez pielęgniarki oraz położne*, „Prawo i Medycyna” 2001, nr 9, s. 17 i n.

lekarza. Proces ten z istoty rzeczy wiąże się z koniecznością, a nawet – w ocenie niektórych autorów – prawnym obowiązkiem „osobistego” intelektualnego zaangażowania w wykonywanie zawodu<sup>17</sup>. Zarówno bowiem w u.z.p.p. (art. 11 ust. 1), jak i u.p.r.m. (art. 11 ust. 2) podkreślono, że pielęgniarki, położne i ratownicy medyczni wykonują swój zawód z należytą starannością i według wskazań aktualnej wiedzy medycznej. Każdą z profesji z jednej strony wiąże określony standard powinnego działania (miernik dobrego fachowca, *le bon professionnel*, art. 355 § 2 k.c.)<sup>18</sup>, z drugiej zaś – co świadczy o samodzielności – przysługuje im swoboda w korzystaniu z przyjętych w środowisku zawodowym reguł i wytycznych dotyczących udzielania określonego rodzaju świadczeń zdrowotnych.

Dokonany w obu aktach prawnych: u.z.p.p. i u.r.m., wspomniany już podział na czynności dokonywane przez pielęgniarki, położne oraz ratowników medycznych (art. 4 ust. 1 i art. 5. ust. 1. u.z.p.p., art. 11 ust. 1 u.r.m.) samodzielnie oraz na zlecenie (pod nadzorem) lekarza dowodzi, że zakres działań, jakie każda z tych osób może podejmować autonomicznie, jest stosunkowo szeroki i – na co wskazuje analiza przepisów – ulega systematycznemu poszerzaniu na gruncie kolejnych ustaw.

## 2.1. Czynności samodzielne

Zakres czynności wykonywanych samodzielnie przez pielęgniarki i położne określa aktualnie obowiązujące, wspomniane już Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną bez zlecenia lekarskiego. Z analizy jego przepisów wynika, iż samodzielność dotyczy wszelkich sfer aktywności zawodowej (profilaktyki zdrowotnej, diagnostyki, leczenia *sensu stricto* oraz rehabilitacji) i obejmuje zarówno udzielanie świadczeń zdrowotnych (w tym czynności ratunkowych), jak i stosowanie – we wskazanych

---

<sup>17</sup> Ł. Chmurski, op.cit.

<sup>18</sup> Por. M. Nesterowicz, op.cit., s. 12–13.

obszarach – produktów leczniczych (leków) i tzw. środków pomocniczych (np. cewników, pomp infuzyjnych itd.). W ramach świadczeń zdrowotnych doniosłe znaczenie ma niewątpliwie kompetencja do dokonywania czynności ratunkowych. Uzupełnienie katalogu świadczeń samodzielnych o tego rodzaju czynności zrównuje w sferze „ratownictwa” pozycję pielęgniarki i ratownika medycznego, umożliwiając w razie potrzeby udzielanie świadczeń wymiennie przed przedstawicielemi obu zawodów<sup>19</sup>. Rozwiązanie to niewątpliwie zasługuje na aprobatę w świetle powszechnie znanych niedoborów personelu medycznego.

Istotne *novum* na gruncie obowiązującej ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. stanowi (w stosunku do dawnej regulacji z 1996 r.) przyznanie pielęgniarkom i położnym o odpowiednio wysokich kwalifikacjach, uprawnienia do samodzielnego ordynowania określonych leków, wyrobów medycznych i środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego, włącznie z wystawianiem na nie zlecenia albo recepty (art. 15a ust. 1)<sup>20</sup>. Pielęgniarka i położna mają także prawo samodzielnie orzekać o rodzaju i zakresie świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych wykonywanych na rzecz pacjenta niezdolnego do samodzielnej egzystencji i tzw. samoopieki (art. 15 ust. 4 u.z.p.p.).

We wskazanym zakresie czynności samodzielnych pielęgniarsce i położnej przysługuje uprawnienie do nieskrępowanego, samodzielnego podejmowania decyzji o celowości (zasadności) stosowania określonego rodzaju czynności w granicach przygotowania

---

<sup>19</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. konsekwentnie ujednoliciło przepisy w zakresie uprawnień pielęgniarki oraz ratownika medycznego w odniesieniu do czynności ratunkowych. Katalog czynności ratunkowych wykonywanych samodzielnie przez pielęgniarki bez zlecenia lekarskiego, odpowiada zatem analogicznemu katalogowi ustalonym w obszarze ratownictwa medycznego.

<sup>20</sup> Zgodnie z treścią art. 15a ust. 1 u.z.p.p. prawo do samodzielnego ordynowania leków i wystawiania na nie recept przysługuje pielęgniarkom i położnym posiadającym dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo oraz tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa pod warunkiem ukończenia specjalistycznego kursu w tym zakresie. Uprawnienie to nie obejmuje jednak przepisywania recept i ordynowania leków zawierających substancje silnie działające, psychotropowe oraz środki odurzające.

zawodowego. Potwierdza to tezę o intelektualnej niezależności tych podmiotów, dostrzegalnej przede wszystkim w sferach, w których z uwagi na stan nagłości nie da się zaplanować przebiegu terapii, a szczególnie istotne jest szybkie podejmowanie decyzji i odpowiednia reakcja na potrzeby zdrowotne pacjenta (np. udzielenia pomocy w przypadku porodu lub w miejscu wypadku).

Udzielanie świadczeń zdrowotnych samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego może mieć miejsce zarówno w zakładzie opieki zdrowotnej, jak i poza podmiotem leczniczym, w ramach indywidualnej bądź grupowej praktyki pielęgniarek lub położnych. Ustawodawca nie uzależnił bowiem kompetencji do udzielania świadczeń samodzielnie od konieczności współpracy z lekarzem i zapewnienia przez niego nadzoru nad czynnościami wykonywanymi przez pielęgniarkę i położną<sup>21</sup>. Jeżeli jednak pielęgniarka lub położna wykonuje zawód w zakładzie leczniczym (np. szpitalu lub przychodni), po samodzielnym wykonaniu świadczeń objętych rozporządzeniem jest zobowiązana poinformować bez zbędnej zwłoki lekarza, pod którego opieką znajduje się pacjent, o wykonanych badaniach i podanych lekach. Rozwiązanie to nie stanowi swoistej, dokonywanej *ex post* kontroli lekarza, lecz podyktowane jest interesem pacjenta. Informacja sprzyja właściwej kontynuacji leczenia i umożliwia lekarzowi podjęcie odpowiednich decyzji odnośnie do dalszych niezbędnych działań diagnostycznych lub/i terapeutycznych podejmowanych w stosunku do chorego powierzonego jego opiece.

Natomiast na gruncie u.p.r.m. w brzmieniu nadanym nowelą z 2015 r. ratownik medyczny realizuje zadania zawodowe w szczególności poprzez udzielanie świadczeń z zakresu tzw. medycznych czynności ratunkowych w sposób samodzielny lub pod nadzorem lekarza (art. 11 ust. 1. pkt 1)<sup>22</sup>. Czynności te, specyficzne i wysokiej

---

<sup>21</sup> D. Karkowska, *Status zawodowy położnej. Zarys problemu*, Warszawa 2007, s. 11.

<sup>22</sup> Medyczne czynności ratunkowe są świadczeniami opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów Ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2004 r. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.). Udziela ich jednostka tzw. systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego w postaci zespołu ratownictwa o charakterze specjalistycznym bądź podstawowym w ramach działalności leczniczej zgodnej



wagi (z uwagi na charakter i cel) podejmowane są co do zasady zespołowo i warunkach pozaszpitalnych w celu ratowania osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Dotychczasowy przedmiot działań zawodowych ratowników medycznych poszerzono w 2015 r. o możliwość wykonywania obok czynności ratunkowych także innych świadczeń zdrowotnych samodzielnie lub na zlecenie lekarza (art. 11 ust. 6 u.p.r.m.). Katalog ten obejmuje m.in. zabezpieczenie osób znajdujących się w miejscu zdarzenia, udzielanie im wsparcia psychicznego, zorganizowanie transportu do odpowiedniej placówki medycznej, a także podejmowanie działań z zakresu edukacji i promocji zdrowia. Nadto analiza treści Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2016 r.<sup>23</sup> w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego samodzielnie lub na zlecenie (zaktualizowanego Rozporządzeniem z dnia 3 lipca 2017 r.<sup>24</sup>), wskazuje, że znacznie szerszy jest katalog czynności dokonywanych przez ratownika samodzielnie (załączniki 1 i 3, odnoszące się odpowiednio do czynności ratunkowych i innych świadczeń obejmują odpowiednio 30 oraz 39 pozycji). Wąski pozostaje natomiast zasięg działań podejmowanych niesamodzielnie, pod nadzorem tzw. lekarza systemu (na zlecenie), których w Rozporządzeniu ujęto odpowiednio 6 (załącznik 2 – czynności ratunkowe) i 2 (załącznik 4 – inne świadczenia). W sposób znaczący zwiększono także (do 47) liczbę leków, jakie mogą ordynować ratownicy medyczni w stosunku do poprzednio obowiązującego Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 grudnia 2006 r.<sup>25</sup> Ponadto, podobnie jak pielęgniarki i położne,

---

z rodzajem działalności wykonywanej przez dysponenta jednostki, w którego skład wchodzi dany zespół.

<sup>23</sup> Dz.U. z 2016 r., poz. 587. Rozporządzenie to zastąpiło obowiązujące wcześniej Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 grudnia 2006 r. w sprawie szczegółowego zakresu medycznych czynności ratunkowych, które mogą być podejmowane przez ratownika medycznego, Dz.U. z 2007 r. Nr 4, poz. 33.

<sup>24</sup> Dz.U. z 2017 r., poz. 1364.

<sup>25</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 grudnia 2006 r. w sprawie szczegółowego zakresu medycznych czynności ratunkowych, które mogą być podejmowane przez ratownika medycznego, Dz.U. z 2007 r. Nr 4, poz. 33.

ratownicy medyczni mogą wykonywać swój zawód w różnych podmiotach leczniczych, nie tylko w przychodniach i oddziałach szpitalnych (w tym ratunkowych, tzw. SOR), ale i poza nimi, w ramach różnych systemów ratownictwa, np. górskiego i narciarskiego, wodnego, górniczego itd. (art. 11 ust. 3 u.p.r.m.).

Wyjątkowe uprawnienie ratownikom medycznym, a także pielęgniarkom systemu wchodzącym w skład zespołu ratownictwa przyznała nowelizacja u.p.r.m. z dnia 10 maja 2018 r.<sup>26</sup> W myśl dodanego nowelą art. 10a ustawy ratownik realizujący zadania zawodowe, tj. udzielający (samodzielnie lub na zlecenie lekarza) świadczeń zdrowotnych, w tym medycznych czynności ratunkowych, może podjąć działania mieszczące się w ramach przyznaných przepisami kompetencji bez uzyskania zgody pacjenta. Uprawnienie to, analogicznie jak w przypadku lekarza, przysługuje wyłącznie w sytuacji, w której pacjent wymaga niezwłocznej pomocy, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może samodzielnie wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym. Decyzję o udzieleniu świadczeń zdrowotnych w tego rodzaju szczególnych okolicznościach (tzw. stanach emergentnych), ratownik (pielęgniarka systemu) jest zobowiązany skonsultować, w miarę możliwości, z lekarzem wskazanym przez dysponenta zespołu ratownictwa medycznego (art. 10c u.p.r.m.). Brak możliwości przeprowadzenia konsultacji nie oznacza utraty uprawnienia, lecz upoważnia ratownika (pielęgniarkę systemu) do podjęcia działań na podstawie samodzielnej decyzji, podjętej po rozważeniu okoliczności sprawy i dokonaniu – w możliwie najkrótszym czasie – oceny sytuacji zdrowotnej konkretnego pacjenta. Informację o okolicznościach udzielenia świadczeń w warunkach nagłych ratownik medyczny albo pielęgniarka systemu ma obowiązek każdorazowo odnotować w karcie indywidualnej (pielęgniarka systemu natomiast – w dokumentacji medycznej pacjenta, art. 10c u.p.r.m.).

---

<sup>26</sup> Ustawa o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw, Dz. U. z 2018 r., poz. 1115. Ustawa weszła w życie dnia 26 czerwca 2018 r.

Przepisy art. 10a–10c, wzorowane na regulacji zawartej w art. 33 Ustawy z dnia 5 grudnia o zawodach lekarza i lekarza dentystry<sup>27</sup> (o zbliżonym brzmieniu), zrównują ratowników medycznych i pielęgniarki systemu z lekarzem w zakresie prawa do działania bez zgody w stanach emergentnych, dając wyraz z zaufaniu ustawodawcy do przedstawicieli omawianych profesji, ich samodzielności i kompetencji zawodowych. Poza tym nowa regulacja art. 10a u.p.r.m., niewątpliwie trafna i godna aprobaty, sprzyja w sferze działań zespołu ratownictwa medycznego należytej realizacji fundamentalnej zasady *salus aegroti suprema lex esto*. Wyposażenie ratowników (pielęgniarek systemu) w kompetencje do działania bez zgody jest bowiem istotne zwłaszcza w przypadkach dzieci wymagających pomocy w szkołach oraz w placówkach opiekuńczych i opiekuńczo-wychowawczych, w których – jak dowodzi praktyka – stosunkowo często zdarzają się sytuacje zagrożenia zdrowia, a nawet życia. W dawnym stanie prawnym, w razie braku przedstawiciela ustawowego dziecka (rodzica) w miejscu wezwania i jednoczesnej niemożności skontaktowania się z nim, ratownicy medyczni mogli przeprowadzić jedynie badanie pacjenta i to tylko wówczas, gdy faktyczny opiekun małoletniego był obecny i na badanie wyraził zgodę.

## 2.2. Autonomia zawodowa a tzw. czynności zlecone

Poza szerokim zakresem kompetencji do podejmowania działań samodzielnych autonomia zawodu pielęgniarki, położnej i ratownika medycznego pojawia się także w związku z wykonywaniem czynności zleconych przez lekarza. Wykonując swój zawód, położna i pielęgniarka zobowiązane są do udzielania na zlecenie lekarza świadczeń zdrowotnych odnotowanych w dokumentacji medycznej (art. 15 ust. 1 u.z.p.p.). Regułę tę wzmacniają normy deontologiczne zawarte w Kodeksie etyki zawodowej pielęgniarek i położnych RP stanowiące, iż z wyjątkiem przypadków nagłych, wiążących się z zagrożeniem życia pacjenta, pielęgniarki oraz położnej nie wolno wykonywać zleceń lekarskich bez wyraźnego polecenia na piśmie,

---

<sup>27</sup> Dz.U. z 1997 r., Nr 28, poz. 152.

umożliwiającego identyfikację lekarza oraz pacjenta (Część szczegółowa k.e.z., pkt II.2 k.e.z.)<sup>28</sup>. Zlecenia (odmiennie od poleceń)<sup>29</sup> dotyczą obowiązków o charakterze medycznym i mogą być wydawane pielęgniarce (położnej) udzielającej świadczeń zdrowotnych na podstawie zawartej z podmiotem leczniczym zarówno umowy o pracę, jak i umowy cywilno-prawnej; wydawanie poleceń wchodzi w rachubę także w stosunku do pielęgniarek i położnych wykonujących zawód w ramach praktyki indywidualnej i grupowej. Zlecenie nie wyklucza jednak samodzielnego dokonywania czynności zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych w sferze kompetencji przyznanych ustawą.

Wydanie zlecenia pielęgniarce i położnej nie stawia tych podmiotów w pozycji podwładnego w stosunku do lekarza; lekarz natomiast nie staje się przełożonym (służbowym zwierzchnikiem) wobec wykonawcy zlecenia<sup>30</sup>. W literaturze trafnie podkreślono, że zlecenie dotyczy wykonywania zabiegów oraz badań i nie oznacza wydania pielęgniarce bądź położnej wiążących poleceń czy wytycznych. Współpraca pielęgniarki i położnej wynika bowiem z więzi funkcjonalnych łączących te podmioty z lekarzem, charakterystycznych dla nowoczesnego systemu leczenia. W systemie tym funkcjonują dwa podsystemy: lekarski i pielęgniarski (położniczy), mające charakter równorzędny bez względu na istniejącą *in casu*

---

<sup>28</sup> Kodeks etyki zawodowej pielęgniarek i położnych RP (dalej: k.e.z.p.p.) został przyjęty uchwałą nr 9 IV Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 9 grudnia 2003 r., treść Kodeksu w wersji elektronicznej: <http://nipip.pl/prawo/samorządowe/krajowy-zjazd-pielęgniarek-i-polożnych/kodeks-etyki-zawodowej-pielęgniarki-i-polożnej-rzeczypospolitej-polskiej/> (dostęp: 22.01.2018 r.).

<sup>29</sup> Autorzy, wskazując na konieczność rozróżnienia między „zleceniami” a „poleceniami” lekarza, podkreślają, że zlecenia lekarskie znacząco odbiegają się od poleceń przełożonych wydawanych na podstawie art. 100 § 1 k.p. Pracodawca może wydawać pracownikowi polecenia służbowe, dotyczące sposobu wykonywania pracy (obowiązków organizacyjnych), pracownik zaś nie jest uprawniony do kwestionowania ich słuszności. Natomiast zlecenie lekarskie wydawane jest pielęgniarce i położnej ze względu na udzielanie świadczeń zdrowotnych i dotyczy obowiązków o charakterze medycznym. Z. Kubot, op.cit., s. 14. Zob. także D. Karkowska, op.cit., s. 11.

<sup>30</sup> Ibidem.

się powiązań hierarchicznych. Pielęgniarka i położna zobowiązane są do realizacji zlecenia lekarskiego (w wyznaczonych prawem granicach), lecz za ich wykonanie odpowiadają bezpośrednio przed swoim zwierzchnikiem służbowym, tj. położną (pielęgniarką) oddziałową, a pośrednio – przed wspólnym zwierzchnikiem lekarzy i położnych, np. dyrektorem do spraw lecznictwa<sup>31</sup>.

Istotny przejaw niezależności (poddany przez lekarzy daleko idącej krytyce w toku prac legislacyjnych)<sup>32</sup> stanowi przyznane *expressis verbis* w obu ustawach uprawnienia do odmowy wykonania zlecenia lekarskiego oraz na gruncie u.z.p.p., żądania uzasadnienia potrzeby wykonania zlecenia.

Obowiązek wykonania zlecenia jest nakazem ustawowym, lecz jego realizacja nie ma charakteru bezwzględnego. Dopuszczone przez prawo wyjątki w postaci odmowy uzasadnione są koniecznością ochrony, z jednej strony – pacjenta, z drugiej zaś – wykonujących zlecenie podmiotów, które w razie zawinonego wyrządzenia pacjentowi szkody ponosić mogą odpowiedzialność cywilną. Uprawnienie do powstrzymania się od podjęcia czynności zleconych koresponduje z regułami deontologicznymi ujętymi w k.e.z.p.p., w myśl których pielęgniarki i położne są współodpowiedzialne za efekty procesu terapeutycznego oraz podjęte przez siebie działania wynikające z procesu pielęgnowania (Część szczegółowa k.e.z.p.p., pkt IV.6).

Uprawnienie do odmowy wykonania zlecenia lekarskiego przyznano pielęgniarkom i położnym już na mocy ustawy z dnia 5 lipca 1996 r., która dopuszczała tego rodzaju rozwiązanie w sytuacjach

---

<sup>31</sup> D. Karkowska, *Status zawodowy*, s. 15. Zob. także R. Rutka, *Organizacja zakładu opieki zdrowotnej*, w: *Nowoczesne zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej. Podręcznik dla studentów studiów podyplomowych*, red. B. Nogalski, J.M. Rybicki, Toruń 2002, s. 42 i n.

<sup>32</sup> Prawo pielęgniarki do odmowy wykonania zlecenia lekarskiego budziło szczególną krytykę ze strony Naczelnej Rady Lekarskiej. Obawiano się w szczególności, że tej postaci ingerencja w autonomiczne decyzje lekarza może spowodować zagrożenie dla zdrowia i życia pacjentów oraz ich bezpieczeństwa w procesie leczenia. Natomiast w opinii Ministerstwa Zdrowia przyznanie prawa do odmowy umożliwi pielęgniarkom i położnym kwestionowanie kwalifikacji i zawodowej (w tym specjalistycznej) wiedzy lekarza. Podają za M. Nesterowicz, *op.cit.*, s. 415–416.

wyjątkowych (art. 22 ust. 5). Ustawodawca nie precyzował, jakiego rodzaju szczególnie przypadki uzasadniały skorzystanie z uprawnienia do odmowy. W piśmiennictwie ukształtował się jednak pogląd, iż odmowa wchodziła w rachubę w razie, gdy na gruncie posiadanej wiedzy i doświadczenia zawodowego pielęgniarka (położna) oceniła konkretne zlecenie jako niewłaściwe, błędne czy mogące prowadzić do wyrządzenia pacjentowi poważnej szkody<sup>33</sup>. Innymi słowy, okoliczności konkretnego przypadku w ocenie pielęgniarki lub położnej musiały uzasadniać przekonanie, że wykonanie decyzji lekarza rzeczywiście zagraża pacjentowi i naraża go na realne niebezpieczeństwo. W tego rodzaju sytuacjach odmowę uzasadniały także reguły deontologiczne zawarte w k.e.z.p.p., nakazujące przedstawicielom obu profesji podejmowanie działań leżących w interesie pacjentów, szczególnie w razie zagrożenia ich życia i zdrowia (Część ogólna k.e.z.p.p., pkt 6)<sup>34</sup>. Powstrzymanie się od wykonania zlecenia mogło być także podyktowane pojawieniem się, po podjęciu przez lekarza decyzji, nowych okoliczności, wymagających weryfikacji ustalonego uprzednio sposobu leczenia czy ogólniej – postępowania leczniczego (np. konieczność rozwiązania ciąży metodą operacyjną w miejsce porodu siłami natury). W ocenie piśmiennictwa rozszerzona formuła okoliczności wyjątkowych obejmowała również sytuacje, w których potencjalny wykonawca zlecenia nie posiadał wiedzy lub/i umiejętności wystarczających do prawidłowego wykonania go, więc podjęcie działań medycznych stwarzało dla pacjenta realne zagrożenie<sup>35</sup>.

Uprawnienie do odmowy wykonania zlecenia lekarskiego zostało podtrzymane i – pomimo konsekwentnego sprzeciwu środowisk medycznych – doprecyzowane na gruncie aktualnie obowiązującej ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. Zgodnie z treścią art. 12

---

<sup>33</sup> Ibidem, s. 415. Autor, podkreślając zasadność tej postaci rozwiązania, wskazuje, że w niektórych sytuacjach doświadczona pielęgniarka z wieloletnim stażem pracy, przy posiadanej wiedzy i doświadczeniu może trafniej ocenić stan i potrzeby pacjenta niż np. lekarz rozpoczynający praktykę. Zob. także D. Karkowska, *Prawo medyczne dla pielęgniarek*, Warszawa 2013, s. 143 oraz E. Zielińska, *Wzajemne relacje w zespołowym działaniu medycznym w aspekcie odpowiedzialności karnej i zawodowej*, „Prawo i Medycyna” 2001, nr 9, s. 38.

<sup>34</sup> Zob. D. Karkowska, *Prawo medyczne*, s. 143.

<sup>35</sup> E. Zielińska, op.cit., s. 38. Por. D. Karkowska, *Status zawodowy*, s. 14.

ust. 2 pielęgniarka i położna mogą odmówić wykonania zlecenia lekarskiego; odmowa wchodzi w rachubę także w przypadkach innych niż zlecone świadczeń zdrowotnych niezgodnych z sumieniem pielęgniarki i położnej (tzw. klauzula sumienia)<sup>36</sup> lub z zakresem posiadanych przez te osoby kwalifikacji. W ocenie doktryny sformułowanie przepisu pozwala na wniosek, iż przyczyny odmowy *de lege* pozostają zbliżone do tych, które przyjęto w dawnym stanie prawnym. Wątpliwości nie budzi także „ogólne” prawo do odmowy, dotyczące wszelkich (nie tylko zleconych) świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych w sytuacji, gdy ich wykonanie przekracza kompetencje pielęgniarki i położnej. Podjęcie działań w braku stosownej wiedzy (np. nabywanej podczas kształcenia podyplomowego), umiejętności czy doświadczenia może, poza przypadkami nagłymi, zostać uznane za winę pielęgniarki i położnej i narazić te podmioty na ujemne konsekwencje związane z powstaniem obowiązku odszkodowawczego<sup>37</sup>. Możliwość odmowy nie tylko więc chroni personel przed negatywnymi skutkami działań podjętych mimo braku kompetencji, ale jednocześnie stanowi wyraz realizacji zasad deontologicznych, w myśl których działalność zawodowa pielęgniarki i położnej polega na świadomym i dobrowolnym podejmowaniu profesjonalnych działań na rzecz pacjentów (Część ogólna k.e.z.p.p., pkt 2).

Podobnie jak na gruncie poprzedniej ustawy z 1996 r., odrębna norma odnosząca się do rezygnacji z podjęcia określonych działań dotyczy eksperymentów medycznych (art. 14 ust. 2 u.z.p.p.). Z uwagi na charakter eksperymentu, którego skutki są niejednokrotnie trudne do przewidzenia, a wynik – niepewny, ustawodawca w tego rodzaju przypadkach dookreśla przyczyny rezygnacji. Odmowa udziału w eksperymencie jest możliwa wówczas, gdy pielęgniarka lub położna ma uzasadnione wątpliwości wobec konkretnego postępowania, np. jest przeświadczona o szkodliwych dla zdrowia pacjenta konsekwencjach eksperymentu lub o nieetycznym

---

<sup>36</sup> Możliwość powstrzymania się od określonych czynności zawodu z uwagi na tzw. sprzeciw sumienia stanowi odrębne zagadnienie, którego analiza wykracza poza ramy opracowania.

<sup>37</sup> Por. *ibidem*, s. 11.

charakterze danego rodzaju działań. Norma zawarta w art. 14 ust. 2 jest zatem szersza niż reguły deontologiczne k.e.z.p.p., w myśl których pielęgniarka (położna) ma prawo odmówić uczestnictwa w eksperymentach biomedycznych sprzecznych z uznawanymi przez nią normami etycznymi (Część szczegółowa k.e.z.p.p., pkt II.6).

W przypadku odmowy wykonania zlecenia oraz rezygnacji z udzielenia określonego świadczenia zdrowotnego (w tym stanowiącego eksperyment) pielęgniarka i położna mają obowiązek niezwłocznego uprzedzenia o tym pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego i wskazania realnych możliwości uzyskania pomocy u innego podmiotu. Odmowa podjęcia działań (wykonania zlecenia) jest wprawdzie uprawnieniem pielęgniarki (przysługującym jej prawem podmiotowym), negatywnych skutków skorzystania z tej postaci „przywileju” nie może jednak ponosić pacjent zainteresowany kontynuacją terapii i dalszym, niezakłóconym przebiegiem procesu leczenia.

Skorzystanie z uprawnienia do odmowy wykonania zlecenia (udzielenia innego świadczenia zdrowotnego) jest jednak bezwzględnie wyłączone w sytuacji, gdy bierna postawa pielęgniarki lub położnej mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia (art. 12 ust. 2 u.z.p.p. *in fine*). W razie konfliktu wartości ustawodawca nadaje zatem priorytet zdrowiu i życiu chorego (*salus aegroti suprema lex esto*) – żadne względy (etyczne, konfesyjne, negatywna ocena merytoryczna) nie mogą zwalniać z obowiązku podjęcia działania ratującego życie; jego realizacja jest pożądana nawet w przypadku braku dostatecznych kwalifikacji, jeżeli tylko stan pacjenta wymaga natychmiastowej reakcji ze strony personelu medycznego, a *in casu* niedostępny jest specjalista.

W przypadku odstąpienia od realizacji świadczeń zdrowotnych pielęgniarka i położna mają także obowiązek uzasadnienia i odnotowania tego faktu w dokumentacji medycznej. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. zobowiązuje ponadto pielęgniarki i położne do niezwłocznego usprawiedliwienia swojej decyzji na piśmie przełożonemu lub osobie zlecającej daną czynność (art. 12 ust. 4 u.z.p.p.). Rozwiązanie to, niewątpliwie trafne, chroni personel medyczny na wypadek pojawiania się zarzutu o zawinione zaniechanie opieki



pielęgnacyjnej lub nieuzasadnione przerwanie procesu terapeutycznego.

W zbliżony sposób ukształtowana została pozycja ratownika medycznego, któremu na gruncie ustawy z 2015 r. przysługuje analogiczne uprawnienie do niepodejmowania świadczeń zdrowotnych, w tym czynności ratunkowych, oraz do odstąpienia od ich wykonania w sytuacji, gdy zaniechanie to nie narazi pacjenta na niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia (art. 11 ust. 10 u.p.r.m.). Jednakowe są także obowiązki ratownika korzystającego z uprawnienia do odmowy, w tym wymóg uzasadnienia swojej decyzji oraz odnotowania w dokumentacji medycznej przyczyny niepodjęcia lub odstąpienia od medycznych czynności ratunkowych albo nieudzielenia świadczeń zdrowotnych.

Z uwagi na istotę czynności ratunkowych i ich znaczenie dla adresatów tego rodzaju świadczeń pojawia się jednak pytanie o to, czy przyznając ratownikom prawo do odmowy podejmowania działań, ustawodawca w odpowiedni sposób zabezpieczył potencjalnych pacjentów i stworzył odpowiednie gwarancje bezpieczeństwa. Dotyczy to w szczególności sytuacji krytycznych, w których konieczne staje się rozważenie ryzyka zdrowotnego i podjęcie (niejednokrotnie pod presją czasu) decyzji o tym, czy rozpoczęcie bądź kontynuacja czynności ratunkowych są *in casu* uzasadnione i celowe czy zbędne (np. wobec osoby w stanie terminalnym), ewentualnie czy wiążą się z wyrządzeniem szkody<sup>38</sup>. Dobro pacjenta w sposób należyty wydaje się jednak zabezpieczać wspomniany już wymóg uzasadnienia przez ratownika decyzji o odstąpieniu od czynności. Poza tym ratownik związany jest normami deontologii zawodowej, które

---

<sup>38</sup> W ocenie przedstawicieli środowisk zawodowych problemem jest także to, że przyznanie ratownikom prawa do niepodejmowania czy odstępowania od medycznych czynności ratunkowych nie jest równoznaczne z uprawnieniem do stwierdzania zgonu, którego u.p.r.m. ani inne przepisy ratownikom nie przyznają. M. Mikos, G. Juszczyk, A. Czerw, *Nowe prawa i obowiązki ratowników medycznych w świetle nowelizacji ustawy o PRM*, „Law on National Medical Emergency Services. Journal of Education, Health and Sport” 2016, nr 6 (vol. 2), s. 313, <http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/3409> (dostęp: 20.01.2018 r.).

dopuszczają niepodjęcie lub zaniechanie czynności ratunkowych w oparciu o wskazania wiedzy naukowej i w zgodzie ze świadomą wolą pacjenta, jeżeli postawa (decyzja) ratownika nie narusza *in casu* zasad prawa i reguł etycznych (art. 6 Kodeksu etyki zawodowej ratownika medycznego)<sup>39</sup>. Istotny walor prewencyjny, powstrzymujący od decyzji pochopnych i nakazujący wnikliwe rozważenie oraz ocenę okoliczności konkretnego przypadku, mają także przepisy o odpowiedzialności karnej, a zwłaszcza cywilnej za wyrządzoną w związku z odmową szkodę<sup>40</sup>.

Z żądaniem uzasadnienia potrzeby wykonania zlecenia lekarskiego pielęgniarka i położna może występować wówczas, gdy w konkretnych okolicznościach pojawiają się uzasadnione wątpliwości odnośnie do celowości czy poprawności merytorycznej podjętej przez lekarza decyzji, np. rodzaju przeznaczonych do podania leków lub/i ich dawek, zastosowania określonej metody terapii itd. (art. 15 ust. 3 u.z.p.p., art. 22 ust. 4 dawnej ustawy z 1996 r.)<sup>41</sup>. Lekarz ma obowiązek takiemu żądaniu uczynić zadość w odpowiednim czasie (wyznaczonym istotą zleconych czynności i stanem chorego) i niezależnie od tego, czy wątpliwości wykonawcy zlecenia są niewielkie, czy mają charakter poważny. Do czasu uzyskania wyjaśnień zasadne jest, jeśli stan pacjenta na to pozwala, powstrzymanie się od podjęcia czynności, ponieważ konsekwencje wykonania zlecenia błędnego, wyrządzającemu choremu szkodę mogą być poważne i prowadzić do powstania odpowiedzialności cywilnej, a nawet karnej. Nietrafny i nieaktualny – z uwagi na brzmienie ustawy z 2011 r. – wydaje się zgłoszony w połowie lat 90. XX w. pogląd, iż lekarz nie ma obowiązku wyjaśniania potrzeby wykonania zlecenia, a ewentualne odpowiedzi na pytania personelu medycznego są je-

---

<sup>39</sup> Kodeks etyki zawodowej ratownika medycznego (dalej - k.e.z.r.m.) został przyjęty w dniu 11–12 października 2013 r. na I Ogólnopolskim Kongresie Ratowników Medycznych w Krakowie. Treść Kodeksu: <http://docplayer.pl/898508-Kodeks-etyki-zawodowej-ratownika-medycznego-przyjety-na-i-ogolnopolskim-kongresie-ratownikow-medycznych-krakow-11-12-pazdziernika-2013-r.html> (dostęp: 23.01.2018 r.).

<sup>40</sup> Zob. także art. 16 k.e.z.r.m. stanowiący, iż ratownik medyczny ponosi osobistą odpowiedzialność za swoje działania.

<sup>41</sup> D. Karkowska, *Status zawodowy*, s. 12.

dynie kwestią swobodnego wyboru (decyzji) lekarza i wyrazem jego życzliwości oraz szacunku dla osoby zadającej pytanie<sup>42</sup>.

Oba uprawnienia – do odmowy i żądania uzasadnienia wykonania zlecenia lekarskiego – wyłączają automatyzm postępowania pielęgniarki, położnej oraz ratownika medycznego i skłaniają do dokonywania w procesie leczenia samodzielnej i niezależnej oceny każdego przypadku w oparciu o posiadaną wiedzę, umiejętności i doświadczenie zawodowe. Zadaniem przedstawicieli każdej z profesji nie jest zatem „bezrefleksyjne” wykonywanie działań zleconych, a także (a może tym bardziej) własnych w sferze przyznanej ustawą samodzielności, lecz osobisty, wspomniany już intelektualny wkład i zaangażowanie merytoryczne w każdej sytuacji, w której w grę wchodzi kontakt z pacjentem<sup>43</sup>. Na gruncie aktualnie obowiązujących przepisów pielęgniarka, położna i ratownik medyczny stają się tym samym partnerami merytorycznymi lekarzy w podejmowaniu decyzji i nie są już (nie powinni być) traktowani jak pomocniczy personel medyczny.

Żądanie uzasadnienia wykonania zlecenia, a zwłaszcza odmowa czy odstępnie od jego wykonania powinno być świadome i poprzedzone gruntowną analizą konkretnego przypadku, dokonaną nie tylko w oparciu o wskazania aktualnej wiedzy medycznej, ale również informacje dotyczące stanu zdrowia pacjenta. Ustawodawca, mając na uwadze tę okoliczność (jak również wspomniany już fakt, iż wykonanie zlecenia błędnego, wyrządzającemu choremu szkodę, może skutkować odpowiedzialnością), zapewnia pielęgniarce i położnej, a od 2015 r. także ratownikowi medycznemu dostęp do wiedzy o stanie zdrowia pacjenta w zakresie niezbędnym do udzielanych świadczeń zdrowotnych. Przedstawicielom każdego z zawodów przyznano uprawnienie zarówno do wglądu w dokumentację medyczną, jak i do uzyskania od lekarza (a w przypadku ratownika – także od innych osób: pielęgniarek i położnych oraz felczerów) informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych metodach diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych i dających się przewidzieć następstwach podejmowanych działań (art. 13 u.z.p.p.,

---

<sup>42</sup> S. Olejnik, *Etyka lekarska*, Katowice 1994, s. 133.

<sup>43</sup> Ł. Chmurski, op.cit. Por. R. Rutka, op.cit., s. 42–43.

art. 11 ust. 5 u.p.r.m.). Różnica wyraża się jedynie w zakresie możliwych do pozyskania informacji, które w przypadku pielęgniarki i położnej powinny być pełne (wyczerpujące). Lekarz, zobowiązany przepisami, ma obowiązek uczynić zadość ewentualnym żądaniom dostępu do wiedzy o chorym w zakresie niezbędnym do udzielnych przez dany podmiot świadczeń zdrowotnych.

Uwzględnienie możliwości dostępu do informacji o stanie zdrowia pacjenta jest znaczące zwłaszcza w przypadku ratownika medycznego. Rozwiązanie to nie tylko zrównuje jego status i pozycję zawodową z pozycją pielęgniarki i położnej. Brak wiedzy o chorym może w praktyce stwarzać dla ratownika niekorzystne, niebezpieczne, a nawet – jak wskazują niektórzy autorzy – absurdalne sytuacje z punktu widzenia istoty zawodu i charakteru czynności ratunkowych. Do prawidłowego rozpoznania stanu zagrożenia życia i zdrowia niejednokrotnie konieczne jest pozyskanie informacji o aktualnych czy przebytych przez pacjenta schorzeniach, przebiegu dotychczasowego leczenia, zażywanych lekach itp. Ponadto możliwość uzyskania wiedzy o chorym w zakresie, w jakim jest to niezbędne do wykonywania czynności ratunkowych, ma praktyczne znaczenie m.in. przy podejmowaniu decyzji przez zespół podstawowy transportu międzyszpitalnego<sup>44</sup>.

### 3. Konkluzje

Analiza kolejnych ustaw odnoszących się do zawodów pielęgniarki, położnej i ratownika medycznego dowodzi, że legislator nie tylko podtrzymuje przyjęte wcześniej założenia, akcentując w kolejnych nowelizacjach samodzielny charakter każdej z wymienionych profesji, ale także stopniowo poszerza kompetencje pielęgniarek, położnych i ratowników oraz sferę ich decyzyjności w zakresie czynności zawodu. W literaturze trafnie podkreśla się, że trwający od kilku lat proces usamodzielniania zawodów prawdopodobnie będzie postępował w kierunku dalszej autonomizacji. Dokonujący się postęp nauk medycznych, wzrost kwalifikacji, potrzeby praktyki implikują bowiem

---

<sup>44</sup> M. Mikos, G. Juszczak, A. Czerw, op.cit., s. 314.

konieczność przekazania określonych zadań i kompetencji (zawartych dotychczas dla lekarzy) przedstawicielom innych zawodów medycznych, uznawanych dotychczas za personel pomocniczy<sup>45</sup>.

Autonomizacja zawodów ma istotne znaczenie także z socjologicznego punktu widzenia, ponieważ jak się podkreśla w literaturze, stanowi jeden z najważniejszych czynników rozwoju zawodowego oraz najistotniejsze źródło motywacji do pracy. Ograniczenie samodzielności lub jej eliminacja wywiera natomiast skutek demobilizujący w postaci zmniejszenia zaangażowania w pracę zawodową<sup>46</sup>. Nadto wyraźny zapis o autonomii i regulacje dające wyraz zasadzie samodzielności zawodowej niewątpliwie sprzyjają kształtowaniu się pożądanych, prawidłowych relacji między lekarzami a pielęgniarkami oraz sprawowaniu komplementarnej opieki nad pacjentami<sup>47</sup>. Wyznaczenie zakresu świadczeń wykonywanych samodzielnie przez pielęgniarki, położne i ratowników medycznych może również prowadzić do zmniejszenia potencjalnych obszarów konfliktów między tymi podmiotami a lekarzami<sup>48</sup>.

## STRESZCZENIE

### Samodzielność zawodowa pielęgniarki, położnej i ratownika medycznego

Dokonujący się postęp nauk medycznych, wzrost kwalifikacji personelu medycznego oraz coraz dalej idące potrzeby zdrowotne społeczeństwa powodują, że konieczne staje się przekazanie zadań i kompetencji przedstawicielom innych zawodów medycznych. Pielęgniarki i położne oraz ratownicy medyczni, uznawani dotychczas za tzw. personel pomocniczy, nabywają coraz szersze uprawnienia w sferze czynności zawodu, powierzane dotychczas wyłącznie lekarzom, i stają się ich merytorycznymi partnerami

---

<sup>45</sup> Zob. Ł. Chmurski, op.cit.

<sup>46</sup> J. Glińska, A. Nowak, B. Brosowska, M. Lewandowska, *Analiza poziomu świadomości pielęgniarek w zakresie autonomii zawodowej*, [https://journals.viamedica.pl/problemy\\_pielęgniarstwa/article/viewFile/23239/18465](https://journals.viamedica.pl/problemy_pielęgniarstwa/article/viewFile/23239/18465) (dostęp: 19.01.2018 r.).

<sup>47</sup> B. Świątek, op.cit., s. 16–17.

<sup>48</sup> R. Michalska-Badziak, op.cit., s. 7.

w procesie terapii. O autonomizacji świadczą kolejne wersje regulujących wykonywanie zawodów pielęgniarki i położnej oraz ratownika medycznego ustaw, których analiza pozostaje niezbędna z punktu widzenia należytego funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, harmonijnej współpracy środowisk medycznych, a także dobra pacjenta.

**Słowa kluczowe:** pielęgniarka; położna, ratownik medyczny; autonomia zawodowa; świadczenie zdrowotne; czynności wykonywane samodzielnie; czynności ratunkowe; zlecenie lekarskie; stosunek podwładności; należyta staranność

### SUMMARY

Professional autonomy of nurses, obstetricians and emergency medical workers

The progress in medical sciences, improving qualifications of medical personnel and a growing need for health services in the society require that the competences are to be transferred to other medical professions. Nurses, midwives and emergency medical workers, who have so far been considered as auxiliary staff, are acquiring more and more qualifications which have previously been entrusted to physicians, and they are assuming the role of partners to physicians in the field of diagnosis and therapy. The latest regulations concerning the pursuit of the profession of a nurse, midwife and emergency medical worker seem to confirm this tendency. Thus, the analysis of the new rules is essential from the point of view of preserving proper relations between doctors and other medical personnel, appropriate functioning of the health care system and the patients' wellbeing.

**Keywords:** health care activities; treatment, professional autonomy; nurse; obstetrician, emergency medical worker (paramedic); emergency medical services; medical order; subordinate relationship; due diligence

### BIBLIOGRAFIA

- Bączyk-Rozwadowska K., *Odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone przy leczeniu*, Toruń 2013.
- Jończyk J., *Odpowiedzialność personelu medycznego według Kodeksu Pracy*, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 5.

- Karkowska D., *Prawo medyczne dla pielęgniarek*, Warszawa 2013.
- Karkowska D., *Status zawodowy położnej. Zarys problemu*, Warszawa 2007.
- Kubot Z., *Prawne formy wykonywania pracy i usług przez pielęgniarki oraz położne*, „Prawo i Medycyna” 2001, nr 9.
- Marcinowicz L., Zarzycka D., Fejfer-Wirbał E., Foley M., *Funkcje i obowiązki pielęgniarki w opinii studentów medycyny i studentów pielęgniarstwa wybranych uczelni w Polsce*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2012, nr 20.
- Michalska-Badziak R., *Wokół nowej ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej*, „Antidotum” 1996, nr 11–12.
- Nesterowicz M., *Prawo medyczne*, Toruń 2016.
- Rutka R., *Organizacja zakładu opieki zdrowotnej*, w: *Nowoczesne zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej. Podręcznik dla studentów studiów podyplomowych*, red. B. Nogalski, J.M. Rybicki, Toruń 2002.
- Świątek B., *Lekarz i pielęgniarka – ich wzajemne relacje w świetle obowiązujących przepisów*, „Przewodnik Lekarza” 2000, nr 5.
- Zielińska E., *Wzajemne relacje w zespołowym działaniu medycznym w aspekcie odpowiedzialności karnej i zawodowej*, „Prawo i Medycyna” 2001, nr 9.

