

Klauzula sumienia a samodzielność wykonywania zawodu pielęgniarki – refleksja prawna

The conscience clause and the independence of the nurse profession: Legal reflection

Agnieszka Sienko^{A–F}

Zakład Medycznych Nauk Społecznych, Katedra Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Wrocław

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych, D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, ISSN 2082-9876 (print), ISSN 2451-1870 (online)

Piel Zdr Publ. 2018;8(4):319–323

Adres do korespondencji

Agnieszka Sienko
e-mail: kancelaria.sienko@gmail.com

Zewnętrzne źródła finansowania

Brak

Konflikt interesów

Nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 4.12.2018 r.
Po recenzji: 6.12.2018 r.
Zaakceptowano do druku: 7.12.2018 r.

Streszczenie

Zawód pielęgniarki i położnej jest zawodem samodzielnym. Samodzielność polega na osobistej odpowiedzialności za podejmowane czynności zawodowe. Dotyczy to także odpowiedzialności za decyzje podejmowane w ramach wykonywania zawodu. Przykładem takiej decyzji może być odwołanie się do „klauzuli sumienia”. Brak prawnej definicji sumienia staje się powodem kłopotów z oceną prawną działań pielęgniarek i położnych. Normy prawne opisujące zasady wykonywania zawodu wyznaczają granice bezpieczeństwa. Bezpieczeństwo wykonywania zawodu oznacza, że w razie niewystąpienia oczekiwanego efektu czynności zawodowych wykonanych przez pielęgniarkę czy położną nie zostanie na nią nałożona żadna sankcja czy wręcz kara. Dlatego w razie wątpliwości co do treści czy uzasadnienia ordynacji lekarskiej pielęgniarka lub położna ma prawo zażądać pisemnego uzasadnienia zlecenia przez lekarza. W razie potrzeby procedurę taką można ocenić i ustalić, czy pielęgniarka wykonała wszystkie obowiązki. Odmiennie sytuacja prawna kształtuje się w przypadku odmowy wykonania zlecenia lub czynności medycznej z powodu określonego w ustawie jako „klauzula sumienia”. Okazuje się, że definicja sumienia jest nierozdzielnie związana z indywidualnym i subiektywnym systemem wartości. Ten zaś nie może być poddany weryfikacji w kategoriach spełniania przesłanki prawnej.

Słowa kluczowe: położna, pielęgniarka, odpowiedzialność, klauzula sumienia, zawód samodzielny

Cytowanie

Sienko A. Klauzula sumienia a samodzielność wykonywania zawodu pielęgniarki – refleksja prawna. *Piel Zdr Publ.* 2018;8(4):319–323. doi:10.17219/pzp/100563

DOI

10.17219/pzp/100563

Copyright

© 2018 by Wrocław Medical University
This is an article distributed under the terms of the
Creative Commons Attribution Non-Commercial License
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Abstract

The profession of nurse and midwife is independent; this independence consists of personal responsibility for professional activities. This also applies to the responsibility for professional decisions. Invoking the conscience clause may be an example of such decision. The lack of a definition of the term "conscience" becomes a reason for problems with the legal assessment of the nurse's or midwife's actions. Legal standards describing the code of conduct set the legal safety limits. Legal safety at work means that if the desired effect of medical activity is not achieved, no sanction or punishment will be imposed on the nurse or midwife. Therefore, in case of doubts about the content or justification of the medical regulations, the nurse or midwife has the right to request a written justification of the order from the doctor. If necessary, procedure in question can be assessed and it can be determined whether the nurse has performed all duties. The legal situation is different in case of refusal to execute an order or medical action because of the conscience clause defined in the act. It turns out that the definition of conscience is inextricably linked to the individual and subjective value system. The latter cannot be verified in terms of meeting the legal condition.

Key words: midwife, responsibility, nurse, conscience clause, independent profession

Zawody medyczne są, zgodnie z postanowieniami własnych ustaw korporacyjnych (np. *Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry*, *Ustawy o zawodzie fizjoterapeuty*), zawodami samodzielnymi. Nie inaczej jest w odniesieniu do zawodów pielęgniarki i położnej – zgodnie z art. 2 *Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej*.¹ Pojęcie samodzielności zawodowej jest powszechnie stosowane i intuicyjnie uznawane za synonim zdolności samodzielnego decydowania. Słuszne jest spostrzeżenie, że poprzednie zdanie jest niedokończone. Istota problemu sprowadza się bowiem – w ocenie autorki – do określenia zakresu czy granic owej samodzielności decyzyjnej. Co więcej, warto rozważyć, czy pojęcie samodzielności zawodowej faktycznie oznacza brak ingerencji jakiegokolwiek innej osoby w proces podejmowania decyzji. W pracy szczególnie zaakcentowano też jeden z elementów szerokiego wachlarza kompetencji zawodowych pielęgniarek i położnych, a mianowicie realizację zleceń lekarskich. Dopiero na tym tle możliwe jest odniesienie się i skomentowanie od strony formalnej instytucji omówionej w art. 12 ust. 2 *Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej*, nazywanej potocznie „klauzulą sumienia”.¹

Sporo uwagi pojęciu i zakresowi samodzielności zawodowej w zawodach pielęgniarki i położnej poświęcają autorzy opracowania *Prawo medyczne dla pielęgniarek*. Według Karkowskiej i Włodarczyka problem samodzielności zawodowej należy rozważać w co najmniej 4 aspektach. Pierwszy traktuje samodzielność zawodową pielęgniarek i położnych jako formalne uprawnienie do podejmowania samodzielnych działań medycznych. Cechą tego ujęcia jest także wskazanie swego rodzaju wyjątków w obrębie owej samodzielności czy wręcz ograniczeń w niej. Ograniczenia, o których tutaj mowa, nie są czysto formalnej natury. Mają charakter wyłącznie kompetencyjny. Według cytowanych autorów granice kompetencji przebiegają w obszarze leżącym w kompetencjach przedstawiciela innego zawodu medycznego.² Z powołaniem się na orzecznictwo twórcy opracowania wskazują na szczególną pozycję lekarza w zespole terapeutycznym, która nadaje mu uprawnienia nadzorcze nad postępowaniem pielęgniarki lub położnej.³ Autorka bieżącego opracowania poglądu tego nie podziela – o czym w dalszej części pracy.

Zgodnie z drugim ujęciem samodzielność zawodowa pielęgniarki lub położnej wiąże się z niezależnością. W ocenie autorki niniejszego opracowania takie stwierdzenie jest niefortunne z uwagi na to, że zdaje się wykluczać właściwości wykonywania zawodu jako takiego. Jak bowiem pogodzić niezależność, którą niektórzy utożsamiają z pojęciem samodzielności, wynikającą z wykonywania zawodu na podstawie stosunku pracy? Wszak stosunek pracy, jak wynika z art. 22 *Kodeksu pracy*, nierozdzielnie wiąże się z podległością i wykonywaniem pracy pod kierownictwem pracodawcy.⁴ W ocenie autorki z takiego rozumienia podporządkowania nie można wywieść tezy o ograniczaniu samodzielności zawodowej.

Trzecie ujęcie zasada się na realizacji praw pacjenta i samodzielnym kształtowaniu, z uwzględnieniem zakresu kompetencyjnego, relacji z pacjentem.⁵ Zgodnie z czwartą perspektywą opisywaną przez Karkowską i Włodarczyka ograniczenie samodzielności zawodu może wynikać z przypisania określonym podmiotom na zewnątrz uprawnień o charakterze nadzoru, porządkowania organizacyjnego, czy wreszcie określenia formalnego wymaganych kwalifikacji.²

Autorzy wyżej wspomnianego opracowania w toku rozważań nad charakterem samodzielności zawodu pielęgniarki i położnej zwykle odwołują się do wymienionych w – odpowiednio – art. 4 i art. 5 *Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej* kompetencji. Należy wskazać, że powołane regulacje określają dość szczegółowo, w otwartym katalogu, na czym polega wykonywanie zawodu pielęgniarki i położnej. Ujęte w przytaczanych przepisach kompetencje każdego z omawianych zawodów są pogrupowane w 2 kategorie. Pierwsza z nich – w obu przypadkach, tj. w art. 4 w odniesieniu do zawodu pielęgniarki i w art. 5 w odniesieniu do zawodu położnej – obejmuje kompetencje o charakterze ścisłym, profesjonalnym. Obie wskazane grupy obejmują kompetencje charakterystyczne dla pracy w obrębie zespołu terapeutycznego. Gwoli rzetelności godzi się wskazać, że druga kategoria aktywności, które są uznawane za wykonywanie zawodu pielęgniarki, to działania o charakterze naukowym, dydaktycznym, nadzorczym, zarządczym i samorządowym. Znaczenie takiego ukształtowania kompetencji zawodowych pielę-

gniarki i położnej staje się szczególnie istotne w kontekście art. 26 *Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej*. Na marginesie tylko autorzy odwołują się do orzecznictwa, w oparciu o które można postawić tezę o potrzebie ściślego traktowania niemedycejskich kompetencji pielęgniarki i położnej, które z kolei mają służyć zachowaniu prawa wykonywania zawodu mimo nieudzielania świadczeń zdrowotnych.⁶

W pierwszej kategorii uprawnień, tych o charakterze medycznym, specyficznych dla udziału pielęgniarki i położnej w zespole terapeutycznym, uwagę zwraca realizacja zleceń lekarskich. To właśnie ta kompetencja jawi się jako szczególnie wdzięczne tło do rozważań na temat samodzielności zawodu pielęgniarki i położnej. Warto zadać sobie pytanie o prawny i faktyczny charakter zlecenia lekarskiego. Czym jest zlecenie lekarskie? Obserwacje autorki na podstawie pytań zadawanych podczas wykładów w ramach kursów specjalizacyjnych, kwalifikacyjnych i specjalistycznych oraz szkoleń zawodowych dla pielęgniarek i położnych pozwalają wyciągnąć wnioski, że zlecenie lekarskie bywa uznawane za polecenie służbowe. Podobny charakter zdaje się przypisywać zleceniu lekarskiemu orzecznictwo. Cytowany już wyrok Sądu Najwyższego przypisuje lekarzowi rolę nadzorcą nad zawodem pielęgniarki lub położnej.³ Podobne stanowisko prezentuje Karkowska, opisując zlecenie lekarskie jako element procesu terapeutycznego. Wskazuje ona także, że lekarz pełni szczególną funkcję w zespole terapeutycznym.⁷ Autorka tego artykułu w pełni podziela te oceny. Funkcja lekarza w zespole terapeutycznym jest funkcją nadrzędną. W ocenie autorki fortunniejszym określeniem byłoby wskazanie, że lekarz zarządza procesem terapeutycznym. Taka konstatacja znajduje uzasadnienie choćby w art. 2 *Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyści*, zgodnie z którym kompetencje lekarza obejmują uprawnienie do rozpoznawania i leczenia chorób.⁸ Pielęgniarki nie mają kompetencji w zakresie samodzielnego rozpoznawania chorób. Drugim argumentem przemawiającym za tą specyficzną rolą lekarza w zespole terapeutycznym jest fakt, że to na lekarzach spoczywa obowiązek uzyskania zgody pacjenta na leczenie w określony sposób.⁹

Na podstawie dotychczasowych rozważań uzasadnione wydaje się stwierdzenie, że zlecenie lekarskie jest nie tyle poleceniem, ile prośbą o wykonanie konkretnej czynności wobec jej niezbędności dla procesu terapeutycznego „zaprojektowanego” przez lekarza – zresztą zgodnie z jego kompetencjami. W tym miejscu warto ponowić pytanie o charakter zlecenia lekarskiego. Zawód lekarza można porównać z zawodem architekta. Architekt opracowuje projekt budynku, który następnie oddaje branżystom (specjaliście konstruktorowi, montażystom instalacji elektrycznych, specjalistom instalacji wodno-kanalizacyjnych, gazowych itp.). Już samo przywołanie tego porównania pozwala na stwierdzenie, że mimo iż specjaliści pracują zgodnie z wytycznymi architekta, każdy wykonuje swoje zadanie „na własny rachunek” i zgodnie

z właściwymi swojej specjalności zasadami sztuki budowlanej. Nie inaczej jest w przypadku realizacji zlecenia lekarskiego z uwzględnieniem samodzielności zawodów pielęgniarki i położnej. Lekarz wskazuje, co należy wykonać, ale wybór metody postępowania, przygotowanie i sama realizacja zlecenia lekarskiego jest objęta samodzielnością zawodową i wiąże się bezpośrednio z osobistą odpowiedzialnością za wykonywane czynności zawodowe.¹⁰ Odpowiedzialność zawodowa stoi także u podstaw możliwości odmowy wykonania zlecenia lekarskiego oraz ewentualnej dyskusji z treścią zlecenia.

Zgodnie z art. 15 *Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej* pielęgniarka i położna wykonują zlecenia lekarskie zapisane w dokumentacji medycznej. Sama redakcja przepisu i użycie formy zdania oznajmującego formułuje zobowiązanie pielęgniarki i położnej do wykonania zlecenia lekarskiego. Skoro tak, to wszelkie zwolnienia z tego obowiązku stanowią wyjątki i jako takie muszą być interpretowane wąsko. Rodzi się w tym miejscu pytanie o sens samego zapisu art. 15 ust. 1 *Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej*. W ocenie autorki dokonanej na podstawie analizy przepisów ustawy omawiane regulacje mają bezpośrednie przełożenie na odpowiedzialność zawodową. Zgodnie z art. 36 *Ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych* „członkowie samorządu podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki zawodowej lub przepisów dotyczących wykonywania zawodu, zwane dalej »przewinieniem zawodowym«”.¹¹ Według art. 415 *Kodeksu cywilnego* „kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia”.¹² Powołane cytaty mają uzmysłowić, że podczas wykonywania obowiązków służbowych, zwłaszcza w zawodach pielęgniarki lub położnej, które są zawodami samodzielnymi, trzeba postępować zgodnie z ustalonymi regułami. Ich przestrzeganie nigdy nie doprowadzi bowiem do przypisania profesjonalście naruszenia reguł ostrożności lub staranności, a w konsekwencji odpowiedzialności za ewentualną szkodę, ponieważ zasadą w ocenie tzw. szkód medycznych jest ustalenie bezprawności lub co najmniej naruszenia reguł prawidłowego postępowania.

Zlecenie lekarskie nie jest bezwzględny poleceniem, któremu nie można się przeciwstawić. Ze zleceniem wolno podjąć dyskusję. W przypadku, gdy pielęgniarka lub położna ma wątpliwości co do treści (by nie rzec wręcz: co do poprawności) zlecenia, ma prawo zwrócić się o jego pisemne uzasadnienie. Takie uprawnienie wynika wprost z treści art. 15 ust. 3 *Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej*, który stanowi, że w przypadku uzasadnionych wątpliwości pielęgniarka i położna mają prawo domagać się od lekarza, który wydał zlecenie, by uzasadnił potrzebę jego wykonania. Można wręcz stwierdzić, że ponowne pisemne wydanie zlecenia wraz z uzasadnieniem wiąże pielęgniarkę. Naturalnie nie można wykluczyć szczególnych przypadków, jak nawet zaburzenia psychiczne, działanie pod wpływem środków odurzających lub silne wzburzenie, możliwość rozpoznania którego może zostać

pielęgniarkę przypisana. Ale są to sytuacje wyjątkowe. Warto w tym miejscu odpowiedzieć, że zgodnie z sekcją III ust. 3 *Kodeksu etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej* pielęgniarki i położne mają obowiązek służenia sobie wzajemnie pomocą.¹³ Jeżeli więc pielęgniarka lub położna napotka na problem wykraczający poza przewidziane przepisami granice, ma prawo zwrócić się o pomoc do koleżanki, przełożonej, naczelnej pielęgniarki czy wreszcie do lekarza. Nie budzi wątpliwości tryb postępowania w przypadku art. 12 ust. 2 *Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej* w zakresie wyznaczonym brakiem kwalifikacji. Otóż pielęgniarka i położna mogą odmówić wykonania zlecenia lekarskiego oraz wykonania innego świadczenia zdrowotnego niezgodnego z posiadanymi kwalifikacjami. Na przykład pielęgniarka nie może nikogo zaszczepić, jeśli nie ukończyła odpowiedniego kursu. I taką okoliczność można „systemem zero-jedynkowym” zweryfikować: pielęgniarka ukończyła kurs albo nie. Tym samym jej ewentualna odmowa jest lub nie jest działaniem bezprawnym. W tym kontekście autorka czuje ogromny niedosyt w związku z treścią tzw. „klauzuli sumienia”. Rozważania dotyczyć będą wyłącznie warstwy formalnej regulacji art. 15 ust. 2 *Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej* w zakresie, w którym odnosi się on do prawa do powołania się na własne sumienie.

Zgodnie z art. 15 ust. 2 *Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej* pielęgniarka i położna mogą odmówić wykonania zlecenia lekarskiego oraz innego świadczenia zdrowotnego niezgodnego z ich sumieniem. Pielęgniarka ma jednocześnie obowiązek podać niezwłocznie przyczynę odmowy na piśmie przełożonemu lub osobie zlecającej, chyba że zachodzą okoliczności, w których zwłoka w udzieleniu pomocy mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego. W tym ukształtowaniu instytucji „klauzuli sumienia” autorka tego opracowania dostrzega szereg luk legislacyjnych. Te zaś mogą skutkować procesami o naprawienie szkody będącej następstwem skorzystania z „klauzuli sumienia”. Polegając na ogromnym podobieństwie lekarskiej „klauzuli sumienia” do pielęgniarskiej i położniczej, autorka podeprze się spostrzeżeniem zawartym w komentarzu do *Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry*.¹⁴ Zielińska, komentując art. 39 tej ustawy (lekarską „klauzulę sumienia”), wskazuje na postulat zapewnienia integralności moralnej lekarza. Z czystym – *nomen omen* – sumieniem można taki postulat odnieść także do zawodów pielęgniarki i położnej. Przy takim założeniu należy mieć na uwadze fakt, że gdyby „klauzula sumienia” nie była ograniczona przypadkami zagrożenia zdrowotnego, a więc tym bardziej możliwością zgonu pacjenta, to mogłaby prowadzić do stanu, w którym pacjent nie uzyska świadczenia, do którego ma prawo, albo wcale, albo we właściwym czasie. Bardzo wrażliwym obszarem jest jednak także samo sumienie. Warto przytoczyć obszerniejszy fragment opracowania Zielińskiej: „Przepis [...] wyznacza ramy uprawnienia lekarza do działania zgodnego ze swoim sumieniem, co

sprawia, że sumienie lekarza w polskim systemie prawa jest nie tylko kategorią etyczną, lecz także – jak to określa L. Kubicki – kategorią prawną. Wolność sumienia (i religii) gwarantuje każdemu art. 53 Konstytucji RP, nie precyzując, w czym może się ona wyrażać. Działanie jest niezgodne z sumieniem wtedy, gdy pozostaje w konflikcie z przekonaniami wypływającymi z określonego światopoglądu, wierzeń religijnych czy wyznawanych zasad moralnych. Motywacja etyczna lekarza jest suwerenna w tym sensie, że nie podlega sprawdzaniu i ocenie”. Na czoło wysuwa się więc ta cecha sumienia, która czyni je całkowicie subiektywnym i w związku z tym nieweryfikowalnym.

Zasadne wydaje się podjęcie przynajmniej próby ustalenia, czym sumienie jest, bo to, że nie stanowi kategorii formalnej, jest oczywiste. W porządku prawnym nie istnieje bowiem żadna prawna definicja pojęcia „sumienie”. W takim wypadku, zgodnie z wykładnią prawa, należy sięgać do definicji słownikowych lub encyklopedycznych. I tak słownikowa definicja terminu „sumienie” wiąże je ze zdolnością pozwalającą ocenić „odpowiednio własne postępowanie i jednocześnie ze świadomością odpowiedzialności moralnej za swoje czyny”.¹⁵ Encyklopedyczna definicja z kolei określa sumienie jako „pojęcie z zakresu moralistyki, etyki i teologii moralnej (o bardzo szerokim znaczeniu), rozumiane zazwyczaj jako: wewnętrzna instancja orzekania moralnego, indywidualne rozeznanie dobra i zła, zinterioryzowane wartości uznane przez jednostkę, a wyznawane przez grupę społeczną”.¹⁶ Już na tym etapie próby definicji pojawia się teza, o tym, że sumienie jest szczególnym narzędziem do oceny postępowania, ale narzędziem zindywidualizowanym. Zielińska stwierdza, że jest to element ze sfery głębokiej prywatności czy wręcz intymności każdego człowieka, ze swej natury niepoddający się weryfikacji. Można bowiem sformułować pytanie o to, czy seryjny zabójca ma sumienie – oczywiście, że ma. Ponad wszelką wątpliwość jest to sumienie powszechnie nieakceptowane, ale jest. Wracając więc na grunt przepisu art. 15 ust. 2 *Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej*, warto rozważyć, czy zawarta tam norma uprawniająca do niewykonania czynności medycznej lub odmowy wykonania zlecenia lekarskiego powinna uwzględniać i takie „nieakceptowalne sumienia”. Można postawić tezę, że odpowiedź na tak sformułowane pytanie będzie negatywna. I, naturalnie, na gruncie filozofii, psychologii czy nawet teologii wszelkie dyskusje na ten temat byłyby uzasadnione i nawet ciekawe. W tym opracowaniu jednak jest mowa o przepisie prawa; o zdarzeniach, które powinno się dać bez większego trudu ocenić w kategorii: zgodne albo niezgodne z prawem. W ujęciu wynikającym z języka zastosowanego przez ustawodawcę w zasadzie każde zachowanie, nawet takie, które może zostać uznane za moralnie naganne, o ile tylko będzie sklasyfikowane przez sam podmiot jako wynikające z jego sumienia, musiałyby być uznane za działanie zgodne z prawem. Z pewnością nie taka była intencja ustawodawcy.

Kolejnym kłopotem formalnym jest brak wzorca „dobrego sumienia”. Na podstawie definicji terminu ‘sumienie’ można stwierdzić, że istnieją wzorce sumienia, ale w odniesieniu do każdego kręgu kulturowego, religijnego czy światopoglądowego są one odmienne. Po drugie, sumienie nie jest wartością stałą i niezmienną. Może podlegać modyfikacji, np. wskutek zdobywania doświadczenia życiowego, zmiany religii czy nawrócenia. Jak można bez trudu zauważyć, są to pojęcia z obszaru etyki, religii, wreszcie moralności rozumianej jako indywidualny zespół norm postępowania. W tym kontekście nie można wykluczyć, że zainteresowany może modyfikować wzorce w zależności od okoliczności. Jak w takim wypadku ocenić konkretne postępowanie polegające na powstrzymaniu się od wykonania świadczenia zdrowotnego, jeżeli pielęgniarka powoła się na „klauzulę sumienia”? Czy jej obowiązkiem jest dokładne wskazanie, jaki wyznaje system moralny? Dla poprawności formalnej taki obowiązek powinien na pielęgniarcę spoczywać. Na przeciwnym biegunie leży jednak inna wartość chroniona prawem: religia i przekonania konkretnej pielęgniarki. Wyznanie czy preferowany system wartości podlegają ochronie prawa i to w kategorii danych tzw. wrażliwych.¹⁷ *Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych* zabrania przetwarzania danych dotyczących przekonań religijnych lub światopoglądowych, a zatem stworzenie rejestru przekonań, które ewentualnie mogłyby być podstawą ewentualnych późniejszych odwołań do „klauzuli sumienia”, jest wykluczone.¹⁶ Oczywiście, realizując postulat rzetelności, należy wspomnieć o listach lekarzy, którzy podpisali tzw. „deklarację wiary”. Są to jednak rejestry utworzone za zgodą tych lekarzy. Ponadto „deklaracja wiary” nie jest tożsama ze skorzystaniem z „klauzuli sumienia”, lecz stanowi zapowiedź tego, czego pacjent może się spodziewać w gabinecie konkretnego lekarza. Taka deklaracja nie ma jednak żadnego znaczenia formalnego.

Trudno w tym miejscu ustalić, czy możliwość powołania się na „klauzulę sumienia” jest właściwością samodzielności zawodu. Trudno też uznać, że uregulowanie „klauzuli sumienia” stwarza dla pielęgniarki czy położnej, która zamierza z takiej klauzuli korzystać, komfort prawny. Unormowanie art. 15 ust. 2 *Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej* jest w ocenie autorki dalekie od poprawności legislacyjnej. Ramy prawne wykonywania zawodu, a szczególnie zawodu samodzielnego, powinny wyznaczać granice, w których osoba wykonująca taki zawód jest bezpieczny; granice, za którymi jest on chroniony przed przypisaniem mu odpowiedzialności prawnej za naruszenie reguł wykonywania zawodu. Przy takim jak obecnie istniejącym zakreśleniu granic „klauzuli sumienia” trudno ocenić tę regulację jako zapewniającą bezpieczeństwo. Zaleceniem na gruncie obecnie obowiązującego prawa wydaje się wskazanie potrzeby ujawnienia swojej prywatności w dokumentacji medycznej i uzasadnienie

odmowy wykonania czynności odwołaniem się do konkretnych przekonań religijnych czy światopoglądowych – ze świadomością, że mogą one być poddane ocenie w toku postępowania sądowego.

ORCID ID

Agnieszka Sieńko  <https://orcid.org/0000-0002-7585-097X>

Piśmiennictwo

1. Ustawa z 15.07.2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, DzU z 2018 r., poz 123.
2. Karkowska D, Włodarczyk WC. *Prawo medyczne dla pielęgniarek*. Warszawa, Polska: Wolters Kluwer; 2013.
3. Wyrok Sądu Najwyższego z 27.03.2000 r. I PKN 150/99, OSNPC 2001, nr 16, poz 505.
4. Ustawa z 26.06.1974 r. – Kodeks pracy. DzU z 2018 r., poz 917.
5. Ustawa z 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. DzU z 2017 r., poz 1318.
6. Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z 9.04.2015 r. VII Pa 63/15, LEX nr 2126219.
7. Karkowska D. *Zawody medyczne*. Warszawa, Polska: Wolters Kluwer; 2012.
8. Ustawa z 5.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty. DzU z 2018 r., poz 617.
9. Wyrok Sądu Najwyższego z 10.12.2004 r. II CK 303/2004, OSP 2005, nr 11, poz 131.
10. Fiutak A, Podleśny T, Kozik M, Szczurba P, Zblewska-Wrońska K. *Odpowiedzialność prawna pracowników medycznych*. Warszawa, Polska: CH Beck; 2013:55–83.
11. Ustawa z 1.07.2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych. DzU z 2018 r., poz 916.
12. Ustawa z 23.04.1964 r. – Kodeks cywilny. DzU z 2018 r., poz 1025.
13. Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej. <http://nipip.pl/prawo/samorządowe/krajowy-zjazd-pielęgniarek-i-polożnych/kodeks-etyki-zawodowej-pielęgniarki-i-polożnej-rzeczypospolitej-polskiej/>. Dostęp 3.12.2018.
14. Zielińska E. *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty – komentarz*. Warszawa, Polska: Wolters Kluwer; 2008:553–562.
15. Sumienie. *Słownik języka polskiego*. Warszawa, Polska: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2017:975.
16. Sumienie. Encyklopedia PWN. <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/sumienie;3981316.html>. Dostęp 2.12.2018.
17. Art 9, ust 1. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych). DzUz UE L 119 z 4.05.2016.