Copyright © Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

PACJENT POD WPŁYWEM ALKOHOLU, A JEGO ŚWIADOMA ZGODA PODCZAS REALIZACJI WIZYTY PRZEZ PODSTAWOWY ZESPÓŁ RATOWNICTWA MEDYCZNEGO

PATIENT UNDER THE INFLUENCE OF ALCOHOL AND HIS INFORMED CONSENT DURING THE VISIT BY THE BASIC TEAM OF EMERGENCY MEDICAL SERVICES

Dariusz Zawadzki[1, a], Anna Rej-Kietla[2, b]

[1] Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi – Rejon Zgierz
[2] Uniwersytet SWPS

[a] https://orcid.org/0000-0003-4560-0440
[b] https://orcid.org/0000-0002-7031-000X

DOI: https://doi.org/10.20883/pielpol.2019.51

STRESZCZENIE

Ze zgodą pacjenta w pracy zespołów ratownictwa medycznego zarówno podstawowych, jak i specjalistycznych, spotykamy się praktycznie na każdej wizycie. Kierownik zespołu ratownictwa medycznego (ZRM) powinien uzyskać zgodę począwszy od badania pacjenta, przez założenie chociażby dojścia dożylnego, a kolejno na transport do szpitala. Największy problem w przypadku uzyskania świadomej zgody stanowią pacjenci po zażyciu środków psychoaktywnych oraz nadmiernym spożyciu alkoholu, które to zmieniają świadomość pacjenta. Celem artykułu jest analiza, na podstawie dostępnego piśmiennictwa oraz obowiązujących aktów prawnych, zagadnienia świadomej zgody pacjenta na interwencje medyczne.

SŁOWA KLUCZOWE: zgoda świadoma, stan po spożyciu alkoholu, podstawowy zespół ratownictwa medycznego.

ABSTRACT

At work of emergency medical teams, both basic and specialist, during every visit we have to deal with the consent of the patient. The head of the medical rescue team should get the permission for the patient's examination, setting up an intravenous route and transferring the patient to the hospital. The biggest problem in obtaining the informed consent is when patients use psychoactive substances and consume excessive amounts of alcohol, which changes the patient's consciousness. The aim of the article is to analyze, on the basis of literature and legal acts, the issue of the informed consent of the patient for medical intervention.

KEYWORDS: conscious conscience, state of drinking, basic medical team.

Wprowadzenie

Problem pacjentów po spożyciu alkoholu, który powoduje zaburzenia świadomości oraz zdolność do podejmowania świadomych decyzji jest duży. W polskim prawodawstwie problem ten został pominięty i brak precyzyjnych aktów prawnych w tym zakresie. Z przeprowadzonych analiz przepisów można twierdzić, że pacjent po spożyciu alkoholu musi być traktowany tak jak każdy inny pacjent. Zespół ratownictwa medycznego (ZRM) nie ma obowiązku ustalać, czy pacjent wykazuje stan po spożyciu alkoholu czy może już jest to faza upojenia alkoholowego. Co więcej, zespół nie ma możliwości diagnostycznych w warunkach przedszpitalnych. Badanie alkotestami przez funkcjonariuszy policji jest niemiarodajne, ponieważ nie wiadomo, na jakim etapie jest wchłanianie alkoholu. Również kierownik ZRM nie może wpisać w rozpoznanie „upojenie alkoholowe", ponieważ pacjent może mieć niewielkie stężenie alkoholu, a oprócz tego mieć krwawienie śródczaszkowe i z tego powodu będą wynikały zaburzenia świadomości. Stąd często decyzje ZRM o transporcie do szpitala pacjenta z wyczuwalną wonią alkoholu. Należy pamiętać, że obowiązek udzielania pomocy przez ratownika medycznego/pielęgniarkę systemu dotyczy wszystkich przypadków zagrożenia życia i nie jest ograniczony tylko do nich.

Zgoda pacjenta a prawo

Zgoda to oświadczenie pacjenta na mocy, którego zespół ratownictwa medycznego podejmuje medyczne czynności ratunkowe. Zostaje wyłączona bezprawność interwencji medycznej i pacjent przyjmuje ryzyko na-

stępstw związanych z udzieleniem świadczenia zdrowotnego. Zgoda świadoma jest to zgoda, która została podjęta po szczegółowym uprzednim omówieniu z pacjentem konsekwencji dla niego w przypadku odmowy na udzielenie pomocy lub transportu do szpitala. Ważną rzeczą w tej kwestii jest fakt, że pacjent nie może znajdować się w stanie wyłączającym jego świadomość (np. brak zgody ze strony pacjenta na transport do szpitala w stanie upojenia alkoholowego). W sytuacji, kiedy pacjent znajduje się w stanie zagrożenia życia i nie jest w stanie wyłączającym jego świadomość, należy dołożyć należytej staranności w celu przekonania pacjenta do transportu do szpitala. W przypadku, kiedy pacjent znajduje się w stanie zagrożenia życia lub zdrowia i ma wyłączoną świadomość, należy zastosować leczenie farmakologiczne i przetransportować do szpitala. Udzielenie świadczenia zdrowotnego bez zgody pacjenta zagrożone jest odpowiedzialnością cywilną i karną. Na taką sytuacje zwraca wyrok Sądu Apelacyjnego, który brzmi: „Zabieg medyczny wykonany bez zgody pacjenta jest czynnością bezprawną nawet wówczas, gdy wykonany jest zgodnie z zasadami wiedzy" [1].

Rodzaje i formy zgody

- **Zgoda własna** – wyrażona przez samego pacjenta.
- **Zgoda zastępcza** – odnosi się do sytuacji, kiedy pacjent nie może samodzielnie wyrazić swej woli. Zgoda znajduje zastosowanie w przypadku pacjentów małoletnich, którzy nie ukończyli 16. roku życia oraz osób ubezwłasnowolnionych całkowicie. Do wyrażenia zgody zastępczej uprawniony jest przedstawiciel ustawowy (w przypadku małoletnich, co do zasady będą to rodzice, zaś w przypadku osób ubezwłasnowolnionych – opiekunowie prawni).
- **Zgoda kumulatywna** – jest to zgoda zarówno samego pacjenta, jak i przedstawiciela ustawowego. Dotyczy pacjenta małoletniego, który ukończył 16. rok życia lub przypadku pacjenta ubezwłasnowolnionego.
- **Zgoda konkludentna (w sposób dorozumiany)** – każde zachowanie pacjenta, które w żaden sposób nie budzi wątpliwości i wskazuje na wolę pacjenta w celu poddania się konkretnym czynnościom medycznym. W ratownictwie medycznym, wykonanie medycznych czynności ratunkowych.
- **Zgoda domniemana** – dotyczy np. pacjenta nieprzytomnego. Kierownik ZRM domniemywa, że pacjent w sytuacji, kiedy byłby przytomny nie wyraziłby sprzeciwu na udzielenie pomocy [2].

Każdy pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia. Dotyczy to również pacjentów, którzy ukończyli 16. rok życia lub ich przedstawicieli ustawowych. Oprócz informacji o stanie zdrowia każdy pacjent ma prawo do wyrażenia zgody lub odmowy zarówno na badanie, wykonanie medycznych czynności ratunkowych, jak również na transport do szpitala. Wynika to z art. 9, 10 oraz 11 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.* Aby zgoda, jak i jej odmowa, była zgodna z prawem, musi być: świadoma i dobrowolna, wyrażona przez osobę uprawnioną do takiej decyzji oraz wyrażona – w przypadku odmowy – najlepiej w formie pisemnej lub ustnej w obecności co najmniej dwóch świadków [3]. Również uzyskanie zgody wynika z art. 5 *Konwencji o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny.* Artykuł ten brzmi: „Nie można przeprowadzić interwencji medycznej bez swobodnej i świadomej zgody osoby jej poddanej. Przed dokonaniem interwencji osoba jej poddana otrzyma odpowiednie informacje o celu i naturze interwencji, jak również jej konsekwencjach i ryzyku. Osoba poddana interwencji może w każdej chwili swobodnie wycofać zgodę" [4].

Toksykologia alkoholu a wpływ na organizm człowieka

Podstawowe pojęcia związane z pacjentem po spożyciu alkoholu:

- **Stan użycia alkoholu** – zawartość alkoholu w organizmie człowieka wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2–0,5 promila lub w wydychanym powietrzu od 0,1 mg do 0,25 mg alkoholu w 1 dm^3 [5].
- **Stan nietrzeźwości** – zawartość alkoholu w organizmie człowieka wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi powyżej 0,5 promila lub w wydychanym powietrzu powyżej 0,25 mg alkoholu [5–7].
- **Upojenie zwykłe** – typowe, wyraźne, różnie nasilone w zależności od dawki oraz reakcji organizmu [5].
- **Upojenie patologiczne** – stan, w którym występują objawy psychotyczne, wywołane nawet małymi dawkami alkoholu [5].

Stężenie alkoholu w organizmie człowieka uzależnione jest od wielu czynników: rodzaju alkoholu, czasu spożycia, rodzaju pokarmu i wypełnieniu żołądka oraz budowy ciała. W sytuacji spożycia alkoholu na pusty żołądek, wchłanianie alkoholu do krwiobiegu następuje natychmiast. Faza wchłaniania alkoholu trwa ok. 30 minut od zakończenia jego spożywania, co nie jest do ustalenia w trakcie trwania wizyty. U pacjenta z pełnym żołądkiem faza wchłaniania zostaje wydłużona do 90 minut. Z badań wynika, że czas wchłaniania alkoholu waha się między 14 a 138 minut [8].

Powyższe informacje są wprowadzone do artykułu w celu zrozumienia zależności między zaburzeniami świadomości a stężeniem alkoholu w organizmie człowieka.

Poniżej zostały przedstawione stadia zachowań człowieka w zależności od stężenia (**Tabela 1**) [9]:

Tabela 1. Wpływ alkoholu na zaburzenia świadomości [10]
Table 1. Influence of alcohol on consciousness disorders [10]

Stadium/ *Stage*	Faza/ *Phase*	Stężenie w promilach/ *Concentration in promils*	Objawy/ *Symptoms*	Uwagi/ *Comments*
I	Pobudzenia/ *Stimulation*	1–2 promile/ *promils*	Podniecenie ruchowe, euforia, zaburzenia równowagi i koordynacji ruchowej, utrata samokontroli, zaburzenia artykulacji – bełkotliwa mowa/*Motor excitement, euphoria, balance disorders and motor coordination, loss of self-control, articulation disorders – slurred speech*	Szczegółowe badania – różnicowanie z udarem mózgu/ *Detailed examination-differentiation with stroke*
II	Senności/ *Somnolence*	2–2,5 promile/ *promils*	Zaburzenia świadomości, tachykardia – przyśpieszona akcji serca, osłabienie odczuwania bólu/ *Disorders of consciousness, tachycardia - accelerated heart action, weakness of pain*	Różnicowanie z innymi stanami prezentującymi zaburzenia świadomości/ *Differentiation with other states presenting disturbances of consciousness*
III	Zamroczenia/ *Blackout*	2,5–4 promili/ *promils*	Utrata świadomości, bezwiedne oddanie moczu i stolca, szerokie i wolno reagujące na światło źrenice, hipotonia/*Loss of consciousness, unconscious urinating and stool, wide and slow-reacting pupils, hypotonia*	Zazwyczaj pacjent nie będzie w stanie rozmawiać/*Usually the patient will not be able to talk*
IV	Asfiksji/ *Asphyxia*	> 4 promile/ *promils*	Głęboka śpiączka, sinica, możliwe zatrzymanie oddechu/ *Deep coma, cyanosis, possible respiratory arrest*	–

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

W jaki sposób pacjent powinien wyrazić zgodę na medyczne czynności ratunkowe lub jej odmówić w ratownictwie medycznym?

Pacjent ma prawo odmówić badania, wykonania medycznych czynności ratunkowych, jak również transportu do szpitala. W takiej sytuacji ustawodawca umieścił odpowiednią klauzulę, po zapoznaniu z którą pacjent podpisuje się na karcie zlecenia wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego [11]. Nie przewidział miejsca na wyrażenie przez pacjenta zgody na dane czynności. Prawdopodobnie założył, że skoro pacjent nie wyraża sprzeciwu, to wyraża zgodę na wykonywanie działań medycznych. Tak naprawdę, podczas realizowania wizyt przez zespoły ratownictwa medycznego wystarczająca jest zgoda ustna lub konkludentna (np. odsłonięcie przedramienia do założenia drogi dożylnej). W przypadku osób nieprzytomnych lub z zaburzeniami świadomości powodującymi brak podejmowania świadomych decyzji, zakłada się zgodę domniemaną. Należy pamiętać, że przekazując pacjentowi informacje o stanie zagrożenia życia, należy używać prostego języka oraz wytłumaczyć daną jednostkę chorobową w sposób jasny, zwięzły zrozumiały, najlepiej w obecności dwóch świadków.

Aby odmowa pacjenta była prawnie skuteczna, wola pacjenta musi być świadoma. W sytuacji, kiedy pacjent spożywał alkohol, nigdy nie będzie wiadomo, czy taka zgoda jest świadoma, ponieważ jak autorzy wspomnieli wcześniej, już przy 2 promilach dochodzi do zaburzeń świadomości. W warunkach przedszpitalnych nie jesteśmy w stanie stwierdzić, w którym stadium znajduje się pacjent. Można jedynie wezwać policję w celu pomiaru alkotestem w celu pomiaru stężenia alkoholu w wydychanym powietrzu. W myśl przepisów pacjent po spożyciu alkoholu znajdujący się w fazie I, ale nieprezentujący objawów zatrucia alkoholem, ani bełkotliwej mowy, może w sposób świadomy odmówić udzielania medycznych czynności ratunkowych przez zespół ratownictwa medycznego, umieszczając swój podpis w karcie zlecenia wyjazdu, najlepiej w obecności świadków. Pacjent po spożyciu alkoholu powinien zostać pod opieką osób drugich. W przypadku, kiedy taki pacjent znajduje się w miejscu publicznym, należy przetransportować go do izby wytrzeźwień [12].

Stan wyższej konieczności w ratownictwie medycznym

W kontekście pracy ZRM warto również wspomnieć o stanie wyższej konieczności, na który to dość często powołują się medycy i paramedycy, również w kontekście udzielania pomocy osobom z zaburzoną świadomością.

W kodeksie karnym w art. 26 stan wyższej konieczności jest kontratypem polegającym na ratowaniu dobra chronionego prawem na drodze poświęcenia innego dobra chronionego prawem, przy założeniu, że dobro poświęcane przedstawia niższą wartość niż dobro ratowane. Zgodnie z tym założeniem, w sytu-

acji, w której dobro poświęcane ma wartość równą lub nie przedstawia wartości wyższej niż dobro ratowane, stan wyższej konieczności jest okolicznością wyłączającą winę [6].

Aby możliwe było traktowanie określonej sytuacji jako stanu wyższej konieczności muszą zostać spełnione wszystkie wskazane przesłanki, zatem rzeczywiste zagrożenie, zachodzące w faktycznie obiektywnej rzeczywistości, bezpośrednie, natychmiastowe zagrożenie, zagrożenie skierowane przeciwko dobru chronionemu prawem, zagrożenie może pochodzić od człowieka, zwierzęcia lub na drodze zadziałania sił natury [6].

Równocześnie wskazuje się, że działania podjęte w celu ratowania dobra chronionego prawem przy poświęcaniu innego dobra chronionego prawem o niższej wartości musi być zgodne z zasadą subsydiarności, co oznacza, że poświęcenie jednego dobra kosztem drugiego musi być jedynym wyjściem, a osoba ratująca dobro chronione prawem nie znajduje w danej sytuacji alternatywnego rozwiązania. Równocześnie działania te muszą być podjęte zgodnie z zasadą proporcjonalności, w myśl której dobro ratowane przedstawia większą wartość niż dobro poświęcone.

Warto w tym miejscu podkreślić równocześnie, że okoliczności wyłączające winę nie zachodzą wobec osoby, która ma prawny obowiązek ochrony mienia, nawet z narażeniem własnego zdrowia i życia.

Narażenie własnego życia oraz zdrowia na niebezpieczeństwo podyktowane oddaleniem lub zlikwidowaniem zagrożenia życia lub zdrowia innego człowieka wpisane jest w wykonywanie działań ratowniczych. Wykonywanie zadań z zakresu ratownictwa medycznego niejednokrotnie wymusza konieczność wyboru pomiędzy ratowanymi dobrami oraz wartościowaniem tych dóbr. Działanie takie, jak wskazano w art. 5 ust 2. ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2017 poz. 60), określane jest mianem stanu wyższej konieczności.

Art. 5 ust. 2. Osoba, o której mowa w ust. 1, może poświęcić dobra osobiste innej osoby, inne niż życie lub zdrowie, a także dobra majątkowe w zakresie, w jakim jest to niezbędne dla ratowania życia lub zdrowia osoby znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Podejmowanie przez jednostkę działań bezprawnych – polegających na ratowaniu jednego dobra chronionego prawem kosztem innego dobra chronionego prawem, których kryminalna bezprawność jest wyłączana ze względu na zaistnienie bezpośredniego oraz niedającego się uniknąć niebezpieczeństwa, jakie grozi jakiemukolwiek dobru chronionemu prawem – jest zagadnieniem ważnym w kontekście osób wykonujących zawody medyczne. Szczególną wagę przyjmuje ono w odniesieniu do zawodu ratownika medycznego ze względu na specyfikę działań podejmowanych przez tę grupę zawodową oraz warunków, w jakich realizowane są wspomniane działania.

Istnienie okoliczności wyłączającej bezprawność czynu podjętego przez ratownika medycznego w myśl przepisów regulujących zagadnienia dotyczące stanu wyższej konieczności nie może jednak w żaden sposób prowadzić do przekreślenia znaczenia normy wprowadzającej nakaz lub zakaz określonego zachowania, będącej normą sankcjonowaną. Ratownicy medyczni niejako z definicji podejmują działania wobec zaistnienia stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego polegającego na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie występowania objawów pogorszenia zdrowia, które mogą skutkować poważnym uszkodzeniem funkcjonowania organizmu, uszkodzeniem ciała lub utratą życia. W takich sytuacjach konieczne jest natychmiastowe podjęcie medycznych czynności ratunkowych oraz leczenia [12].

Właściwe stosowanie przepisów traktujących o stanie wyższej konieczności w przypadku osób wykonujących zawód ratownika medycznego powinno być rozumiane jako taki sposób udzielania przez nich świadczeń medycznych, który wskazuje w sposób jednoznaczny, że decyzja podjęta przez ratownika medycznego (ratowanie jednego dobra chronionego prawem, poświęcając przy tym inne dobro chronione prawem) uwzględniała – poza oczywistymi właściwościami kolidujących dóbr – również inne czynniki. Wśród nich szczególne znaczenie przypisywane jest szansie na uratowanie dobra chronionego prawem. Należy w tym miejscu podkreślić również, że kolizja obowiązków stanowi okoliczność wyłączającą winę ratownika medycznego, w sytuacji, w której poświęcone przez niego dobro chronione prawem nie przedstawia w oczywisty sposób wartości wyższej niż dobro ratowane, jeśli zaszły przesłanki wskazujące, że szanse na uratowanie dobra ratowanego są większe niż szanse na uratowanie dobra poświęcanego [13].

Piśmiennictwo

1. Wyrok SA w Warszawie z dn. 31.03.2016 r. (I ACa 973/05, OSA 2008/1/2).
2. Kubiak R. Prawo medyczne, Warszawa 2014, 254–30.
3. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.2017 poz.1318).
4. Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny z dnia 4 kwietnia 1997 roku.
5. Gubała W. Toksykologia alkoholu, 1997, 75–79.
6. Kodeks Karny (Dz. U. 2016 poz.1137).
7. Ustawa z dnia 26 października 1982r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. 2016 poz.487).

8. Dubowski K.M. Studies in Breath-alcohol Analysis: Biological Factors, Journal of Legal Medicine 1975, vol. 76, 93–117.
9. Woronowicz B.T. Bez tajemnic o uzależnieniach i ich leczeniu, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2001.
10. Gubała W. Toksykologia alkoholu, 1997, 75–79.
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2015 poz. 2069).
12. Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2017 poz. 60).
13. Zoll A. Stan wyższej konieczności jako okoliczność wyłączająca przestępność czynu w praktyce lekarskiej, Prawo i Medycyna 2005 2(19).

Artykuł przyjęty do redakcji: 04.10. 2018.
Artykuł przyjęty do publikacji: 04.02.2019.

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:
Dariusz Zawadzki
ul. Parzęczewska 35
95-100 Zgierz
adres e-mail: dariusz.zawadzki@wsrm.lodz.pl
Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi – Rejon Zgierz