

Przemysław GAWROŃSKI¹
Jacek LORKOWSKI²
Waldemar HŁADKI³

Aspekty prawne postępowania u chorych pourazowych z majaczeniem alkoholowym w stanach bezpośredniego zagrożenia życia

Legal aspects of management of patients with post-traumatic delirium tremens in the states direct treat to life

¹Wyższa Szkoła Turystyki i Języków Obcych
Zakład Studiów Podyplomowych
Warszawa
al. Prymasa Tysiąclecia 38
Kierownik Zakładu:
dr Bożena Iwanowska

²Klinika Ortopedii i Traumatologii Centralnego
Szpitala Klinicznego MSW w Warszawie
ul. Wołoska 137
Kierownik Kliniki:
prof. dr hab. med. Ireneusz Kotela

³Zakład Medycyny Katastrof i Pomocy
Doraźnej
Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii
CM UJ w Krakowie ul. Kopernika 17
Kierownik Katedry:
prof. dr hab. med. Janusz Andres

Słowa kluczowe:

stan bezpośredniego zagrożenia życia, chory urazowy, majaczenie alkoholowe, aspekty prawne

Key words:

the state of immediate treat to life, patient after injury, delirium tremens, legal aspects

Adres do korespondencji:
mgr Przemysław Gawroński
02-134 Warszawa,
ul. 1-go sierpnia 31/ 56

W pracy przedstawiono przypadek chorej leżonej w oddziale ortopedycznym, u której w wyniku krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego doszło do stanu bezpośredniego zagrożenia życia, a która w przebiegu majaczenia alkoholowego nie wyrażała zgody na leczenie. Omówiono aspekty prawne postępowania.

Wstęp

Nadużywanie alkoholu zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia wypadków. Jednocześnie stanowi poważne utrudnienie działań terapeutycznych [1,2,3]. W chwili obecnej coraz poważniejszym problemem staje się właściwa prawna ocena możliwych do podjęcia działań u osób będących pod wpływem alkoholu. Zgodnie z obowiązującym prawem (Ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentystry oraz Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta) możliwe jest podjęcie stosownych działań terapeutycznych bez zgody chorego w chwili wystąpienia bezpośredniego zagrożenia życia. Granica, po przekroczeniu której możemy o takiej sytuacji mówić nie jest ściśle określona.

Celem pracy jest przedstawienie przypadku chorej u której doszło do stanu bezpośredniego zagrożenia życia, która nie wyrażała zgody na leczenie, jednocześnie będąc w stanie ograniczonej poczytalności.

Opis przypadku

Pacjentka J.K., lat 49, została przyjęta do Kliniki z powodu urazu: głowy, klatki piersiowej, kończyny górnej lewej i biodra lewego. Badaniem radiologicznym stwierdzono wieloodłamowe złamanie końca bliższego kości ramiennej lewej. Urazy poza stwierdzonym złamaniem w obrębie kończyny górnej lewej, miały one charakter powierzchowny, co potwierdzono badaniami obrazowymi (tomografia komputerowa i standardowe badania radiologiczne). Pierwotnie chora nie wyrażała zgody na leczenie operacyjne. Chora jednocześnie nie przestrzegła zaleceń dotyczących unieruchomienia kończyny,

The paper presents a case of patient treated in the orthopaedic ward. The patient as result of bleeding from the upper respiratory tract diagnosed the state of immediate treat to life. The patient in course of delirium does not consent to treatment. Discussed the legal aspects of conduct.

w związku z czym doszło u niej do przemieszczenia odłamów. W związku z wystąpieniem u chorej w 3 dniu hospitalizacji objawów majaczenia alkoholowego w przebiegu zespołu odstawienego, skierowano ją z czasowo unieruchomioną kończyną do leczenia w zamkniętym ośrodku psychiatrycznym z planem zaopatrzenia ortopedycznego w trybie odroczonego, po wstępnej normalizacji stanu psychiatrycznego. Chorą w ciągu kilku godzin odesłano z tego ośrodka, w związku z wystąpieniem początkowych objawów zaburzeń hemodynamicznych. Wstępny wywiad i badanie kliniczne na oddziale ortopedycznym po powrocie chorej wykazało krwawienie z górnego odcinka przewodu pokarmowego (fusowate wymioty). W konsultacji z ośrodka psychiatrycznego stwierdzano ograniczoną poczytalność chorej co do podejmowania decyzji. Jednocześnie chora po powrocie do Oddziału Ortopedycznego była niezorientowana w pełni co miejsca i czasu. Żądała możliwości opuszczenia Oddziału na własne żądanie. Nie wyrażono jej na to zgody. W danym momencie u chorej stwierdzano poza nie zaopatrzonym w sposób właściwy urazem kończyny górnej, początkowe objawy niewydolności hemodynamicznej, występujące jak wówczas sądzono w przebiegu czynnego krwawienia z przewodu pokarmowego. Pierwszym problemem prawnym w przypadku spodziewanej konieczności doraźnych działań medycznych było zatrzymanie na oddziale chorej, która nie wyrażała na to zgody. W danym przypadku problem ten rozwiązał przyjaciel chorej, który „nie zezwolił” jej na opuszczenie sali chorych, przy jego nieobecności byłoby to jednak znacznie utrudnione za względu na bardzo jasno werbalizowane stanowisko chorej, które zaczęła

realizować, pomimo nalegań personelu medycznego. Na etapie tym podano dodatkowo chorej Haloperidol (i.m.), na którego działanie trzeba było poczekać około 30 min. Dopiero wówczas lekarzowi anezjologowi, udało się założyć wkłucie do żyły szyjnej (wcześniejsze wkłucia do żył obwodowych chora wyrwała, jednocześnie brak już było technicznych możliwości założenia wkłucia dożylnego obwodowo) i rozpoczynając podawanie stosownych leków (Relanium). Pobrano chorej krew na badania oraz wdrożono płynoterapię. Chorą sedowano farmakologicznie. Zaplanowano w trybie doraźnym gastroskopię. Klinicznie nie stwierdzano jeszcze objawów wstrząsu hipowolemicznego. Uzyskano wynik badania morfologii krwi wskazujący na znaczną anemizację (Hgb 5.7). Wdrożono przetaczanie koncentratu krwinek czerwonych i osocza. Kontynuowano farmakoterapię. Gastrolog wykonał gastroskopię, hamując czynne krwawienie. Chorą przeniesiono na Oddział Intensywnej Terapii, gdzie kontynuowano wyrównywanie jej stanu hemodynamicznego, co uzyskano. Chorą wypisano do domu w stanie ogólnym dobrym, zorientowaną co do miejsca, czasu i własnej osoby oraz z zaleceniami leczenia ortopedycznego i gastrologicznego w warunkach ambulatoryjnych oraz bezwzględny zaleceniem leczenia w Poradni Zdrowia Psychicznego.

Dyskusja

Działanie ortopedyczne jest warunkowane algorytmami dotyczącymi różnych typów urazów. Algorytmy te najczęściej uwzględniają zgodę chorego na działania terapeutyczne lub brak możliwości udzielenia przez niego świadomej zgody. Najbardziej problematyczną jest sytuacja, gdy chory jest przytomny, pozornie w pełni świadomy, ale jego zdolność podejmowania właściwych decyzji jest ograniczona. Ma to miejsce szczególnie w stanach zagrożenia życia. W przypadku opisanym przez nas tylko zbieg okoliczności (pojawienie się przyjaciela chorej) zdecydował, że zespół lekarsko – pielęgniarski nie stanął przed koniecznością odpowiedzi na pytanie, czy w danym przypadku możliwym i właściwym jest stosowanie w stosunku do pacjentki przymusu bezpośredniego, ze względu na stan zagrożenia życia.

Zgodnie z obowiązującym prawem, podstawą wszelkiego postępowania lekarza przy wykonywaniu świadczeń zdrowotnych, w tym również zabiegów operacyjnych oraz diagnostycznych w stosunku do pacjenta, jest uzyskanie **zgody pacjenta na wykonanie i przeprowadzenie takich świadczeń**. Oznacza to, zgodnie z art. 32 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentyisty, iż lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków

przewidzianych w ustawie, po wyrażeniu zgody przez pacjenta [4]. Również w Kodeksie Etyki lekarskiej, w art. 15 wskazano, iż postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze wymaga zgody pacjenta. Jeżeli pacjent nie jest zdolny do świadomego wyrażenia zgody, powinien ją wyrazić jego przedstawiciel ustawowy lub osoba faktycznie opiekująca się pacjentem [5]. Pacjent posiadając uprawnienie do wyrażania zgody na udzielenie mu określonych świadczeń zdrowotnych posiada jednocześnie prawo do odmowy takiej zgody po uzyskaniu informacji o swoim stanie zdrowia – vide art. 16 w zw. z art. 9 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta [6]. Art. 16 cyt. ustawy stanowi, iż pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu informacji w zakresie określonym w art. 9. Informacje wskazane w tym artykule dotyczą stanu zdrowia pacjenta, rozpoznania, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Zgoda pacjenta na udzielenie mu świadczeń zdrowotnych **musi być swobodna i świadoma**. Nie jest bowiem ważne oświadczenie woli złożone przez osobę, która z jakichkolwiek powodów znajdowała się w **stanie wyłączającym świadome albo swobodne powzięcie decyzji i wyrażenie woli**. Ponadto zgoda taka winna być wyrażona w **sposób wyraźny**, a w sytuacji gdy mający być wykonany zabieg może nieść dla pacjenta ryzyko wyższe od normalnego, to zgoda powinna być złożona na piśmie. Brak sprzeciwu pacjenta na wykonanie danego zabiegu operacyjnego, przy jednoczesnym nie wystąpieniu wyraźnej zgody na zabieg **nie może być uznane** za to, że pacjent wyraził zgodę na przeprowadzenie takiego zabiegu. Wyrażając zgodę na wykonanie danego świadczenia medycznego pacjent przyjmuje na siebie jednocześnie ryzyko związane z wykonaniem takiego świadczenia. Ryzyko które bierze na siebie pacjent nie obejmuje jednakże wszystkich mogących wystąpić w danym przypadku skutków, w szczególności tych które mogą wystąpić z winy bądź też z zaniedbania lekarza. Obejmuje jedynie skutki bezpośrednie, typowe i zwykle, związane z przeprowadzeniem danego zabiegu. Jak stwierdził Sąd Najwyższy „*ryzyko operacyjne jakie bierze na siebie pacjent wyrażając zgodę na zabieg, obejmuje zwykłe powikłania po operacyjne, nie zaś komplikacje i szkody wynikłe wskutek pomyłki lekarza. Jeżeli więc lekarz pomyłkowo uszkodził w czasie operacji inny organ, to chociażby pomyłka ta była niezawiniona, nie może obciążać pacjenta*”.[7]. Brak pouczenia pacjenta o nie wszystkich mogących wystąpić skutkach zabiegu, skutkach oczywiście możliwych do wystąpienia i przewidzenia sprawia, iż

zgoda pacjenta na przeprowadzenie zabiegu staje się bezskuteczna. Jednakże wskazany powyżej obowiązek informowania pacjenta o przedmiocie, ryzyku i skutkach mającego zostać przeprowadzonego zabiegu nie jest nieograniczony albowiem lekarz nie ma obowiązku informowania pacjenta o jakichś nadzwyczajnych, nieprzewidzianych i mało prawdopodobnych skutkach. Nie można bowiem jak wskazał Sąd najwyższy w wyroku z dnia 28 sierpnia 1973 r. wymagać od lekarza by uprzedzał pacjenta o wszelkich mogących wystąpić komplikacjach, zwłaszcza o takich które zdarzają się niezmiernie rzadko. Takie uprzedzenie mogłoby doprowadzić do zbędnego pogorszenia samopoczucia pacjenta i do bezpodstawnej odmowy wyrażenia zgody na dokonanie zabiegu. Sposób pouczenia przy odbieraniu zgody na zabieg (operację czy też badanie) uzależniony musi być od rodzaju zabiegu”.[8].

Ustawodawca przyznając pacjentowi prawo do wyrażenia zgody na wykonanie świadczeń zdrowotnych oraz prawo do odmowy wyrażenia takiej zgody jednocześnie określił przypadki kiedy to **dopuszczalne jest działanie lekarza bez zgody pacjenta**. Lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić pacjentowi innego świadczenia zdrowotnego bez jego zgody, jeżeli wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia sam pacjent nie może wyrazić zgody na badanie i nie ma jednocześnie możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym. Swoją decyzję o przeprowadzeniu takiego badania lekarz powinien, w miarę możliwości skonsultować z innym lekarzem oraz odnotować powyższe w dokumentacji medycznej. Ponadto lekarz może dokonać zabiegu operacyjnego albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki, która to może stwarzać podwyższone ryzyko dla pacjenta, wtedy gdy zwłoka spowodowana koniecznością uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. W tym przypadku lekarz również w miarę możliwości przed dokonaniem zabiegu winien zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności oraz opisać zaistniałe okoliczności w dokumentacji medycznej. Jednocześnie lekarz o wykonanych czynnościach winien powiadomić pacjenta oraz przedstawiciela ustawowego pacjenta (jeżeli pacjent takiego przedstawiciela posiada), opiekuna faktycznego lub sąd opiekuńczy, gdy zabieg operacyjny dotyczył osoby małoletniej lub ubezwłasnowolnionej bądź też osoby niezdolnej do świadomego wyrażenia zgody. [9]. Wskazany tryb postępowania lekarza będzie miał również zastosowanie w stosunku do pacjentów, którzy posiadają pełną zdolność do czynności prawnych, lecz którzy z powodu utraty przytomności bądź też zaburzeń psychicznych nie są

zdolne do świadomego wyrażenia woli i udzielenia zgody na zabieg. Odnosząc się do wskazanych powyżej zapisów ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty należy zgodzić się ze stanowiskiem prof. dr hab. Mirosława Nestorowicza z Katedry Prawa Cywilnego i Międzynarodowego Obrotu Gospodarczego Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, który stwierdził, że cyt: „Jeżeli jednak taki chory przedtem wyraził swoją wolę np. nie udzielił zgody na zabieg operacyjny, lekarz powinien tę wolę uszanować, chyba że pacjent był w takim stanie psychicznym, że jego oświadczenie woli można uznać za wadliwe. Gdyby jednak – mimo nieudzielenia zgody – nieprzytomnemu choremu nieprzeprowadzenie zabiegu groziło śmiercią, lekarz ma (...) prawo do działania. Trzeba bowiem przyjąć domniemanie, że gdyby pacjent był przytomny to mógłby zmienić swoją wolę. Lekarz działa wówczas jako prowadzący cudze sprawy bez zlecenia, zgodnie z art. 752 k.c. Poza tym przypadkiem zagrożenia życia chorego lekarz nie ma obowiązku działania wbrew świadomej woli pacjenta” [10].

Przeprowadzenie przez lekarza badań bez zgody pacjenta należy jednakże odróżnić od **przymusu leczenia**, który to ma miejsce wtedy, gdy pomimo sprzeciwu pacjenta podejmowana jest względem niego interwencja medyczna. Przymus leczenia pacjenta ustawodawca dopuścił w wyjątkowych, ustawowo wskazanych przypadkach, albowiem takie działanie stanowi niewątpliwie ograniczenie wolności pacjenta i stanowi wyjątek od zasady pełnej autonomii pacjenta w procesie jego leczenia. Możemy wyróżnić dwa rodzaje przymusu leczenia:

- przymus bezpośredni, kiedy to wobec pacjenta stosowane są określone środki fizyczne, techniczne bądź też chemiczne w celu zmuszenia pacjenta do poddania się procesowi leczenia zgodnie z zaleceniami lekarskimi;

- przymus pośredni, kiedy to określony przez ustawodawcę przepis prawa nakłada sankcje karne lub administracyjne gdy pacjent nie wyraża zgody na wykonanie określonych świadczeń medycznych. Stosowanie takich sankcji uzasadnione jest przede wszystkim koniecznością zapewnienia bezpieczeństwa samemu pacjentowi jak również osobom trzecim, a szczególnie w przypadkach gdy pacjent swoim zachowaniem stwarza zagrożenie dla życia i zdrowia swojego oraz innych osób.

Głównym aktem prawnym określającym podstawy zastosowania oraz formy przymusu bezpośredniego jest ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Art. 18 ustawy stanowi, iż przymus bezpośredni może być stosowany jedynie wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, przy wykonywaniu czynności przewidzianych w ustawie, gdy przepis ustawy do tego upoważnia albo w sytuacji gdy pacjent swoim zachowaniem dopusz-

cza się zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby lub bezpieczeństwu powszechnemu, w sposób gwałtowny niszczą lub uszkadzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu lub poważnie zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie podmiotu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotnego w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej. O zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje lekarz, który określa rodzaj zastosowanego środka przymusu oraz osobiście nadzoruje jego wykonanie, a także pielęgniarka oraz kierujący akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych. [11]. Każdy przypadek zastosowania przymusu bezpośredniego odnotowuje się w dokumentacji medycznej, zaś przy jego stosowaniu należy decydować się na taki, który będzie najmniej uciążliwy dla pacjenta.

O ile jak wskazano powyżej kwestia stosowania środków przymusu bezpośredniego została szczegółowo określona w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego (również w innych aktach normatywnych takich jak między innymi ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi – vide art. 36 ustawy) to problem pojawia się w kontekście stosowania tych środków w stosunku do pacjentów przebywających w innych niż szpitale psychiatryczne zakładach leczniczych, a którzy z uwagi na swój stan psychiczny w jakim się znajdują nie tylko uniemożliwiają skutecznie ich leczenie ale przede wszystkim swoim zachowaniem stwarzają zagrożenie dla życia i zdrowia swojego i innych osób oraz odmawiają zgody na przeprowadzenie leczenia w sytuacji wystąpienia u nich bezpośredniego zagrożenia życia i zdrowia. Te same wątpliwości dotyczą również pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, którzy jednakże ze względu na swój stan zdrowia leczeni są w innym szpitalu niż szpital psychiatryczny. W wydanym na podstawie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego stosowania wskazuje się w § 14 ust. 1, iż w przypadku gdy zastosowanie przymusu bezpośredniego ma miejsce w podmiocie leczniczym innym niż określony w § 13 ust. 1 (szpital psychiatryczny) albo zlecającym jego stosowanie jest lekarz udzielający świadczeń zdrowotnych w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej, grupowej praktyki lekarskiej albo grupowej specjalistycznej praktyki lekarskiej, jest ono odnotowywane odpowiednio w historii choroby lub historii zdrowia i choroby. [12]. Powyższy zapis literalnie może wskazywać na możliwość stosowania środków przymusu bezpośredniego w placówkach zdrowotnych innych niż szpital psychiatryczny. Należy

jednakże pamiętać, iż przymus bezpośredni może być stosowany **jedynie wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, przy wykonywaniu czynności przewidzianych w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego**. Jak słusznie stwierdza Anna Augustynowicz i Aleksandra Czerw cyt. „Ustawodawca w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego wiąże możliwość zastosowania środków przymusu bezpośredniego z wykonywaniem czynności przewidzianych w niniejszej ustawie. Jeżeli u pacjenta przebywającego w placówce innej niż szpital psychiatryczny stany agresji występują w przebiegu zaburzeń somatycznych i chociażby uzasadniają zastosowanie środka przymusu bezpośredniego, to trudno mówić o wykonywaniu czynności przewidzianych w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego”. [13].

W rozpatrywanym przypadku pacjentka nie tylko nie wyrażała zgody na leczenie operacyjne – żądała możliwości opuszczenia Kliniki, nie przestrzegając zaleceń dotyczących unieruchomienia kończyny co skutkowało przemieszczeniem odłamów ale również nie będąc w pełni zorientowaną co do miejsca i czasu wrywania zastosowane u niej wkłucia do żył obwodowych. Problem pozostania chorej na oddziale rozwiązał jej przyjaciel, który nie zezwolił jej na opuszczenie sali chorych. Problem zatrzymania chorej na oddziale na który to nie wyrażała ona zgody należy rozpatrywać w kontekście zapisów ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty. Opis przypadku pozwala na przyjęcie, iż stan zdrowia pacjentki wymagał udzielenia jej niezwłocznej pomocy lekarskiej, tym bardziej, że po konsultacji z ośrodkiem psychiatrycznym chora miała ograniczoną poczytalność co do podejmowania decyzji. Można też przyjąć, iż chora znajdowała się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego czyli w stanie polegającym na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogorszenia zdrowia, którego bezpośrednim następstwem mogło być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia a które to wymagały podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia. Należy pamiętać, iż zgodnie z zapisem art. 30 ustawy lekarz ma obowiązek udzielić pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki. W rozpatrywanym przypadku w stosunku do chorej winny mieć zastosowanie przepisy art. 34 ustawy, który to zezwala lekarzowi na wykonanie zabiegu operacyjnego albo na zastosowanie metody leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta bez zgody przedstawiciela ustawowego pacjenta bądź zgody właściwego sądu opiekuńczego, gdy

zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności. O wykonywanych czynnościach lekarz niezwłocznie zawiadamia przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego lub sąd opiekuńczy.

W tym miejscu należy ustosunkować się również do kwestii zachowania przyjaciela chorej, który to nie wyraził zgody na opuszczenie przez nią sali chorych. Po pierwsze brak jest jakichkolwiek informacji czy wskazany w opisie przyjaciel może być uznany za opiekuna faktycznego chorej. Opiekunem faktycznym jest bowiem osoba sprawująca, bez obowiązku ustawowego, stałą pieczę nad pacjentem, który to ze względu na swój wiek, stan zdrowia lub stan psychiczny takiej opieki wymaga. Jak wskazuje Przemysław Konieczniak w „Statusie prawnym opiekuna faktycznego w prawie medycznym” - opiekunem faktycznym będzie nie tylko ten, kto wykonuje czynności paramedyczne, w rodzaju podawania leków lub pielęgnacyjne przy osobie z postępującym otępieniem lub nieprzytomnej po wylewie krwi do mózgu. W tym ujęciu zmieści się także ten, kto regularnie przynosi zakupy, przyrządza posiłki i zamiatą podłogi sąsiadce, pełnosprawnej intelektualnie lecz pozostającej w domu po urazie nogi, z powodu zmian zwyrodnieniowych w stawach kolanowych lub innego ograniczenia funkcji motorycznych, względnie np. z powodu fobii społecznej i lęków. Jeśli pewnego dnia z jakichkolwiek powodów, owa sąsiadka utraci możliwość samodecydowania opiekun automatycznie nabędzie m. innymi uprawnienie, by udzielić zgody na jej zbadanie przez lekarza [14]. Po drugie, w obowiązującym stanie prawnym opiekun faktyczny posiada prawo do wyrażenia zgody jedynie na udzielenie świadczenia zdrowotnego – badania osobie nad którą sprawuje opiekę, a która to jest w danym przypadku niezdolna do świadomego wyrażenia zgody. Trudno jest przyjąć, że nie wyrażenie przez przyjaciela chorej zgody na opuszczenie przez nią kliniki jest równoznaczne z wyrażeniem przez niego zgody na przeprowadzenie badania chorej. W świetle przepisów ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry zgoda na badanie nie obejmuje zabiegu operacyjnego i diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko dla pacjenta. Dlatego też w sytuacji konieczności wykonania ewentualnego zabiegu operacyjnego zgoda opiekuna faktycznego nie miałaby zastosowania, a decyzja o podjęciu takiego zabiegu winna być podjęta przez lekarza po konsultacji z innym lekarzem, najlepiej tej samej specjalności.

Podsumowując, kwestię ewentual-

nego zastosowania środków przymusu wobec chorej należałoby rozpatrywać w kontekście zapisu cytowanego art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry w związku z zapisami ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Należy pamiętać, iż zastosowanie środków przymusu może mieć miejsce jedynie wtedy gdy pacjent dopuściłby się zamachu przeciwko życiu i zdrowiu własnemu lub innej osoby lub też przeciwko bezpieczeństwu powszechnemu albo w sposób gwałtowny niszczyłby i uszkadzał przedmioty znajdujące się w jego otoczeniu lub też swoim zachowaniem uniemożliwiałby funkcjonowanie podmiotu leczniczego. Jednakże zastosowanie takich środków winno mieć wyłącznie charakter wyjątkowy, wybór środka winien być jak najmniej uciążliwy dla pacjenta i winna być poszanowana jego godność. Niezasadne bowiem zastosowanie środków przymusu skutkować może odpowiedzialnością nie tylko cywilną ale również karną personelu medycznego.

Piśmiennictwo:

1. **Chaturvedi AK, Craft KJ, Hickerson JS, Roger PB, Caufield DV.** Ethanol and Drugs Found in Civil Aviation Accident Pilot Fatalities, 1989 – 2013. *Aerosp Med Hum Perform* 2016;87(5) [in press]
2. **Harada MY, Gangi A, Ko A, Liou DZ, Barmparas G, Li T, Hotz H, Stewart D, Ley EJ.** Bicycle trauma and alcohol intoxication. *Int J Surg* 2015;24(PtA):14-19.
3. **Chan HY, Lee KI.** Alcohol withdrawal delirium manifested by manic symptoms in an elderly patient. *Psychogeriatrics* 2015;15(1): 62-64.
4. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U.2015, poz.464, t.j)
5. Obwieszczenie nr 1/04/IV Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 2 stycznia 2004 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu uchwały w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej. *Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej Nr 1 (81) Rok XIV, Warszawa, I 2004.*
6. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (DZ.U.2016, poz. 186, t.j)
7. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 października 1971 r. II CR 421/71 – www.lexlege.pl/orzeczenia.
8. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 28 sierpnia 1973 r. I CR 441/73 - <http://prawo.legeo.pl/prawo/i-cr-441-73/>
9. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U.2015, poz.464, t.j)
10. **Nesterowicz M.** *Prawo Medyczne.* Wyd. X, Toruń 2013:165-166.
11. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U.2016, poz. 546, t.j)
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania. (Dz.U. 2012 poz. 740) - <http://isap.sejm.gov.pl>
13. **Augustynowicz A, Czerw A.** Stosowanie środków przymusu bezpośredniego przez personel medyczny w procesie diagnostyczno-terapeutycznym w podmiotach leczniczych innych niż szpitale psychiatryczne – zagadnienia wybrane. *Prawo i Medycyna* 2013;50/51(15):43-44.
14. **Konieczniak P.** Status prawny opiekuna faktycznego w prawie medycznym. *Prawo i Medycyna* 2014;55(16):70-71.