

Tomasz Jurek, Barbara Świątek, Radosław Drozd

Opiniowanie sądowo-lekarskie w przypadkach błędnego rozpoznania zgonu

Medico-legal opinionating in cases of medical errors in declaration of death

Z katedry Medycyny Sądowej. Zakład Prawa Medycznego. Akademia Medyczna we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. B. Świątek

Stwierdzanie zgonu człowieka jest rozpoznaniem. Niesie za sobą określone skutki prawne. W trakcie stwierdzania zgonu istnieje możliwość popełnienia błędu medycznego. Największa ilość nieprawidłowości w stwierdzaniu zgonu popełniana jest w sytuacjach pomocy doraźnej. Rozpoznanie przez lekarza śmierci zwalnia go z zawodowego obowiązku ratowania życia. W przypadku błędnego rozpoznania zgonu możemy mieć do czynienia z zaprzepaszczeniem szansy na uratowanie życia człowieka. Może mieć miejsce narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężki uszczerbek na zdrowiu albo nieudzielenie pomocy, choć umyślny charakter przestępstwa z art. 162 czyni taką kwalifikację karną w przypadkach błędu medycznego wątpliwą. W obu przypadkach musimy sprawdzić czy istniało jeszcze dobro chronione – czy człowiek żył w momencie gdy lekarz nieprawidłowo stwierdzał zgon.

Declaration of death is a diagnosis and it has legal consequences. While declaring death, there is a possibility of committing a medical error. The majority of irregularities in declaring an individual dead occur in emergency situations. When a physician declares death, he is released from the professional obligation of saving the individual's life. The studies were based on the results of medico-legal evaluations in criminal cases in medical errors. In case death is erroneously declared, we may face a situation of squandering the chance of saving the life of a human being. Exposure to loss of life or to severe detriment to health are possible charges here, along with failure to offer medical assistance, although a deliberate character of the offence according to article 162 of the Polish penal code renders such a legal qualification dubious in case of medical errors. In both cases verification is needed whether an interest protected by law was still in existence, i.e. whether the individual was still alive when the physician incorrectly declared him dead.

Słowa kluczowe: opiniowanie sądowo-lekarskie, błąd medyczny, odpowiedzialność karna, stwierdzanie zgonu

Key words: medico-legal opinionating, medical error, criminal responsibility, declaration of death

WSTĘP

Dla klinicysty zgon człowieka jest rozpoznaniem. Tak jak przy każdym rozpoznaniu, przeprowadza on diagnostykę zgonu i może popełnić błędy. Wówczas sądowo-lekarskie opiniowanie, poza typową oceną merytoryczną działań lekarza, dotyczy ustalenia czy w chwili popełnienia czynu istniało jeszcze dobro chronione prawem – czy chory żył czy też nie. Od tego będzie zależała istota odpowiedzialności sprawcy.

LEKARSKI OBOWIĄZEK RATOWANIA ŻYCIA

Moment śmierci człowieka ma szczególne znaczenie prawne. Beneficjentem dóbr, które gwarantuje Konstytucja jest człowiek żywy. Z wyrażonej w art. 38¹ zasady wyprowadzono przepisy karne chroniące życie i zdrowie. Wyraźnie określony jest zakres tej ochrony. Przysługuje ona od chwili urodzenia [1, 2, 3] aż do śmierci. Wydawałoby się, że nie można popełnić przestępstwa przeciwko zdrowiu czy życiu osoby, która już nie żyje. To z pozoru

¹ Konstytucja Rzeczypospolitej z dnia 2 kwietnia 1997 roku, Dz.U.97.78.483, art. 38: Rzeczpospolita Polska zapewnia każdemu człowiekowi prawną ochronę życia.

oczywiste twierdzenie nabiera szczególnej wagi w przypadkach sądowo-lekarskiego opiniowania o prawidłowości stwierdzania zgonu i wynikających z tego konsekwencji prawnych.

Moment śmierci człowieka to także kres lekarskiego obowiązku ratowania życia. Lekarz przestaje być gwarantem życia i zdrowia bo dobra te przestają istnieć. Dopóki jednak są, obowiązek taki narzucają mu art. 30 ustawy o zawodzie lekarza² i art. 162 kodeksu karnego³ zawierający normę powszechną. W myśl obu tych przepisów w sytuacji grożącej bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu – życie musi być ratowane. Co więcej art. 30 ustawy o zawodzie lekarza jest normą bezwzględną, nie pozostawia innej alternatywy [4, 5, 6]. Z takiego punktu widzenia niezmiernie ważne staje się ustalenie, w którym momencie obowiązek ten ustaje. Zgodnie z ustawą o zawodzie lekarza zgon może stwierdzić lekarz, na podstawie „osobiście wykonanych badań i ustaleń”⁴. W szczególnych przypadkach dopuszczalne jest stwierdzenie zgonu przez starszego felczera, felczera lub położną⁵. Taka regulacja podkreśla prawne znaczenie tej czynności. Medycyna sądowa jako podstawowa dziedzina nauki wyraźnie określa co może być podstawą do stwierdzenia śmierci człowieka. Tanatologia sądowo-lekarska w sposób szczegółowy, wielopłaszczyznowo opisuje zjawisko śmierci. Dla lekarza klinicysty, którego postępowanie przychodzi nam oceniać, istotne są jednak łatwo rozpoznawalne, pewne znamiona śmierci (plamy opadowe, stężenie pośmiertne, przeobrażenia pośmiertne). Prawidłowe rozpoznanie zgonu polega na zaobserwowaniu któregoś z tych objawów. Z reguły są to najszybciej pojawiające się

plamy opadowe. Niepewne znamiona śmierci (brak akcji serca, tętna, oddechu, ochłodzenie) nie mogą stanowić postawy rozpoznania śmierci. Przeciwnie, zmuszają do realizacji lekarskiego obowiązku ratowania życia – podjęcia akcji resuscytacyjnej. Wyjątki od tej generalnej zasady stanowią:

- przypadki stwierdzania śmierci mózgowej do celów transplantacyjnych⁶
- wskazania do zaprzestania reanimacji i reguła DNAR [8] (*do not attempt resuscitation*)
- ewidentne przypadki urazów pozwalających niewątpliwie stwierdzić zgon (np. dekapitacja).

Warto zwrócić uwagę na wytyczne lekarzy intensywnej terapii. Istnieje wyraźny konflikt między bezwzględnym prawnym obowiązkiem ratowania życia a powyższymi standardami merytorycznymi. Zalecenia europejskiej rady resuscytacji z 2005 roku [8] wyraźnie wskazują, że nie należy podejmować akcji resuscytacyjnej wbrew woli pacjenta i w sytuacjach gdy pacjent nie przeżyje zatrzymania krążenia po podjęciu akcji. Pierwsza z opisywanych sytuacji – poszanowanie woli pacjenta znajduje ostatnio aprobatę wśród prawników [5, 6, 7, 9, 10, 11, 12]. Obie z wymienionych w standardzie sytuacji nie znajdują natomiast wyraźnego potwierdzenia w obowiązujących przepisach prawnych. W podobny konflikt z normami ustawy o zawodzie lekarza wpisuje się art. 32 Kodeksu Etyki Lekarskiej⁷. Wymienione powyżej sytuacje konfliktu przepisów prawa, z ustaleniami gremiów medycznych czy też kodeksem etyki lekarskiej, mogą mieć znaczenie kryminogenne w przypadkach błędów lekarskich związanych ze stwierdzaniem zgonu i obowiązkiem ratowania życia.

OPINIOWANIE DOTYCZĄCE OCENY PRAWIDŁOWOŚCI STWIERDZANIA ZGONU

Teoretycznie w opiniowaniu sądowo-lekarskim o prawidłowości stwierdzania zgonu i wynikających z tego konsekwencjach prawnych możemy napotkać dwie skrajne sytuacje. W każdej z nich poza oceną prawidłowości postępowania lekarza najistotniejsze jest ustalenie czy w chwili podejmowania lub zaniechania działania przez lekarza chory jeszcze żył.

² Ustawa o zawodzie lekarza z dnia 5 grudnia 1996 roku, tekst. jed. Dz.U.05.226.1943, art. 30. Lekarz ma obowiązek udzielać 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.

³ Kodeks karny, Dz.U.97.88.553 z póź. zm. art. 162. § 1. Kto człowiekowi znajdującemu się w położeniu grożącym bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu nie udziela pomocy, mogąc jej udzielić bez narażenia siebie lub innej osoby na niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

⁴ Ustawa o zawodzie lekarza z dnia 5 grudnia 1996 roku, tekst. jed. Dz.U.05.226.1943, art. 43.

⁵ Ustawa z dnia 31 stycznia 1959 roku o cmentarzach i chowaniu zmarłych, Dz.U.00.23.295, art. 11 oraz rozporządzenie MZIOS z dnia 3 sierpnia 1961 r. w sprawie stwierdzenia zgonu i jego przyczyny. Dz.U.61.39.202 – § 3.

⁶ Ustawa z dnia 1 lipca 2005 roku. Pobieranie, przeszczepianie komórek, tkanek i narządów, Dz.U.05.169.1411.

⁷ Kodeks Etyki Lekarskiej, art. 32: W stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych. 2. Decyzja o zaprzestaniu reanimacji należy do lekarza i jest związana z oceną szans leczniczych.

STWIERDZENIE ZGONU OSOBY ŻYWEJ

W takim przypadku dobro chronione prawem istnieje – pacjent żyje. Rozważyć można dwie kwalifikacje karne – art. 162 k.k. – nieudzielenie pomocy i art. 160 k.k. – narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężki uszczerbek na zdrowiu. Podmiotem przestępstwa z art. 162 k.k. jest osoba nie udzielająca pomocy w sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia a mogąca takiej pomocy udzielić bez narażania siebie na równoważne niebezpieczeństwo. Pacjent, który miałby być omyłkowo uznany za zmarłego z pewnością znajduje się w stanie bezpośredniego zagrożenia życia – to właśnie objawy takiego stanu (niewyczuwalne tętno, brak oddechu, brak reakcji źrenic na światło) z reguły stają się podstawą błędnego stwierdzenia zgonu. Taka kwalifikacja karna jest jednak wysoce problematyczna – nieudzielenie pomocy jest przestępstwem umyślnym [2, 3, 13, 14]. Przesłanki winy umyślnej i nieumyślnej wskazuje nam art. 9 k.k. Błędy lekarskie są popełnianie z winy nieumyślnej – przez lekkomyślność, niedbalstwo, brak należytej ostrożności czy też staranności. Wina umyślna wyklucza popełnienie błędu lekarskiego, w takim przypadku mielibyśmy do czynienia z najpospolitszym przestępstwem. Lekarz musiałby wiedzieć o tym, że chory żyje a pomimo to stwierdził zgon i nie udzielał pomocy – działałby wówczas w zamiarze bezpośrednim lub należałoby mu udowodnić, że liczył się z tym, że pacjent żyje i mimo to stwierdził zgon nie udzielając pomocy (zamiar ewentualny). Konieczność umyślności wyklucza kwalifikację skutku błędu lekarskiego przy stwierdzaniu zgonu z art. 162 k.k. Możliwa jest natomiast kwalifikacja karna w postaci narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężki uszczerbek na zdrowiu. Lekarz zastaje chorego w sytuacji zagrożenia życia. Potęguje to niebezpieczeństwo błędnie uznając go za zmarłego. Nie podejmuje akcji resuscytacyjnej. Możliwe są dwie sytuacje. Pacjent umrze lub przeżyje. Zarówno w pierwszej, jak i w drugiej lekarz naraża pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężki uszczerbek na zdrowiu. Gdy chory umiera zaprzepaszczone zostaje szansa na uratowanie życia. W sytuacji, w której istniały by podstawy aby tę, często bliżej nie dającą się określić, szansę zamienić na pewnik – można by postawić nawet zarzut nieumyślnego spowodowania śmierci – art. 155 k.k.

Godnym rozważenia jest przypadek opiniowany przez autorów: lekarz Pogotowia Ratunkowego został wezwany do 78-letniej kobiety z powodu utraty przytomności. Po przybyciu na miejsce opisał: oddech agonalny, skóra chłodna, marmurkowa, RR

110/70, tętno niemiernowe, brak reakcji słownej, ruchowej, źrenice wąskie, reakcja na światło powolna. Początkowo postanowił pozostawić chorą w domu prognozując jej śmierć i brak szans na uratowanie życia. Wobec protestu rodziny, zdecydował zabrać pacjentkę do szpitala. W trakcie transportu zauważył, że przestała oddychać – na tej podstawie stwierdził zgon. Nie podjął akcji reanimacyjnej. Pacjentka po dotarciu karetki do szpitala została przewieziona do kostnicy. Kolejnego dnia, w trakcie przygotowań do pochówku, rodzina zauważyła na czole zmarłej ranę, której w chwili interwencji pogotowia nie było. Podejrzewając przestępne spowodowanie śmierci powiadomiła prokuraturę. Biegły – lekarz medycyny sądowej wykonał sekcję zwłok stwierdzając: ranę tłuczoną powłok głowy z cechami przyżyciowości w postaci podbiegnięcia krwawego brzegów rany i w powłokach miękkich czaszki. Wykonał dokumentację fotograficzną, nie pobrał materiału do badania histopatologicznego. Za przyczynę chorobowego zgonu uznał nagłą śmierć sercową. Z zeznań pracowników prosektorium wynikało, że po przywiezieniu „zwłok” spadły one z wózka; co tłumaczyło powstanie obrażenia. Rano zauważyli, że prześcieradło, którym zwłoki były przykryte było obficie zabrudzone krwią w rzucie głowy. Opiniując doszliśmy do wniosku, że w chwili powstania obrażenia pacjentka była w okresie schyłkowym życia, o czym świadczą cechy przyżyciowości stwierdzone podczas sekcji zwłok (wyraźne, stosunkowo rozległe podbiegnięcie krwawe w powłokach miękkich, obfite zabrudzenie krwią prześcieradła – krwawienie z rany). Lekarz nieprawidłowo i przedwcześnie stwierdził zgon chorej. Pomimo, że opinia nie była kategorierna – uwzględniała wątpliwości związane z możliwością powstawania obrażeń podobnych do przyżyciowych po śmierci – lekarzowi przedstawiono zarzut z art. 160 uznając, że spotęgował istniejące z powodu choroby niebezpieczeństwo dla jej życia i zdrowia poprzez niepodjęcie próby uratowania życia.

NIEPRAWIDŁOWE POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU OSOBY ZMARŁEJ

Możliwa jest sytuacja, gdy lekarz stwierdza zgon osoby, która rzeczywiście nie żyje, ale sam sposób jego postępowania jest błędny. Tak może zdarzyć się, gdy nie wykonuje on badania zmierzającego do potwierdzenia pewnych znamion śmierci. Wówczas najistotniejsze staje się ustalenie przez biegłych czasu zgonu. Ilustracją problemu może być opiniowany przez nas przypadek. Lekarz z przychodni został wezwany na pobliski deptak, na którym kilka minut wcześniej 67-letni mężczyzna

upadł, „charczał i siniał”. Stwierdził brak tętna na tętnicy szyjnej, zasinienie skóry. Uznał, że pacjent nie żyje. Nie podjął akcji reanimacyjnej, powrócił do swoich zajęć w przychodni. Po około 15 minutach na miejsce przybył wezwany przez przechodniów zespół Pogotowia Ratunkowego. Lekarz pogotowia rozpoznał nagłe zatrzymanie krążenia, przeprowadził nieskuteczną akcję reanimacyjną, rozpoznał zgon. W opinii uznaliśmy, że lekarz z przychodni w sposób nieprawidłowy stwierdził zgon – popełnił błąd. Najistotniejsze dla całej sprawy było jednak ustalenie czy w chwili interwencji lekarza z przychodni pacjent jeszcze żył, czy już nie. Czy istniało dobro chronione prawem, czy go nie było. Jak zwykle w takich przypadkach brak było jakichkolwiek danych pozwalających na ustalenie momentu zgonu. Żaden z lekarzy, ani pozostałych świadków zdarzenia nie był w stanie podać czy występowały już pewne cechy śmierci. W sytuacji gdyby pacjent żył w momencie interwencji lekarza z przychodni – ten nie podejmując akcji reanimacyjnej naraziłby jego życie i zdrowie (art. 160 k.k.). Gdyby pacjent wówczas nie żył takiego zarzutu postawić mu nie można. Nie istniał przedmiot przestępstwa – życie i zdrowie człowieka, nie mogły zatem wypełnić się znamiona czynu zabronionego. Zakładając nieumyślność działania lekarza nie sposób postawić mu również zarzutu usiłowania narażenia. Zgodnie art. 13 k.k. usiłowanie jest bowiem tylko umyślną formą popełnienia przestępstwa [2, 3].

WNIOSKI

Nieprawidłowe postępowanie lekarskie w przypadkach stwierdzania zgonu może powodować odpowiedzialność karną lekarza. Kwalifikacja karna i rodzaj odpowiedzialności uzależnione są od tego, czy w momencie popełnienia błędu przy stwierdzaniu zgonu pacjent żył czy też nie. Sądowo-lekarskie opiniowanie w takich przypadkach musi uwzględniać istnienie lub brak w momencie popełnienia czynu dobra prawnego – życia człowieka. Ze względu na istotne znaczenie tego faktu dla sytuacji prawnej należy wykorzystać wszystkie możliwości w tym zakresie na jakie pozwala materiał dowodowy.

Błędy w przypadkach stwierdzania zgonu z reguły spowodowane są opieraniem rozpoznania na niepewnych znamionach śmierci (brak tętna, oddechu, ochłodzenie ciała, bledność powłok, brak reakcji źrenic na światło). Taka sytuacja zmusza lekarza do podjęcia obowiązku ratowania życia. Wystąpienie pewnych znamion śmierci pozwala na prawidłowe rozpoznanie zgonu. Najszybciej obserwowanym objawem są plamy opadowe. W przypadkach prowadzenia akcji resuscytacyjnej brak powrotu czyn-

ności życiowych i pojawienie się plam opadowych upoważnia do rozpoznania zgonu.

PIŚMIENNICTWO

1. Skrzydło W.: Komentarz do art. 38 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, [w:] W. Skrzydło, Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz, Zakamycze, 2002.
2. Zoll A. (red.): Kodeks karny. Część szczególna. Komentarz do art. 117-277. Tom II, Zakamycze, 1999.
3. Marek A.: Kodeks karny. Komentarz, Dom Wydawniczy ABC, 2005.
4. Świątek B.: Art. 192 k.k. – komentarze prawników a praktyka lekarska, Arch. Med. Sąd. Kryminol. 2005, 2, 162-167.
5. Kubicki L.: Obowiązek udzielenia pomocy lekarskiej, PiM, 2003, 13, 4.
6. Daszkiewicz K.: Uchylenie odpowiedzialności lekarza za wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta, Palestra, 2002, 31, 11-13.
7. Filar M.: Odpowiedzialność karna lekarza za zaniechanie udzielenia świadczenia zdrowotnego (nieudzielenie pomocy), PiM, 1999, 3, 33.
8. Wytyczne Europejskiej Rady Resuscytacji z 2005 roku, www.erc.com
9. Filar M.: Postępowanie lecznicze (świadczenia zdrowotne) w stosunku do pacjenta niezdolnego do wyrażenia zgody, PiM, 2003, 13, 41.
10. Kubicki L.: Nowy rodzaj odpowiedzialności karnej lekarza (przestępstwo z art. 192 k.k.), PiM, 2000, 8, 30.
11. Zielińska E.: Powinności lekarza w przypadku braku zgody na leczenie oraz wobec pacjenta w stanie terminalnym, PiM, 2000, 5, 73.
12. Liszewska A.: Problem zgody pacjenta jako dylemat aksjologiczny, PiM, 1999, 1, 85.
13. Michalski B.: Przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu, Nowa Kodyfikacja Karna, Zeszyt 28, Ministerstwo Sprawiedliwości, Departament Kadr i Szkolenia, Warszawa 2000.
14. Daszkiewicz K.: Przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu, Rozdział XIX Kodeksu Karnego, Komentarz, Wyd. C.H. Beck, Warszawa 2000.

Adres autorów:

dr n. med., mgr prawa Tomasz Jurek
Katedra Medycyny Sądowej
Zakład Prawa Medycznego
Akademii Medycznej we Wrocławiu
ul. J. Mikulicza-Radeckiego 4
50-368 Wrocław, tel. 71 784 14 74
mail: tjurek@forensic.am.wroc.pl