

Tomasz Konopka¹, Grzegorz Teresiński², Tomasz Jurek³

Opiniowanie lekarskie w sprawach o narażenie na bezpośrednio niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, w świetle spostrzeżeń z Konferencji Naukowej Kraków 11-12 września 2008

¹ Z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego
Kierownik Katedry: prof. dr hab. M. Kłys; Kierownik Zakładu: dr hab. J. Kunz

² Z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
Kierownik: prof. dr hab. R. Mądro

³ Z Zakładu Prawa Medycznego, Katedry Medycyny Sądowej Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. B. Świątek

W dniach 11-12 września 2008 roku w Krakowie odbyła się Konferencja Naukowa, zorganizowana przez Katedrę i Zakład Medycyny Sądowej CM UJ, poświęcona sądowno-lekarskiemu opiniowaniu o narażeniu na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub wystąpienia ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Tematyka Konferencji wynikała z obserwowanego w ostatnich latach znacznego wzrostu liczby ekspertyz, w których zlecniodawcy (sądy i prokuratury, a coraz częściej także policja) poruszali problem oceny nie tylko ostatecznych skutków o charakterze cielesnym, ale także stopnia prawdopodobieństwa wystąpienia ujemnych następstw o charakterze potencjalnym („bezpośredniości” narażenia zdrowia lub życia pokrzywdzonego). Biegli z zakresu medycyny sądowej, z różnych ośrodków akademickich, prezentowali przy tym ambiwalentne stanowisko w kwestii podejmowania się oceny tego rodzaju spraw. Mimo postępującego poszerzania zakresu prawnej ochrony zdrowia i życia ludzkiego w kolejnych kodyfikacjach karnych, niektórzy medycy sądowi do niedawna *a priori* odrzucali możliwość oceny problemu narażenia powołując się na „zasadę skutkowości opiniowania” (rozumianą w wąskich ramach obiektywnie wymiernego skutku biologicznego).

Część biegłych już od dawna wychodziło jednak naprzeciw oczekiwaniom środowisk prawników zakładając, iż brak wsparcia ze strony lekarzy stwarza ryzyko nieprawidłowej oceny niebezpieczeństwa dla życia lub zdrowia przez samych decydentów procesowych.

W Konferencji wzięli udział przedstawiciele wszystkich Zakładów Medycyny Sądowej oraz wielu biegłych z ośrodków pozaakademickich. Konferencja, podobnie jak poprzednia zorganizowana przez krakowską Katedrę i Zakład w 2001 roku w Osieczanach, miała charakter dyskusyjny. Wcześniej, w ramach przygotowań do Konferencji, do wszystkich Zakładów Medycyny Sądowej rozestano ankiety, zawierające krótkie opisy wybranych spraw, w których organ zlecający wydanie opinii pytał o „narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo” zdrowia lub życia ludzkiego. Odpowiedzi na te ankiety były podstawą do dyskusji na temat sposobu podejścia do kwestii „narażenia” w różnych rodzajach ekspertyz sądowno-lekarskich, gdy zachodzi konieczność oceny (prognozy) skutków potencjalnych, ponieważ niebezpieczeństwo nie zrealizowało się w formie skutku cielesnego, względnie brak jest podstaw do kategorycznego przyjęcia związku przyczynowego między rozpatrywanym

czynnikiem a ostatecznym skutkiem w postaci śmierci lub uszczerbku na zdrowiu.

W ramach wprowadzenia do dyskusji wygłoszone zostały trzy referaty, przygotowane w ośrodkach, które do tej pory opracowały publikacje [1-5], dotyczące tematu poruszanego podczas Konferencji. Przedstawiono następujące wykłady: „Narażenie na bezpośrednio niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężki uszczerbek na zdrowiu – sądowo-lekarska wykładnia pojęcia”, autorstwa Tomasza Jurka i Barbary Świątek; „Praktyka opiniowania sądowo-lekarskiego w sprawach dotyczących oceny narażenia na niebezpieczeństwo zdrowia lub życia ludzkiego”, opracowany przez Grzegorza Teresińskiego; oraz „Możliwości opiniowania lekarskiego w sprawach o narażenie na bezpośrednio niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu”, autorstwa Tomasza Konopki i Elżbiety Skupień.

Wstępna część Konferencji miała charakter ogólny i dotyczyła rozważenia kompetencji biegłych lekarzy do wypowiadania się na temat „narażenia”, gdyż w kwestii tej ścierały się do tej pory dwie skrajne koncepcje wynikające z różnic w sądowo-lekarskiej interpretacji pojęcia „skutku”, a także oceny „bezpośredniości” narażenia. Część biegłych odrzucała bowiem do tej pory możliwość wypowiadania się o „narażeniu na bezpośrednio niebezpieczeństwo...”, wskazując na brak możliwości kategorycznego prognozowania możliwych następstw. Zwolennicy przeciwnego stanowiska argumentowali jednak, iż przestępstwa sprowadzenia konkretnego narażenia dla zdrowia lub życia ludzkiego (np. opisane w art. 160 kodeksu karnego) mają charakter materialny (czyli skutkowy), gdyż pojęcia „skutku” nie można zawęzić jedynie do następstw o charakterze cielesnym. W rozumieniu prawnym, za skutek działania sprawcy uznawane jest bowiem także przeniesienie pokrzywdzonego z sytuacji „bezpiecznej” do stanu niebezpieczeństwa, względnie nasilenie stopnia zagrożenia dla zdrowia lub życia (karalne jest samo sprowadzenie zagrożenia niezależnie od ewentualnych następstw biologicznych), zaś „bezpośredniość” zagrożenia można zobiektywizować i kwantyfikować, np. w oparciu o kryteria statystyczne (nie ma przy tym potrzeby posługiwania się przedziałami liczbowymi, gdyż wystarczające jest użycie skali werbalnej – np. niebezpieczeństwo „bardzo wysokie”, „wysokie”, „znaczne”, „umiarkowane” lub „niskie”).

Ostatecznie wszyscy uczestnicy Konferencji uznali, iż biegły lekarz nie powinien odmawiać

opiniowania w sprawach o „narażenie”. Organ procesowy nie posiada bowiem „wiadomości specjalnych”, niezbędnych do przyjęcia kwalifikacji karnej czynu. Wzajemne kompetencje biegłego i organu procesowego są każdorazowo określane przez łączące ich relacje, zakres zleconej ekspertyzy oraz możliwości poznawcze lekarza i prawnika. Konieczna jest, oparta na właściwej komunikacji, współpraca między biegłym a organem procesowym.

Początkowe ustalenia zdeterminowały przebieg dalszej dyskusji, w której poruszono problem, czy opinia lekarska powinna polegać na odpowiedzi wprost na tezę zawartą w treści artykułu 160 k.k. (to znaczy potwierdzić lub odrzucić „narażenie”), czy też ograniczyć się do przedstawienia wiedzy lekarskiej dotyczącej rozważanego problemu bez formułowania wniosków o „narażeniu”. Podczas dyskusji oraz w odpowiedziach na ankietę przeważało stanowisko, iż jednoznacznej odpowiedzi należy udzielać w takich przypadkach, w których oczywistość narażenia nie budzi żadnych wątpliwości, nie tylko z punktu widzenia lekarza. W przypadkach złożonych i niejednoznacznych pod tym względem konieczna jest zaś opinia opisowa, przytaczająca poszczególne argumenty za i przeciw (uprawdopodobniające lub poddające w wątpliwość kwestię narażenia). Zwrócono uwagę na to, że o ile wymienienie możliwych poważnych następstw działania sprawcy nie stanowi dla lekarza problemu, o tyle określenie „bezpośredniości” może być trudne. Argumentów należy poszukiwać przede wszystkim w wysokim prawdopodobieństwie utraty życia albo powstania ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (realności zagrożenia), a także istnieniu bezpośredniego związku przyczynowego, czyli braku ogniw pośrednich dzielących przyczynę i prawdopodobny skutek oraz braku zależności realizacji skutku od dalszych działań sprawcy (osiągnięcia stadium, którego dalszy rozwój wynika jedynie z czynnika losowego – brak skutku cielesnego jest wynikiem tylko szczęśliwego zbiegu okoliczności), a nie tylko przez pryzmat kryterium czasowego (bliskości realizacji zagrożenia). Głosy w dyskusji wskazywały na złożoność niektórych ocenianych sytuacji i związane z tym ograniczenia w możliwościach opiniodawczych.

Dyskusja na temat poszczególnych problemów opiniodawczych została podzielona na dwie części z pozostawieniem na drugi dzień obrad problematyki związanej z oceną prawidłowości postępowania medycznego. W pierwszym

dniu, opierając się na przypadkach z ankiety, omawiano opiniowanie w kwestii narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach związanych z pobiciem, użyciem niebezpiecznego narzędzia, ekspozycją na działanie substancji toksycznej, diagnostyką i leczeniem prowadzonym przez nietrzeźwego lekarza oraz działaniami „pseudomedycznymi”. Pełną zbieżność poglądów osiągnięto w sprawach dotyczących opiniowania o narażeniu na działanie substancji trujących, przyjmując, że zaistnienie „narażenia” można dopuścić w przypadkach, w których badanie, np. analizatorem składu powietrza, wykazało toksyczne stężenie substancji trującej w atmosferze (opinie najczęściej dotyczą zatrucia tlenkiem węgla). Natomiast w sprawach, w których analizowane są działania lekarza pracującego pod wpływem alkoholu, o zaistnieniu „narażenia” zdrowia pacjenta powinny decydować zarówno stopień ciężkości stanu chorego oraz charakter działań podejmowanych lub zaniechanych przez lekarza, jak i wynikające ze stopnia nietrzeźwości lekarza zaburzenia psychomotoryczne: upośledzenie zdolności do percepcji, analizy i właściwej reakcji na sytuację zdrowotną pacjenta.

W sprawach dotyczących pobicia z użyciem niebezpiecznego narzędzia, w dyskusji ujawniły się dwa stanowiska. Zwolennicy pierwszego z nich wychodzą z założenia, że w każdym takim przypadku narażenie na niebezpieczeństwo związane jest z oceną możliwych biologicznych skutków działania określonych narzędzi, co wymaga wiedzy specjalnej i jest domeną medycyny sądowej (analizowano przypadek strzelania w kierunku ludzi z broni palnej i wiatrówki). Nawet w sytuacji, w której nie nastąpią żadne skutki biologiczne, może mieć bowiem miejsce narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężki uszczerbek na zdrowiu, a biegły zobowiązany jest wówczas do wymienienia i uprawdopodobnienia możliwości zaistnienia określonych skutków biologicznych. Z kolei zwolennicy przeciwnego poglądu argumentują, że w tego rodzaju przypadkach (lub przynajmniej większości z nich), ocena niebezpieczeństwa należy do kompetencji organu prowadzącego postępowanie z punktu widzenia tzw. przeciętnej wiedzy i doświadczenia życiowego. Jeszcze do niedawna w orzecznictwie sądów dominował bowiem pogląd, że niebezpiecznym narzędziem może być „każdy przedmiot, który ze względu na swe właściwości lub sposób użycia może spowodować znaczne uszkodzenie ciała lub

śmierć”, a za decydujące kryterium przyjmowano często jedynie sposób użycia określonego przedmiotu (prowadziło to więc do znacznego rozszerzenia zakresu pojęciowego). Obecnie zweryfikowano jednak to stanowisko zawężając definicję „niebezpieczności” narzędzia do stanu, który powinien wynikać przede wszystkim z indywidualnych właściwości użytego przedmiotu, a nie jego „odpowiednio przemyślanego użycia”. Z tego punktu widzenia, sam charakter narzędzia powinien stwarzać niebezpieczeństwo spowodowania poważnych obrażeń lub pozbawienia życia w stopniu porównywalnym z nożem lub bronią palną, co w praktyce zwalnia biegłego z obowiązku rozpatrywania tej kwestii.

Do wymiany poglądów doszło również przy omawianiu spraw, w których konieczna była ocena działań sprawców pod kątem sprowadzenia stanu „narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo”. Zagrożenie dla ofiar w poszczególnych przypadkach miało wynikać ze znalezienia się w niebezpiecznej sytuacji, względnie z wykonywania „niebezpiecznych czynności” – np. przypadki wypchnięcia z jadącego pojazdu, kopania, paramedycznych manipulacji na kręgosłupie lub użycia prądu elektrycznego. Dyskusja koncentrowała się głównie wokół możliwości wiarygodnej oceny niebezpieczeństwa wynikającego z działania sprawców w przypadku braku skutków biologicznych (w świetle wiadomości specjalnych biegłego, a nie „doświadczenia życiowego”). Uczestnicy spotkania dostrzegając trudności opiniodawcze w takich sytuacjach zwracali jednak uwagę, iż organ procesowy liczy na wiadomości specjalne biegłego w kwestii oceny „narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężki uszczerbek na zdrowiu” również w przypadkach, gdy ofiary nie doznały żadnych obrażeń.

Zespół lubelski zaproponował dość proste kryteria opiniowania w przypadkach dotyczących kwalifikacji następstw konkretnego „niebezpiecznego” działania sprawcy (z wyłączeniem błędów medycznych oraz naruszeń zasad bezpieczeństwa w ruchu drogowym) przez pryzmat spowodowanych rzeczywistych skutków cielesnych, które groziły wystąpieniem poważniejszych następstw, lecz ryzyko to z różnych powodów się nie zmaterializowało. Analiza „bezpośredniości” narażenia w tego rodzaju sprawach powinna być prowadzona w trzech aspektach dotyczących oceny „niebezpieczności” użytego narzędzia, niebezpieczeństwa wynikającego ze stworzonej sytuacji oraz

stopnia zagrożenia wynikającego z charakteru i lokalizacji konkretnie doznanych obrażeń.

Spośród tych aspektów, pierwsze kryterium stanowi z reguły problem prawny a nie sądowo-lekarski (pomoc biegłego w tej kwestii może okazać się potrzebna tylko wyjątkowo, np. w razie konieczności oceny niektórych cech narzędzia przy usiłowaniu nieudolnym). Ocena niebezpieczeństwa wywołanego przez określony sposób działania sprawcy (przeniesienie ofiary z sytuacji „bezpiecznej” do stanu „niebezpieczeństwa”) wymaga zaś pomocy biegłego w niektórych specyficznych sytuacjach związanych np. z ekspozycją na ekstremalne warunki fizyczne (o ile są one mierzalne, np. wysoka lub niska temperatura, napięcie i natężenie prądu elektrycznego lub promieniowanie), zadziałaniem trucizny (przy znanej dawce lub stężeniu w powietrzu oddechowym oraz oszacowanym czasie inhalacji), względnie właściwościami określonego patogenu chorobotwórczego przy ustalonym sposobie kontaktu ze źródłem zakażenia (np. przypadki HIV i wzw). Do wyłącznych kompetencji biegłego lekarza należy natomiast ocena trzeciego aspektu, tj. niebezpieczeństwa wynikającego z charakteru rzeczywiście odniesionych obrażeń, jeżeli powodowały skutki „z pogranicza” art. 157 i 156 k.k. (np. opóźniony zrost złamań nie wyczerpujący kryterium długotrwałości, dyskusyjne zeszpecenie lub zniekształcenie ciała, złamania czaszki bez poważniejszych następstw neurologicznych), ew. 157 § 1 i § 2 k.k. (np. złamania kości nosa bez przemieszczenia i upośledzenia drożności przewodów nosowych), wiązało się z nimi znaczne ryzyko zgonu (przy braku dostatecznie pewnych podstaw do przyjęcia „choroby realnie zagrażającej życiu”, np. niektóre przypadki odmy opłucnowej bez dowodu na realne zagrożenie życia, rany brzucha bez otwarcia światła przewodu pokarmowego itp.), względnie godziły w tzw. „wrażliwe okolice ciała” (np. rany penetrujące blisko ważnych organów lub urazy gałek ocznych – z wyłączeniem ich struktur ochronnych).

Drugi dzień Konferencji poświęcony był w całości opiniowaniu o „narażeniu” w sprawach karnych dotyczących oceny prawidłowości postępowania medycznego. Przy analizowaniu większości przedstawionych w ankiecie przypadków nie natrafiono na istotne różnice opiniodawcze między poszczególnymi Zakładami Medycyny Sądowej, mimo iż generalnie trudno było ustalić ogólne kryteria przyjmowania lub

odrzuć „narażenia” w konkretnym przypadku, co wynikało z dużej złożoności i różnorodności spraw o błąd lekarski. Pewne kontrowersje budziła ocena przypadków, w których wykazano ewidentny błąd diagnostyczny i decyzyjny, jednak charakter stwierdzonej sekcyjnie patologii w praktyce wykluczała możliwość uratowania życia pacjenta nawet przy wdrożeniu w pełni prawidłowego postępowania medycznego.

W dyskusji zwracano uwagę, iż uproszczona formuła prezentacji przypadków (wynikająca z konieczności zachowania zwięzłości opisu do celów ankietowych) utrudniała wszechstronną analizę całej złożoności sprawy.

Wydaje się, że problem ewentualnego „narażenia” w przypadkach oceny prawidłowości postępowania medycznego wymaga każdorazowo uporządkowania wg klasycznych reguł, tj. ustalenia czy istotnie doszło do naruszenia reguł prawidłowego postępowania lub norm ostrożności (czy doszło do błędu medycznego w potocznym rozumieniu), określenia skutków błędnego działania lub zaniechania lekarskiego (rozumianych nie tylko jako śmierć lub wystąpienie uszczerbku na zdrowiu pacjenta, lecz również spowodowanie bądź spotęgowanie zagrożenia dla życia lub zdrowia chorego), a przede wszystkim obiektywizacji związku przyczynowo-skutkowego między skutkiem a nieprawidłowym działaniem lub zaniechaniem personelu medycznego (jednoznaczne przyjęcie łańcucha skutkowego, względnie ocena stopnia prawdopodobieństwa nastąpienia skutku, który faktycznie nie zaistniał lub doszło do skutków cielesnych z „mniejszej kategorii”).

W przypadkach, w których doszło do zgonu pacjenta, odżył stary spór na temat tego, czy dla oceny prawidłowości postępowania lekarza konieczne jest dysponowanie wiedzą o przyczynie zgonu z badania pośmiertnego [6]. Z ogólnych zasad opiniowania w tego rodzaju przypadkach wynika jednak, że ocena taka winna być prowadzona z pozycji „*ex ante*” a nie „*ex post*”. Oznacza to więc, że skutek w postaci śmierci nie powinien mieć znaczenia przy ocenie prawidłowości postępowania lekarskiego, gdyż wykorzystać należy tylko taką wiedzę o danym przypadku, jaką dysponował (względnie mógł i powinien dysponować) interweniujący lekarz. Niemniej jednak w dyskusji zwracano uwagę, że w niektórych sytuacjach dla oceny stopnia samego stopnia niebezpieczeństwa dla zdrowia i życia oraz ewentualnej eskalacji zagrożenia związanej z błędem medycznym konieczna jest pełna wiedza o sytuacji zdrowotnej pacjenta,

w tym również o przyczynie zgonu. Temat istoty błędu medycznego i zasad opiniowania w takich przypadkach nie został wyczerpany, stając się tym samym inspiracją do następnych dyskusyjnych spotkań.

PIŚMIENNICTWO

1. Jurek T., Maksymowicz K.: Opiniowanie sądowo-lekarskie a ustalanie „narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężki uszczerbek na zdrowiu”, Arch. Med. Sąd. Krym. 2005, 55, 66-73.

2. Konopka T., Skupień E.: Możliwości opiniowania lekarskiego w sprawach o „narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu”, Arch. Med. Sąd. Krym. 2008, 58, 43-48.

3. Teresiński G., Mądro R.: Lekarskie aspekty narażenia na niebezpieczeństwo utraty zdrowia lub życia. I. Problem skutku potencjalnego w opiniowaniu sądowo-lekarskim, Arch. Med. Sąd. Krym. 2001, 51, 45-58.

4. Teresiński G., Mądro R.: Lekarskie aspekty narażenia na niebezpieczeństwo utraty zdrowia lub życia. II. Możliwości, warunki i granice lekarskiej oceny narażenia na niebezpieczeństwo życia lub zdrowia ludzkiego oraz kryteria medycznej kwantyfikacji stopnia narażenia, Arch. Med. Sąd. Krym. 2001, 51, 105-118.

5. Teresiński G., Mądro R.: Lekarskie aspekty narażenia na niebezpieczeństwo utraty zdrowia lub życia. III. Przykłady opinii, Arch. Med. Sąd. Krym. 2001, 51, 347-353.

6. Teresiński G., Mądro R.: Ocena prawidłowości postępowania medycznego w przypadkach, gdy nie wykonano badania pośmiertnego, Post. Med. Sąd. Krym. 2001, 6, 103-110.