



Sprawozdanie

Tomasz Konopka<sup>1</sup>, Grzegorz Teresiński<sup>2</sup>, Tomasz Jurek<sup>3</sup>

## Sprawozdanie z Konferencji „Opiniowanie o narażeniu na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu”

<sup>1</sup>Katedra i Zakład Medycyny Sądowej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie

<sup>2</sup>Katedra i Zakład Medycyny Sądowej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

<sup>3</sup>Katedra i Zakład Medycyny Sądowej, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

10 kwietnia 2015 roku w Krakowie odbyła się konferencja poświęcona opiniowaniu o narażeniu na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Konferencja, zorganizowana przez krakowski Zakład Medycyny Sądowej, podobnie jak poprzednia poświęcona tej tematyce (wrzesień 2008 roku), miała charakter roboczy, a jej celem była próba ujednoczenia zasad opiniowania oraz określenie kompetencji biegłego lekarza w tego typu sprawach.

Organizatorzy zwrócili się do wszystkich zakładów medycyny sądowej o nadsyłanie opisów przypadków, które miały być omawiane w czasie konferencji. Miały to być sprawy trudne, najlepiej z własnej praktyki opiniodawczej, względnie ciekawe z naukowego punktu widzenia lub wymyślone, ale uznane za pomocne dla ustalenia wspólnych zasad opiniowania. Na apel odpowiedziały prawie wszystkie zakłady, nadsyłając łącznie 54 opisy przypadków, z których wybrano 40 i w postaci ankiety rozesłano do poszczególnych zakładów (24 sprawy dotyczyły oceny narażenia niezwiązanego z oceną prawidłowości postępowania medycznego, pozostałych 16 dotyczyło oceny tzw. błędów medycznych, w kilku przypadkach z obu grup osobno rozpatrywano alternatywne warianty analizowanej sytuacji lub różnicowano stopień narażenia wobec różnych uczestników tego samego zdarzenia). Wypełnienie ankiety polegało na udzieleniu prostej odpowiedzi, czy opisane zdarzenie (postępo-

wanie sprawcy, określona sytuacja, popełniony błąd medyczny) narażały osobę pokrzywdzoną w kategoriach art. 160 kk. Uczestnikom ankiety pozostawiono też ewentualność odpowiedzi, że wydanie opinii jest niemożliwe, prosząc jednak o uzasadnienie. Wyniki ankiety stały się podstawą do dyskusji na temat różnych problemów związanych z opiniowaniem o narażeniu na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (w dalszej części sprawozdania zwrot kodeksowy „narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu” określany jest skrótowo „narażenie”). Wykład wprowadzający przed rozpoczęciem dyskusji wygłosił dr hab. Tomasz Jurek.

Nadesłane wyniki ankiety oraz dyskusja w czasie obrad pokazały, że w części problemów sądowo-lekarskich związanych z opiniowaniem o narażeniu uzyskanie jednomyślności było początkowo bardzo trudne, gdyż tylko w kilku analizowanych przypadkach wszyscy uczestnicy ankiety zaopiniowali tak samo, a w kilku przypadkach opinie potwierdzające lub odrzucające narażenie rozłożyły się po połowie. W większości tych spraw w trakcie dyskusji udało się jednak wypracować konsensus, kiedy opiniujący będący w mniejszości wycofali się ze swojego zdania. Pokazuje to, że podobnie jak w opiniowaniu o uszczerbku na zdrowiu w szczególnych przypadkach udaje się wypracować kryteria opiniodawcze

możliwe do zastosowania w części spraw, mimo że opiniowanie o narażeniu wciąż obciążone jest dużą dozą subiektywizmu. Opiniowanie w kategoriach artykułów 156 i 157 kk, w przeważającej większości spraw dotyczy pewnej zamkniętej (choć bardzo obszernej) grupy rozpoznania lekarskich, obejmujących różnego rodzaju obrażenia i stany pourazowe. Możliwe było np. wspólne ustalenie, że rana skóry gojąca się w sposób niepowikłany narusza jej czynność na czas nieprzekraczający siedmiu dni, złamanie kości narusza czynność układu ruchu na czas przekraczający siedem dni (poza pojedynczymi wyjątkami), krwotok wewnętrzny przebiegający ze wstrząsem stanowi chorobę realnie zagrażającą życiu, a utrata ręki to ciężkie kalectwo. W przeciwieństwie do tego, opiniowanie o narażeniu w wielu sprawach (szczególnie związanych z oceną prawidłowości postępowania medycznego) dotyczy zupełnie indywidualnych i niepowtarzalnych sytuacji, w których trzeba uwzględnić szereg wielu różnych okoliczności mogących mieć wpływ na to, czy ta sytuacja stanowiła narażenie w kategoriach art. 160 kk, czy też nie.

Istnieją wprawdzie kryteria narażenia w kategoriach art. 160 kk, są to sprowadzenie lub eskalacja zagrożenia, jego niezmnieszenie, niezatrzymanie, niespowolnienie postępu czy wreszcie niecofnięcie, wyróżnia się również wysokie prawdopodobieństwo wystąpienia poważnych skutków jako ekwiwalent bezpośredniości. Postulowane jest również zróżnicowanie wysokości prawdopodobieństwa ujemnego skutku uzasadniające przyjęcie „bezpośredniości” narażenia w zależności od chronionego dobra: niższe w przypadku ryzyka śmierci, wyższe w odniesieniu do zagrożenia ciężkim uszczerbkiem na zdrowiu i największe przy rozpatrywaniu narażenia na wystąpienie skutków wymienionych w art. 157 kk. Są to jednak pojęcia dość szerokie, nie wystarczająco precyzyjne, stanowiące w istocie jedynie zarys kryteriów. W praktyce w większości przypadków określanie rozmiaru potencjalnego zagrożenia i jego bezpośredniości też jest dość subiektywne.

Wydaje się, że duże znaczenie w opiniowaniu o narażeniu mają nie tylko ustalone kryteria, lecz także wiedza medyczna biegłego i jego doświadczenie zdobyte przez poznanie innych, podobnych do opiniowanego przypadków. Z analizy odpowiedzi na ankiety zdaje się jednak wynikać teza, że dla

niektórych respondentów decydujący był nie tylko zakres wiedzy medycznej, lecz nastawienie czy wręcz emocje opiniującego. W odpowiedziach na ankietę wyraźnie częściej przyjmowano narażenie w przypadkach o zabarwieniu społecznym, jak np. pozostawienie starej osoby bez opieki czy naganne postępowanie wobec dzieci.

W trakcie prowadzonej dyskusji zwracano uwagę, iż w niektórych tego typu przypadkach biegły może, a nawet powinien uchylić się od literalnego zaspokojenia oczekiwań organów procesowych, jeśli udzielenie odpowiedzi nie wymaga posiadania tzw. wiedzy specjalnej, nawet w sytuacji intuicyjnej oczywistości narażenia – w ten sposób biegły, wykraczając poza swoją rolę, stawałby się niejako narzędziem naukowej (pozornie) racjonalizacji narażenia, wyręczając w ten sposób decydentów procesowych od obowiązku osądzenia konkretnej sytuacji z punktu widzenia ogólnej wiedzy i doświadczenia życiowego. Konieczność zachowania takiej ostrożności w opiniowaniu dotyczy zwłaszcza przypadków, w których kwantyfikacja narażenia wynika z kryteriów o charakterze pozamedycznym, jak np. charakter („niebezpieczność”) samego narzędzia lub samo stworzenie określonej sytuacji (stanu niebezpieczeństwa) bez jakichkolwiek następstw biologicznych podlegających ocenie biegłego.

W trakcie dyskusji nad jednym z przypadków (pozostawienie chusty chirurgicznej w jamie brzusznej, znalezionej przypadkowo w czasie sekcji zwłok osoby zmarłej z innego powodu wiele lat później), rozważano problem źródeł informacji będących podstawą wiedzy stosowanej przy opiniowaniu o narażeniu. Ujawniły się dwa przeciwstawne poglądy, jeden mówiący że o zaistnieniu narażenia w tym i podobnych przypadkach powinny decydować badania statystyczne, z których wynika, że w większości przypadków pozostawienia ciała obcego w polu operacyjnym dochodzi do ciężkich powikłań. Zalecą takiego uniwersalnego podejścia byłoby przyjęcie jednolitych kryteriów wnioskowania, które wyręczałoby z konieczności rozpatrywania w każdym przypadku indywidualnych przesłanek bezpośredniości ryzyka. Zwolennicy odmiennego poglądu wychodzą z założenia, że przestępstwo z art. 160 kk naraża daną osobę i dotyczy konkretnej, niepowtarzalnej sytuacji, zatem nie można stosować tu statystyki. Postulat indywidualnej oceny narażenia stoi więc niejako w opozycji do probabilistycznej istoty

samego pojęcia „narażenia na niebezpieczeństwo” (które tylko może, ale wcale nie musi się zrealizować) i kryteriów kwantyfikacji jego stopnia.

W dyskusji nad dwoma kolejnymi podobnymi do siebie przypadkami zwrócono uwagę na problem kompetencji lekarza w zakresie określania wiedzy medycznej przypadkowej osoby. W omawianej ankiecie było tak w przypadkach niefachowego przenoszenia rannego ze złamaniem kręgosłupa szyjnego oraz ułożenia osoby nieprzytomnej w pozycji na wznak, co spowodowało zachłyśnięcie krwią. Z lekarskiego punktu widzenia, obydwa działania były niedopuszczalne, bo oba stwarzały poważne zagrożenie, prowadząc w pierwszym przypadku do nasilenia uszkodzeń rdzenia kręgowego, w drugim do uduszenia. O ile jednak wymienienie tych zagrożeń powinno należeć do kompetencji lekarza, o tyle określenie, czy postronna osoba bez wykształcenia medycznego może o tym wiedzieć, powinno już należeć do kompetencji sądu lub prokuratora. Co prawda, powyższe organy często pytają biegłych lekarzy o to, czy przypadkowa osoba powinna o tym wiedzieć, jednak lekarz nie powinien być osobą, która może wypowiadać się o wiedzy przeciętnego obywatela. O tym, jaki zasób wiedzy medycznej ma przypadkowa osoba, wie każdy, kto nie jest lekarzem, ratownikiem czy pielęgniarką, a pytanie o to lekarzy jest próbą przerzucenia orzekania o winie z sądu na biegłego.

Kolejnym problemem diskutowanym na konferencji było opiniowanie w przypadkach z elementem zagrożenia, które przynajmniej w jakimś stopniu daje się oceniać parametrami fizycznymi. Spośród przypadków zawartych w ankiecie dotyczyło to spraw z narażeniem na działanie tlenku węgla oraz spraw związanych ze strzelaniem z broni pneumatycznej. W części odpowiedzi na ankietę oraz podczas dyskusji zwracano uwagę na możliwości oceny narażenia (rozmiaru zagrożenia) na podstawie wyniku pomiaru stężenia tlenku węgla w miejscu zdarzenia i stopnia przekroczenia norm, a w przypadku wiatrówek – na podstawie energii kinetycznej pocisku. Zgodnie z tym poglądem o zaistnieniu narażenia w dużym stopniu decyduje przekroczenie norm stężenia tlenku węgla oraz wysoka wartość liczbowo energii pocisku, z kolei wynik nieprzekraczający norm i mała energia pocisku skutkują opinią odrzucającą narażenie.

Opinie dotyczące oceny ryzyka następstw pożarów i zatruc tlenkiem węgla stanowią jeden z niewielu przykładów, w których przy ocenie „bezpośredniości” narażenia (stopnia prawdopodobieństwa wystąpienia ujemnych skutków) można posilkować się wynikami badań eksperymentalnych dotyczących maksymalnych stężeń HbCO oraz szybkości wysycania hemoglobiny w zależności od stężenia CO w powietrzu oddechowym i czasu ekspozycji (a także szybkości spadku HbCO po opuszczeniu strefy zagrożenia w zależności od stężenia tlenu w mieszaninie oddechowej). Teoretyczne podstawy do tego rodzaju instrumentalnej obiektywizacji stopnia narażenia (wraz z wykresami) można znaleźć np. w serwisie CO Headquarters (<http://www.coheadquarters.com>).

W wielu innych analizowanych przypadkach konkluzją dyskusji był wniosek, że ocena narażenia w danej sprawie nie wymaga wiadomości specjalnych z zakresu medycyny, co powinno skutkować uchynieniem się biegłego lekarza od wydania opinii. Dotyczyło to przede wszystkim spraw, w których niebezpieczeństwo wynikało tylko z zeznań osoby składającej zawiadomienie o przestępstwie lub zeznań innych świadków. Wniosek taki stosunkowo często pojawiał się w sprawach, w których użyto niebezpiecznego narzędzia, jednak nie doszło do pozostawienia nie tylko obrażenia, ale nawet żadnego śladu biologicznego, uprawdopodobniającego działanie sprawcy.

Najistotniejszym prawdopodobnie ustaleniem Konferencji było zgodne przyjęcie zasad opiniowania o narażeniu w pewnym typie spraw o błąd medyczny, który nie spowodował następstw biologicznych, a w rzeczywistości ocenianej *ex post* nie występowało poważne niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia. Wśród przypadków nadesłanych w ramach przygotowywania ankiety znalazły się dwa podobne do siebie, opracowane niezależnie przez zakłady łódzki i wrocławski, w których celem autorów było wariantowe rozważenie narażenia w zależności od tego, czy popełniony błąd pociągnął za sobą skutki biologiczne, czy też nie i czy w rzeczywistości występowało zagrożenie życia lub zdrowia. W obydwu przypadkach postępowanie lekarzy było nieprawidłowe, jednak w jednym wariantcie każdego z przypadków nie spowodowało to żadnych następstw i brak było jakiegokolwiek zagrożenia,

podczas gdy w drugim doszło do rozwinięcia poważnych skutków zdrowotnych.

Poniżej przedstawiono opis jednego z takich przypadków.

Do 45-letniego mężczyzny zostało wezwane pogotowie z powodu bólu w klatce piersiowej i osłabienia. Nie wykonano EKG (zakładając, że istniały do niego wskazania), poprzestając na badaniu fizykalnym, rozpoznanie – prawdopodobnie neuralgia. Czy doszło na narażenia pacjenta w kategoriach art. 160 kk, zakładając, że:

- wariant pierwszy – ból u pacjenta minął, brak było dalszych następstw, w rzeczywistości nie występowało ostre niedokrwienie mięśnia serca,
- wariant drugi – ból u pacjenta nasilił się, doszło do zasłabnięcia, kolejny wezwany zespół pogotowia przewiózł pacjenta do szpitala, gdzie w wyniku prowadzonej diagnostyki rozpoznano zawał ściany tylnej mięśnia sercowego bez uniesienia odcinak ST (NSTEMI), bez manifestacji w badaniu elektrokardiograficznym, leczony w pracowni hemodynamicznej, z dobrym wynikiem.

Zarówno w pierwszym przypadku, jak i w drugim rozważającym narażenie wariantowo wystąpiła duża zgodność między opiniującymi zakładami. W przeważającej liczbie odpowiedzi na ankietę, odrzucano narażenie w wariantie bez skutku biologicznego i bez rzeczywistego zagrożenia, przyjmując jednocześnie zaistnienie narażenia w wariantie z wystąpieniem groźnych następstw.

Do niedawna wśród biegłych opiniujących o błędzie medycznym zdawał się dominować pogląd, że wobec obowiązującej w tych sprawach zasady opiniowania z pozycji *ex ante*, w tym samym trybie należy także rozważać zaistnienie narażenia, w sytuacji kiedy stwierdzono nieprawidłowe postępowanie, nawet bez skutku biologicznego. Pogląd taki był wyrażany m.in. w czasie poprzedniej konferencji, w 2008 roku. Obecnie, jak wykazały wyniki ankiety, większość opiniujących skłania się do odmiennego sposobu opiniowania: prawidłowość postępowania oceniana jest z pozycji *ex ante*, ale skutek w postaci narażenia – z pozycji *ex post*.

Nie można mówić o narażeniu w kategoriach art. 160 kk w każdej sytuacji, kiedy popełniono jakąkolwiek nieprawidłowość. Teoretycznie można wyobrazić sobie sytuację, że przypadkowo wybrane historie chorób z losowo wybranego szpitala zostaną przekazane do oceny biegłemu klinicyście z prośbą

o ocenę. Statystyczne prawdopodobieństwo wykrycia tam jakiegokolwiek nieprawidłowości bez następstw dla pacjenta jest dość duże, co w efekcie powinno w każdej z tych spraw skutkować zawiadomieniem prokuratury o możliwości popełnienia przestępstwa.

Podobna zasada (opiniowanie o narażeniu *ex post*) powinna, jak się wydaje, być stosowana nie tylko w przypadkach, w których nie wystąpiły biologiczne następstwa nieprawidłowego postępowania, lecz także w tych, w których nie da się ustalić, czy takie następstwa wystąpiły czy też nie, np. jeżeli nie jest znana przyczyna zgonu. Wśród problemów z ankiety przygotowanej na konferencję znalazł się przypadek, w którym pacjent zmarł nagle następnego dnia po odesłaniu ze szpitala, po nieprawidłowo przeprowadzonej diagnostyce w kierunku zawału serca. Sekcji zwłok jednak nie wykonano, co skłoniło większość opiniujących do odrzucenia w tym przypadku narażenia, pomimo błędnego postępowania diagnostycznego. Zaznaczyć tu należy, że przeszkodą w opiniowaniu o narażeniu jest nieznamość przyczyny zgonu, a nie brak sekcji zwłok.

W trakcie dyskusji wszyscy uczestnicy zgodzili się z poglądem wyrażonym w wyroku Sądu Najwyższego, że nie można mówić o narażeniu pomimo popełnienia błędu medycznego także w przypadkach, w których stan pacjenta nieuchronnie prowadził do zgonu i nie istniały żadne, nawet najmniejsze szanse na uratowanie życia i odwrócenie biegu zdarzeń (skrajne niebezpieczeństwo), niezależnie od rodzaju postępowania. W podobnych przypadkach do biegłego powinno natomiast należeć ustalenie, czy stan pacjenta rzeczywiście był nieodwracalny, względnie czy można wykazać, że prawidłowe postępowanie zmieniłoby losy chorego.

Podsumowując przebieg obrad, należy podkreślić, że inicjatywa oraz forma organizacji spotkania spotkała się z bardzo pozytywnym przyjęciem ze strony środowiska polskich medyków sądowych. Mimo ujawnionych różnic zdań i kontrowersji w wielu diskutowanych przypadkach zdołano osiągnąć daleko idące zbliżenie, a nawet ujednoczenie poglądów. Przypadki krańcowych niezgodności stanowisk dotyczyły w zasadzie spraw jednostkowych i niepowtarzalnych. Należy podkreślić, że podstawę do wymiany poglądów stanowił wybór przypadków z góry określonych jako wyjątkowo trudne i niejednoznaczne, co siłą rzeczy podnosiło temperaturę



dyskusji i prowokowało do poszukiwania w nich „drugiego dna” oraz zgłaszania nieszablonowych koncepcji i propozycji rozwiązań. Organizatorzy zdecydowali bowiem, aby nie powtarzać przypadków z poprzedniej Konferencji oraz nie uwzględniać tak „klasycznych” przykładów pytań o narażenie, jak np. przypadki wyrzucenia z jadącego pojazdu, urazów „wrażliwych okolic ciała” czy oceny obrażeń z pogranicza „średniego” i „ciężkiego” uszczerbku na zdrowiu, które nie wzbudzają już obecnie większych kontrowersji interpretacyjnych.

W gruncie rzeczy, w większości analizowanych spraw stanowiska ankietowanych były dość zgodne, a pojedyncze zdania odrębne związane były głównie z wątpliwościami interpretacyjnymi (np. odmiennym podejściem do kwestii nieuchronnych niedostatków informacji – wynikających z limitu objętości opisu) i w większości przypadków w trakcie prowadzonej dyskusji szybko osiągnano pewien konsensus. Niektóre ze zgłaszanych „zdań odrębnych” wynikało z przeświadczenia dyskutantów o niezastnieniu błędu medycznego (mimo że organizatorzy zastrzegali, by w sprawach „błędowych” nie oceniać kwestii prawidłowości postępowania medycznego, lecz skupić się na kwestiach związanych z oceną samego narażenia), względnie realizacji niebezpieczeństwa lub współistnienia „ciężkich” następstw (jak np. choroba realnie zagrażająca życiu), które „konsumowały” kwestię narażenia.

Wśród pozostałych niezgodności większość dotyczyła przypadków z ograniczoną ilością danych, w których uczestnicy ankiety starali się intuicyjnie

wyjsć naprzeciw oczekiwaniom organów procesowych i udzielali odpowiedzi na podstawie kryteriów własnego doświadczenia życiowego, najczęściej zupełnie oderwanych od przesłanek o charakterze medycznym, podczas gdy charakter ocenianych spraw pozwalał na ich ocenę przez pryzmat wiedzy ogólnej, mimo iż decydenci oczekiwali podania im gotowych rozwiązań i przerzucali ten obowiązek na biegłych, najczęściej w kwestii oceny „niebezpieczeństwa sytuacji” (niebezpieczeństwa samego sposobu działania sprawcy) lub niebezpieczeństwa wynikającego z charakteru użytego narzędzia. W niektórych z tego rodzaju spraw ujawniał się swego rodzaju brak „asertywności biegłego” wobec zleceńodawców opinii, wyrażający się podejmowaniem oceny okoliczności pozamedycznych i brakiem świadomości, kiedy można (a czasami należy) odmówić udzielenia odpowiedzi.

Konferencja dowiodła potrzeby organizacji tego rodzaju spotkań, gdyż dopiero bezpośrednia wymiana poglądów pozwoliła na zbliżenie, a nawet ujednolicenie stanowisk w wielu kwestiach, w których początkowo występowały różnice zdań wynikające z odmiennej interpretacji niejasnych przepisów prawa, jak również słabo określonych granic kompetencji biegłych w ocenie „narażenia na niebezpieczeństwo”. Warto rozważyć zatem powtórzenie za kilka lat podobnego spotkania w celu prześledzenia praktyki opiniowania i dalszej unifikacji poglądów na temat sądowo-lekarskiej oceny narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

#### Adres do korespondencji

Tomasz Konopka  
Katedra i Zakład Medycyny Sądowej  
Uniwersytet Jagielloński *Collegium Medicum*  
ul. Grzegórzecka 16  
31-531 Kraków  
e-mail: konopkat@wp.pl