

Erazm Baran

O wydawaniu opinii w sprawach o błąd lekarski w postępowaniu karno-sądowym

Problems referring to opinions in penal cases of medical malpractice

Z Katedry Medycyny Sądowej CM UJ w Krakowie
Kierownik: prof. dr hab. B. Turowska

Omówiono warunki jakie powinny być spełnione dla wydania opinii w sprawach w których dokonywano oceny prawidłowości postępowania lekarskiego. Opinie tego typu powinny być opiniami zespołowymi. Dla ich wydania konieczne jest dysponowanie pełną dokumentacją lekarską a w przypadkach w których doszło do zgonu leczonych pacjentów, obligatoryjnym jest dysponowanie prawidłowo wykonanym badaniem pośmiertnym.

The „vital” conditions of proper opinions in such cases were discussed. These must be a result of collective work based on all gathered medical records including full autopsy record (if a death of the patient followed).

Wśród opinii wydawanych dla władz wymiaru sprawiedliwości w postępowaniu karno-sądowym, szczególne miejsce zajmują opinie, w których dokonuje się oceny prawidłowości postępowania lekarskiego. Na swoistość i trudności związane z opiniowaniem w sprawach lekarskich zwracał uwagę K. Jaegerman (6).

Nie sposób tu również pominąć niezwykle trafnego stwierdzenia J. Olbrychta, który podkreślał pewne szczególne uwarunkowania działalności biegłych lekarzy w tym zakresie. Jak pisał J. Olbrycht: „... w sprawach takich lekarz – biegły musi z jednej strony niejednokrotnie występować przeciwko swojemu koledze – lekarzowi, z drugiej zaś pamiętać o tym aby nie narazić się na publiczny zarzut, że „kruk krukowi oka nie wydziobie”...”(9). W tych sprawach dochodzi również częściej – aniżeli w innego typu opiniach – do rozbieżności pomiędzy biegłymi. Analiza przyczyn tego typu rozbieżności znalazła swój wyraz w kilku publikacjach (1,5,8).

Niewątpliwie sprawy w których dokonuje się oceny prawidłowości postępowania lekarzy należą do przypadków wymagających wiadomości specjalnych. Zgodnie więc z obowiązującymi przepisami Kodeksu Postępowania

Karnego (7) prowadzący sprawę prokurator lub orzekający sąd mogą zasięgać opinii biegłych, instytucji naukowej lub specjalistycznej (art.193 paragraf 1 i 2). Kodeks Postępowania Karnego zawiera też ogólne wytyczne jakim powinna odpowiadać opinia a m.in. i to „że winna ona zawierać sprawozdanie z przeprowadzonych czynności i spostrzeżeń oraz oparte na nich wnioski” (art.201 paragraf 2) Te formalne ramy określone wymienionymi przepisami nie wyczerpują oczywiście złożonej materii opiniowania. Są tylko ogólnymi wytycznymi.

Aktualnie – zresztą nie od dzisiaj – przyjęta jest praktyka że prokurator lub sąd w sprawach o błąd lekarski powołuje instytucje naukowe jakimi są Katedry Medycyny Sądowej. Kierownicy tych placówek biorąc pod uwagę charakter sprawy tworzą zespoły biegłych, w których uczestniczą specjaliści medycyny sądowej oraz specjaliści względnie specjaliści określonych dyscyplin klinicznych. Tak więc opracowywana i wydawana opinia ma charakter opinii zespołowej. Jest to zresztą nawiązanie do tradycji jaką było do 1954 roku wydawanie tego rodzaju opinii przez kolegalne ciała tj. Rady Wydziałów Lekarskich (3). Oczywiście, że nie kwestionowanym prawem tak sądu jak i prokuratora jest w wydawanym postanowieniu o powołaniu biegłych, wymienienie również jakich specjalności biegli powinni brać udział w opinii. Bardziej jednak racjonalne jest by skompletowanie zespołu biegłych pozostawić w gestii Kierowników Katedr Medycyny Sądowej, ponieważ to oni po zapoznaniu się z konkretną sprawą będą mieli najlepsze rozeznanie co do składu personalnego takiego zespołu biegłych. Istotne jest tutaj jedno, że w sprawach w których ocenia się postępowanie diagnostyczne, lecznicze w tym leczenie operacyjne, w zespole musi być przedstawiciel stosownej dyscypliny klinicznej (a więc w sprawach chirurgicznych – chirurg, w sprawach okulistycznych – okulista itd.). Zdarzają się bowiem opinie w których udział specjalisty klinicyisty jest pomijany – chociaż jego obecność w zespole jest konieczna – a opinie wydawane są wyłącznie przez zespoły złożone tylko z medyków sądowych. Również nie jest korzystne, jeżeli opinie wydawane są wyłącznie przez samych klinicystów z pominięciem medyków sądowych.

Wzajemne relacje pomiędzy członkami zespołu biegłych w skład których wchodzi specjalista z medycyny sądowej i specjaliści dyscyplin klinicznych omówione zostały w opracowaniu J. Dzidy (4). Autor ten przy konstruowaniu opinii zespołowych wyróżnia trzy poziomy. Poziom pierwszy to ocena ogólnolekarska. Poziom drugi to ocena specjalistyczna dokonywana zarówno przez klinicystę jak i również w pewnym zakresie przez medyka sądowego. I wreszcie poziom trzeci, w którym dochodzi do opracowania wniosków dla potrzeb sądu lub prokuratury. Według cytowanego autora „wiodąca rola medyka sądowego przejawia się na poziomie trzecim, na nim spoczywa zadanie by opinia była pełna, jasna i należyście uzasadniona”.

Zgodnie z zasadami doktrynalnymi i praktyką, zlecający opracowanie opinii oczekuje w niej odpowiedzi na następujące pytania – generalnie rzecz ujmując:

- czy w analizowanej sprawie miał miejsce błąd lekarski czyli postępowanie sprzeczne z ogólnie przyjętymi zasadami wiedzy medycznej (wykroczenie *contra legem artis*),

- czy i jakie nastąpiły ujemne następstwa dla życia lub zdrowia,
- czy pomiędzy błędem a ujemnymi następstwami istnieje więź przyczynowa.

Dla przyjęcia odpowiedzialności karnej obwinionego lekarza, konieczne jest również uwzględnienie i ocena czy lekarzowi można przypisać winę za to błędne postępowanie. Ustalenie winy to domena prawników ale dla właściwej jej oceny zachodzi również niekiedy konieczność korzystania z oceny biegłych (2., 10).

Warunkiem wydania w pełni uzasadnionej opinii i udzielenie odpowiedzi na wszystkie kwestie sformułowane pod adresem biegłych, koniecznym jest by biegli dysponowali stosowną dokumentacją z prowadzonego leczenia. Jej zgromadzenie, skontrolowanie czy jest ona dokumentacją „pełną” musi spoczywać na organie zlecającym wydanie opinii. Praktyka jednak wskazuje, iż ten warunek nie zawsze bywa spełniony, czego konsekwencją jest zwrot akt sprawy celem ich uzupełnienia. Powoduje to wydłużenie opracowania opinii a tym samym czasu prowadzonego postępowania. Organ zlecający – co jeszcze raz należy podkreślić – musi czuwać i kontrolować by w akta sprawy włączono rzeczywiście wszystkie dokumenty z prowadzonego leczenia. Zwrócić należy uwagę iż w szczególności konieczna jest w takich przypadkach historia choroby pacjenta. Ma to być pełna historia choroby a nie historia w formie mniej lub bardziej obszernego streszczenia. Dokumentacja powinna obejmować wyniki wszystkich przeprowadzonych badań łącznie ze zdjęciami rentgenowskimi, karty zleceń lekarskich dokumentujących przepisane leki i zlecone badania dodatkowe, protokoły zabiegów operacyjnych. Zdarza się, że pacjent w toku prowadzonego postępowania leczniczego jest kierowany na różne oddziały czy do innych szpitali. W takich przypadkach należy do akt dołączyć dokumentację ze wszystkich tych placówek a nie tylko z tej – ostatniej – w której nastąpił zgon chorego. Nie należy również zapominać, że leczenie w dalszych etapach może być kontynuowane w poradniach a więc w warunkach ambulatoryjnych.

Dokumentacja lekarska powinna być również skontrolowana przez organ zlecający opracowanie opinii od strony jej czytelności. Niestety do chwili obecnej w części przypadków dokumentacja jest sporządzana pismem ręcznym, na ogół nieczytelnym, co zmusza biegłych do odsyłania akt celem dokonania czytelnych odpisów. Stąd też słusznym wydaje się postulat by dokumentacja ta była już uczyelniana zanim trafi do biegłych. Założyć można, że jeżeli prokurator czy sędzia nie może odczytać zapisów w historii choroby to również z pewnością i biegły będzie miał tego typu trudności. Mankament nieczytelności można najczęściej skorygować, gorzej jest jednak kiedy dokumentacja jest prowadzona w sposób niewłaściwy, jest skąpa, zawiera luki itp. Wypełnienie tych luk przesłuchiwaniami lekarzy czy personelu pomocniczego najczęściej nie jest możliwe, biorąc chociażby pod uwagę upływ czasu od zdarzenia które jest przedmiotem analizy biegłych. Niekiedy dokumentacja źle prowadzona uniemożliwia wydanie oczekiwanej przez sąd czy prokuratora opinii.

W przypadkach w których doszło do zgonu leczonego chorego, jest bezwzględnie konieczne by biegły dysponował w sposób „lege artis” przeprowadzoną sekcją zwłok i sporządzonym na tej podstawie protokołem. Praktyka jednak dowodzi, że zdarzają się przypadki w których zaniechano wykonania sekcji zwłok. Rezygnacja z badania pośmiertnego może być decyzją

tak prokuratora jak również ordynatora oddziału na którym nastąpił zgon chorego. Niekiedy badanie pośmiertne zostaje wprawdzie wykonane ale jako sekcja patomorfologiczna bez sporządzenia protokołu z podaniem tylko rozpoznania stwierdzonych zmian. Nawet jednak wówczas kiedy z sekcji patomorfologicznej został sporządzony protokół, dane w nim zawarte, mogą okazać się niewystarczające z uwagi na niepełny zakres tego badania pośmiertnego np. sekcja tylko narządów jamy brzusznej z pominięciem narządów klatki piersiowej czy głowy, rezygnację z wykonania badań dodatkowych w tym w szczególności histopatologicznych. Jeżeli badania pośmiertne dotknięte są tego typu wadami i niedociągnięciami to wówczas brak jest podstaw do wydania zasadnej a zwłaszcza kategorycznej opinii i to nawet wówczas gdy istnieje inna dokumentacja lekarska (np. historia choroby). W tego rodzaju przypadkach należy pamiętać o tym, że celem badania pośmiertnego jest m.in. sprawdzenie – weryfikacja danych zawartych w dokumentacji lekarskiej, sporządzonej za życia chorego. Doświadczenie sądowno-lekarskie poucza, że ta weryfikacja nie zawsze wypada pozytywnie. Znane są przypadki w których odnotowywano rozbieżności (nieraz bardzo istotne) pomiędzy tym co stwierdzano w czasie sekcji zwłok a tym co znajdowano (względnie nie znajdowano) w historii choroby. Wynika z tego jak ważna jest decyzja prokuratora o podjęciu badania pośmiertnego we wszystkich tych przypadkach w których istnieje najmniejsze podejrzenie nieprawidłowości postępowania lekarskiego. W przypadkach w których decyzję tą podejmują ordynatorzy oddziałów, nie powinni oni zbyt pochopnie rezygnować z wykonania sekcji zwłok. Istotny jest tu jeszcze jeden element. Tylko wyszkolony specjalista z medycyny sądowej a nie żaden przypadkowy lekarz parający się od czasu do czasu badaniami pośmiertnymi jest gwarantem należytego i wszechstronnego wykonania badania sekcijnego.

PIŚMIENNICTWO

1. Baran E.: Rozbieżności w opiniach sądowno-lekarskich. Arch. Med. Sąd. Krym., 1989, 4, 230–235.
- 2. Baran E.: Przesłanki odpowiedzialności karnej lekarzy w sprawach o błąd lekarski. Arch. Med. Sąd. Krym., 1996, 4, 253–259.
- 3. Cetnarowicz J.: Zarys rozwoju orzecznictwa sądowno-lekarskiego i ubezpieczeniowego w Polsce. Folia Med. Cracov. 1963, 4, 519–575.
- 4. Dzida J.: Granice kompetencji medyka sądowego przy współopiniowaniu z lekarzami innych specjalności. Arch. Med. Sąd. Krym., 1996, 3, 187–190.
- 5. Jaegermann K., Marek Z.: Rozbieżności w opiniach sądowno-lekarskich. Arch. Med. Sąd. Krym., 1979, 4, 249–257.
- 6. Jaegermann K.: Opiniowanie sądowno-lekarskie (Eseje o teorii). Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa, 1991, 203–227.
- 7. Kodeks Postępowania Karnego – Ustawa z dnia 4 sierpnia 1997 (Dz.U. nr 89, poz.555).
- 8. Marek Z., Kuś M., Baran E.: Zbieg błędnych decyzji przyczyną śmierci dziecka. Arch. Med. Sąd. Krym. 1989, 4, 221–229.
- 9. Olbrycht J.S.: Wybrane przypadki z praktyki sądowno-lekarskiej. PZW, Warszawa. 1964, 276.

-10. Sawicki J.: Błąd sztuki przy zabiegu leczniczym w prawie karnym. PWN.,
Warszawa ,1965, 58-102.

Adres autora:
Katedra Medycyny Sądowej CM UJ,
31-531 Kraków,
ul. Grzegorzewska 16.