



Opis przypadku  
Case report

Piotr T. Arkuszewski<sup>1</sup>, Ewa Meissner<sup>2</sup>

## Nieprawidłowy sposób stwierdzenia zgonu przez lekarza – opis przypadku

### Incorrect declaration of death by a physician – a case report

<sup>1</sup>Zakład Chirurgii Doświadczalnej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Polska

<sup>2</sup>Zakład Medycyny Sądowej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Polska

<sup>1</sup>Department of Experimental Surgery, Medical University of Lodz, Poland

<sup>2</sup>Department of Forensic Medicine, Medical University of Lodz, Poland

#### Streszczenie

Nieprawidłowe stwierdzenie zgonu przez lekarza nie należy do częstych sytuacji spotykanych w opiniowaniu sądo-lekarskim, a przypadki takie zwykle wzbudzają duże zainteresowanie. W pracy autorzy przedstawili przypadek nieprawidłowego stwierdzenia zgonu przez lekarza, mimo braku wczesnych pewnych znamion śmierci i pełnego badania lekarskiego. Prowadzone w sprawie śledztwo zostało jednak umorzone, a prawidłowość postępowania lekarza nie została oceniona przez biegłych.

**Słowa kluczowe:** lekarz, nieprawidłowe stwierdzenie zgonu, znamiona śmierci.

#### Abstract

Incorrect declaration of death is not a frequent situation in medico-legal reports, and such cases are usually of great interest. In this study the authors present a case of improper declaration of death by a physician, despite the absence of early definitive signs of death and without a full medical examination. However, the investigation of the case was dropped, and the conduct of the physician was not assessed by experts.

**Key words:** doctor, incorrect certification of death, signs of death.

---

## Wprowadzenie

Nieprawidłowe stwierdzenie zgonu przez lekarza jest przykładem niezgodnego z zasadami sztuki i wiedzy medycznej postępowania, które może przybrać dwie formy: stwierdzenia zgonu osoby żywej albo uznania za zmarłą w sposób nieprawidłowy osoby faktycznie nieżyjącej [1, 2]. Prawnokarne skutki takiego postępowania w przypadku stwierdzenia zgo-

## Introduction

Incorrect declaration of death by a physician is an example of conduct that is contrary to best principles of medical knowledge and practice and may have two forms: declaration of death of a living person, or the presumption of death of an actually deceased person but made in an incorrect way [1, 2]. The legal and penal consequences of

nu osoby żywej mogą wyczerpywać znamiona czynu zabronionego stypizowanego w art. 160 Kodeksu karnego (k.k.) [1, 2]. W pracy autorzy przedstawili przypadek niewątpliwie nieprawidłowego od strony formalnej uznania za zmarłą osoby, która dodatkowo mogła wykazywać jeszcze przejawy życia.

## Opis przypadku

W wiosenną niedzielę, w połowie maja, ok. godz. 22:45 patrol straży miejskiej (SM) zabrał z trawnika przed jednym z bloków na dużym osiedlu 59-letniego mężczyznę, od którego wyczuwalna była woń alkoholu. Czynność ta została wykonana na polecenie dyżurnego SM, który otrzymał zgłoszenie o mężczyźnie leżącym u szczytu bloku. W drodze do izby wytrzeźwień (IW) mężczyzna był w kontakcie logiczno-słownym (podobnie jak na miejscu, z którego został zabrany), nie wykazywał agresji, rozmawiał z funkcjonariuszami, ostatni raz wypowiedział słowa w miejscu, z którego – jak się okazało później – przejazd do IW zajmuje ok. 90 sekund. Cały czas siedział na ławce. Około godz. 23:00, po przybyciu do IW i otwarciu tylnego przedziału auta, funkcjonariusz SM stwierdził, że mężczyzna ma „spuszczoną do przodu głowę” i nie oddycha. W związku z tym mężczyzna został wyciągnięty z pojazdu na parking, jeden z funkcjonariuszy został przy nim i rozpoczął resuscytację krążeniowo-oddechową, a drugi poszedł do IW po lekarza. Lekarz po wyjściu na parking miał pochylić się nad mężczyznę i stwierdzić: „Przecież to jest trup, nie ma sensu go reanimować, co najwyżej mogę wam wezwać coronera”, po czym, nie udzielając pomocy, wrócił do budynku IW. Przybyły do IW w związku z innym zdarzeniem funkcjonariusz policji, który był świadkiem odejścia lekarza od pacjenta, polecił kontynuować czynności resuscytacyjne i sam zaczął pomagać jednemu z funkcjonariuszy SM, podczas gdy drugi udał się do IW po defibrylator. Wówczas funkcjonariusze SM wypowiedzieli jednak do policjanta słowa: „Zszedł nam ten mężczyzna”. Lekarz w odpowiedzi na prośbę funkcjonariusza SM o użyczenie defibrylatora miał powiedzieć: „Nie będę ratował trupa”. Dyżurnego SM poproszono o wezwanie karetki zespołu ratownictwa medycznego (ZRM). Wszyscy trzej funkcjonariusze, wspierani następnie przez kolejnych dwóch funkcjonariuszy SM, prowadzili czynności resuscytacyjne z uży-

such conduct, in the case of declaring a living person dead, could form constituent elements of an offense, as stipulated in Article 160 of the Criminal Code [1, 2]. In this study the authors present a case in which a person was pronounced dead in a formally incorrect manner and, in addition, might have still shown signs of life at the time of death declaration.

## Case study

On a spring Sunday, in the second or third week of May, at ca. 10.45 p.m., a Municipal Police (MP) patrol picked up a 59-year-old male, who smelt of alcohol, from a lawn in front of a block of flats in a large residential estate. This was performed at the order of the MP Dispatcher who received a call about a man lying near a gable wall of a block of flats. On the way to the Detoxification Center (DC) the person was in logical and verbal communication (as at the place from which he was picked up), was not aggressive, talked to the officers, and for the last time spoke some words in a place from which – as it turned out later – it takes ca. 90 seconds to drive to the DC. He was sitting on the back seat all the time. At ca. 11.00 p.m., upon arriving at the DC and opening the rear compartment of the vehicle, an MP officer found that the “man’s head was lowered to his chest” and he was not breathing. Given the above, the man was pulled out of the vehicle to the parking lot, one of the officers stayed with him and started CPR, while the other went to the DC for a physician. The physician, having walked into the parking lot, was to lean over the man and state: “But this is a corpse, resuscitation is pointless, the most that I can do is call a coroner”, and then, without administering any aid, he returned to the DC building. A police officer, who came to the DC in connection with another case, who witnessed how the physician left the patient, ordered the CPR to be continued, and himself started to assist one of the MP officers, while the other went to the DC building for a defibrillator. However, at that time the MP officers told the policeman: “This guy died on us”. In response to the policeman’s request for the defibrillator the physician was to say: “I will not try to save a corpse”. The MP dispatcher was asked to call Emergency

ciem worka samorozprężalnego do chwili, gdy drogą radiową uzyskali informację o tym, że ZRM nie przyjedzie, ponieważ będący na miejscu lekarz IW stwierdził zgon. Po upływie ok. 15 minut, a więc ok. godz. 23:15, czynności resuscytacyjne zostały przerwane. Zgon w sposób niebudzący wątpliwości został stwierdzony dopiero przez koronera o godz. 00:00 z adnotacją: „Przyczyna zgonu nieustalona. Nie podejrzewam udziału osób trzecich”. Następnie przeprowadzone zostały oględziny zewnętrzne zwłok z udziałem lekarza z zakresu medycyny sądowej, które wykazały m.in.:

- odzież na zwłokach – m.in.: gruba flanelowa koszula z długimi rękawami i sweter zapinany na guziki,
- wczesne pewne znamiona śmierci (oceny dokonano pomiędzy godz. 01:10–01:18): brak stężenia pośmiertnego, plamy opadowe sino-wiśniowe, wyraźnie zlewające się, umiejscowione wyłącznie na tylnej powierzchni ciała, obfite, blednące pod wpływem silnego ucisku i powracające po 30–60 sekundach, ulegające przemieszczeniu po trwającej 3 minuty zmianie ułożenia zwłok; powłoki ciała w zakresie okolic odkrytych chłodne, minimalnie ucieplone, w częściach zakrytych odczuwalnie cieplejsze (temp. powietrza wg protokołu oględzin zwłok ok. 10°C),
- przypuszczalny czas zgonu: 2–4 godziny przed czasem, gdy oceniono znamiona śmierci, tj. 21:10–23:20, ze wskazaniem na 2–3 godziny, czyli na przedział 22:10–23:20,
- drobne obrażenia w obrębie powłok ciała.

Wobec powyższego prokuratura rejonowa właściwa dla miejsca zdarzenia wszczęła śledztwo w sprawie o nieumyślne spowodowanie śmierci, tj. o czyn z art. 155 k.k., i zleciła przeprowadzenie sądowno-lekarskiej sekcji zwłok zmarłego. Wykazała ona m.in.:

- przekrwienie narządów wewnętrznych i obrzęk płuc,
- mózg wagi 1360 g, z makroskopowymi cechami obrzęku,
- nieliczne świeże i trwające sińce,
- złamanie mostka i obustronne złamanie żeber o wyglądzie powstałych podczas resuscytacji krążeniowo-oddechowej,
- przewlekłe choroby układu sercowo-naczyniowego (przerost mięśnia serca, otłuszczenie prawej komory serca, miażdżycy tętnic),

Medical Service. All three officers, later with help from two other MP officers, continued CPR using a self-inflating bag until, by radio, they were informed that the Emergency Medical Service would not come since the DC physician present at the scene declared the person dead. After about 15 minutes, i.e. at ca. 11.15 p.m. the CPR was stopped. Death, in a way that did not rise any doubts, was declared only by the coroner at 00.00, with an annotation: “Cause of death undetermined. I do not suspect the involvement of third parties”. Subsequently, with the participation of a forensic physician the body underwent external examination, which, among other things, showed:

- clothes on the body – thick flannel shirt with long sleeves and a sweater with buttons, etc.,
- early certain signs of death (evaluation performed at ca. 01.10–01.18 a.m.): no rigor mortis, blue-and-cherry-like livor mortis, clearly merging, located only in the back surface of the body, profuse, paling under strong pressure and returning after 30–60 seconds, relocating within 3 minutes after a change of the position of the body; skin in exposed areas cool, minimally warm, in non-exposed areas perceptibly warmer (according to the body inspection report the air temperature was ca. 10°C),
- presumable time of death: 2–4 hours before the time at which the signs of death were evaluated, i.e. 9.10–11.20 p.m., with an indication to 2–3 hours, i.e. 10.10–11.20 p.m.,
- slight injuries on the skin.

In view of the above, the District Public Prosecutor's Office competent for the place of the event initiated a criminal investigation into the case of unintentional killing (manslaughter), i.e. offense under Article 155 of the Criminal Code, and ordered a medicolegal autopsy of the deceased. Among other things, the autopsy revealed:

- hyperaemia of internal organs and pulmonary edema,
- weight of brain 1,360 g, with macroscopic signs of edema,
- a few fresh and sustainable bruises,
- sternal fracture and fractured ribs on both sides appearing to have been caused during CPR,
- chronic cardiovascular system diseases (hypertrophy of the heart, right ventricular adiposis, arteriosclerosis),

- obecność alkoholu etylowego w płynach ustrojowych w następujących stężeniach: krew – 4,79‰, mocz – 5,66‰, szklistka – 4,94‰.

Jako przyczynę zgonu wskazano ostre zatrucie alkoholem etylowym.

W toku dalszych czynności w charakterze świadków przesłuchane zostały osoby pełniące dyżur w IW w noc, w którą miało miejsce przedmiotowe zdarzenie. Ratownik medyczny zeznał: „(...) Zszedłem na dół razem z pozostałym personelem izby wytrzeźwień. Podeszliśmy do radiowozu SM i lekarz stwierdził zgon mężczyzny przywiezionego przez strażników. Lekarz zbadał go, osłuchał. Ponieważ został stwierdzony zgon, nie podejmowaliśmy czynności reanimacyjnych. Nie pamiętam, czy strażnik miejski prosił o defibrylator i czy został mu wydany. Nie przypominam sobie takiej sytuacji, od momentu zdarzenia upłynęło sporo czasu. Na izbie wytrzeźwień posiadamy sprzęt reanimacyjny. Znam procedurę postępowania w przypadku dowiezienia pacjenta, który nie oddycha, znane mi są czynności reanimacyjne. Zawsze podejmuje je lekarz, to on jest szefem dyżuru, szefem zespołu reanimacyjnego (...)”.

Zeznania pielęgniarki były następujące: „(...) Podeszliśmy do radiowozu SM, lekarz stwierdził zgon. Nie pamiętam, jakie czynności podejmował lekarz. Nie pamiętam, czy strażnik miejski prosił o defibrylator. Posiadamy na stanie sprzęt reanimacyjny, znamy procedury postępowania z pacjentami, którzy są do naszej placówki przywożeni, gdy nie oddychają lub mają inne zaburzenia. Znane mi są czynności reanimacyjne. W zakresie moich obowiązków leży wykonywanie zaleceń lekarza, podawanie leków, kroplówek (...)”. Druga pielęgniarka złożyła zeznania następującej treści: „(...) Pacjenta obejrzał kierownik zmiany – lekarz, stwierdził jego zgon. Polecił wezwać na miejsce coronera. Nie wiem, czy strażnik miejski prosił o defibrylator. (...) Posiadamy sprzęt reanimacyjny. Jest mi znana procedura postępowania w przypadku dowiezienia osoby, która nie oddycha. Przeprowadzane jest wówczas badanie, które wykonuje lekarz, natomiast ja wykonuję polecenia przekazane mi przez lekarza (...)”.

Lekarz pełniący wówczas dyżur zeznał: „(...) Na podstawie objawów klinicznych – brak tętna, brak oddechu, szerokie, sztywne, niereagujące na światło źrenice, zabarwienie powłok ciała sino-woskowe – stwierdziłem zgon mężczyzny. Zaproponowałem

- presence of ethyl alcohol in body fluids in the following concentrations: blood – 4.79‰, urine – 5.66‰, vitreous body – 4.94‰.

The cause of death was declared to be acute ethyl alcohol poisoning.

In the course of the investigation, the staff on duty at the DC on the night of the event were questioned as witnesses. A paramedic testified: “(...) I went downstairs together with other staff of the DC. We walked up to the MP vehicle and the doctor declared death of the man brought by the MP officers. The physician checked him, auscultated him. As death was declared we did not undertake resuscitation. I cannot remember if the MP officer asked for a defibrillator and if he was issued with one. I cannot recall such a situation, a long time has passed since the event. At the DC we have resuscitation equipment. I know what is the procedure, if a person who is delivered is not breathing, I know how to perform resuscitation. Reanimation is always started by the physician, he is the head of the staff on duty, the head of the resuscitation team (...)”.

A nurse testified the following: “(...) We walked up to the MP vehicle, the physician declared death. I can't remember how the doctor treated the patient. I can't remember if the Municipal Police officer asked for a defibrillator. We have resuscitation equipment on site, and we know the procedures how to treat patients delivered to our facility if they are not breathing or if they have other disorders. I know how to perform resuscitation. According to my responsibilities I am to follow doctor's orders, administer medications, intravenous infusions (...)”. The second nurse testified the following: “(...) The patient was examined by the shift supervisor – the doctor, who declared him dead. He asked us to call a coroner. I don't know if the Municipal Police officer asked for a defibrillator. (...) We have resuscitation equipment. I know the treatment procedure if a person who is not breathing is delivered to us. In such a case, an examination is performed by the physician, while I follow orders given by the physician (...)”.

The physician on duty at the time testified: “(...) On the basis of clinical signs – lack of pulse, lack of breathing, dilated, rigid pupils not responding to light, bluish and wax-colored skin – I declared the man dead. I recommended that a coroner should

wezwanie coronera, który przyjechał na miejsce i potwierdził zgon. Nie pamiętam, czy któryś ze strażników miejskich prosił o defibrylator, posiadamy sprzęt reanimacyjny. Znana jest mi procedura postępowania w przypadku dowiezienia pacjenta, który nie oddycha. Wtedy należy udrożnić drogi oddechowe i rozpocząć zewnętrzny masaż serca. Czynności reanimacyjne może podjąć każdy. Stwierdzić zgon może jedynie lekarz (...).”

Ponadto w charakterze biegłego przesłuchany został lekarz, który przeprowadził oględziny zewnętrzne zwłok. Wymienił on sytuacje, w których odstąpienie od czynności resuscytacyjnych jest postępowaniem prawidłowym, a kiedy należy je podjąć. Wskazał również, kiedy najwcześniej po zgonie pojawiają się plamy opadowe, oraz podkreślił, że w trakcie oględzin zwłok stwierdził plamy opadowe wyłącznie na tylnej powierzchni ciała, nie „zachodziły” one nawet na powierzchnie boczne (w trakcie sekcji zwłok były zresztą rozmieszczone identycznie) i nie były widoczne w obrębie odkrytych części ciała. Dodatkowo – przyjmując za wiarygodne zeznania funkcjonariuszy SM i policji – zaznaczył, że plamy opadowe nie mogły być obecne i możliwe do stwierdzenia w trakcie resuscytacji, tym bardziej że była ona prowadzona w pozycji leżącej, a mężczyzna był dość grubo ubrany. Biegły, który dokonał oględzin zewnętrznych zwłok na parkingu IW, podkreślił też, że pierwszym lekarzem, który miał szanse zaobserwować plamy opadowe, był coroner, a stężenie pośmiertne nie było jeszcze widoczne nawet podczas sądowo-lekarskich oględzin zwłok, toteż nikt nie mógł stwierdzić jego obecności wcześniej.

Autorzy niniejszej publikacji przeprowadzili we własnym zakresie eksperyment polegający na pomiarze czasu, jaki zajmuje w ten sam dzień tygodnia, o tej samej porze i w podobnych warunkach atmosferycznych przejazd samochodem osobowym od skrzyżowania, na którym mężczyzna według zeznań funkcjonariuszy SM był jeszcze w kontakcie, do IW. Okazało się, że czas ten wynosi 90 sekund. Z kolei analiza zapisu kamer monitoringu IW wykazała, że sekwencja poszczególnych sytuacji na miejscu przedmiotowego zdarzenia była następująca:

- 23:00:34 – radiowóz SM jest widoczny w bramie wjazdowej na posesję, na której znajduje się IW,
- 23:00:45 – radiowóz zatrzymuje się przed budynkiem,

be called, who came to the site and confirmed that the man was dead. I can't remember if any of the Municipal Police officers asked for a defibrillator, we do have resuscitation equipment. I know what is the procedure, if a person who is delivered to us is not breathing. If that is the case, one should clear the airways and start external heart massage. Anyone can start resuscitation. Only a physician can declare a person dead (...).”

Furthermore, the physician who examined the body was also questioned as a witness. He specified in which situations it is correct to abandon resuscitation, and when resuscitation should be started. He also specified when livor mortis occurs at the earliest after death, and stressed that during the examination of the body he determined livor mortis only on the back of the body, and that livor mortis did not “extend” to the sides (during the autopsy the position of livor mortis was identical) and was not visible on exposed parts of the body. In addition, assuming that the testimonies given by the MP officers and the police were credible, he pointed that livor mortis could not have been present and detectable during resuscitation, especially as resuscitation was performed with the man lying, and the man was dressed in thick clothes. The expert witness who carried out an external examination of the body at the DC parking lot stressed, that the first physician who could have observed livor mortis was the coroner, while rigor mortis was not yet present even during medicolegal examination of the body, consequently, nobody could have determined it earlier.

The authors of this study carried out an experiment in which, on the same day of the week, and at the same time of day, and during similar weather conditions, they measured the time required for a passenger car to drive to the DC from the junction at which, according to the MP officers, the man was still communicative. It turned out that the time was 90 seconds. On the other hand, an analysis of CCTV at the DC showed the following sequence of situations on site of the event in question:

- 11.00.34 p.m. – MP vehicle visible at the entry gate to the DC facility,
- 11.00.45 p.m. – vehicle stops in front of the building,
- 11.01.15 p.m. – MP officers exit the vehicle, one of them enters the building,

- 23:01:15 – funkcjonariusze SM wysiadają z samochodu, jeden z nich wchodzi do budynku,
- 23:01:50 – drugi z funkcjonariuszy po otwarciu tylnego przedziału pojazdu stwierdza, że z mężczyzną dzieje się coś złego,
- 23:02:00 – funkcjonariusz znajdujący się przy samochodzie prosi o pomoc kolegę,
- 23:02:10 – obaj funkcjonariusze zaczynają udzielać mężczyźnie pomocy,
- 23:02:20 – jeden z funkcjonariuszy biegnie do budynku IW, drugi zostaje z mężczyzną,
- 23:02:45 – funkcjonariusz wraca z budynku,
- 23:03:10 – pierwszy mężczyzna z personelu IW pojawia się przy radiowozie,
- 23:03:20 – mężczyzna ten wraca, ale w tym samym momencie przy funkcjonariuszach pojawia się następny,
- 23:03:45 – przy radiowozie pojawia się więcej osób z personelu IW,
- 23:04:30 – członkowie personelu IW wracają do budynku.

Pomimo tego prokuratura rejonowa prowadząca śledztwo w sprawie o czyny z art. 155, 162 § 1 i art. 160 § 2 k.k. po kilku miesiącach postanowiła je umorzyć bez dopuszczenia dowodu z opinii biegłych lekarzy na temat prawidłowości postępowania lekarza IW. Decyzję o umorzeniu podjął jednak inny prokurator niż ten, który wszczął śledztwo i nadzorował wykonywane wcześniej czynności. W uzasadnieniu postanowienia o umorzeniu śledztwa napisano: „(...) Ocena stanu zwłok przedstawiona przez lekarza (izby wytrzeźwień – przyp. aut.) może sugerować, że do zgonu mężczyzny doszło już w radiowozie straży miejskiej. Do zgonu mogło również dojść bezpośrednio po przywiezieniu mężczyzny do izby wytrzeźwień. (...) Można przyjąć, że niezwłoczna reanimacja przyniosłaby oczekiwany skutek. Równie dobrze można przyjąć, że z uwagi na odległość czasową od zgonu do podjęcia reanimacji pożądaný skutek nie nastąpiłby. (...) Brak jest jakichkolwiek podstaw do kwestionowania oceny lekarza, że nastąpił zgon. Ocena takiej decyzji mogłaby nastąpić, ale w oparciu o większą ilość danych, np. ustalenie również przez inne osoby braku oddechu, braku reakcji oczu na światło, koloru skóry. Świadców przesłuchani w sprawie takich ocen nie sformułowali. (...)”

- 11.01.50 p.m. – the other officer opens the vehicle's rear compartment and finds out that something is wrong with the man,
- 11.02.00 p.m. – officer at the vehicle asks the fellow officer for help,
- 11.02.10 p.m. – both officers start administering aid to the man,
- 11.02.20 p.m. – one of the officers runs to the DC building, the other stays with the man,
- 11.02.45 p.m. – officer returns from the building,
- 11.03.10 p.m. – first man from DC staff appears at the vehicle,
- 11.03.20 p.m. – the man returns but at the same time another man appears next to the officers,
- 11.03.45 p.m. – more staff from the DC appear at the vehicle,
- 11.04.30 p.m. – DC staff return to the building.

Despite the above, the District Public Prosecutor's Office running the investigation into the case related to offenses under Article 155, 162 § 1 and Article 160 § 2 of the Criminal Code, after a few months decided to discontinue it without admitting evidence in the form of expert physicians' opinions on the correctness of the behavior of the DC physician. The decision to discontinue the investigation, however, was made by a different Public Prosecutor than the one who initiated the investigation and supervised the activities performed earlier. The grounds for the decision read: “(...) The assessment of the conditions of the body presented by the physician (of the Detoxification Center – authors' note) may suggest that the man had already died in the Municipal Police vehicle. The death might have also occurred immediately on arrival of the man at the Detoxification Center. (...) It should be assumed that immediate resuscitation would have brought the desired result. Just as well it could be assumed that due to the time from the moment of death to the start of the resuscitation the desired result would not have taken place. (...) There are no grounds to question the physician's assessment that death took place. The assessment of such a decision could be made on the basis, however, of more data, e.g. also if other people determined lack of breathing, eyes unresponsive to light, color of the skin. Witnesses questioned in the case did not testify to that effect. (...)”

## Wnioski

W opiniowaniu sądowo-lekarskim przypadków nieprawidłowego stwierdzenia zgonu, w których osoba błędnie uznana za zmarłą ostatecznie umiera, podstawową trudność stanowi ustalenie, czy w momencie pierwotnego „stwierdzenia zgonu” osoba rzeczywiście już nie żyła, czy też jeszcze żyła albo znajdowała się w tamtej chwili w stanie śmierci klinicznej. Wynika ona przede wszystkim z trudności w wykazaniu, czy osoba „stwierdzająca zgon” miała kontakt już ze zwłokami, w których nie zdążyły się jeszcze rozwinąć wczesne pewne znamiona śmierci (plamy opadowe, stężenie pośmiertne), czy też z osobą wykazującą mniejsze bądź większe przejawy życia, która absolutnie nie mogła zostać uznana za zmarłą. Trudności te stają się jeszcze większe, gdy osoba „stwierdzająca zgon” w ogóle nie przeprowadzi badania fizykalnego. W przypadku wykonania tej czynności można liczyć na to, że w jej opisie zostaną zawarte informacje świadczące o tym, że osoba badana już nie żyła. W tym miejscu warto przytoczyć opisany przez Jurka i wsp. przypadek, w którym było możliwe wykazanie, że osoba pierwotnie uznana za zmarłą – i która ostatecznie zmarła – pomiędzy „pierwszym stwierdzeniem zgonu” a faktycznym uznaniem za zmarłą jednak żyła [2]. Kluczowym elementem materiału dowodowego była rana tłuczona powłok głowy z cechami przyżyciowości, nieobecna przy „pierwszym stwierdzeniu zgonu”. Praktyka sądowo-lekarska pokazuje, że bardzo rzadko można liczyć na dowód życia osoby w chwili pierwotnego, nieprawidłowego „uznania ją za zmarłą”. Znacznie łatwiejsze do opiniowania są przypadki, w których osoba „uznana za zmarłą” ostatecznie przeżywa, gdyż wówczas kwestia błędnego stwierdzenia zgonu jest oczywista [1].

W przedmiotowym przypadku nie można wykazać, że postępowanie lekarza było niezgodne z art. 43 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, który brzmi następująco: „Lekarz może stwierdzić zgon na podstawie osobiście wykonanych badań i ustaleń, z zastrzeżeniem sytuacji określonych w odrębnych przepisach” [3]. Badanie lekarskie zostało bowiem przeprowadzone, materiał dowodowy nie pozwala natomiast stwierdzić, jaki dokładnie miało przebieg. Funkcjonariusze SM twierdzili, że lekarz jedynie pochylił się nad pacjentem. Ratownik medyczny zeznał, że lekarz zbadał i osłuchał

## Conclusions

In giving a medicolegal opinion about cases of improper declaration of death, where the person who is wrongly presumed dead actually dies, the key difficulty is the determination whether at the original time of “declaring death” the person was actually dead, or was still alive, or was clinically dead. The main difficulty is to demonstrate whether the person “declaring death” had contact with the body in which early certain signs of death had already developed (livor mortis, rigor mortis), or else, had actually contact with a person with vital signs visible to a lesser or greater extent, who absolutely could not have been declared dead. Such difficulties are usually amplified when the person “declaring death” had not conducted a physical examination at all. If such examination is performed, then it should be assumed that in the person’s description there will be information showing that the examined person had already been dead. What is worth mentioning at this point is a case described by Jurk *et al.*, in which it was possible to demonstrate that a person originally presumed dead, and who ultimately died, was alive between the “first declaration of death” and the final finding that the person was dead [2]. The key element of the evidence was a contused wound to the head, showing features of survival, which was not present during the “first declaration of death”. Medicolegal practice shows that it is very rare that one can find proof of life for a person originally and incorrectly “declared dead”. On the other hand, it is much easier to present an opinion on a case where a person “declared dead” actually survives, as then the issue of incorrect declaration of death is obvious [1].

In the present case, one cannot demonstrate that the physician’s conduct did not comply with Article 43(1) of the Act on the Professions of Doctor and Dentist, which reads as follows: “A physician may declare death on the basis of personally conducted examinations and findings, subject to situations stipulated in separate provisions” [3]. A medical examination had been actually performed, however, evidence makes it impossible to determine what exact course it followed. MP officers claimed that the physician only leaned over the patient. A paramedic testified that the physician examined and auscultated the patient. On the other hand, the phy-

pacjenta. Z kolei sam lekarz w złożonych przez siebie zeznaniach wskazał jako podstawę stwierdzenia zgonu brak tętna i oddechu, szerokie, sztywne i nie-reagujące na światło źrenice oraz sino-woskowe zabarwienie powłok ciała. Taka treść zeznań wskazuje przynajmniej na przeprowadzenie oględzin i badania palpacyjnego, ale już niekoniecznie osłuchiwanie i opukiwanie. Lekarz IW nie wypowiedział się w ogóle na temat obecności plam opadowych lub stężenia pośmiertnego i dlatego należy uznać, że zgon nie został stwierdzony na podstawie obecności wczesnych, pewnych znamion śmierci. Stężenie pośmiertne z całą pewnością nie było obecne podczas badania lekarskiego. Z kolei plamy opadowe – jeśli w ogóle były już zauważalne – nie mogły zostać dostrzeżone bez zdjęcia odzieży i zmiany ułożenia ciała, a o dokonaniu takich czynności i zauważeniu plam opadowych lekarz IW nie wspomniał. Jego postępowanie należy określić więc raczej jako uznanie pacjenta za zmarłego w oparciu o niedające do tego dostatecznych podstaw przesłanki, choć w chwili, w której faktycznie mogło – choć nie musiało – dojść już do zgonu.

W świetle zeznań pozostałych świadków nie ulega wątpliwości, że w tamtym momencie nie było danych uzasadniających stwierdzenie zgonu w sposób niebudzący wątpliwości. Materiał dowodowy nie zawiera jakiegokolwiek informacji o obecności choćby jednego z pewnych znamion śmierci. Warto także zwrócić uwagę na brak ściśle określonych procedur SM i na pewną niekonsekwencję w postępowaniu, która uszła uwadze prokuratora. Otóż funkcjonariusze udzielający pomocy mężczyźnie zostali poinformowani, że na miejsce nie przyjedzie ZRM, ponieważ znajdujący się na miejscu lekarz stwierdził zgon (nie wystawiając zresztą żadnego zaświadczenia), ale jednocześnie wezwany został koroner właśnie w celu stwierdzenia zgonu. Sytuacja ta może podważać prawidłowość uznania pacjenta za zmarłego przez lekarza IW, chociaż koroner mógł zostać wezwany także dlatego, że lekarz nie wystawił żadnego zaświadczenia o stwierdzeniu zgonu.

W omawianym przypadku dwoma kluczowymi elementami materiału dowodowego, które dawałyby podstawy do przyjęcia, że lekarz miał styczność z osobą w stanie śmierci klinicznej, były zeznania funkcjonariuszy SM oraz zapis z kamer monitoringu IW. Materiał dowodowy powinien ponadto zostać uzupełniony o ustalenie czasu, jaki minął od

sician himself, in his own testimony pointed that the basis for determining death was the lack of pulse and breathing, dilated, rigid and unresponsive to light pupils, and bluish and waxy skin color. Such testimony indicates that the examination included at least looking at the body and palpation, however, not necessarily auscultation and percussion. The DC physician, however, did not mention at all the presence of livor mortis or rigor mortis, consequently it should be concluded that the death was not declared on the basis of early, certain signs of death. That is because rigor mortis was not definitely present during the medical examination. On the other hand, livor mortis, if noticeable so early, could not have been observed without removing the clothes or changing the position of the body, and the physician did not mention that such actions were performed, nor that livor mortis was noticed. Consequently, his conduct should be thus described as presumption of death of the patient on the basis of insufficient indications, although at a point in time when death might have actually occurred, although not necessarily.

In the light of the testimony of other witnesses there is no doubt that at that point in time there was nothing which could have justified the declaration of death beyond reasonable doubt. Evidence does not hold any information about the presence of at least one certain sign of death. It should also be pointed that the Municipality Police do not have clearly defined procedures, and the fact of certain inconsistency of the performed actions, which escaped the Prosecutor's attention. Officers administering aid to the man were informed that Emergency Medical Service will not come to the scene, as the physician on site declared death (without issuing any certificate), but at the same time a coroner was called precisely in order to declare death. This situation can undermine the correctness of declaration of the patient's death by the DC physician, although the coroner might have been called also because the physician had not issued any declaration of death.

In the present case the two key pieces of evidence, on the basis of which it could be assumed that the physician had contact with a person in clinical death, was the testimony given by the MP officers, and the CCTV recordings at the DC. Additionally, what should have been added to the evidence is the time that passed from the moment when the MP officer still talked to the patient up to



momentu, w którym funkcjonariusze SM jeszcze rozmawiali z pacjentem, do chwili pojawienia się radiowozu w zasięgu kamer. Na takie ustalenia pozwoliłaby analiza zapisów nadajnika GPS w samochodzie albo logowania telefonów komórkowych funkcjonariuszy SM do nadajników stacji przekaźnikowych. W razie nieskuteczności tych metod możliwe byłoby jeszcze przeprowadzenie eksperymentu procesowego polegającego na pomiarze czasu, jaki zajmuje w ten sam dzień tygodnia, o tej samej porze i w podobnych warunkach atmosferycznych przejazd samochodem osobowym od skrzyżowania, na którym mężczyzna według zeznań funkcjonariuszy SM jeszcze żył, do IW. Żadna z powyższych czynności nie została wykonana.

Jak już wspomniano, autorzy niniejszego artykułu wykazali, że przejechanie wskazanego odcinka wynosi ok. 90 sekund. Po dodaniu do tego czasu, jaki upłynął od pojawienia się radiowozu SM na posesji IW do chwili przybycia lekarza, okazuje się, że lekarz pojawił się przy mężczyźnie ok. 4,5 minuty po tym, jak pacjent miał rozmawiać z funkcjonariuszami SM. Stwierdzenie to oparte jest jednak na przyjęciu wiarygodności zeznań funkcjonariuszy. Warto dodać, że jeszcze przed przybyciem lekarza mężczyźnie udzielana była pierwsza pomoc i – o ile wykazywał on przejawy życia – perfuzja narządów, w tym mózgu, była podtrzymywana poprzez resuscytację krążeniowo-oddechową, a zatem przez pośredni masaż serca. W związku z tym czas, jaki minąłby do śmierci mózgu w wyniku jego niedokrwienia, mógłby ulec wydłużeniu w stosunku do stanu, w którym żadne czynności resuscytacyjne nie byłyby wykonywane. W świetle wiedzy medycznej dotyczącej znajomości czasu trwania śmierci klinicznej i czasu obumarcia komórek mózgu po zatrzymaniu krążenia, a także przy uwzględnieniu zeznań funkcjonariuszy SM, jest możliwe, że lekarz nie podjął czynności ratunkowych u osoby mogącej wykazywać jeszcze przejawy życia i znajdującej się w stanie jego bezpośredniego zagrożenia. Tym samym mogło dojść do narażenia pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, a więc do czynu zabronionego stypizowanego w art. 160 k.k. [4].

Należy jednak wyraźnie zaznaczyć, że w omawianej sytuacji nie było bezspornego i obiektywnego dowodu, że lekarz IW miał kontakt z osobą nadal wykazującą przejawy życia. Sformułowanie takiego

the moment when the vehicle appeared within the range of CCTV cameras. The above could be determined by analyzing GPS transmitter records in the vehicle or the logging of MP officers' cell phones to base transmission stations. If it were impossible to determine such time using the methods described above, what could also be possible is an experiment to measure the time required on the same day of the week, at the same time of day, and during similar weather conditions, to drive a passenger car to the DC from the junction at which, according to MP officers, the man was still alive. None of such activities were performed.

As already mentioned, the authors of this study showed that it takes ca. 90 seconds to drive the specific route. After adding to this time the period elapsed between the arrival of the MP vehicle at the DC to the moment when the physician reached the patient, it turns out that the physician appeared at the man ca. 4.5 minutes after the patient allegedly talked with MP officers. Such assertion, however, is based on the truthfulness of the testimony of the officers. It is worth adding, that still before the arrival of the physician first aid was being administered to the man, and – if he showed signs of life – the perfusion of organs, including the brain, was maintained by CPR, i.e. at least by indirect heart massage. Therefore, the time which would elapse before brain death as a result of ischemia could be extended compared to a situation, when no resuscitation activities would have taken place. In the light of medical knowledge about the duration of clinical death and the duration of brain cell death after cardiac arrest, and taking into account the testimony of MP officers, it is possible that the physician had not started administering aid to a person who may still have had vital signs of life and who might have been in a state of immediate risk to life. Thereby, the patient might have been exposed to direct danger of loss of life or serious bodily injury, i.e. an offense stipulated in Article 160 of the Polish Criminal Code [4].

However, it should be clearly stated that in the discussed case, there was no undisputed and objective evidence proving that the DC physician had contact with a person who still showed vital signs. Such a conclusion could be only general, and reached on the basis of the testimony of the MP officers and medical knowledge, thus would not be categorical. It should also be stressed that it is impossible to de-

wniosku byłoby możliwe w ogólności jedynie na podstawie zeznań funkcjonariuszy SM i wiedzy medycznej, a więc nie byłoby kategorię. Trzeba też podkreślić, że nie można rozstrzygnąć, czy doszło do nieudzielenia pomocy, a zatem uznać, że naruszono art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, który brzmi następująco: „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]. Lekarz pojawił się bowiem przy pacjencie i przeprowadził badanie przedmiotowe. Mimo że mogło być ono niewystarczająco dokładne i nie wnosi żadnych informacji o najistotniejszych w tamtej chwili objawach, czyli wczesnych, pewnych znamionach śmierci, to jednak się odbyło i na jego podstawie lekarz podjął decyzję o odstąpieniu od dalszych czynności. Osobną kwestię stanowi natomiast prawidłowość działań medycznych i ich ewentualne prawne skutki oraz etyczna strona postępowania lekarza. Mogło bowiem dojść także do naruszenia co najmniej kilku zapisów Kodeksu Etyki Lekarskiej [5]. Kwestie te nie zostały jednak ocenione przez biegłych z zakresu odpowiednich dziedzin medycyny.

W ocenie autorów pracy postanowienie prokuratury o umorzeniu śledztwa jest kontrowersyjne i przedwczesne. Uzasadnienie zawiera ponadto informacje, które mogą być uznane za sprzeczne. Przykładowo, prokurator najpierw wskazał, że do zgonu mogło dojść już w radiowozie SM albo bezpośrednio po przywiezieniu mężczyzny do IW, by w dalszej części stwierdzić, iż „można przyjąć, że z uwagi na odległość czasową od zgonu do podjęcia reanimacji pożądany skutek nie nastąpiłby”. Pierwsze stwierdzenie wskazuje na nieustalony moment i miejsce zgonu, zaś drugie co najmniej sugeruje fakt ustalenia dokładnej pory zgonu. Należy jednak podkreślić, że wg materiału dowodowego czas, jaki upłynął od momentu utraty przytomności w radiowozie SM do chwili podjęcia czynności resuscytacyjnych przez funkcjonariuszy, jak i do pojawienia się lekarza przy pacjencie, był krótszy niż 5 minut.

Opisane zdarzenie stanowi przykład nieprawidłowego postępowania lekarza, polegającego co najmniej na stwierdzeniu zgonu i odstąpieniu od przeprowadzenia czynności resuscytacyjnych bez opisanego objawów w należyтым stopniu uzasadnia-

terminie whether aid was or was not administered to the patient, and thus to determine that there has been a violation of Article 30 of the Act on the Professions of Doctor and Dentist, which reads as follows: “A physician has the obligation to administer medical aid whenever any delay in its administration could lead to danger of loss of life, serious bodily injury, or serious health disorder, and in urgent cases” [3]. The physician did actually appear at the patient and carried out a clinical examination. While it might not have been accurate enough, and does not provide any information about the most important symptoms at that time, i.e. early certain signs of death, the examination did take place, and on its basis the physician made specific decisions not to proceed with further actions. A separate issue, on the other hand, is the correctness of medical actions and their possible legal and criminal consequences, as well as the ethical side of the physician’s conduct. Actually, at least several provisions of the Code of Medical Ethics are likely to have been breached [5]. The aforementioned issues have not been, however, examined by expert witnesses from applicable fields of medicine.

The authors of this study are of the opinion that the decision of the Prosecutor’s Office to discontinue the investigation was controversial and premature. Furthermore, the explanatory statement held information which might be considered contradictory. For example, the Prosecutor first pointed that the death might have already occurred in the MP vehicle or immediately on arrival at the DC, however later stated that “it could be assumed that due to the time from the moment of death to the start of resuscitation the desired result would not have taken place”. The first statement indicates an indefinite time and place of death, while the second at least suggests that the exact time of death has been ascertained. It should be stressed, however, that according to the evidence, the time elapsed from the moment of loss of consciousness in the MP vehicle to the moment of starting resuscitation by the officers, as well as to the moment when the practitioner appeared at the patient, was under 5 minutes.

The event described is an example of incorrect conduct of a physician, consisting at least in the determination of death and refusal to carry out resuscitation activities without any description of symptoms sufficiently justifying such decisions. The physician’s attitude becomes all the more in-

jących takie decyzje. Postawa lekarza staje się tym bardziej niezrozumiała, gdy weźmie się pod uwagę, że jeśli – zgodnie z tym, co uważał – mężczyzna faktycznie już nie żył, to stwierdzenie pewnych znamion śmierci wymagałoby minimalnego wysiłku i niewielkiego nakładu czasu (liczonego nawet w sekundach) – być może krótszego niż potrzebny do stwierdzenia braku tętna, braku oddechu, szerokich, sztywnych i niereagujących na światło źrenic oraz sinowoskowego zabarwienia powłok ciała. Przedstawiona sytuacja jest też kolejnym dowodem na to, że nieprawidłowe stwierdzenie zgonu często wynika z pominięcia przez lekarzy w badaniu wczesnych, pewnych znamion śmierci i skupienia się na objawach śmierci klinicznej.

Przedstawiony przypadek stanowi niestety także przykład pewnej „bezzadności dowodowej”. Dzięki wiedzy z zakresu medycyny sądowej w sytuacji np. zabójstwa, na podstawie ograniczonych danych z miejsca ujawnienia zwłok dotyczących znamion śmierci, możliwe jest dokonanie pomocnych dla organów ścigania ustaleń co do czasu zgonu, gdyż wówczas istotne jest określenie jedynie przedziału czasowego zgonu, nawet liczonego w godzinach [6]. W sytuacjach takich jak przedstawiona w niniejszej pracy nawet bardzo dokładne sądowo-lekarskie oględziny zwłok nie pozwolą na uzyskanie najważniejszych informacji, czyli dokładnej pory zgonu, ponieważ nie jest możliwe wskazanie czasu zgonu z dokładnością wyrażoną w minutach.

---

*Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.*

comprehensible when one considers the fact that if, according to what he believed, the man had already been dead, the determination of certain signs of death would require minimal effort and a small amount of time (counted even in seconds) – perhaps shorter than that needed to establish a lack of pulse, lack of breathing, dilated, rigid and unresponsive to light pupils, and bluish and waxy skin color. The situation presented in this study is also further evidence that incorrect declaration of death is often caused by practitioners’ failing to examine early certain signs of death and focusing on the clinical signs of death.

The presented case is, regrettably, also an example of certain “evidential helplessness”. In the case of e.g. homicide, on the basis of limited data indicating the signs of death from the place of finding the body, using forensic knowledge, a more detailed analysis of the time of death can be performed, giving law enforcement authorities more insight about the time of death, since what is significant in such cases is only a time frame when death took place, counted even in hours [6]. In situations such as the one described herein, even a very thorough medico-legal examination of the corpse will not provide the most important information, namely the exact time of death, because it is not possible to indicate the time of death with the accuracy expressed in minutes.

---

*The authors declare no conflict of interest.*

## **Piśmiennictwo**

### **References**

1. Okłota M, Niemcunowicz-Janica A, Ptasińska-Sarosiek I, Załuski J. Stwierdzenie zgonu u żywego człowieka – opis przypadku. Arch Med Sądowej Kryminol 2010; 60: 156-158
2. Jurek T, Świątek B, Drozd R. Opiniowanie sądowo-lekarskie w przypadkach błędnego rozpoznania zgonu. Arch Med Sądowej Kryminol 2007; 57: 416-419.
3. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz.U. z 2018 r. poz. 617).
4. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz.U. z 2017 r. poz. 2204).
5. Kodeks Etyki Lekarskiej. [http://www.nil.org.pl/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/4764/Kodeks-Etyki-Lekarskiej.pdf](http://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0003/4764/Kodeks-Etyki-Lekarskiej.pdf)
6. Kaliszczak M. Próba określenia czasu zgonu na podstawie ograniczonych danych z miejsca ujawnienia zwłok. Arch Med Sądowej Kryminol 2012; 62: 203-207.

**Adres do korespondencji**

Piotr T. Arkuszewski  
Zakład Chirurgii Doświadczalnej  
Uniwersytet Medyczny w Łodzi  
ul. Pabianicka 62  
93-513 Łódź, Polska  
e-mail: arkusz@op.pl

**Nadesłano:** 23.02.2018

**Zaakceptowano:** 3.04.2018

**Address for correspondence**

Piotr T. Arkuszewski  
Department of Experimental Surgery  
Medical University of Lodz  
62 Pabianicka St.  
93-513 Łódź, Poland  
e-mail: arkusz@op.pl

**Submitted:** 23.02.2018

**Accepted:** 3.04.2018

