

„Konštatovanie smrti“ – otázky vyplývajúce z aktuálnej právnej úpravy a aplikačnej praxe

Časť prvá

Úvod

Z právneho hľadiska je smrť právnou skutočnosťou spôsobujúcou zánik fyzickej osoby ako právneho subjektu, teda zánik jej právnej spôsobilosti (spôsobilosť mať práva a povinnosti, § 7 ods. 2 Občianskeho zákonníka, ďalej len „OZ“). Smrťou zanikajú, alebo sa transformujú mnohé práva, ktoré boli s danou osobou spojené. [1] Takže smrťou osoby napr. zaniká pracovný pomer, dochádza k strate vlastníckeho práva a odvíjajú sa od nej ďalšie právne inštitúty, ako napr. dedenie, zmena osobného stavu manžela/manželky na vdovec/vdova, detí na siroty s príslušnými oprávneniami vyplývajúcimi z právnych predpisov sociálneho zabezpečenia a pod. Smrť však môže mať aj vplyv na tretie osoby, v našom prípade máme na mysli najmä medicínsko-právne následky, napr. vznik súvisiacich povinností zdravotníckych pracovníkov alebo poskytovateľov zdravotnej starostlivosti (prehliadka mŕtveho, povinné hlásenia a oznámenia orgánom), začatie konaní (občianskeho, trestného, administratívneho), prípadne aj s uložením sankcie či povinnosti nahradiť škodu alebo nemajetkovú ujmu. No tiež treba spomenúť problematiku odberu orgánov od zomretého a transplantácií, ale i zásadné otázky okolo klinickej smrti a rozhodovania o resuscitačnej liečbe. Tento príspevok sa bude zaoberať postavením zdravotníckych pracovníkov, osobitne lekárov, v problematike nachádzajúcej sa okolo „konštatovania smrti“.

Aktuálna právna úprava, ako bude uvádzané ďalej, má viaceré úskalia. A to treba považovať za nielen „akademický“ medicínsko-právny problém, ale vnímať to najmä v kontexte, že vymáhanie peňažných náhrad za (reálne či fiktívne) nemajetkové ujmy pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti nielen poškodenými, ale v prípade zomrelých ich blízkymi osobami, má vzostupnú tendenciu (možno i preto, že od poplatku sú oslobodené súdne konania vo veciach poskytovania zdravotnej starostlivosti – § 4 ods. 1 písm. c) zákona 71/1992 Zb. o súdnych poplatkoch a súčasne náhrada trov konania v prípade neúspechu takejto žaloby sa u neúspešného žalobcu neodvíja od výšky vymáhanej čiastky, ale vždy zo sumy 3 000 € – § 10 ods. 8 vyhlášky Ministerstva spravodlivosti SR č. 655/2004 Z. z. o odmenách a náhradách advokátov za poskytovanie právnych služieb).

Základné pojmy

Hneď na úvod je potrebné povedať, že **pojmem konštatovať smrť náš právny poriadok nepozná** a ani nepoznal, napriek tomu sa v zdravotníckej praxi bežne používa. Pojem „konštatovať“ znamená: nestranne zisťovať, zistiť, stanovovať, stanoviť, potvrdzovať, potvrdiť fakt. [2] Danú problematiku upravuje zákon 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním

zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „zákon o ZS“) v ustanoveniach § 41 až 43 v piatej časti: Postup pri úmrtí. V týchto ustanoveniach zákon používa štyri pojmy: *úmrtie*, *smrť*, *mŕtve telo*, *mŕtva osoba*. Pre úplnosť treba povedať, že slovenská právna úprava používa ešte pojmy ako: *zomrelý* (napr. zákon č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov – ďalej len „zákon o zdravotných poisťovniach“), *mŕtvola* (napr. Trestný poriadok, zákon č. 131/2010 Z. z. o pohrebníctve). A hoci sa na prvý pohľad zdá, že každý týmto pojmom rozumie a ich význam je jasný, nemusí to byť tak. Aj v samotnej právnej vede sú rôznorodé názory na vymedzenie pojmu smrti, o ktorej sa živo diskutuje na rôznych fórach a ktorá sa pertraktuje v medicínskej i právnickej odbornej literatúre. [1]

Pre potreby tohto príspevku je potrebné sa aspoň do určitej miery vysporiadať s pojmami ***úmrtie***, ***smrť***, ***mŕtve telo*** a ***mŕtva osoba***. Pojmy *úmrtie* a *smrť* sa do istej miery považujú za synonymá. Aj v latinčine máme pre smrť viaceré pojmov, v medicíne používané hlavne ***letum*** a ***mors***. [3] Taktiež nie je jednoznačné, ako chápať rozdiel medzi *mŕtvou osobou* a *mŕtvym telom*, keďže sa vzťahujú na tú istú entitu. Mŕtva osoba už nie je fyzickou osobou so spôsobilosťou mať práva a povinnosti v zmysle § 7 OZ. Avšak po smrti fyzickej osoby nezaniká právo na ochranu jej osobnosti, ktoré môžu uplatniť manžel, deti, prípadne jej rodičia (§ 15 OZ). Takže mŕtva osoba tak môže do istej miery ostať osobou v právnom slova zmysle, ale zjavne len osobou *sui generis*. Na druhej strane u mnohých právnych teoretikov prevažuje názor, že mŕtve ľudské telo je vecou. [4] Avšak aj v tomto prípade treba uznať, že ide o vec *sui generis*, ktorú nemožno podriaďiť pod § 118 a nasl. OZ. Je zaujímavé, že minulé právna úprava, no aj tá dnešná v niektorých prípadoch (napr. transplantácie) toto spája do jedného pojmu – *telo mŕtveho* (darcu, inak povedané *telo mŕtvej osoby* – teda telo patriace mŕtvemu človeku), kde splývajú spomínaný personálny i vecný aspekt. Ako je zrejmé, telo mŕtveho človeka tak treba považovať za osobitnú entitu *sui generis*, a preto sa dá považovať za správny názor, že mŕtve ľudské telo je tiež objektom *sui iuris*, odlišným od veci aj od osoby. [5]

Ak budeme vychádzať zo zaužívanej právnej úpravy, *smrť* – *mors* znamená trvalé zastavenie dýchania a srdcovej činnosti (takže musia byť *súčasne prítomné obe* zastavenia, § 43 ods. 2 zákona o ZS) alebo nezvratné vyhasnutie všetkých funkcií celého mozgu (takže musia byť *všetky a celého* – smrť mozgu, § 43 ods. 3 zákona o ZS). Takže už ide o určitý stav tela. Pojem *úmrtie* podľa nášho názoru treba chápať skôr ako určitý proces (*umretie*), ktorý je síce veľmi krátky v zmysle časového intervalu (prípadne iba virtuálny), avšak týmto procesom dochádza k zániku či vyhasnutiu života osoby a nastáva smrť. (V idealistickom ponímaní pri úmrtí dochádza k definitívnemu odchodu životnej podstaty – duše z tela, takže napokon ostáva len mŕtve telo bez duše, nastala smrť. V klinickej praxi sa používa pojem *exitus letalis*, doslova *smrteľný odchod*. [6] V materialistickom ponímaní sa v procese úmrtia premení živý človek na mŕtve telo. Teda úmrtie ako určitý proces v oboch ponímaníach vedie k smrti fyzickej osoby, tzv. *biologickej smrti*. Avšak v tomto krátkom časovom intervale musíme medicínsky, no i z právnych dôvodov, vymedziť stav tzv. *klinickej smrti*.

Klinická smrť

Základný rozdiel medzi biologickou smrťou a klinickou smrťou je v podstate len v možnosti ich reverzibility (zvratnosti stavu). Klinickú smrť môžeme definovať ako fázu zastavenia srdca a obehu, dýchania a činnosti mozgu, avšak behom ktorej je možné oživovacími – resuscitačnými postupmi obnoviť spontánny krvný obeh, dýchanie, prípadne i vedomie a v optimálnom prípade až pôvodný funkčný stav mozgu. Na to, aby sme určili okamih, v ktorom nastane klinická smrť, je potrebné si uvedomiť viaceré skutočnosti. Úplná asfyxia (dusenie) vedie k zástave dýchania, avšak úplné zastavenie srdca môže táto spôsobiť až za 5-10 minút. Ak je primárnym inzultom zástava srdca a obehu, tak medzi okamihom zastavenia obehu a nástupom bezvedomia ako prejavu zlyhania činnosti mozgu je interval len okolo 5-10 sekúnd. [7]

Ak budeme vychádzať z právnych definícií, na základe uvedených medicínskych skutočností za **okamih nástupu klinickej** (či priamo biologickej) **smrti** môžeme určiť tri základné momenty. Po prvé, bude to **posledný srdcový stah**, keď súčasne už je zastavené dýchanie aj vyhasnutá činnosť mozgu (bezvedomie); stáva sa to napríklad, ak srdce terminálne zlyhá až do úplného zastavenia postupne, takže funkcie mozgu a dýchanie vyhasnú skôr, napríklad už spomínaná asfyxia (dusenie → bezvedomie → sekundárne zastavenie obehu). Po druhé, môže to byť za určitých okolností **posledný výdych** (presnejšie posledný dych, teda vdych a výdych) a súčasne už je zastavená cirkulácia krvi a vyhasla aj činnosť mozgu; napr. v prípade fibrilácie komôr je možné ešte krátkodobo udržať cirkuláciu krvi a teda aj vedomie rýchlym vôľovým kašľaním na základe zmien vnútrohrudného tlaku, no po nástupe bezvedomia nastúpi veľmi krátke terminálne lapavé dýchanie – tzv. *gasping* a následne úplné zastavenie dýchania (primárne zastavenie obehu → bezvedomie → posledný dych). Taktiež je možné uvažovať aj o tretej, hoci menej pravdepodobnej možnosti (napr. komplexná ťažká hrudná trauma bez úrazu hlavy), že úplné (okamžité) zastavenie obehu i nemožnosť dýchania (síce veľmi tesne) predchádzajú **nástupu bezvedomia**; v takom prípade za okamih klinickej (či biologickej) smrti by sme mali považovať moment nástupu bezvedomia, teda vyhasnutie činnosti mozgu (zastavenie obehu + dýchania → bezvedomie). Už bolo spomínané, že medzi okamihom zastavenia obehu krvi mozgom, tým jeho okysličovania, a nástupom bezvedomia je interval okolo 5-10 sekúnd. Takže v tomto prípade by síce smrť (klinickú či biologickú) *a priori* spôsobili zastavenie dýchania a srdcovej činnosti (v zmysle § 43 ods. 2 o ZS), ale za okamih jej nástupu musíme nevyhnutne považovať až vyhasnutie funkcií mozgu (nástup bezvedomia), ktoré pri nezvratnom vyhasnutí všetkých funkcií celého mozgu nazývame aj „smrť mozgu“ (*mors cerebri* v zmysle § 43 ods. 3 zákona o ZS).

K tomuto je pre úplnosť potrebné uviesť aj štvrtú možnosť, kedy by išlo napr. o ťažkú izolovanú traumou mozgu, ktorá bude sama o sebe viesť k vyhasnutiu všetkých funkcií celého mozgu, pričom srdcová činnosť s krvným obehom sú stále prítomné a dýchanie je následne zabezpečované riadeným prístrojovým dýchaním (umelá pľúcna ventilácia). Smrť mozgu znamená, že (zjednodušene povedané) mozgový krvný obeh sa definitívne zastavil, pričom toto zastavenie môže mať nielen príčinu systémovú (zastavenie činnosti srdca a celého krvného obehu), ale aj miestnu (krv mozgom nepreteká napr. pre výrazný opuch mozgu s vysokým

vnútrolebkovým tlakom). Ako bude pojednávané ďalej, v tomto prípade čas biologickej smrti určuje konzílium lekárov; diskusia v tomto prípade o okamihu klinickej smrti je tak bezvýznamná.

Prechod od klinickej k biologickej smrti

Počas zastavenia krvného obehu dochádza k zastaveniu aj mozgového krvného obehu, teda ku kompletnej globálnej ischémii mozgu. Za dobu zástavy obehu, po ktorej dochádza k nezvratnému, ireverzibilnému poškodeniu mozgu (interval pre oživenie, **interval reverzibility**), sa vo všeobecnosti považuje okolo **4 – 6 minút**; počas tejto doby je prítomné hlboké bezvedomie s vyhasnutím reflexov mozgového kmeňa, dochádza k zmenám na EEG. Medzi **7. a 10. minútou** od zastavenia obehu už dochádza k zlyhaniu synaptickej transmisie medzi nervovými bunkami, EEG je už izoelektrické, úmerne s časom sa progresívne prehĺbuje nezvratnosť, ireverzibilita poškodenia mozgu (z pohľadu funkcie sa celý mozog už stal afunkčný); a napokon z dôvodu neobnovenia mozgovej cirkulácie nasleduje zvýšenie odporu mozgových ciev až na hodnotu, ktorá vylučuje obnovenie mozgového krvného obehu, takže **globálna ischémia mozgu sa stáva permanentnou**. Tu však treba spomenúť, že uvedený vývoj môžu ovplyvniť ďalšie faktory, v prvom rade to bude zachovanie reziduálneho prekrvenia mozgu pri včasnej a efektívnej resuscitácii, ale napríklad to môže byť aj teplota prostredia (úspešná resuscitácia utopených v studenej vode či zavalených lavínou s minimálnymi či žiadnymi neurologickými následkami aj po niekoľkých desiatkach minút). [8] V prípade srdca je interval reverzibility 15 – 30 minút. Tento interval nie je z medicínskeho hľadiska až taký zásadný, pretože najpodstatnejším predmetom medicínskeho záujmu, čo sa týka výsledku resuscitácie, nie je srdce, ale mozog; a vtedy sú už prítomné známky smrti mozgu. V prípade ostatných telesných orgánov a tkanív sú intervaly reverzibility ešte dlhšie, na ischémiu sú citlivé menej ako mozog a srdce. [7]

Ako už bolo spomínané, určujúcim znakom klinickej smrti je jej reverzibilita. V prípade, že už v okamihu smrtiaceho inzultu by bola medicínsky vylúčená obnova činnosti srdca a krvného obehu, dýchania i vedomia – funkcií mozgu, nemohlo by ísť o klinickú (reverzibilnú) smrť, ale o biologickú (irreverzibilnú) smrť. Takže úmrtie (ako proces) a smrť (ako stav) v takom prípade v podstate splývajú do jedného okamihu.

Treba však uviesť, že existencia reálneho časového intervalu medzi smrťou klinickou a smrťou biologickou má nielen medicínske konzekvencie (rozhodovanie, či ide o zmysluplné alebo dubiózne zahájenie, prípadne nezahájenie resuscitačnej liečby), ale aj zásadné právne dôsledky. Osoba v stave smrti klinickej, a to bez ohľadu na prognózu ochorenia, je stále nositeľom práv (a povinností - §7 ods.1 OZ), a teda stále má aj nepochybné právo na poskytovanie zdravotnej starostlivosti (§11ods.1 zákona o ZS), čo stavia lekára do značne náročnej pozície pri rozhodovaní o resuscitačnej liečbe. Smrťou (biologickou) zaniká spôsobilosť (aj) na toto právo (§7 ods.2 OZ).

Biologická smrť a čas smrti

Ako už bolo naznačené v predchádzajúcej časti o klinickej smrti, pri zisťovaní času smrti musíme vziať do úvahy dve možnosti:

- I. došlo k zastaveniu srdcovej činnosti, dýchania a vyhasnutiu funkcií mozgu (bez ohľadu na to, ktorý orgán „vypol“ ako posledný), a resuscitačná liečba nebola zahájená;
- II. došlo k zastaveniu srdcovej činnosti, dýchania a vyhasnutiu funkcií mozgu a resuscitačná liečba bola zahájená.

V prvom prípade resuscitačná liečba nie je zahájená buď z dôvodu, že nikto nebol prítomný, keď došlo k úmrtiu, alebo z medicínskych (odborných) dôvodov na základe klinickej (nie právnej) úvahy bola vylúčená obnova srdcovej činnosti, dýchania a vyhasnutých funkcií mozgu, a preto resuscitačná liečba nebola považovaná ani za indikovanú. V týchto prípadoch neuvažujeme o klinickej smrti, keďže nevyhnutne dochádza k úmrtiu, takže čas biologickej smrti tesne (virtuálne) nasleduje po okamihu kompletného zastavenia srdcovej činnosti a dýchania a vyhasnutia funkcií mozgu (teda prakticky splýva s okamihom „vypnutia“ posledného život podmieňujúceho orgánu).

V druhom prípade resuscitačná liečba (oživovanie) bola zahájená. Ak je úspešná, tak k smrti nedošlo a pokračuje sa v ďalšej liečbe na pracovisku intenzívnej starostlivosti. V prípade, že je resuscitačná liečba neúspešná a jej ciele sa nedajú naplniť, stráca sa podľa nášho názoru jej indikácia ako pri ktoromkoľvek inom terapeutickom postupe, ktorý neprináša úžitok a nelieči pacienta; buď ho lekár zmení za iný alebo ukončí. Pokračovanie v postupe, ktorý nelieči, nie je liečbou, teda vedomým ovplyvnením zdravotného stavu osoby s cieľom navrátiť jej zdravie, zabrániť ďalšiemu zhoršovaniu jej zdravotného stavu alebo zmierniť prejavy a dôsledky jej chorôb (v zmysle § 2 ods. 10 zákona o ZS).

V oboch prípadoch však lekár stúpa na dosť „tenký ľad“, hoci v odbornom písomníctve (už i slovenskom) existujú definície ako i odporúčané odstupy, ktoré sa týkajú napr. *neúčelnej a márnej liečby*, prípadne *nezačatia liečby* či *nepokračovania liečby*. [9] No názor znalca zvyčajne v *ex post* vedenom civilnom alebo trestnom konaní, prípadne konzultanta Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len úrad), môže byť zásadne odlišný k tomu, ako bol autonómne konkrétnym lekárom (v danom, no dosť krátkom čase) zvolený postup pri zahájení/nezahájení či nepokračovaní resuscitačnej liečby. V dnešnej dobe v SR k tomuto pristupuje ešte ďalší nezanedbateľný faktor, a to ten, že **smrť, jej čas a príčinu môže prehliadkou zisťovať len lekár poverený úradom, nie ktorýkoľvek výkonný lekár** (pozri ďalej).

Čas, okamih (biologickej) smrti v tomto prípade, keďže bola snaha o udržanie krvného obehu (vrátane prekrvenia mozgu) masážou srdca, dýchania pomocou umelého dýchania prostredníctvom dýchacieho vaku alebo prístroja, by mal nasledovať okamžite po ukončení resuscitačnej liečby (skončenie masáže srdca a odpojenie z dýchacieho prístroja). Takže obdobne, ako bolo uvažované pri okamihu klinickej smrti (len nejde o posledný aktívny srdcový sťah či spontánne dýchanie, ale o arteficiálne – umelé, navodené). Prirodzene, musia byť tiež prítomné známky vyhasnutia činnosti mozgu, i keď to je v tomto prípade len

medicínsky (no podstatný) predpoklad ukončenia resuscitačnej liečby, nie striktno právny (v zmysle zákona o ZS pre smrť stačí trvalé zastavenie srdcovej činnosti a dýchania).

V prípade smrti mozgu, keď sú dýchacie a obehové funkcie osoby udržiavané pomocou prístrojov a zvyčajne i farmakologicky, smrť mozgu jednomyseľne potvrdzuje konzílium lekárov (§ 43 ods. 4 zákona o ZS). V tomto prípade je časom smrti čas určenia smrti mozgu po druhom vyšetrení konzíliom alebo po vykonaní konfirmačného testu; takže bez ohľadu na to, kedy budú prístroje vypnuté, od tohto okamihu sa táto osoba považuje za mŕtvu. [10] Len na okraj by sme upozornili na určitú nejednotnosť terminológie: smrť (vo všeobecnosti) sa zisťuje, avšak smrť mozgu sa určuje. Myslíme, že medzi pojmi „zistiť“ a „určiť“ existuje istý významový rozdiel: kým pojem „zistiť“ má skôr *konštatujúci* charakter, v pojme „určiť“ cítiť jasný *konštitujúci* podtón. Myslíme si, že právnej úprave smrti a postupu pri úmrtí takáto nejednotnosť a nejednoznačnosť neprospieva (a to ani voči názorovo pestrej, teda i k transplantácie odmietajúcej verejnosti). Prirodzene v spojení „určiť moment/čas smrti“ je použitie tohto pojmu úplne v poriadku.

Právna úprava v zákone o zdravotnej starostlivosti

V § 41 ods. 1 zákona o ZS sa uvádza: „**Každý**, kto sa dozvedel o úmrtí mimo zdravotníckeho zariadenia alebo **našiel mŕtve telo**, je povinný túto skutočnosť bezodkladne oznámiť najbližšiemu poskytovateľovi; to neplatí, ak oznámil túto skutočnosť útvaru Policajného zboru alebo ošetrovateľovi.“ Ďalej § 42 ods. 1 zákona o ZS: „Prehliadkou mŕtveho tela sa **zisťuje smrť, jej čas a príčina**.“ A podľa ods. 2: „Prehliadku mŕtveho tela **vykoná lekár poverený úradom**. Lekár, ktorý vykonal prehliadku mŕtveho tela, **vyplní list o prehliadke mŕtveho** a štatistickom hlásení o úmrtí.“

V § 43 zákona o ZS sa uvádza:

Ods. 1: „**Lekár** je povinný **zisťovať smrť** v súlade so súčasnými poznatkami vedy.“

Ods. 2: „Osoba **sa považuje** za mŕtvu, ak **lekár zistí**, že došlo k **trvalému zastaveniu dýchania a srdcovej činnosti**.“

Ods. 3: „Osoba sa považuje za mŕtvu aj vtedy, ak dôjde k nezvratnému vyhasnutiu všetkých funkcií celého mozgu (smrť mozgu).“

Ods. 4: „Ak sa dýchacie funkcie a obehové funkcie osoby udržiavajú pomocou prístrojov, smrť mozgu musí jednomyseľne potvrdiť konzílium.“

Ods. 5: Členom konzília podľa odseku 4 **musí byť ošetrojúci lekár**, lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore neurológie a lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore anestéziológie a intenzívna medicína ... Členom konzília nesmie byť lekár transplantáčnej skupiny, ktorý má vykonať transplantáciu.“

Prvé úskalie vidíme v § 43 ods. 2 zákona o ZS, kde sa uvádza pojem *trvalé zastavenie*. Treba zdôrazniť, že vyhodnotenie trvalosti (nezvratnosti, ireverzibility) zastavenia dýchania a srdcovej činnosti je výsledkom vyslovene iba klinickej úvahy konkrétneho lekára (na čo má zvyčajne aj veľmi krátky čas). To ho, ako už bolo uvádzané, môže dostať do právne dosť neistého postavenia, a to bez ohľadu,

či resuscitačnú liečbu vôbec nezačne alebo resuscitáciu ukončí (nepokračuje v nej). A to najmä, ak nejde o lekára povereného úradom, ako bude pojednávané ďalej. Druhé úskalie tohto ustanovenia je to, že udáva trvalé zastavenie *srdcovej činnosti*. Máme za to, že oveľa správnejší a právne istejší pojem by bol zastavenie *krvného obehu*. Totiž aj v prípade trvalého zastavenia krvného obehu z dôvodu zlyhania mechanickej srdcovej činnosti môže ešte určitý čas pretrvávať terminálna elektrická činnosť srdca, dokonca je možný aj stav nezresuscitovateľnej tzv. bezpulzovej srdcovej aktivity, kedy ešte aj po ukončení resuscitácie môže byť EKG na pohľad prakticky normálna krivka a až po určitom čase sa EKG stane izoelektrickým (asystólia – pozri aj vyššie tzv. interval reverzibility pre srdce). Takže pri striktnom výklade uvedeného ustanovenia by v takomto prípade nebolo možné konštatovať t.j. zisťovať smrť, ak je stále prítomná, hoci neefektívna elektrická činnosť srdca.

Súčasne tu môže vzniknúť aj paradoxná situácia, popri značnom rozvoji technickej podpory činnosti rôznych orgánov, že u osoby by síce došlo k trvalému zastaveniu (spontánneho) dýchania a srdcovej činnosti, takže by sa mala považovať za mŕtvu v zmysle §43 ods.2 zákona o ZS, avšak krvný obeh a okysličovanie (funkcie dýchania) zabezpečujú v plnej miere technické prostriedky, takže vedomie ako funkcia mozgu ostáva v plnej miere zachovaná, a preto zjavne nemožno považovať takúto osobu za mŕtvu. (Pozn. § 43 ods. 4 zákona o ZS vyjadruje udržiavanie dýchacích a obehových funkcií pomocou prístrojov v špecifickej situácii, a to u pacienta v bezvedomí pri poškodenom mozgu.)

Časť druhá

Právna úprava do 31.12.2004

Ak vezmeme právnu úpravu postupu pri úmrtí a prehliadky mŕtveho počnúc rokom 1966 keď začal byť účinný zákon 20/1966 Zb. o starostlivosti o zdravie ľudu a končiac zákonom 277/1994 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, táto spočívala na niekoľkých zásadách:

- a) cieľom prehliadky mŕtveho bolo zistiť smrť, jej čas a príčinu,
- b) subjektom vykonávajúcim prehliadku mŕtveho bol lekár; výkon prehliadky nepredpokladal žiadne osobitné oprávnenia (prirodzene okrem vzdelania na lekárskej fakulte),
- c) zisťovanie smrti, jej času a príčiny podliehalo odbornému medicínskemu skúmaniu, nie právnenému,
- d) lekár vykonávajúci prehliadku mŕtveho musel byť nezaujatý; takže ak zomretého pred smrťou (priamo) ošetroval alebo pomáhal pri pôrode dieťaťa, ktoré sa narodilo mŕtve, alebo bol k zomretému v príbuzenskom vzťahu (**relatívne vylúčený lekár**), musel (definitívnu) prehliadku vykonať iný lekár, ktorého určila nadriadená osoba alebo príslušná inštitúcia (zdravotnícke zariadenie); v praxi však aj takýto *relatívne vylúčený lekár* vedel bez nejakého spochybnenia „skonštatovať“ či zistiť smrť,

e) lekár bol povinný vykonávať voči štátnym inštitúciám povinnosti vyplývajúce zo zákona (polícia, matrika a pod.).

Prehliadku mŕtveho mimo zdravotníckeho zariadenia teda vykonával lekár, ktorému bolo úmrtie oznámené, zvyčajne obvodný lekár; v zdravotníckom zariadení prehliadku zomretého vykonával lekár určený vedúcim tohto zariadenia. Vyplnenie listu o prehliadke mŕtveho sa v praxi v podstate až do 31. decembra 2004 stále dialo v intenciách vyhlášky MZ 47/1966 Zb. o pohrebníctve (neskôr ho nahradila vyhláška MZ 46/1985 Zb. o postupe pri úmrtí a o pohrebníctve) pretože neskoršie platné právne predpisy túto problematiku presnejšie neupravovali. Tam v § 4 bolo uvedené, že prehliadajúci lekár musí príslušným orgánom podať správu o prehliadke na predpísanom tlačive, avšak diagnostickú časť tejto správy (listu o prehliadke mŕtveho) bol povinný vyplniť a podpísať ošetrojúci lekár (ak bol zomretý pred smrťou v lekárskom ošetrovaní).

Praktická realizácia teda vyzerala asi tak, že ošetrojúci lekár (aj keď bol relatívne vylúčený) uviedol identifikačné údaje zomretého, vyplnil diagnostické závery vrátane predpokladanej príčiny smrti (ktorú zistil z pohľadu ošetrojúceho lekára) a podpísal sa. Prehliadajúci lekár skonfrontoval diagnostické závery so svojimi zisteniami pri prehliadke (*zistenie smrti*, i keď presnejšie povedané by bolo *potvrdenie smrti*, no a k tomu zistenie jej času a príčiny, prípadne iných rozhodujúcich skutočností z pohľadu prehliadajúceho lekára) a buď nariadil alebo nenariadil pitvu.

Právna úprava od 1.1.2005 a jej dôsledky

Legislatíva účinná od 1. januára 2005 zasiahla do tohto systému výrazným spôsobom v dvoch rovinách:

- 1) prehliadku mŕtveho už nemohol vykonať lekár ako „bežný“ zdravotnícky pracovník (**absolútne vylúčený lekár**), ale len ten lekár, ktorý bol poverený úradom a podľa §42 zákona o ZS bol oprávnený zisťovať smrť, jej čas a príčinu, a
- 2) tento prehliadajúci lekár aj následne mal vyplniť list o prehliadke mŕtveho a štatistickom hlásení o úmrtí; zákon o ZS nepripúšťa vyplniť čo i len časť listu o prehliadke mŕtveho ošetrojúcemu lekárovi (§ 42 ods. 2 zákona o ZS).

Ťažko povedať, čo zákonodarcu viedlo k takýmto zmenám. Dôvodové správy k zákonu o zdravotnej starostlivosti ani k zákonu o zdravotných poisťovniach sa o tom nezmieňujú, hoci to dostáva lekára, hlavne pri resuscitačnej liečbe, do právne dosť neistého postavenia.

Ak lekár príde k osobe, u ktorej zistí zastavenie dýchania, srdcovej činnosti a vyhasnutie funkcií mozgu, prípadne je bezprostredne pred nastúpením takéhoto stavu (rôzne stavy zlyhávania srdca a krvného obehu, dýchania alebo činnosti mozgu – orgánové insuficiencie s bezprostredným rizikom klinickej či následne biologickej smrti), zahájí resuscitačnú liečbu *lege artis*. V prípade, že je v poskytovaní resuscitačnej liečby aspoň čiastočne úspešný (obnoví sa mechanická činnosť srdca), je situácia právne bezproblémová. A v ďalšej liečbe sa pokračuje na oddelení intenzívnej starostlivosti.

Avšak čo robiť z právneho hľadiska, ak sa resuscitácia javí ako neúspešná, prípadne sa lekár (*absolútne vylúčený lekár*) počas nej dozvie, povedzme od príbuzných, skutočnosti, ktoré poukazujú na kontraindikáciu resuscitácie (pozor – z pohľadu medicínskeho a etického, nie z pohľadu právneho v zmysle § 4 ods. 3 zákona o ZS); najčastejšie ide o rôzne nevyliciteľné choroby v terminálnom štádiu (takže z medicínskeho hľadiska sa dá zastavenie dýchania a srdcovej činnosti považovať za logicky nevyhnutné a prirodzené vyústenie základného ochorenia, a teda *a priori* za trvalé).

Ak lekár prestane s resuscitáciou (ukončí masáž a umelé dýchanie vakom alebo prístrojom), jeho nekonaním sa obeh krvi i dýchanie okamžite zastavia s jasnými následkami. Ak odhliadneme od dôvodov ako fyzické vyčerpanie, úplné vybitie batérií defibrilátora, kompletne vyprázdnenie všetkých kyslíkových bômb (**prevádzkové dôvody ukončenia resuscitácie**, teda fakticky nemožno pokračovať v rozšírenej resuscitácii), lekár ukončuje resuscitáciu vtedy, ak medicínsky vyhodnotí stav ako trvalé zastavenie dýchania a srdcovej činnosti, prípadne tiež nezvratné vyhasnutie všetkých funkcií celého mozgu v zmysle § 43 ods. 2,3 zákona o ZS (**materiálne - medicínske dôvody ukončenia resuscitácie**, teda nezvratnosť a trvalosť stavu).

Avšak pri prísne formálne-právnom ponímaní, môže pokojne existovať aj taký právny názor, a dokonca sa môže presadiť aj v súdnom konaní, že resuscitujúci lekár by mal resuscitovať až do príchodu lekára povereného úradom (čo je však v praxi takmer neuskutočniteľné), pretože až ten je kompetentný situáciu vyhodnotiť a *zistiť smrť*. Len lekár poverený úradom disponuje formálnym poverením a podľa čl.6 metodického usmernenia č. 9/2005 v platnom znení úrad pre poverených lekárov zabezpečuje aj školenia k prehliadkam mŕtvych tiel. A teda až keď by lekár úradu zistil smrť (prípadne konzilium lekárov určilo smrť), v zmysle tohto zákona sa resuscitovaná osoba začne považovať za biologicky mŕtvu (**formálne - právne dôvody ukončenia resuscitácie**, smrťou zanikajú práva a povinnosti osoby, vrátane práva na zdravotnú starostlivosť). V prípade resuscitácie v zdravotníckom zariadení by táto situácia mohla byť riešiteľná, ak sa nablízku nachádza nejaký lekár poverený úradom. Väčší problém vzniká mimo zdravotníckeho zariadenia, čo sa týka najmä záchranných zdravotných služieb, kde len niektorí lekári (v posádkach RLP) majú poverenie úradu. A samotné tvrdenia, že títo úradom nepoverení lekári môžu síce smrť *konštatovať*, ale nemôžu smrť *zistiť*, považujeme bez ďalšieho za nedostatočné pre právnu argumentáciu.

Pritom z medicínskeho hľadiska je v mnohých prípadoch neodôvodnené a jednoznačne neetické iniciovať, pokračovať či prolongovať zjavne iracionálnu hoc aj resuscitačnú liečbu (ktorá však už nie je liečbou ani v zmysle medicínskom a *lege artis* postupu, ani v zmysle právnom podľa § 2 ods. 10 zákona o ZS). No na druhej strane nezahájenie alebo ukončenie (nielen) resuscitačnej liečby môže byť vyhodnotené ako vážne porušenie povinností (napr. voči §4 ods.3 zákona o ZS) a teda deliktuálne správanie, na ktoré by nadväzoval aj postih voči takémuto lekárovi, inému zdravotníckemu pracovníkovi, ale v podstate sa to môže dotýkať i laickej osoby. [11]

Kompetencia „konštatovať“ smrť

Takže je lekár, ktorý nie je poverený úradom, oprávnený zisťovať či konštatovať smrť, hoci nebude zisťovať jej čas a príčinu? Podľa § 43, určovanie smrti, ods. 1 zákona o ZS je lekár povinný zisťovať smrť v súlade so súčasnými poznatkami vedy. V zmysle ods. 2 a 3 sa osoba považuje za mŕtvu, ak lekár zistí, že došlo k trvalému zastaveniu dýchania a srdcovej činnosti, alebo ak došlo k nezvratnému vyhasnutiu všetkých funkcií celého mozgu, teda k smrti mozgu.

Podľa nášho názoru však nie je zrejmé, či v tomto ustanovení dnes platného zákona pod pojmom lekár zákonodarca myslí špeciálny subjekt (lekára všeobecne), alebo konkrétny subjekt (lekára povereného úradom, ako by vyplývalo z kontextu k § 42 ods. 2 zákona o ZS). Zákonodarca tým, že vyčlenil úkony prehliadky, t.j. zistiť smrť, jej čas a príčinu konkrétnemu subjektu – lekárovi úradu a jasne tým vylúčil ostatných lekárov, je na mieste otázka, či lekár ako špeciálny subjekt je kompetentný aspoň na úkony, ktoré sú parciálnymi úkonmi prehliadky mŕtveho, ako najmä zistiť smrť, prípadne považovať osobu za mŕtvu, ak zistí, že došlo k trvalému zastaveniu dýchania a srdcovej činnosti (§ 43 ods. 2 zákona o ZS). Ak použijeme *argumentum a maiore ad minus*, prídeme k záveru, že ak je lekár absolútne vylúčený z vykonania prehliadky, tak nemôže vykonať ani jej čiastkové úkony. Avšak takýto výklad by prinášal v praxi v podstate neriešiteľné situácie, ako už bolo uvádzané aj vyššie.

Lekár relatívne vylúčený, teda vylúčený len v konkrétnom prípade, sa v zmysle predchádzajúcej právnej úpravy nepokladal za osobu nekompetentnú na prehliadku mŕtveho (nebol absolútne vylúčeným lekárom), preto bol oprávnený považovať hoci aj osobu, ktorú ošetroval, za mŕtvu podľa § 52 zákona č. 277/1994 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, ak postupoval v súlade so súčasnými poznatkami lekárskej vedy; len nemohol vykonať prehliadku mŕtveho ako v zákone určený komplexný lekársky výkon. S týmto názorom korešponduje aj to, že vyplňal aj príslušnú (identifikačnú a diagnostickú) časť listu o prehliadke mŕtveho.

Pre takúto interpretáciu aj dnešného stavu by svedčalo to, že § 42 zákona o ZS pri prehliadke mŕtveho tela uvádza *lekára povereného úradom*, avšak pri určovaní smrti v zmysle § 43 zákona o ZS sa uvádza len *lekár* a len *zisťovanie smrti*. Takže z takéhoto výkladu sa javí zmysluplný výklad, že ktorýkoľvek lekár je tak oprávnený zisťovať smrť, no nie je oprávnený vykonať prehliadku mŕtveho tela. Pre toto svedčí aj časový faktor – telo musí byť najprv mŕtve a až potom možno pristúpiť k prehliadke. Tu treba dať do pozornosti aj pojem používaný v § 43 zákona o ZS „*považuje sa za mŕtveho*“, kým § 42 tohto zákona používa len pojem „*mŕtve telo*“. Z tohto sa dá podľa nášho názoru opodstatnene dôvodiť, že zákonodarca mal na mysli, že **každý lekár môže zistiť smrť a považovať osobu za mŕtvu** (materiálny aspekt smrti – *akt konštitutívny*), no **len lekár poverený úradom je oprávnený určiť (vyhlásiť – akt deklaratórny) osobu za mŕtvu a prehliadkou tela zistiť nielen smrť, no i jej čas a príčinu** (formálny aspekt smrti). Dá sa povedať, že až potom je osoba „definitívne mŕtva“ v právnom slova zmysle a môže dôjsť k zápisu do knihy úmrtí podľa § 15 zák. 154/1994 Z.z. o matrikách (*akt evidenčný*).

V prípade ak dôjde k smrti mozgu a dýchacie a obehové funkcie osoby sa udržiavajú pomocou prístrojov, smrť mozgu musí jednomyselne potvrdiť konzílium (§ 43 ods. 3,4 zákona o ZS). Avšak zákon pre lekárov tohto konzília neurčuje potrebu poverenia úradu, len pozitívne vymedzuje, ktorí to sú podľa postavenia a špecializácie: ošetrojúci lekár (bez určenia odborovej špecializácie), lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore neurológia a lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore anestéziológia a intenzívna medicína; negatívne vymedzuje, že členom konzília nesmie byť lekár transplantáčnej skupiny, ktorý má vykonať transplantáciu. Za pozornosť stojí, že podľa § 2 ods. 5 zákona o ZS sú lekári konzília taktiež považovaní za ošetrojúcich lekárov. Ako vidno, v prípade určovania smrti mozgu zákonodarca zvolil diametrálne odlišný prístup: **lekár určujúci smrť nemusí byť poverený úradom a súčasne je v zmysle zákona považovaný za ošetrojúceho lekára v predmetnej situácii.**

A čo situácia, že zastavenie srdca, dýchania, vyhasnutie činnosti mozgu, prípadne iné dôležité skutočnosti ako posmrtné škvrny, posmrtnú stuhnutosť, hnilobný rozklad, vykrvácanie a pod. zistí na tele iný zdravotnícky pracovník, či dokonca laik (hasič, policajt, náhodná osoba) a rozhodne, že pre resuscitačnú liečbu či pomoc nie je racionálny dôvod? Tu zákon dáva jasnú možnosť v § 41 ods. 1 zákona o ZS, kde sa uvádza: „**Každý**, kto sa dozvedel o úmrtí mimo zdravotníckeho zariadenia alebo **našiel mŕtve telo**, je povinný túto skutočnosť bezodkladne oznámiť najbližšiemu poskytovateľovi; to neplatí, ak oznámil túto skutočnosť útvaru Policajného zboru alebo ošetrojúcemu lekárovi.“ Takže je zjavné, že hoci *zistiť smrť prehliadkou* môže len **lekár poverený úradom** (konkrétny subjekt), *zistiť smrť a považovať osobu za mŕtvu* je oprávnený **každý lekár** (špeciálny subjekt). Treba súhlasiť tiež s názorom, že *smrť môže konštatovať aj člen zasahujúcej posádky* RZP, ktorý túto skutočnosť oznámi operačnému stredisku. [5] Toto priamo vyplýva z uvedeného ustanovenia, že *nájsť mŕtve telo* môže **každý** (všeobecný subjekt); a teda môže aj vyhodnotiť, že ide o mŕtve telo. Takže, s určitou mierou nadhľadu sa dá v širšom slova zmysle pokojne uviesť, že „konštatovať smrť“ môže každý.

Metodické usmernenie ÚDZS a List o prehliadke mŕtveho

Zákon o ZS sa na počudovanie zaujatosťou lekára na rozdiel od predchádzajúcej právnej úpravy vôbec nezaoberá. Zaoberá sa ňou metodické usmernenie úradu 9/2005 k vykonávaniu prehliadky mŕtveho tela a vykonávaniu pitvy v platnom znení. V čl. 2 ods. 1 sa uvádza, že ak ide o mŕtveho, ktorému poskytoval zdravotnú starostlivosť uvedený (teda zaujatý) lekár alebo ide o príbuzenský vzťah, tento lekár požiada o vykonanie prehliadky mŕtveho tela iného – najbližšieho lekára s poverením úradu. [12] V prípade zdravotníckych zariadení sú podľa čl.1 tohto metodického usmernenia vylúčení z prehliadky mŕtveho lekári, ktorí boli ošetrojúcimi lekármi, lekári na oddelení, na ktorom pacient zomrel, operatéri, anestéziológovia a konziliári zomrelého počas poslednej hospitalizácie (teda okrem konziliárov pri určovaní smrti mozgu).

Zákon o ZS sa listom o prehliadke mŕtveho bližšie nezaoberá, len v § 42 ods. 2 zákona o ZS uvádza, že **lekár, ktorý vykonal prehliadku mŕtveho tela, vyplní list o prehliadke mŕtveho** a štatistickom hlásení o úmrtí. Podrobnejšia právna

úprava sa nachádza už v spomínanom metodickom usmernení 9/2005 v platnom znení. Oprávnenie úradu vydať takéto metodické usmernenie vychádza z § 20 ods. 2 písm. l) zákona o zdravotných poisťovniach, kde sa uvádza, že úrad vo svojom vestníku uverejňuje aj metodické usmernenia a odporúčania úradu na poskytovanie zdravotnej starostlivosti. Metodické usmernenie k vykonávaniu prehliadky mŕtveho tela a vykonávaniu pitvy určuje oprávnené osoby, upravuje postup pri prehliadke mŕtveho tela, úhradu za výkon prehliadky, ďalej výkon pitvy, prevozy mŕtvych tiel a vzdelávanie.

Avšak v tomto metodickom usmernení sa očividne dávajú nad rámec zákona o ZS povinnosti aj lekárom nepovereným úradom. V čl.2 ods. 2 uvedeného metodického usmernenia sa uvádza, že: „Ošetrojúci lekár po úmrtí pacienta vypíše lekársku prepúšťaciu správu, vyplní príslušnú časť listu o prehliadke mŕtveho v štyroch vyhotoveniach a oznámi úmrtie lekárovi úradu alebo lekárovi poverenému úradom, ktorý vykoná prehliadku mŕtveho tela.“ Dá sa povedať, že v tomto ustanovení sa ide výrazne nad rámec zákona, ktorý jasne uvádza v už spomínanom § 42 ods. 2 druhá veta zákona o ZS: „Lekár, ktorý vykonal prehliadku mŕtveho tela, vyplní list o prehliadke mŕtveho a štatistickom hlásení o úmrtí.“ Tento zákon teda neumožňuje žiadnemu inému lekárovi, len prehliadajúcemu, vyplňovať list o prehliadke mŕtveho. Taktiež list o prehliadke mŕtveho nemá zákonom určenú žiadnu *príslušnú* časť vyhradenú pre ošetrojúceho lekára (okrem razítka a podpisu, čo však nie je obligatórnou nutnosťou pre platnosť úmrtného listu, má len charakter akceptácie záverov prehliadajúceho lekára).

Na druhej strane z uvedeného vyplýva, že aj zistiť úmrtie a teda aj smrť môže vskutku hociktorý lekár, keďže až následne má/môže oznámiť danú skutočnosť lekárovi úradu.

V podstate akoby sme sa v tomto metodickom usmernení vracali k pôvodnej právnej úprave a „historicky“ zaužívaným postupom (hoci nad rámec, ktorý dáva zákon o ZS). Ale potom je legitímna otázka, aký je praktický význam novej legislatívy účinnej od r. 2005 a existencie osobitných lekárov poverených úradom. Dnešná právna úprava vyplnenia listu o prehliadke mŕtveho jasne dáva do povinnosti iba prehliadajúcemu lekárovi. A táto povinnosť korešponduje aj s tým, že úrad poskytuje za výkon prehliadky mŕtveho tela úhradu. Súčasne treba upozorniť na ustanovenie § 79 ods. 1 písm. f) zákona 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len zákon o poskytovateľoch): „Poskytovateľ, ktorý je držiteľom povolenia alebo držiteľom licencie na výkon samostatnej zdravotníckej praxe, je povinný, vykonávať prehliadky mŕtvych tiel **v súlade** s osobitným predpisom.“ A na toto ustanovenie nadväzuje sankčné ustanovenie v § 82 ods. 1 písm. a) zákona o poskytovateľoch: „Orgán príslušný na vydanie povolenia uloží držiteľovi povolenia pokutu za porušenie uvedenej povinnosti až do 663 eur.“ Lenže prax je taká, že ošetrojúci lekári pri ústavnej zdravotnej starostlivosti, prípadne lekári záchranej zdravotnej služby v prípade úmrtia pacienta počas prevozu (teda lekári bez poverenia úradom), vypisujú, prípadne sú nútení vypísať (a zadarmo) v právnych predpisoch bližšie neidentifikovanú príslušnú časť listu o prehliadke mŕtveho, teda v podstate celý okrem podpisu a pečiatky prehliadajúceho lekára. A to zjavne nie je v súlade so zákonom o ZS.

Dnes sa počet lekárov, ktorí môžu byť poverení úradom rozrastá, pravdepodobne hlavne pre realizačné problémy pri vykonávaní prehliadky mŕtveho; pritom vznik týchto problémov bol zrejmy od začiatku. V prvom znení metodického usmernenia úradu mohli byť poverení všeobecní lekári a lekári lekárskej služby prvej pomoci. Dnes bývajú poverení lekári už aj bežní lekári oddelení ústavných zdravotníckych zariadení

Záver

Zdá sa, že praktická realizácia prehliadky mŕtveho sa v praxi postupne vracia do rokov pred r. 2004, hoci zákon prehliadku mŕtveho, vrátane vypísania listu o prehliadke mŕtveho, výrazne formalizuje, hlavne čo sa týka osobitného subjektu pre jej výkon – lekára povereného úradom; no ich počet sa rapídne rozšíril, takže sa zdá, že sa stráca pôvodný zámysel zákonodarcu (i keď nie s jasným cieľom) – oddeliť určitú skupinu (úradom poverených) lekárov od (ošetrojúcich) lekárov, ktorí sú v špecializovanej, a to najmä v ústavnej zdravotnej starostlivosti. Aj ostatné aspekty smrti, úmrtia i celého procesu zomierania sú veľmi závažné, nielen v medicínskej a právnej, ale i etickej rovine. Súčasne právna úprava ponecháva neisté právne postavenie lekára (zdravotníckeho pracovníka) pri rozhodovaní aj v takýchto hraničných situáciach. Aj preto by bolo asi vhodné, aby zákonodarca legislatívne túto problematiku otvoril, zjednotil ju a venoval sa jej tak, aby zákon a jeho realizácia v praxi navzájom korešpondovali (a nečakalo sa až na „ustálenú“ súdnu prax).

Na základe uvedeného si dovoľíme predstaviť náš právny názor vzťahujúci sa priamo k nadpisu tohto príspevku, hoci naša právna úprava legálny pojem „konštatovať smrť“ priamo nepozná, teda že v zmysle našej právnej úpravy **„konštatovať smrť“ môže každý**, a to podľa § 41 ods. 1 zákona o ZS, keď oznámi, že našiel mŕtve telo (teda zaiste aj sestra či záchranár v RZP – a cestou operačného strediska ohlásia lekára povereného úradom).

„Konštatovať smrť na vyššom stupni“ môže (ktorýkoľvek) lekár, a to podľa § 43 ods. 1-3 zákona o ZS, teda že bude osobu považovať za mŕtvu, ak zistí, že došlo k trvalému zastaveniu dýchania a srdcovej činnosti, prípadne ak došlo k nezvratnému vyhasnutiu všetkých funkcií celého mozgu (napr. pri ukončovaní resuscitácie).

„Konštatovať smrť definitívne“ môže len lekár poverený úradom, ktorý zisťuje smrť, jej čas a príčinu vykonaním prehliadky mŕtveho tela v zmysle § 42 ods. 1,2 zákona o ZS. Až týmto a nasledujúcimi administratívnymi úkonmi je úmrtie a teda jeho následok smrť fyzickej osoby konštituovaná i deklarovaná ako relevantná právna skutočnosť (nielen biologický stav). Zápis do knihy úmrtí v zmysle § 15 zákona o matrikách v kontexte s § 42 ods. 3 zákona o ZS má už len evidenčný charakter.

Miroslav Pavlák, uverejnené v Právo a manažment v zdravotníctve č. 7-8/2016, 9/2016, uverejnené pod názvom „Konštatovanie smrti“ – otázky vyplývajúce z aktuálnej právnej úpravy a aplikačnej praxe 1., 2.

Pramene

- [1] Humeník, I.: *Zánik osoby v kontexte práv na ochranu osobnosti*. In: Internetový portál www.pravo-medicina, 08/2009. [online 13.5.2016] Dostupné na internete: < <http://www.pravo-medicina.sk/aktuality/14/zanik-osoby-v-kontexte-prav-na-ochranu-osobnosti> >
- [2] Ivanová-Šalingová, M. - Maníková, Z.: *Slovník cudzích slov*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1979, s.478.
- [3] Kábrt, J. - Valach, V.: *Stručný lekářský slovník*. Praha, Státní zdravotnické nakladatelství, 1958, s.165,191.
- [4] Humeník, I.: *Právna povaha ľudského tela, jeho častí a možnosti dispozície s nimi*. In: Internetový portál www.pravo-medicina.sk, 08/2009 [online 16.5.2016] Dostupné na internete: < <http://www.pravo-medicina.sk/aktuality/9/pravna-povaha-ludskeho-tela-jeho-casti-a-moznosti-dispozicie-nimi> >
- [5] Humeník, I., Kováč, P. a kol.: *Zákon o zdravotnej starostlivosti. Komentár*. Bratislava: C. H. Beck, 2015, s. 454-455. ISBN 978-80-89603-29-9
- [6] Šimon, F.: *Latinská lekárska terminológia*. Martin: Osveta, š.p., 1990, s.117
- [7] Larsen, R. a kol.: *Anestezie*. Praha: Grada Publishing, s.r.o., 1998, s.841-842. ISBN 80-7169-179-8
- [8] Turčáni, P.- Turčáni, M.: *Cerebrálna ischémia*. In: Hulín, I. a kol.: *Patofyziológia*. Bratislava: Slovak Academic Press, s.r.o., 2002, s.840. ISBN 80-89104-05-3
- [9] Výbor SSAIM zo dňa 20.5.2014: *Odporúčanie postupu pri zmene intenzívnej liečby na paliatívnu liečbu a starostlivosť u dospelých pacientov, ktorí nie sú schopní o sebe rozhodovať v terminálnej fáze ochorenia*. In: *Anestéziológia a intenzívna medicína*. 2014, č.3, s. 34-36 [online 12.5.2016] Dostupné na internete: < http://www.ssaim.sk/documents/EoL-AIM_2014.pdf >
- [10] *Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o darcovstve, odberoch ľudských orgánov z tiel živých a mŕtvych darcov, o testovaní darcov a o prenose ľudských orgánov na príjemcu*. In: *Vestník Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky*. 2007, ročník 55, čiastka 1-5, s. 9 (čl.7 ods. 5)
- [11] Pavlák, M.: *Kde sa nachádza hranica medzi kuratívnu starostlivosťou a paliatívnu starostlivosťou?* In: *Právo a manažment v zdravotníctve*. Bratislava: Wolters Kluwer, č. 11/2014, str. 2-7. ISSN1338-2071
- [12] *Metodické usmernenie č. 9/2005: Vykonávanie prehliadky mŕtveho tela a vykonávanie pitvy*. In: *Vestník Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou*. 2008, č.2, s.67

Vysvetlivky:

ZASTAVENIE DÝCHANIA

asfyxia – dusenie spôsobené nedostatkom vzduchu, najčastejšie z dôvodu nepriechodnosti dýchacích ciest (vdýchnutie cudzieho telesa, škrtenie), prípadne aj neprítomnosťou vzduchu (topenie).

ZASTAVENIE SRDCOVEJ ČINNOSTI

fibrilácia komôr – forma zastavenia srdca, presnejšie srdcových sťahov, ktorá je charakterizovaná nekoordinovanou elektrickou aktivitou srdcových svalových vlákien, čo spôsobuje mihanie srdcových komôr, ktoré však nie je schopné zabezpečiť krvný obeh, pretože nie sú prítomné koordinované srdcové sťahy; primárne sa lieči elektrickými výbojmi (defibriláciou) a ďalej štandardnými resuscitačnými postupmi

bezpulzová srdcová aktivita – forma zastavenia srdca, ktorá je charakterizovaná pravidelnou elektrickou aktivitou srdca, ktorá dokonca môže na prvý pohľad vyzeráť ako úplne fyziologické EKG, avšak nie je prítomná mechanická odozva srdcových svalových vlákien, teda nie sú prítomné efektívne srdcové sťahy zabezpečujúce krvný obeh; lieči sa štandardnými resuscitačnými postupmi a ak to je vôbec možné, tak odstránením primárnej príčiny

asystólia – forma zastavenia srdca, ktorá je charakterizovaná úplným vymiznutím elektrickej i mechanickej činnosti srdca, má izoelektrické EKG, v konečnom dôsledku do tejto formy prejdú aj predchádzajúce dve formy, ak sa ich nepodarí resuscitačnou liečbou zvrátiť

OSTATNÉ VYSVETLIVKY

EEG – elektroencefalografický záznam, záznam elektrickej aktivity mozgu

EKG – elektrokardiografický záznam, záznam elektrickej aktivity srdca

insuficiencia – orgánová nedostatočnosť, zlyhávanie činnosti

ischémia - nedokrvenosť

izoelektrické EEG, EKG – EEG a/alebo EKG charakterizované v podstate rovnou čiarou, teda nie je prítomná žiadna elektrická aktivita mozgu a/alebo srdca

konfirmačný test – špeciálne vyšetrenie na stanovenie smrti mozgu v prípade nejednoznačného klinického vyšetrenia: sériografická mozgová panangiografia alebo mozgová perfúzna scintigrafia ako dôkaz selektívneho zastavenia mozgového krvného obehu, prípadne EEG vyšetrenie alebo vyšetrenie sluchových kmeňových evokovaných potenciálov ako dôkaz vyhasnutia všetkých funkcií celého mozgu

resuscitácia – oživovanie, kriesenie

RLP, RZP – rýchla lekárska pomoc, rýchla zdravotnícka pomoc

synaptická transmisia medzi nervovými bunkami – prenos elektrochemických signálov medzi nervovými bunkami prostredníctvom funkčných spojení medzi nimi