



Rozbieżności w opiniowaniu następstw pourazowych pomiędzy psychiatrami a medykami sądowymi w sprawach karnych i cywilnych

*Discrepancies between forensic-psychiatric
and forensic-medical opinions on post-traumatic consequences*

CZESŁAW CHOWANIEC, MAŁGORZATA CHOWANIEC

Z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach

STRESZCZENIE. *W oparciu o wybrane przykłady spraw aktowych z materiału Zakładu Medycyny Sądowej w Katowicach autorzy przedstawiają próbę poszukiwania przyczyn rozbieżności stanowisk w opiniowaniu następstw po urazach głowy między psychiatrami, neurologami a medykami sądowymi. Kryteria, na podstawie których wcześniej wydane opinie uznano za nieprawidłowe sprowadzały się do sprawdzenia zachowania reguł opiniowania sędowo-lekarskiego w tego rodzaju sprawach, tj. zgodności opinii, prawidłowości oceny związku przyczynowo-skutkowego, wyciągania z wykonanych badań umotywowanych wniosków, wreszcie zrozumienia i praktycznego stosowania sformułowań kodeksowych. Jak to wynika z naszych obserwacji najczęstsze błędy opiniodawcze popełnione przez lekarzy psychiatrów oraz neurologów wynikały z: (1) bezpodstawnego, nie umotywowanego przyjęcia w opinii jako skutku urazu wstrząśnienia mózgu oraz cerebriestonii pourazowej, a nawet encefalopatii pourazowej, (2) braku wiedzy o podstawowych zasadach opiniowania, (3) braku znajomości przepisów kodeksu karnego, (4) zbyt wczesnego wydania jednoznacznej opinii o czasokresie naruszenia czynności narządu oraz trwałych skutkach doznanego urazu, (5) braku przeprowadzenia badań własnych osoby poszkodowanej.*

SUMMARY. *The authors try to explain the differences in opinion on the consequences of head injury which arise between psychiatrists, neurologists and forensic medical professionals. He does so on the basis of examples selected from the documentation of the Department of Forensic Medicine in Katowice. Earlier opinions had been rejected as invalid when they had been checked for observance of the rules of forensic-medical expertise in such cases, i.e., compatibility of opinion, correct evaluation of cause-effect relations, reaching well-motivated conclusions from examinations, and the understanding and practical application of code formulations. Our analyses revealed the following major sources of error in opinions issued by psychiatrists and neurologists: (1) unjustified and unmotivated indication that concussion, post-traumatic cerebriesthenia or even post-traumatic encephalopathy are the consequence of the injury, (2) ignorance of the basic rules of expertise, (3) ignorance of the penal code, (4) premature issuing of unequivocal opinions concerning the duration of organ dysfunction and permanent consequences of the injury, (5) lack of personal examination of the injured person.*

Słowa kluczowe: opinia sędowo-psychiatryczne / opinie sędowo-lekarskie
Key words: forensic-psychiatric opinions/ forensic-medical opinions

Stylizacja zapisów kodeksowych w artykułach Kodeksu karnego ujętych w Rozdziale XIX *Przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu* – wskazuje, iż opiniowanie w tych sprawach jest skutkowe. Koniecznym warunkiem odpo-

wiedzialności prawnej jest zatem pozytywne ustalenie związku między działaniem, tj. urazem, a następstwami w postaci śmierci człowieka, ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, naruszenia czynności narządów ciała lub rozstroju

zdrowia. Podstawą opinii jest więc wyłącznie ciężkość i czasokres lub trwałość utrzymywania się skutków, które należy zdefiniować wg określeń kodeksowych [7, 10, 11, 14].

Czy biegli, działając w dobrej wierze, istotnie realizują potrzeby wymiaru sprawiedliwości w zakresie stosowania doktryny o związku przyczynowym? Treść opinii jest wynikiem ścisłej analizy faktów, natomiast jej forma powinna odpowiadać bliższemu potrzebom wymiaru sprawiedliwości. Wg Jaegermana w zakresie treści opinia sądowo-lekarska musi zawierać jedną z trzech ewentualności: (1) ustalenie związku przyczynowego, (2) odrzucenie go lub (3) umotywowaną wątpliwość co do istnienia lub nieistnienia związku.

W orzecznictwie karnym nienaruszalną jest zasada, iż wolno przyjmować istnienie łańcucha związków przyczynowo-skutkowych, gdy test warunku koniecznego – *conditio sine qua non* – wypada w sposób nie budzący wątpliwości dodatnio. W opiniowaniu sądowo-lekarskim zasada skutkowości winna być zawsze przestrzegana. Za Jaegermanem można powtórzyć, iż „dla biegłego lekarza pole odpowiadające funkcjonowaniu warunku koniecznego jest ograniczone do trzech elementów, tj. bodźca zewnętrznego, czyli urazu, skutku pierwotnego, np. obrażenie, naruszenie czynności narządu, rozstrój zdrowia i skutku końcowego, czyli następstwa tego obrażenia” [5, 6, 7].

Skłonność do utożsamiania związku przyczynowego ze związkiem czasowym może być m.in. pochodną aktualnego poziomu wiedzy lekarskiej. Jeśli bowiem występują zjawiska, których istota nie jest jeszcze do końca poznana, to łatwiej o stosowanie zasady *post hoc ergo propter hoc*, czyli preferowania związków czasowych jako dowodu niż rzeczywistych związków przyczynowych [7, 9, 10].

W przypadkach, gdy materiał dowodowy zawiera wystarczające dane dla oceny niekorzystnego skutku w postaci uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia czy śmierci człowieka i oceny związku przyczynowego, wówczas opiniowanie o nim nie budzi kontrowersji, zwłaszcza wśród specjalistów medycyny sądowej.

W medycynie sądowej wśród kategorii błędu medycznego istnieje pojęcie błędu opiniodawczego, które zostało przyjęte na użytek opiniowania sądowo-lekarskiego zarówno w sprawach cywilno-odszkodowawczych jak i karnych. Za przyczyny błędu opiniodawczego przyjęto te same zasady, które od lat funkcjonują w ocenie błędu lekarskiego [1, 9]. Lekarz popełnia błąd opiniodawczy jeśli jego nieprawidłowa opinia wynika z:

-
- (1) niedostatku wiedzy fachowej i to zarówno w ocenie przypadku, jak i znajomości przepisów prawa,
 - (2) odstępiania od bezpośredniego badania lub nieprawidłowego zbadania osób poszkodowanych,
 - (3) nieprawidłowej interpretacji wyników badań i własnych obserwacji,
 - (7) wysnucia niesłusznego wniosku przyczynowo-skutkowego.
-

Pojęcie błędu medycznego kojarzy się natychmiast z negatywnymi skutkami niepoprawnego postępowania lekarskiego wobec pacjenta, jego życia i zdrowia oraz, pośrednio, z wymiernymi, materialnymi kosztami takiego postępowania. Wydawałoby się zatem, że opiniowanie sądowo-lekarskie, a więc czynności lekarskie nie związane z leczeniem pacjentów mogłoby uchodzić pod tym względem za „dziedzinę bezpieczną”. Jak to wynika z naszych obserwacji oraz doniesień naukowych poszczególnych katedr medycyny sądowej, poziom wyszkolenia osób zajmujących się w naszym kraju opiniowaniem dla potrzeb organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości nie jest, niestety, najwyższy. Dlatego uważamy, iż to ośrodki akademickie, w szczególności zakłady medycyny sądowej współpracujące ze specjalistami klinicznymi powinny wyznaczać jak najwyższy poziom opiniowania sądowo-lekarskiego [9, 10].

Dziedziną, w której popełnia się najwięcej błędów, jest opiniowanie w sprawach kar-

nych na okoliczność skutków doznanych urazów głowy. Dla przykładu, po przeanalizowaniu wybranych 105 spraw aktowych z materiału Katedry Medycyny Sądowej z ostatnich 3 lat, w ok. 75% przypadków nie potwierdziliśmy rozpoznawanego wcześniej wstrząśnienia mózgu. W tych przypadkach postawione rozpoznanie, głównie przez chirurgów urazowych oraz neurologów, wynikało raczej z nadmiernej ostrożności lekarzy, zwłaszcza jeżeli pacjent znajdował się pod działaniem alkoholu etylowego.

Jeśli chodzi natomiast o opiniowanie dotyczące skutków urazów głowy i mózgu dla potrzeb postępowania cywilno-odszkodowawczego i ubezpieczeniowego – to należy podkreślić, iż opinia sąдово-lekarska stanowi podstawę orzeczenia sądu i przyznania stosownego odszkodowania za skutki doznanych obrażeń, umożliwia ocenę stanu zdrowia i rozmiarów inwalidztwa. Zasadniczo zadaniem biegłego jest zatem ocena szeroko ujętych następstw urazu, przy czym skutki biologiczne urazu określone procentowo odnosi się wyłącznie do ogólnej sprawności psychofizycznej badanej osoby, niezależnie od jej zawodu, wieku, ogólnego stanu zdrowia. Stopień utraty zdrowia, czyli inwalidztwa biologicznego – nazywany utratą zdolności do pracy i zarobkowania – określa się wyłącznie w stosunku do rodzaju doznanego urazu względnie choroby [7, 8, 12].

Przy orzekaniu o inwalidztwie po urazach czaszkowo-mózgowych biegły musi odpowiedzieć nie tylko na pytanie, czy inwalidztwo to istnieje, ale również czy ma ono związek z doznanym urazem [6, 7, 12]. Ze stanowiska medyczno-sądowego przyjęcie związku pomiędzy urazem czaszkowo-mózgowym a inwalidztwem uzasadniają następujące przesłanki:

1. stwierdzenie istotnego obniżenia zdolności do pracy,
2. rozpoznanie jednostki chorobowej, charakterystycznej dla stanów po urazach czaszkowo-mózgowych,

3. brak dowodów istnienia przed urazem objawów uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego lub też wyraźnie słabsze ich nasilenie przed wypadkiem,
4. stwierdzenie związku czasowego pomiędzy urazem a powstaniem inwalidztwa – do czego powinno się podchodzić jednak ze szczególną ostrożnością,
5. wykluczenie innych czynników niekorzystnych, szkodliwych zewnętrznych, ale także współistniejących schorzeń samoistnych mogących spowodować inwalidztwo.

Dla przykładu przedstawiamy kilka wybranych przypadków, naszym zdaniem niepoprawnego, opiniowania następstw po doznanych urazach głowy. Kryteria, na podstawie których wcześniej wydane opinie przez psychiatrów i neurologów uznaliśmy za nieprawidłowe, sprowadzały się do sprawdzenia zachowania reguł opiniowania sąдово-lekarskiego, to jest zgodności z zasadami skutkowości, prawidłowości oceny związku przyczynowo-skutkowego, wyciągania z przeprowadzonych badań umotywowanych wniosków i wreszcie zrozumienia oraz praktycznego stosowania sformułowań kodeksowych.

Ze zbiorów przypadków, w których opinie dotyczyły oceny sąдово-lekarskiej przestępstw przeciwko życiu i zdrowiu oraz skutków urazów głowy dla potrzeb cywilno-odszkodowawczych i ubezpieczeniowych, przedstawiamy 5 spraw dla zilustrowania podjętego problemu.

OPIS PRZYPEDKÓW

Przypadek 1

20-letni mężczyzna, zatrudniony w kopalni w charakterze górnik pod ziemią, podczas wykonywania prac przy obsłudze urządzeń podszybowych, w trakcie przetaczania wozów z materiałem poczuł nagły, bardzo silny, ostry ból w kręgosłupie, połączony z zawrotami głowy i dusznościami oraz zaburzeniami czucia i niedowładem

kończyn dolnych. Bezpośrednio z kopalni mężczyznę przewieziono do oddziału neurologicznego, gdzie m.in. po konsultacji psychiatrycznej, rozpoznano u niego „ustępujący czynnościowy niedowład czterokończynowy i reakcję sytuacyjną.” Poszkodowany wniósł do Sądu Pracy pozew o ustalenie zdarzenia za wypadek w pracy. Opinię w sprawie wydali lekarze biegli sądowi neurolog i psychiatra, którzy bez jakichkolwiek wątpliwości przyjęli istnienie związku między wykonywaną pracą a zachorowaniem i następnie pogorszeniem stanu zdrowia, podając we wnioskach, iż zaistniałe zdarzenie było wynikiem silnej reakcji sytuacyjnej napięciowej spowodowanej istniejącymi wówczas warunkami pracy – konieczność pilnego usunięcia awarii w oddziale wydobywczym.

Przeprowadzone w Zakładzie Medycyny Sądowej badanie sądowo-lekarskie przy udziale specjalisty neurologa, poprzedzone wcześniejszą obserwacją szpitalną, pozwoliło u powoda rozpoznać stwardnienie rozsiane, a zatem samoistne, organiczne schorzenie o.u.n., które w sposób rozsiany, wieloogniskowy dotyka różnych struktur układu nerwowego. W naszej opinii odrzuciliśmy istnienie związku przyczynowego między charakterem i warunkami wykonywanej pracy a istniejącym u powoda schorzeniem. Ciężka praca fizyczna, którą powód wykonywał w dniu zachorowania mogła być jedynie czynnikiem, który wpłynął na ujawnienie się już istniejącej, samoistnej choroby.

Przypadek 2

35-letni mężczyzna, pracownik dołowy w kopalni, w listopadzie 1984 r. uległ wypadkowi w pracy – został uderzony w głowę bryłą kamienia wielkości pięści. Badający poszkodowanego lekarz zakładowy stwierdził u niego: „otarcie naskórka w okolicy karku bez innych odchyień od stanu prawidłowego w badaniu przedmiotowym”. Wobec podawanej w wywiadzie jednonominutowej utraty przytomności, lekarz skierował pracownika do szpitala. Był on hospitalizowany w od-

dziale urazowo-ortopedycznym przez okres 5 dni z rozpoznaniem „stłuczenia głowy i wstrząśnienia mózgu”, a następnie przez okres 30 dni korzystał ze zwolnienia lekarskiego. Później powód wrócił do pracy na uprzednio zajmowane stanowisko. Po 4 latach, ze względu na chorobę wrzodową dwunastnicy oraz dyskopatię szyjną został skierowany do pracy na powierzchnię. W 1989 r. znalazł się w oddziale leczenia nerwic, gdzie rozpoznano u niego cerebriastenię pourazową, zalecając dalsze leczenie w poradni zdrowia psychicznego. Powód podjął leczenie psychiatryczne i wg wpisów historii choroby z okresu do 1997 r. kolejno rozpoznawano u niego: zespół neurasteniczny z fobiami, neurastenię, stany reaktywne, zaburzenia psychotyczne reaktywne, zespół psychoorganiczny charakteropatyczny pourazowy po przebytych stłuczeniu głowy i wstrząśnieniu mózgu w 1984 r. oraz zespół psychoorganiczny z komponentem depresyjno-lękowym i zespół rzekomonerwicowy.

W tej sprawie opinie wydało dwóch biegłych tzw. „terenowych”, specjalistów z zakresu neurologii i psychiatrii, którzy uznali, iż schorzenia, na które cierpi powód, „pozostają w związku z warunkami pracy, w szczególności z doznany w 1984 r. urazem głowy”. W opinii wydanej przez Katedrę i Zakład Medycyny Sądowej odrzuciliśmy w sposób kategoriyczny istnienie związku przyczynowego między schorzeniami natury neuropsychiatrycznej a warunkami pracy górniczej pod ziemią. Dopuszciliśmy jedynie możliwość istnienia przez okres co najwyżej kilku miesięcy po wypadku zespołu dolegliwości określanych jako subiektywny zespół pourazowy, bez późniejszych trwałych następstw. Natomiast pogłębiające się zaburzenia psychotyczne przede wszystkim w sferze afektu, które naszym zdaniem spełniały kryteria diagnostyczne schizofrenii nie miały tła urazowego. Ponadto, uzupełniona dokumentacja lekarska potwierdziła, iż pracownik ten, w związku z dolegliwościami natury neuropsychiatrycznej już w 1976 r. był kierowany do leczenia w poradni zdrowia psychicznego.

Przypadek 3

Stanisław N., urodzony w 1939 r., zatrudniony jako ślusarz spawacz, uległ w 1962 i 1972 r. wypadkom w pracy. W pierwszym wypadku doznał on „stłuczenia głowy z raną tłuczoną w okolicy ciemieniowej i najprawdopodobniej wstrząśnienia mózgu w stopniu lekkim”. Podczas drugiego wypadku doznał „złamania obojczyka, a także stłuczenia powłok twarzoczaszki”. Zarówno w 1962 jak i 1972 r. po kilkumiesięcznym okresie zwolnienia lekarskiego wrócił do pracy na poprzednio zajmowane stanowisko. W 1975 r. pracował na budowie eksportowej w Niemczech. W 1978 r. ze względu na rozpoznany przez lekarza psychiatrę „zespół rzekomonerwicowy po urazie głowy”, a później „zespół psychoorganiczny pourazowy” – decyzją organu rentowego został zaliczony do III grupy inwalidów w związku z wypadkiem w pracy.

W wydanej przez nasz Zakład opinii stwierdziliśmy, iż brakuje podstaw do przyjęcia związku przyczynowego między doznanymi w wypadkach w pracy obrażeniami ciała a występującym u Stanisława N. schorzeniem neurologicznym. Utrata zdolności do pracy wynikała z istniejącego schorzenia samoistnego neurologicznego o charakterze przewlekłym. Jego obraz kliniczny odpowiadał w pełni niedoborowi witaminy B12, co ostatecznie zostało potwierdzone podczas pobytu diagnostycznego w oddziale neurologicznym.

Przypadek 4

55-letni mężczyzna we wrześniu 1998 r., w wyniku pobicia doznał „stłuczenia powłok głowy z raną tłuczoną w okolicy ciemieniowej”. Z tego powodu przez 4 tygodnie był hospitalizowany w oddziale urazowo-ortopedycznym. Na podstawie obserwacji klinicznej oraz konsultacji specjalistycznych neurologicznej i psychiatrycznej, w trakcie pobytu szpitalnego rozpoznano u niego dodatkowo „encefalopatię pourazową, zaburzenia mowy w postaci afazji jako powikłania mózgowo-czaszkowe doznanego urazu głowy, a także

padaczkę alkoholową”. W oparciu o dokumentację lekarską i zawarte w niej rozpoznania kliniczne, powołany lekarz biegły sądowy przyjął, iż obrażenia ciała, jakich doznał Jerzy T. „mogły zagrażać życiu pacjenta, a zatem wyczerpywały znamiona ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, o jakim mowa w art. 156 kk”. W naszej opinii, której wydanie poprzedzone było przeprowadzeniem badania specjalistycznego neurologicznego podaliśmy, iż takie obrażenia ciała jakich doznał Jerzy T. zazwyczaj powodują naruszenie czynności narządów ciała oraz rozstrój zdrowia na okres z pogranicza 7 dni. Co więcej, szczegółowa analiza dokumentacji lekarskiej nie wskazywała, aby okres 7 dni został przekroczony. Odnośnie rozpoznawanych zaburzeń neuropsychiatrycznych jako następstwa pourazowe, które skutkowały wydaniem błędnej opinii sądowo-lekarskiej przez powołanego biegłego sądowego, wskazaliśmy, iż u Jerzego T. poprawnie należało rozpoznać trwającą od ponad 20 lat padaczkę alkoholową i pourazową (związaną przyczynowo z wcześniejszymi, doznanymi przed 20 laty urazami mózgowo-czaszki) z cechami encefalopatii oraz elementami zespołu psychoorganicznego. Konsekwencją wieloletniej padaczki, a także ubocznymi następstwami stosowanych leków przeciwpadaczkowych były występujące patologiczne objawy neurologiczne. W badaniu nie potwierdziliśmy rozpoznawanej wcześniej afazji. Stwierdziliśmy natomiast zaburzenia mowy w postaci dyzartrii, które przyczynowo należało wiązać z istniejącymi u Jerzego T. zanikami mięśniowymi w zakresie mięśni twarzy, bezzębiem, polineuropatią w zakresie nerwów czaszkowych, a także organicznym uszkodzeniem o.u.n. skutkującym encefalopatią i cerebellopatią.

Przypadek 5

30-letni Wojciech K. podczas w pracy w kopalni został uderzony bryłą węgla w głowę chronioną kaskiem. Poszkodowany nie doznał żadnych obrażeń, przytomności nie stracił, kontynuował pracę do końca dniówki. Do lekarza zgłosił się dopiero po kilkunastu

dniach z powodu bólów głowy, stanów lękowych, złego samopoczucia i ogólnego osłabienia. Z analizy szczegółowej dokumentacji lekarskiej wynikało, iż tego rodzaju bliżej nie określone objawy ogólne występowały u Wojciecha K. już przed wypadkiem. Wobec nieskuteczności leczenia i pogłębienia się objawów chorobowych pacjent został skierowany do neurologa, a następnie do psychiatry. Po obserwacji szpitalnej rozpoznano u niego schizofrenię paranoidalną. Lekarz psychiatra w zaświadczeniu o stanie zdrowia podał, iż wypadek, którego doznał Wojciech K. mógł się przyczynić do powstania choroby. Powołany przez Sąd Pracy biegły sądowy – lekarz psychiatra w oparciu o dokumentację lekarską określił wysokość trwałego uszczerbku na zdrowiu w związku z wypadkiem w pracy na 30%. Wobec zarzutów strony pozwanej, Sąd powołał nasz Zakład w celu opracowania opinii sądowo-lekarskiej. W opinii podaliśmy, iż w świetle dokumentacji lekarskiej, ustaleń powypadkowych oraz danych anamnestycznych nie ma jakichkolwiek podstaw do przyjęcia, że Wojciech K. w ogóle doznał obrażeń ciała, a w szczególności urazu mózgowo-czaszkowego. Odrzuciliśmy zatem istnienie związku przyczynowego, choćby nawet pośredniego, między zdarzeniem w pracy, a stanem zdrowia powoda.

KOMENTARZ

Rozpoznanie i ocena psychicznych oraz neurologicznych następstw urazów głowy należy niewątpliwie do trudnych. Podejmując się wydania opinii na okoliczność charakteru i stopnia ciężkości obrażeń ciała, tj. kwalifikacji prawnej obrażeń, jak również przystępując do oceny procentowego długotrwałego lub trwałego uszczerbku na zdrowiu należy pamiętać, iż zarówno cerebriastenii, jak i encefalopatii, a zwłaszcza padaczki pourazowej, mają swoje podłoże w poważniejszych urazach czaszkowo-mózgowych, połączonych z organicznym uszko-

dzeniem ośrodkowego układu nerwowego i rozwijają się w ciągu kilku, kilkunastu miesięcy po urazie. Podkreślić również należy, iż wstrząśnienie mózgu zasadniczo nie skutkuje żadnymi trwałymi następstwami, zaś występujące po urazie objawy określane jako subiektywny zespół pourazowy są przemijające i z reguły winny ustąpić po 6–12 miesiącach. Jeżeli jednak lekarze leczący wykazują nadmierną troskliwość o pacjenta, zalecając wybitnie ograniczający tryb życia, wydają zwolnienia lekarskie na okres kilku miesięcy – to objawy mogą się utrwać i przybrać w pełni obraz cerebriastenii, zaś w istocie jest to nerwica roszczeniowo-sytuacyjna, a nawet jatrogenna. Dowodem na to są liczne przykłady, kiedy to bardzo nasilone objawy nerwicowe ustępowały po zakończeniu postępowania sądowego oraz otrzymaniu satysfakcjonującego odszkodowania [2, 3, 12, 13].

Fundamentalnym obowiązkiem biegłego jest poprawne rozważenie związku przyczynowego pomiędzy określonym zdarzeniem a stwierdzonym skutkiem. Nie wolno snuć wniosków opiniodawczych na przypuszczeniach lub domniemaniach. Rozumowanie nie może być sprzeczne z zasadami współczesnej wiedzy medycznej i logiki. Opiniowanie jest skutkowe, wnioski dotyczą tylko tych następstw, które rzeczywiście stwierdzono. Opinia musi być tylko interpretacją tego, co nastąpiło i co stwierdzono badaniem lekarskim. Poprawnie związek przyczynowo-skutkowy przyjmuje się tylko wtedy, gdy można go zweryfikować w sposób logiczny, zgodny z wiedzą i doświadczeniem.

Główne nieprawidłowości z jakimi spotykaliśmy się w naszej praktyce opiniodawczej polegały na diagnozowaniu skutków. Sądzić wolno, iż przyczyną tego może być odmienny sposób oceny skarg pacjentów przez lekarzy klinicystów. Lekarze leczący nie mają bowiem obowiązku, ale także możliwości w pełni krytycznej oceny przyczyny zgłaszanych przez pacjenta dolegliwości oraz ich weryfikacji. Nie zawsze pamięta się o różnicach w podejściu do pacjenta przez lekarza klinicystę i biegłego sądowego. Lekarz po-

wołany do pełnienia funkcji biegłego ma obowiązek nie tylko określić rodzaj dolegliwości, ale rozważyć problem związku przyczynowego między zachorowaniem a zdarzeniem. Dlatego konieczne jest zapoznanie się z dokumentacją lekarską z wcześniejszego leczenia, okolicznościami krytycznego zdarzenia, całością zebranego materiału dowodowego, a nierzadko przeprowadzenie własnych badań pokrzywdzonego poszerzonych o badania specjalistyczne dodatkowe.

Dość często rozbieżności w kwalifikacji prawnej skutków obrażeń między medykami sądowymi a lekarzami klinicystami, w tym psychiatrami i neurologami, wynikają z utożsamiania okresu niezdolności do pracy – zwolnienia lekarskiego z czasem trwania naruszenia czynności narządu ciała lub rozstroju zdrowia.

Zasadnym zatem byłoby w trudnych przypadkach zespołowe wydawanie opinii były z udziałem medyka sądowego, psychiatry, neurologa, a także psychologa klinicznego. Równocześnie jednak powinno się podjąć próby usystematyzowania roli specjalisty medycyny sądowej i specjalistów klinicznych, w tym psychiatrów i neuropsychiatrów w zespole opiniującym dla celów sądowych. Za J. Dzidą proponujemy wydzielić trzy poziomy konstruowania takiej opinii: (1) ocenę ogólnolekarską, (2) ocenę specjalistyczną, (3) opracowywanie wniosków dla potrzeb prokuratury czy też sądu. O ile na poziomie pierwszym wszyscy członkowie zespołu są sobie równi, zaś różnice wynikają tylko z indywidualnych uzdolnień i doświadczenia, o tyle na poziomie drugim każdy specjalista ma przewagę w swojej dziedzinie, a pozostali są jedynie zobowiązani kontrolować poprawność jego rozumowania [4]. Przewodnią rolę medyka sądowego przejawia się na poziomie trzecim. To bowiem na specjalistcie z zakresu medycyny sądowej spoczywa zadanie, by opinia była pełna, jasna i należycie uzasadniona. Doceniając ważną rolę specjalisty klinicznego, uważamy, iż opiniowanie sądowo-lekarskie w sprawach następstw po urazach głowy powinno pozostać zasadniczo

w obszarze medycyny sądowej jednak z bezwzględną możliwością poszerzenia zespołu opiniującego o specjalistę z zakresu psychiatrii oraz neurologii.

Podsumowując, chcielibyśmy dodać kilka uwag natury ogólnej. Dowód z opinii biegłego podlega, jak każdy inny, swobodnej ocenie sądu. Ocena ta nie powinna wykraczać poza przedmiot objęty opinią biegłych, tj. poza ocenę okoliczności wymagających wiadomości specjalnych. Biegłemu należy pozostawić wolny dobór metod badań specjalistycznych, zaś ocena merytoryczna opinii to uprawnienie, a wręcz obowiązek organów procesowych. Sąd bowiem, a nie lekarz biegły, ma prawo ostatecznej decyzji i przyjęcia za pewne skutków, które z punktu widzenia lekarskiego mogą być jedynie prawdopodobne. Lekarz biegły musi się kierować wyłącznie kryteriami biologicznymi i zasadami myślenia logicznego. Taki sposób opiniowania jest konieczny, jeśli chce się uniknąć zarzutu arbitralności. Na zakończenie należałoby jednak podkreślić, iż każda opinia ma charakter oceny i może różnić się wnioskowaniem, natomiast powinna być podobna w zakresie rozpatrywanego zbioru faktów. To właśnie różnice w zakresie przyjętego w opinii zbioru faktograficznego stanowią często o jej rzetelności, natomiast część wnioskowa, tak czy inaczej nie podlega ocenie innego biegłego, ale ocenie sądu.

PIŚMIENNICTWO

1. Baran E, Marek Z, Jaegerman K: Błąd medyczny i odpowiedzialność prawna. *Przegl. Lek.* 1984, 41, 35–46.
2. Bilikiewicz T: *Psychiatria kliniczna*. PZWL Warszawa 1979.
3. Dowżenko A, Huber Z: Padaczka pourazowa – zagadnienia wybrane. *Neurol. Neurochir. Pol.* 1974, 8(24), 3, 299–305.
4. Dzida J: Granice kompetencji medyka sądowego przy współopiniowaniu z lekarzami innych specjalności. Praca wygłoszona na VI

- Ogólnopolskiej Konf. Nauk. „Błąd medyczny” – Książ k. Wałbrzycha, 1996.
5. Jaegerman K: Opiniowanie sądowo-lekarskie. Eseje o teorii. Wyd. Prawnicze, Warszawa 1991.
 6. Jaegerman K: O związku przyczynowym. I. Aspekty teoretyczne. II. Poznawcze wymogi opiniowania. III. Decyzyjne wymogi opiniowania. Arch. Med. Sąd. Krym. 1984, 34, 9–15, 81–86, 153–160.
 7. Jaegerman K, Marek Z, Baran E: Uwagi o ustalaniu związku przyczynowego w opiniach sądowo-lekarskich. Arch. Med. Sąd. Krym. 1976, 26, 241–247.
 8. Koch A: Związek przyczynowy jako podstawa odpowiedzialności odszkodowawczej w prawie cywilnym. PWN, Warszawa 1975.
 9. Kunz J: Błąd opiniodawczy w świetle materiału Zakładu Medycyny Sądowej Coll. Med. UJ w Krakowie w latach 1991–1996. Arch. Med. Sąd. Krym. 1998, 48, 35–46.
 10. Kunz J: Niektóre przyczyny rozbieżności stanowisk prawników i biegłych lekarzy w opiniowaniu sądowo-lekarskim. Problematyka związku przyczynowego. Arch. Med. Sąd. Krym. 1992, 42, 38–60.
 11. Lernell L: Zagadnienia związku przyczynowego w prawie karnym. Wyd. Prawnicze, Warszawa 1962.
 12. Marek Z, Szymusik A: Urazy głowy i mózgu w orzecznictwie sądowo-lekarskim i psychiatrycznym. PZWL, Warszawa 1975.
 13. Wardaszko H: Zaburzenia psychiczne pourazowe. PZWL, Warszawa 1955.
 14. Zoll A i wsp.: Kodeks karny. Część szczegółowa. Komentarz kodeksu karnego. T. 2. Wyd. Zakamycze, Kraków 1999, 274–295.

Adres: Dr Czesław Chowaniec, Katedra i Zakład Medycyny Sądowej Śląskiej Akademii Medycznej, ul. Medyków 18, 40-752 Katowice