

Szanowny Panie Redaktorze!

Proszę uprzejmie o opublikowanie na łamach Archiwum uwag dotyczących artykułu: Jerzego Kunza i Dariusza Bajaka „Rozbieżności a błąd opiniodawczy w opiniach kompetentnych biegłych z zakresu medycyny sądowej” (Arch. Med. Sąd. 1998, 48, 215–219)

Autorzy przy okazji omawiania błędów opiniodawczych, przytaczają przykłady nieprawidłowych opinii wydanych przez „biegłych jednego z Zakładów” (z kontekstu wynika, że mógł to być jeden z zakładów medycyny sądowej). Przypadek, który dotyczył rany ciętej szyi błędnie zakwalifikowano jako „chorobę zazwyczaj zagrażającą życiu” w rozumieniu art. 155 § 1 pkt. 2 kk., ponieważ „stan ten wymagał natychmiastowej interwencji, a ze względu na lokalizację kanału można założyć, że istniało realne niebezpieczeństwo uszkodzenia innych, ważnych dla życia struktur (np. tętnicy szyjnej), co mogło spowodować zgon”.

Autorzy artykułu podali, że w historii choroby pokrzywdzonego zanotowano: ranę ciętą szyi z uszkodzeniem chrząstki tarczowatej, długą na 5 cm, skąpo krwawiącą, że przy kaszlu wydobywało się z niej powietrze, a także zauważono niewielkie krwioplucie i kaszel o miernym nasileniu. Stan ogólny pokrzywdzonego był dobry. Ranę zaopatrzono, podwiązano naczynia. Po 6 dniach pokrzywdzonego wypisano w stanie ogólnym dobrym. Na tej podstawie biegli krakowskiego Zakładu (nie napisano czy byli to autorzy artykułu) uznali, że skutki wyczerpywały znamiona art.156 § 1 kk (kodeksu karnego z 19.04.1969 r.). Podkreślili konieczność stosowania „zasady skutkowości w opiniowaniu w sprawach karnych, która nakazuje odrzucać rozważania nt. ewentualnego niebezpieczeństwa uszkodzenia innych struktur mogący spowodować zgon, do którego przecież nie doszło”.

Czytelnika nie przekonują ani argumenty krytykowanej opinii, ani też opinia wydana przez Autorów artykułu. Opiswany przypadek jest dość typowym przykładem „choroby zazwyczaj zagrażającej życiu” według definicji, jaką zwykliśmy przyjmować w praktyce opiniodawczej. Określenie „choroba zazwyczaj...” wprowadzone do kodeksu karnego z 1969 r. stwarzało biegłym spore trudności w ścisłym zdefiniowaniu, z punktu widzenia medycyny sądowej. Przymiotnik „zazwyczaj” zdawał się sugerować, że chodzi głównie o takie poważne uszkodzenia ciała, które niezależnie od udzielonej pomocy obciążone są bardzo wysoką śmiertelnością, szacowaną na kilkadziesiąt procent. Jednak w miarę upływu czasu coraz częściej zwracano uwagę na to, że ten typ obrażeń ciała przede wszystkim sprowadza „realne niebezpieczeństwo utraty życia”, które oddala udzielenie ofierze adekwatnej pomocy medycznej. O zakwalifikowaniu przypadku decydowała więc realność zagrożenia dla życia. Trudno zresztą było szacować jaki odsetek zgonów ma oznaczać „wysoką śmiertelność” – kilkanaście czy kilkadziesiąt procent. W sukurs przyszły nadto komentarze prawników według których nie czasokres trwania zagrożenia życia, czy powrotu do zdrowia, ale „realność” decydują o kwalifikacji.

Dlatego też w kodeksie karnym z dnia 6 czerwca 1997 r., w art. 156 § 1 kk. (nie bez sugestii podpisanego), w miejsce przymiotnika „zazwyczaj” przyjęto

sformułowanie „choroby realnie zagrażającej życiu”, które pozwala odrzucić rozważania dotyczące czasokresu trwania zagrożenia dla życia.

W okresie pełnienia przeze mnie funkcji kierownika Katedry, z powodzeniem stosowano definicję, wedle której „choroba zazwyczaj zagrażająca życiu” dotyczyła takich obrażeń ciała, które zgodnie z doświadczeniem lekarskim powinny doprowadzić do śmierci pokrzywdzonego, jeżeli nie udzielono by mu na czas skutecznej pomocy lekarskiej. Jak pamiętamy, pełnomocnicy oskarżonych często argumentowali – tak jak Autorzy artykułu – że szybki powrót do zdrowia pokrzywdzonego powinien wykluczać kwalifikację według art. 156 § 1 kk (dawniej art. 155 § 1 pkt. 2 kk).

Omawiany przypadek jest może trudniejszy do zakwalifikowania, zwłaszcza jeżeli nie zna się wszystkich jego aspektów. Tym niemniej według mnie to nie „biegli z innego zakładu”, ale biegli z Zakładu autorów artykułu popełnili błąd opiniodawczy. Podana w artykule argumentacja w obu opiniach jest niepoprawna. Ani bowiem potencjalne zagrożenie uszkodzenia innych ważnych narządów, ani szybki powrót do zdrowia nie mogą decydować o rozpoznaniu „realności” zagrożenia dla życia. Decydujące natomiast było „otwarcie” światła tchawicy (wydobywanie się powietrza, krwawienie do dróg oddechowych), czyli stan realnego zagrożenia dla życia. Podobny zresztą błąd popełnił biegły w sprawie KMS–E–494/93, przyjmując że pęknięcie pęcherza moczowego z dużym krwotokiem wyczerpywało dyspozycje art.156 § 1 kk „ponieważ obrażenie rozpoznano wcześniej, skutecznie operacyjnie wyleczono i pokrzywdzony opuścił szpital przed upływem dwóch tygodni”.*

Prof. zw. dr hab. Zdzisław Marek
em. Kierownik Katedry Medycyny
Sądowej Coll. Med. UJ

Kraków, dnia 31 marca 1999 r.

* * *

Szanowny Panie Redaktorze

Otrzymałem do wglądu list Profesora Zdzisława Marka dotyczący mego artykułu pt. „Rozbieżności a błąd opiniodawczy w opiniach kompetentnych biegłych z zakresu medycyny sądowej”, opublikowanego na łamach numeru 3, z roku 1998 „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii”.

Jest rzeczą nie podlegającą dyskusji, iż ramy naszego czasopisma naukowego są najlepszym, poza bezpośrednimi kontaktami, polem do merytorycznej dyskusji nad problemami opiniodawczymi i interpretacyjnymi zapisów kodeksowych pomiędzy specjalistami z dziedziny medycyny sądowej. Z przykrością jednak stwierdzam, iż list Pana Profesora Marka poza jednym elementem

*

List publikujemy w formie skróconej.

prowokującym do dyskusji, zawiera wyłącznie stwierdzenia, które nie padły z ust ani też nie wyszły spod pióra autora artykułu oraz przeinaczenia, które, zwłaszcza wśród czytelników, którzy nie mieli okazji zapoznać się z cytowanym artykułem, mogą narazić mnie na krytyczne uwagi na które nie zasłużyłem. Stąd moja odpowiedź na cytowany list Profesora.

Jedynym fragmentem listu mogącym podlegać dyskusji czy być tematem sporów wśród specjalistów najwyższej klasy w naszej dziedzinie jest ocena przypadku rany ciętej szyi ze zranieniem chrząstki tarczowatej, i co istotne, bez jakichkolwiek objawów zaburzeń podstawowych układów życiowych. Pan Profesor pisze, iż w ocenianym przypadku o zaliczeniu przypadku do „choroby zazwyczaj zagrażającej życiu” decydowała więc „realność zagrożenia”, decydujące było „otwarcie światła tchawicy” czyli stan realnego zagrożenia dla życia. Jest oczywiste, iż ramy niniejszego listu nie pozwalają na szerszą dyskusję. Jestem jednak głęboko przekonany, iż istniejące przez lata, mimo prób precyzyjnego określenia kryteriów, i utrzymujące się, także w ramach różnych „szkół medycyny sądowej” rozbieżności, powodowałyby ocenę tego przypadku w bardzo różny sposób przez różnych biegłych w Zakładach Medycyny Sądowej. Za argument może posłużyć doskonały artykuł przeglądowy autorstwa J.A. Berenta i K. Śliwki pt. „Ewolucja pojęcia” choroby zazwyczaj zagrażającej życiu” w kolejnych kodeksach karnych” (Arch. Med. Sąd. Krym, 1997, 47, 283–293). Przedstawiono w nim w ujęciu historycznym różnice kryteriów wśród naszych wielkich poprzedników, które nie zakończyły się do chwili obecnej ani też, jak sądzę nie zakończą się po zmianach kodeksowych i wprowadzeniu pojęcia „choroby realnie zagrażającej życiu” w kodeksie z roku 1997. Tak więc nie mogę się zgodzić niestety ze stwierdzeniem Autora listu, iż cytowany przypadek jest „dość typowym przykładem choroby zazwyczaj zagrażającej życiu” – przeciwnie, jak sądzę, jest wyjątkowo trudnym i dyskusyjnym. Prosty może wydawać się może dla biegłych z tych ośrodków, którzy konsekwentnie uznawali i uznają, iż przepisy starego kodeksu wcale nie wymagały „realności” zagrożenia gdyż mówiły o zagrożeniu występującym „zazwyczaj”. Dla tych jednak, którzy kryterium realność zagrożenia wiązać zawsze byli skłonni z zaburzeniem funkcji podstawowych układów życiowych lub też stanem który zgodnie z doświadczeniem lekarskim powinien prowadzić do śmierci jeśli nie udzielono by choremu na czas skutecznej pomocy lekarskiej (do których należy Autor listu) ocena tego przypadku winna nastroczać znaczne trudności.

Pozostała część listu do której nie mogę się nie ustosunkować to sprawy pozamerytoryczne – sformułowania sprzeczne z moimi intencjami i tym co napisałem.

I. Autor listu cytując fragment historii choroby w którym odnotowano „niewielkie krwioplucie i kaszel o miernym nasileniu”, które niewątpliwie świadczy o przedostaniu się krwi do górnego piętra dróg oddechowych w konkluzji mówi o „krwawieniu do dróg oddechowych” co może sugerować zachłystywanie. W istocie jednak w historii choroby nie odnotowano jakichkolwiek zaburzeń ze strony zarówno układu oddechowego jak i krążenia (RR 120/89 mm Hg, tętno 82/min.)

II. W dalszej części Autor pisze; „Jak pamiętamy, pełnomocnicy oskarżonych

często argumentowali – tak jak autorzy artykułu- że szybki powrót do zdrowia pokrzywdzonego powinien wykluczać kwalifikację według art 155 § 1 p. 2 kk". Istotnie, użycie takiego argumentu byłoby błędem w sztuce. Problem w tym, iż ani w opinii ani też w artykule, poza cytatem z historii choroby, iż chory opuścił szpital po 6 dniach, czasokres leczenia nie był w ogóle poruszany, nie stanowił tym bardziej argumentu dla kwalifikacji obrażenia z art 156 § 1 (!).

III. W liście Profesor Marek zacytował inny, jego zdaniem błędnie zaopiniowany przypadek pęknięcia pęcherza moczowego. Pomijam już fakt, iż nie był on cytowany w omawianej pracy, trudno więc znaleźć uzasadnienie dlaczego został omówiony. Jego cytowanie zawiera jednak także poważne przeinaczenia.

Po pierwsze w opinii tej cytowano historię choroby w której w trakcie laparotomii stwierdzono krew w jamie otrzewnej i pęknięcie pęcherza, nie podając jej ilości ani też jakichkolwiek objawów wstrząsu, podczas gdy w swym liście Autor pisze o „dużym krwotoku”. Po wtóre, i co gorsze, pisze On w formie cytatu z opinii, iż obrażenie to wyczerpywało dyspozycje art 156 § 1 „ponieważ obrażenie rozpoznano wcześniej, skutecznie operacyjnie wyleczono i pokrzywdzony opuścił szpital przed upływem dwóch tygodni”. Ten ostatni akapit to absolutna licentia poetica Autora listu, gdyż w opinii nie znalazło się ani jedno słowo z rzekomego cytatu opinii.

Panie Redaktorze

Na koniec pragnę poinformować, iż współautorem obu opinii uznanych przez Profesora Marka za błędne jest niżej podpisany. Jako uczeń Profesora zawsze skłonny jestem do podejmowania merytorycznych dyskusji na tematy opiniodawcze. Nie chciałbym jednak aby sprowadzała się ona wyłącznie do sprostowań nieuzasadnionych zarzutów.

Z poważaniem
Dr med. Jerzy Kunz

Kraków, dnia 15.05.1999 r.