

Piotr Engelhardt, Elżbieta Bloch-Bogusławska, Ewa Wolska

Opiniowanie w sprawach dotyczących oceny zdolności do przebywania w warunkach pozbawienia wolności w materiałach Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej w Bydgoszczy w latach 1998-2003

Opinionating in cases of assessing the subject's ability to undergo imprisonment in materials collected by the Department of Forensic Medicine in Bydgoszcz in the years 1998-2003

Z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu
Kierownik: prof. dr hab. med. Karol Śliwka

Ustalanie zdolności do przebywania w warunkach pozbawienia wolności oraz przesłanek zdrowotnych do jej przerwania lub odroczenia jest coraz częściej spotykanym problemem orzecznictwem. Aktualnie w Polsce brak jest jasnych i jednolitych kryteriów opiniowania w tego typu sprawach. W niniejszej pracy przedstawiono obowiązujące w tej materii przepisy prawa oraz stosowane w Katedrze i Zakładzie Medycyny Sądowej w Bydgoszczy zasady opiniowania. Dokonano również analizy wydanych w latach 1998-2003 w tut. Katedrze 87 opinii, w których oceniano zdolność do przebywania w warunkach pozbawienia wolności. Najczęstszą podstawą do ubiegania się o ww. niezdolność były schorzenia internistyczne (41), następnie neurologiczne (38), psychiatryczne (28), ortopedyczne (10) oraz pojedyncze z zakresu innych specjalności. W 9 przypadkach uznano, że stan zdrowia badanego stanowi przeciwwskazanie do przebywania w Zakładzie Karnym lub Areszcie Śledczym. Ponadto w 13 sprawach, gdzie w aktach znajdowały się wcześniejsze opinie sporządzone przez lekarzy klinycystów orzekające niemożność przebywania w warunkach pozbawienia wolności, po analizie dostępnej dokumentacji medycznej oraz przeprowadzeniu badania w 12 przypadkach stwierdzono brak przeciwwskazań do przebywania w warunkach Zakładu Karnego lub Aresztu Śledczego.

Estimating the subject's ability to undergo imprisonment and determining whether there are any reasons for delaying

or interrupting the execution of the penalty has become a serious problem. Currently, the Polish system lacks clear and uniform opinionating criteria, and the available sources provide only general guidelines. The present report outlines the legal criteria in force in such cases and describes the opinionating criteria used in the Department of Forensic Medicine in Bydgoszcz. The authors have also conducted an analysis of 87 opinions issued at the Department in the years 1998-2003 that evaluated the subject's ability to undergo imprisonment. The most frequent reasons for an individual seeking recognition as being unable to undergo imprisonment were as follows: internal diseases (41), neurological diseases (38), mental disorders (28), orthopedic problems (10) and other types of diseases in isolated cases. In nine instances, the subjects' health status was deemed to constitute a contraindication for imprisonment or detention. In 13 cases, in which the subject's files included an opinion previously formulated by a clinician and stating that the given individual was unable to undergo imprisonment, an analysis of the available medical records, as well as a thorough examination of the patient proved that there were no reasons that would contraindicate imprisonment.

Słowa kluczowe: opiniowanie sądowo-lekarskie, ocena stanu zdrowia, pozbawienie wolności
Key words: medico-legal opinionating, health status assessment, imprisonment

WSTĘP

W ostatnich latach obserwuje się wzrost liczby spraw opiniowanych przez lekarzy dotyczących ustalenia zdolności do przebywania w warunkach pozbawienia wolności.

Jednym z pierwszych autorów, który opisywał sposoby symulacji różnorodnych schorzeń w powojennej Polsce był Grzywo-Dąbrowski [1]. Problematyką tą zajmował się również Popielski, który dodatkowo dążył do ustalenia czy stan cielesny skazanego daje się, czy też nie daje się pogodzić z istniejącymi w Zakładzie Karnym lub Areszcie Śledczym warunkami [2].

Aktualnie dostępne podręczniki akademickie podają bardzo ogólne wskazówki dotyczące kryteriów opiniowania w sprawach tego typu [3, 4, 5, 6]. Pojedyncze publikacje, ostatnio wydane w Polsce, koncentrują się głównie na problematyce opiniowania odnośnie ustalenia zdolności do uczestniczenia w postępowaniu procesowym [7, 8, 9, 10].

Z jednej strony duża ilość spraw związanych z ustaleniem zdolności do przebywania w warunkach pozbawienia wolności na terenie całego kraju, a z drugiej brak jasnych wytycznych dotyczących zasad opiniowania w tego typu sprawach, prowadzi do sytuacji, w której opinie w tych sprawach wydawane są przez lekarzy różnych specjalności i często błędnie (tzn. „na wyrost”) orzekana jest niezdolność do przebywania w warunkach pozbawienia wolności.

Omawianie problemu związanego z orzekaniem o zdolności do przebywania w warunkach pozbawienia wolności należałoby rozpocząć od analizy przepisów prawnych.

W Kodeksie Karnym Wykonawczym (KKW), jako przyczyny przerwania lub odroczenia kary pozbawienia wolności z przyczyn zdrowotnych, wymienia się następujące stany [11]:

- art. 15: „choroba psychiczna” lub „inna, przewlekła, ciężka choroba” (jako przyczyny, dla której można orzec zawieszenie częściowe lub całkowite postępowania wykonawczego).
- art. 150: „choroba psychiczna” lub „inna ciężka choroba” (jako przyczynę odroczenia kary do czasu ustania przeszkody, w myśl § 2 tego art. „inna ciężka choroba”, jest to „taki stan skazanego, w którym umieszczenie go w zakładzie karnym może zagrażać życiu lub spowodować dla jego zdrowia poważne niebezpieczeństwo”).
- art. 151: „zbyt ciężkie skutki” dla skazanego, powstałe w wyniku natychmiastowego wykonania kary.

- art. 153: „ważne względy zdrowotne”. W kontekście treści całego art. 153 pojęcie „ważnych względów zdrowotnych” wydaje się być pojęciem zbiorczym obejmującym zarówno „inną ciężką chorobę”, jak i „zbyt ciężkie skutki”.

W Kodeksie Postępowania Karnego (KPK), jako przyczynę odstąpienia od tymczasowego aresztowania, wymienia się w art. 259 „poważne niebezpieczeństwo dla życia i zdrowia” [13]. Zatem stan ten wydaje się być tożsamy z „inną ciężką chorobą” z art. 15 KKW.

Wymienione powyżej pojęcia, określające stan zdrowia skazanego, dla lekarza nie wykonującego rutynowo działalności orzeczniczej dla potrzeb wymiaru sprawiedliwości mogą być niezrozumiałe. Zrozumienie to jest tym bardziej trudne, że żadne z tych określeń nie znajduje swojego miejsca w nomenklaturze lekarskiej. Tymczasem w KKW i KPK oraz w komentarzach do nich brak jest szerszego omówienia ww. pojęć lub też wyjaśnienia są ogólne [12, 14].

Stwierdzenie u skazanego choroby psychicznej, jako podstawy obligatoryjnego odroczenia lub przerwania kary pozbawienia wolności, nie wymaga dodatkowych ustaleń, czy pobyt skazanego w Zakładzie Karnym (ZK) zagrażałby jego życiu lub mógł powodować dla jego zdrowia poważne niebezpieczeństwo. Choroba psychiczna skazanego, jako przeszkoda wykonania kary pozbawienia wolności, trwa tak długo jak utrzymuje się u skazanego stan chorobowy uniemożliwiający wykorzystanie kary pozbawienia wolności, jako czynnika resocjalizacyjnego [12].

W praktyce orzeczniczej tut. Zakładu, jako stany spełniające wymogi „innej, ciężkiej choroby” w rozumieniu KKW, przyjęto przewlekłe lub nieuleczalne schorzenia o charakterze samoistnym bądź pourazowym spełniające warunki obłożności lub uniemożliwiający wykonywanie czynności życia codziennego, np. brak zdolności poruszania się, konieczność intensywnej opieki pielęgniarsko-higienicznej bądź wysokospecjalistycznego leczenia. Innym sposobem zdefiniowania „innej, ciężkiej choroby” wydaje się być przytaczany za Popielskim, „taki stan cielesny skazanego, który nie daje się pogodzić z warunkami panującymi w więzieniu”. Przykładami „innej, ciężkiej choroby” w takim rozumieniu mogą być:

- schyłkowa niewydolność narządowa; przykładowo IV° niewydolności serca wg NYHA (New York Heart Association), tak więc chodzi tu o takie stany niewydolności, które uniemożliwiają praktycznie funkcjonowanie organizmu, i są równoznaczne z „obłożnością” lub całkowicie uzależniają skazanego od podtrzymu-

jącej życie aparatury, jak np. w schyłkowej niewydolności oddechowej. Stany takie, jako źle rokujące, stanowią podstawę do całkowitego zawieszenia kary wolności;

- choroby nowotworowe rozumiane zarówno jako „rozsiana, zaawansowana choroba nowotworowa” a często również mniejsze stopnie zaawansowania. W pierwszym przypadku bowiem z uwagi na złe rokowanie mamy podstawy do całkowitego zawieszenia postępowania kary pozbawienia wolności, w drugim przypadku natomiast mamy podstawy do zawieszenia czasowego z uwagi na konieczność przeprowadzenia specjalistycznego leczenia onkologicznego (chemioterapii, radioterapii, leczenia operacyjnego, a więc czynności niedostępnych w więziennej służbie zdrowia);
- schorzenia neurologiczne w tym przypadku głównie schorzenia skutkujące objawami ubytkowymi, np. stany po udarze mózgu z porażeniem połowicznym, uszkodzenie rdzenia kręgowego z towarzyszącym porażeniem bądź znacznym niedowładem;
- przewlekłe stany uniemożliwiające funkcjonowanie w warunkach więziennych z powodu konieczności stałej opieki pielęgniarско-higienicznej, np: stałe nietrzymanie moczu lub kału, przewlekłe ropne zapalenia kości z obecnością przetok połączone ze stawami rzekomyymi, zaawansowane zmiany zwyrodnieniowe w stawach biodrowych z tak znacznym ograniczeniem funkcji stawów, że utrudnia ono lub zgoła uniemożliwia poruszanie się.

Z kolei w zakres pojęcia „zbyt ciężkich skutków” wg komentarza do KKW [12] wchodzi ostre lub przewlekłe schorzenia obłozne, bądź zakaźne związane z koniecznością izolacji. W pojęciu tym mieści się również zakończenie rozpoczętych przed wyrokiem kuracji leczniczych, niezbędnych dla ratowania życia lub zdrowia a niemożliwych do wykonania w warunkach więziennej służby zdrowia.

Z uwagi na mnogość schorzeń, ich różnorodny charakter, wyżej wymienione stany powinny być traktowane raczej jako przykłady niż jednoznaczne wytyczne. Do każdego przypadku winno się podchodzić indywidualnie.

Podstawą wydania opinii, czy stan zdrowia badanego stanowi wskazanie do odroczenia lub odbycia kary pozbawienia wolności winno być zawsze badanie sądowno-lekarskie poparte analizą dokumentacji lekarskiej. Wydana przez zespół orzekający opinia powinna zawierać poza dokładnym sprawozdaniem z przeprowadzonego badania sądowno-lekarskiego, rozpoznane u pacjenta jednostki chorobowe. Win-

na również wyjaśniać w sposób zrozumiały dla prawnika następstwa związane ze stwierdzanymi schorzeniami w kontekście odbywania kary pozbawienia wolności oraz ewentualne ogólne zalecenia lekarskie odnośnie sposobu leczenia schorzeń w warunkach więzienia. W tym miejscu nadmienić należy, że sprawozdanie z przeprowadzonego badania, zawierające dokładną ocenę stopnia zaawansowania schorzeń, służy również ocenie progresji bądź regresji ocenianych schorzeń w czasie kolejnych badań, bowiem jak uczy doświadczenie niejednokrotnie ci sami skazani są badani w różnych odstępach czasu, czasem przez różne komisje.

MATERIAŁ I METODY

Analizie poddano 87 opinii wydanych przez Katedrę i Zakład Medycyny Sądowej AM w Bydgoszczy w latach 1998-2003 dotyczących ustalenia zdolności do przebywania w warunkach pozbawienia wolności.

WYNIKI I OMÓWIENIE

Przedstawione zestawienie ukazuje stopniowy wzrost liczby wydanych opinii w kolejnych latach. Jednocześnie wzrost liczby opinii nie idzie w parze z większą ilością przypadków, w których stwierdzono niezdolność (trwałą lub okresową) do przebywania w warunkach pozbawienia wolności (tabela I).

Zebranie i opracowanie statystyczne wykazało dużą korelację dodatnią (0,97) pomiędzy wzrostem opinii i ilością uznanych zdolności oraz słabą korelację ujemną (-0,21) pomiędzy wzrostem opinii a spadkiem uznanych niezdolności (tabela II).

Wraz ze wzrostem wydawanych opinii zauważalna jest tendencja do podawania większej ilości schorzeń, które mogłyby ewentualnie stanowić podstawę do uznania zainteresowanego za niezdolnego do przebywania w warunkach pozbawienia wolności. Skutkuje to koniecznością poszerzania składu zespołów opiniujących (tabela III).

Największy odsetek schorzeń stanowiących podstawę do ubiegania się o ww. niezdolność stanowiły schorzenia internistyczne, łącznie 41 przypadków, czyli 47 %. Z tego 24 przypadki dotyczyły dolegliwości układu krążenia, co stanowi 27,5 % wszystkich przypadków. Następne w kolejności schorzenia neurologiczne (38 przypadków) stanowiły 44 %, psychiatryczne (28 przypadków) stanowiły 32 %, ortopedyczne (10 przypadków) stanowiły 11,5 %. Inne, czyli pojedyncze przypadki schorzeń o charakterze laryngologicznym, chirurgicznym, okuli-

Tabela I. Liczba wydanych opinii z podziałem na poszczególne lata wraz z odsetkiem orzeczonych zdolności i niezdolności do przebywania w warunkach pozbawienia wolności.

Table I. The number of opinions broken down into years and the percentage of opinions on ability and inability to be imprisoned/detained.

Lata (years)		1998	1999	2000	2001	2002	2003	łącznie (total)
Ilość opinii (number of cases)		7	9	13	19	17	22	87
Uznanie zdolności (ability to be imprisoned)	Liczba przypadków [odsetek] (number of cases [percentage])	4 [57%]	9 [100%]	11 [84%]	16 [84%]	16 [94%]	21 [95%]	77 [88%]
	W tym zdolność do przebywania w więziennym szpitalu (including the ability to be placed in the prison hospital)	0	0	3	1	1	0	5
Uznanie niezdolności (inability to be imprisoned)	Liczba przypadków [odsetek] (number of cases [percentage])	3 [43%]	0 [0%]	2 [16%]	3 [16%]	1 [6%]	1 [5%]	10 [12%]
	W tym odroczenia czasowe (including temporary reprieve)	3	0	2	2	1	1	9
	W tym odroczenie całkowite (including complete reprieve)	0	0	0	1	0	0	1

Tabela II. Współczynnik korelacji Pearsona pomiędzy liczbą wydanych w poszczególnych latach opinii a ilością opinii w których uznano zdolność bądź niezdolność do odbywania kary pozbawienia wolności.

Table II. Pearson's correlation coefficient between the number of opinions issued in particular years and the number of opinions deeming the subject able or unable to undergo the penalty of imprisonment.

Ilość opinii wydanych w latach (number of cases in years)	Ilość opinii, w których uznano zdolność do odbywania kary pozbawienia wolności (number of cases were concluded ability to be imprisoned)	Ilość opinii, w których uznano niezdolność do odbywania kary pozbawienia wolności (number of cases were concluded inability to be imprisoned)
7 – 1998	4	3
9 – 1999	9	0
13 – 2000	11	2
19 – 2001	16	2
17 – 2002	16	1
22 – 2003	21	1
Współczynnik korelacji Pearsona (Pearson's correlation coefficient)	0,979805	-0,21164

Tabela III. Liczba opinii z uwzględnieniem składu zespołu opiniującego.

Table III. The number of opinions depending on the kind of experts employed.

Skład zespołu opiniującego	łącznie (total)	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Specjalista medycyny sądowej i 1 specjalista z dziedzin klinicznych (one forensic medicine expert and one clinician)	42	5	7	7	6	8	9
Specjalista medycyny sądowej i liczni specjaliści z dziedzin klinicznych (one forensic medicine expert and a number of clinicians)	45	2	2	6	13	9	13

Tabela IV. Rodzaje schorzeń, będących podstawą do ubiegania się o uznanie niezdolności.

Table IV. Types of diseases constituting the foundation for the subject seeking recognition as unable to be imprisoned.

Rodzaje schorzeń (types of illness)	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Łącznie[odsetek] (total [percentage])
Internistyczne (general practition)	2	3	6	11	10	9	41[47%]
Neurologiczne (neurological)	1	0	4	8	8	17	38 [44%]
Psychiatryczne (psychiatric)	1	2	6	4	6	9	28 [22%]
Ortopedyczne (orthopedical)	1	0	1	1	4	3	10 [11,5%]
Inne (others)	4	7	3	8	3	2	27 [43%]

Tabela V. Schorzenia stanowiące przyczynę niezdolności.

Table V. Diseases constituting reasons for recognizing the subject as unable to be imprisoned.

Rodzaje schorzeń (types of illness)	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Łącznie (total)
Internistyczne (general practition)	1	0	0	0	0	1	2
Neurologiczne (neurological)	0	0	0	0	0	0	0
Psychiatryczne (psychiatric)	1	0	2	1	0	0	4
Ortopedyczne (orthopedical)	1	0	0	0	0	0	1
Inne (others)	0	0	0	1	1*	0	2
Łącznie (total)	3	0	2	2	1*	1	9

* trwała niezdolność – zaawansowane stadium choroby nowotworowej; niepomyślne rokowanie (permanent impairment – advanced stages of cancer, negative prognoses)

stycznym, onkologicznym i dermatologicznym (łącznie 27 przypadków) stanowiły 43 % całości (tabela IV).

W analizowanym okresie czasu w 9 przypadkach wydano opinię o niezdolności do przebywania w warunkach pozbawienia wolności, co stanowi 10 % analizowanych spraw, z tego tylko 1 opinia dotyczyła trwałej niezdolności. Najczęstszą przyczyną okresowej niezdolności do przebywania w warunkach pozbawienia wolności były schorzenia psychiatryczne – 4 przypadki, co stanowi prawie 5 % całości omawianych spraw, następne były schorzenia internistyczne – 2 przypadki, co stanowi nieco ponad 2 % całości, oraz 1 przypadek chirurgiczny (tabela V).

W aktach analizowanych spraw w 18 przypadkach tj. 21 % z analizowanych 87 znajdowały się

wcześniejsze opinie bądź zaświadczenia lekarskie odnośnie ustalenia zdolności do odbywania kary pozbawienia wolności. Dla potrzeb tego opracowania druki ZUS ZLA, zaświadczenia o chorobach, na które cierpi dana osoba, zaświadczenia o konieczności leczenia specjalistycznego oraz zaświadczenia o niepełnosprawności lub niezdolności do pracy nie były brane pod uwagę. Pod uwagę brano tylko takie opinie, w których lekarze jednoznacznie ustosunkowywali się do zdolności/niezdolności do przebywania w Areszcie Śledczym (AŚ), Zakładzie Karnym (ZK).

W 13 przypadkach z wyżej wymienionych 18 tj. w 72 % z opinii tych wynikało, że dana osoba jest niezdolna do przebywania w AŚ lub ZK. Były to opinie wydawane przez lekarzy leczących, biegłych są-

Tabela VI. Niezdolność do osadzenia w AŚ lub ZK w świetle wcześniej wydanych opinii znajdujących się w aktach.
Table VI. Inability to be imprisoned or detained in view of earlier opinions in the subject's medical records.

Rodzaje schorzeń (types of illness)	1999	2000	2001	2002	2003	Łącznie (total)
Internistyczne (general practicion)	1	1	0	1	1	4
Neurologiczne (neurological)	0	1	0	0	1	2
Psychiatryczne (psychiatric)	1	1	0	0	2	4
Ortopedyczne (orthopedical)	0	0	0	0	0	0
Inne (others)	1 ¹	0	1 ^{2*}	1 ²	0	3
Łącznie (total)	3	3	1	2	4	13

¹ ginekologiczne (gynecological)

² chirurgiczne (surgical)

* jedyny przypadek, kiedy opinia ZMS potwierdziła niezdolność do odbywania kary pozbawienia wolności (the only case, where our judgement/opinion was the same as in the previous opinion)

Tabela VII. Zdolność do osadzenia w AŚ lub ZK w świetle wcześniej wydanych opinii znajdujących się w aktach.
Table VII. Ability to be imprisoned or detained in view of earlier opinions in the subject's medical records.

Rodzaje schorzeń powodujących niezdolność do osadzenia w AŚ lub ZK (types of illness causing the impairment/inability to be held in custody or imprisoned in a penitentiary)	1998	1999	2001	2002	2003	Łącznie (total)
Internistyczne (general practicion)	0	0	1	1	2	4
Neurologiczne (neurological)	0	0	0	0	0	0
Psychiatryczne (psychiatric)	0	0	0	1	0	1
Ortopedyczne (orthopedical)	0	0	0	0	0	0
Inne (others)	0	0	0	0	0	0
Łącznie (total)	0	0	1	2	2	5

dowych przy sądach oraz 1 opinia z innego ZMS. Opinie te, poza opinią wydaną w innym Zakładzie, zazwyczaj ograniczały się tylko do rozpoznania jednostki chorobowej oraz zdania uznającego zdolność bądź brak zdolności do przebywania w warunkach pozbawienia wolności. Zatem należałoby przyjąć, że nie były one nieprawidłowe pod względem formalnym. Po analizie zawartej w aktach dokumentacji i przebadaniu skazanych lub podejrzanych zespół opiniujący z tut. ZMS tylko w jednym przypadku podtrzymał wcześniejszą opinię, przypadek ten dotyczył stanu po urazie klatki piersiowej ze złamaniem żeber, krwiakiem jamy opłucnej i ograniczeniem rucho-

wości oddechowej klatki piersiowej, gdzie zachodziła konieczność pilnej interwencji torakochirurgicznej. W pozostałych 12 przypadkach tj. 92 % wcześniejszych opinii uznających niezdolność do przebywania w warunkach pozbawienia wolności, zespoły opiniujące z tut. ZMS wydały odmienne opinie, nie widząc przeciwwskazań do przebywania w warunkach pozbawienia wolności (tabela VI).

Jedynie w 5 przypadkach z 18 przypadków tj. 28 % wcześniejszych opinii lekarze wydający je uznali badanych za zdolnych do przebywania w AŚ lub ZK. Zespoły opiniujące z tut. ZMS podtrzymały wszystkie te opinie (tabela VII).

DYSKUSJA

W dostępnej literaturze zagadnienia dotyczące zdolności do osadzenia w AŚ lub ZK z uwagi na dużą zbieżność tematyki najczęściej opracowywane są wraz z zagadnieniami dotyczącymi zdolności do uczestnictwa w czynnościach procesowych.

W ostatnich latach obserwuje się wzrost liczby spraw opiniowanych przez lekarzy dotyczących ustalenia zdolności do przebywania w warunkach pozbawienia wolności [7,8,9]. Uzyskane przez autorów niniejszej pracy wyniki w pełni potwierdzają opisywaną w literaturze tendencję.

Z analizowanych materiałów wynika, że wzrostowi liczby wydawanych opinii towarzyszy ujemna korelacja między wzrostem liczby opinii a spadkiem ilości opinii, w których stwierdzano niezdolność do przebywania w AŚ lub ZK. Zaobserwowano również tendencję do poszerzania składów zespołów opiniujących, która wynika z większej ilości podawanych schorzeń przez oskarżonych lub skazanych. Niestety nie znaleziono w dostępnej literaturze opracowań odnośnie zaobserwowanych zjawisk.

Obserwowana w analizowanych materiałach w ostatnich latach ujemna korelacja pomiędzy wzrostem opinii a ilością stwierdzanych niezdolności do przebywania w warunkach pozbawienia wolności oraz tendencja do rozszerzania gamy schorzeń przez skazanych zdaje się potwierdzać narastanie zjawiska nadużywania powodów zdrowotnych w celu uchylania się od orzeczonej przez Sąd kary pozbawienia wolności bądź pobytu w Areszcie Śledczym.

Jakkolwiek w analizowanym materiale najczęstszym rodzajem schorzeń, stanowiącym podstawę do starania się o uzyskanie niezdolności, były schorzenia natury internistycznej, to najczęstszym schorzeniem stanowiącym podstawę do uzyskania niezdolności były schorzenia psychiatryczne.

Odsetek stwierdzonych w analizowanym materiale niezdolności do przebywania w warunkach pozbawienia wolności wynoszący 10 %, jest zbliżony do podawanego przez Chowańca i wsp., którzy w swoim materiale stwierdzili 14 % niezdolności [7].

Jedynie w 21 % przypadków stwierdzono w aktach sprawy wcześniejsze orzeczenia lekarskie, ale aż 92,3 % wcześniejszych orzeczeń stwierdzających niezdolność było odmienne od opinii wydanych w tut. Zakładzie. Uzyskane dane są znacznie niższe od podawanych w aktualnej literaturze dotyczącej łącznie orzekania zdolności do uczestnictwa w czynnościach procesowych, jak i zdolności do osadzenia w AŚ i ZK, bowiem Chowaniec i wsp. stwierdzili obecność wcześniejszych zaświadczeń lekarskich w ponad 75 %, natomiast Teresiński i Mądro w pra-

wie połowie przypadków [7, 9]. Różnica ta może wynikać zarówno z faktu, że cytowani autorzy podejmowali również problem opiniowania zdolności do uczestnictwa w czynnościach procesowych, jak i z powodu, że w niniejszej pracy nie uznawano za orzeczenia o niezdolności druków ZUS ZLA, zaświadczeń o konieczności leczenia specjalistycznego itd.

Istnieją znaczne rozbieżności pomiędzy opiniami sporządzonymi przez lekarzy leczących, lekarzy klinicystów pełniących funkcję tzw. biegłych sądowych a opiniami wydanymi w Zakładach Medycyny Sądowej. Wyniki uzyskane odnośnie rzetelności wcześniejszych orzeczeń są zbieżne z podawanymi wcześniej w literaturze [7, 8, 9].

Lekarze klinicyści w swojej codziennej pracy kierują się zasadą, według której indywidualny interes pacjenta znajduje się na pierwszym miejscu a między lekarzem i pacjentem istnieje pełne obustronne zaufanie. Z tych powodów lekarz klinicysta swoją diagnozę opiera na zgłaszanych przez chorego skargach a dopiero wtórnie korzysta z ukierunkowanych skargami chorego badań diagnostycznych, przy czym wszelkie wątpliwości pojawiające się przy interpretowaniu wyników tych badań z reguły tłumaczy na korzyść chorego. Jest to zgodne z zasadami Lekarskiego Kodeksu Etycznego. Zasady te sprawdzają się przy leczeniu, jednak utrudniają dokonanie obiektywnej i indywidualnej analizy stanu zdrowia niezbędnej przy opiniowaniu dla potrzeb wymiaru sprawiedliwości. W konsekwencji dochodzi do sytuacji, w której lekarz, w imię prywatnego interesu pacjenta, może działać na szkodę interesu społeczeństwa a także niezgodnie z prawem.

Specjaliści medycyny sądowej natomiast, pozbawieni balastu codziennej odpowiedzialności za leczenie pacjentów, świadomi, że cel osoby badanej niejednokrotnie jest inny niż tylko pozbycie się dolegliwości chorobowych, dążą zawsze do weryfikacji zgłaszanych skarg. Owa weryfikacja zgłaszanych skarg niekiedy sprowadza się do banalnych spostrzeżeń, na które lekarz leczący nie zwraca zazwyczaj uwagi. Chodzi np. o ocenę stopnia zrogowacenia naskórka na dłoni u osoby używającej kuli, dokładne obserwacje badanego przy rozbieraniu się i ubieraniu bądź też zachowanie się badanego w sytuacjach „życia codziennego”.

W tym miejscu należałoby przytoczyć za Teresińskim i Mądrami, bardzo aktualną listę najczęściej spotykanych błędów w orzekaniu odnośnie zdolności uczestnictwa w czynnościach procesowych oraz odbywania kary pozbawienia wolności, które popełniane są przez nieodpowiednio przygotowanych lekarzy [8]. Są to:

- utożsamianie ryzyka związanego ze stopniem zaawansowania danej choroby z ryzykiem pozbawienia wolności,

- uznawanie stopnia niebezpieczeństwa dla zdrowia (jakie niesie za sobą pozbawienie wolności) za „poważny” w sytuacji, gdy istnieje potencjalne, w znacznym stopniu przewidywalne ryzyko pogorszenia stanu zdrowia (stosownie do rodzaju choroby, stopnia jej zaawansowania oraz uwarunkowań osobniczych), na które obciążająco oddziałuje sytuacja związana z oczekiwaniem na nieuchronną karę,
- utożsamianie konieczności leczenia z niemożnością pozbawienia wolności,
- błędy diagnostyczne (np. rozpoznanie choroby wyłącznie na podstawie wywiadu, brak rozróżnienia między „podejrzeniem” a „rozpoznanie”, nieuwzględnienie stopnia zaawansowania danego schorzenia),
- błędy rokownicze (odroczenie kary pozbawienia wolności w przypadkach chorób przewlekłych w okresie stacjonarnym, krótkotrwałe zaostrzenia chorób przewlekłych),
- błędy formalno-prawne.

W tej sytuacji wskazanym jest, by w skład zespołu wydającego opinię o zdolności do przebywania w warunkach pozbawienia wolności wchodził medyk sądowy, który czuwa nie tylko nad doborem do zespołu stosownych specjalistów, ale dba także o obiektywną weryfikację zgłaszanych skarg i wyników badań dodatkowych a także formułując opinię posługuje się zrozumiałym dla prawnika językiem, zarówno używając we właściwy sposób pojęć kodeksowych, jak i wyjaśniając specjalistyczne określenia medyczne.

WNIOSKI

1. Wyniki analizy zdają się potwierdzać narastanie zjawiska nadużywania powodów zdrowotnych w celu uchylania się od orzeczonej kary bądź pobytu w Areszcie Śledczym.

2. Wydawane przez lekarzy leczących oraz lekarzy biegłych sądowych przy sądach opinie i zaświadczenia odnośnie zdolności do przebywania w warunkach pozbawienia wolności, w dużej liczbie przypadków są nieprawidłowe zarówno merytorycznie jak i formalnie.

PIŚMIENNICTWO

1. Grzywo-Dąbrowski W.: Podręcznik Medycyny Sądowej, Lekarski Instytut Naukowo-Wydawniczy, Warszawa 1948, pp 585-598.

2. Popielski B.: Orzecznictwo Lekarskie, PZWL, Warszawa 1981pp 193-196.

3. Popielski B., Kobiela J.: Medycyna Sądowa, PZWL 1972 pp 820.

4. Raszeja S., Nasiłowski W., Markiewicz J.: Medycyna Sądowa, PZWN Warszawa 1990 pp 11-29.

5. Jakliński A., Marek Z.: Medycyna sądowa dla prawników, Zakamycze, 1999 pp 207-209.

6. Marek Z., Kłys M.: Opiniowanie sądowo-lekarskie i toksykologiczne, Zakamycze, 2001 pp 167-171.

7. Chowaniec C., Chowaniec M., Nowak A.: Opiniowanie w sprawach dotyczących: oceny zdolności do udziału w czynnościach procesowych, oceny zdolności do przebywania w warunkach pozbawienia wolności – w materiale Zakładu Medycyny Sądowej ŚAM w Katowicach w latach 1997-2002, Archiwum Medycyny Sądowej 2003, vol 53(1), pp 63-72.

8. Mądro R., Teresiński G., Wróblewski K.: Stany chorobowe, ich wpływ na udział w postępowaniu karnym oraz na stosowanie środków i wykonywanie kary, Prokuratura i Prawo, 1998, vol. 4, pp 46-56.

9. Teresiński G., Mądro R.: Lekarskie aspekty przymusu procesowego i pozbawienia wolności, Problemy Prawa Karnego, 1999, vol V, pp 29-37.

10. Teleśnicki S., Bolechała F.: Medyczne i prawne aspekty niezdolności do brania udziału w czynnościach procesowych oraz odbywania kary pozbawienia wolności wynikające z obecności choroby psychicznej, Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii 2004, vol. 54 (1), pp 65-71.

11. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 roku – Kodeks Karny Wykonawczy Dz.U. nr 88, poz. 553 z późniejszymi zmianami.

12. Lelenthal A.: Kodeks Karny Wykonawczy Komentarz, C.H. Beck Warszawa, 2001 pp 92-95 i 370-375.

13. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 roku – Kodeks Postępowania Karnego. Dz.U. nr 88, poz. 553 z późniejszymi zmianami.

14. Grzegorzczuk T.: Kodeks Postępowania Karnego Komentarz, Zakamycze, 1998 pp 515-518.

Adres do korespondencji:

Lek. med. Piotr Engelhardt

Katedra Medycyny Sądowej Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy

ul. M. Skłodowskiej-Curie 9

85-094 Bydgoszcz

tel. 585-3552 fax. 585-3553