

rec. Józef Gurgul

Zdzisław Marek: „Błąd medyczny. Odpowiedzialność etyczno-deontologiczna i prawna lekarza”, wyd. II rozszerzone i poprawione, Wydawnictwo Medyczne, Kraków 2007, stronic 248

Obserwacje bieżących wydarzeń i aktualne doniesienia medialne¹ stanowią o tym, że Autor i wydawca II edycji² „Błędu medycznego” trafiają w zapotrzebowanie prawników, pracowników służby zdrowia oraz biegłych, nie tylko lekarzy.

Różnymi aspektami tej problematyki zajmowali się dotychczas przede wszystkim uczeni lekarze, o czym świadczą liczne monografie³ oraz prace przyczynkarskie, drukowane w fachowych periodykach⁴. Na tym tle praca prof. Zdzisława Marka wyróżnia się kompleksowością ujęcia rzeczy. Nie znaczy to, że tamte wcześniejsze publikacje obecnie przestały być ważne.

Komentowana książka prowokuje do przemyśleń nad zagadnieniami trudnymi pod względem teoretycznym i praktycznym, a mimo to zaciękawia jako pulsująca żywotnymi kwestiami z pogranicza trzech światów: lekarskiego (w tym opiniujących w procesach karnym i cywilnym), prawniczego oraz tzw. zwykłych ludzi. Ci ostatni bowiem to faktyczni bądź potencjalni pokrzywdzeni w następstwie błędu medycznego. Wyraźne przykłady pomagają w zrozumieniu prawnej i etycznej strony kwestionowanych zachowań personelu medycznego w przychodniach, szpitalach, izbach wytrzeźwień czy karetkach pogotowia.

Prezentowane procesy i opinie sądowe zyskują na atrakcyjności dzięki

opisywaniu ich językiem nasyconym polemikami z prawnikami i ekspertami, także najbardziej utytułowanymi, które każdorazowo są należycie umotywowane. Nie ma w książce śladów mowy usypiającej, drętwej. Ciężkość ferowanych ocen powoduje, że czytający raz po raz przeistacza się w postać quasi-interwenienta ubocznego, próbującego zajmować własne, zniuansowane stanowisko. Chodzi wszak o konkretne sytuacje, wobec których nie sposób być obojętnym. W tym pobudzaniu tkwi jedna z zalet książki, aktualizującej tezę, że tworzenie nowej wiedzy następuje w wyniku procesu polegającego na nieustannym kwestionowaniu stanu zastanego.

Publikacja uzmysławia praktykom prawnikom i medykom taką prawdę, że spojrzenie na konkretną sprawę może i powinno obejmować rzeczywistość wiele. Sprawiedliwemu osądzaniu danej rzeczy sprzyja więc staranne rozpatrzenie wszelkich możliwych stanowisk podporządkowanych wizjom także innym niż „jedynie słuszne”. Z pozycji uczonego prof. Marek zdaje się hołdować omnipotencji nauki w sądowo-lekarskim opiniowaniu. Wprost albo *mutatis mutandis* odrzuca również kierowanie się zdrowym rozsądkiem. Opierając się wszakże na doświadczeniu prokuratorskim, trzeba zauważyć, że właśnie zdrowy rozsądek, intuicja i wyobraźnia stanowią nierzadko



o przełamywaniu barier śledczych – wydawałoby się – nie do pokonania⁵. W tym zastrzeżeniu nie ma ni krzty próby osłabiania fundamentalnej roli nauk pomostowych w procesie sądowym.

Korci też, aby przy tej okazji zainicjować ryzykowną dla mnie dyskusję na temat istotnej cechy medycyny sądowej i szerzej – medycyny bez przymiotnika. Otóż Z. Marek obstaje przy poglądzie, że jest ona czystą nauką (np. s. 35). Tym samym odżegnuje się od postrzegania jej (tzn. medycyny) jako jednocześnie nauki i sztuki, za czym wielu się opowiada, podnosząc, że teoria to tylko jeden ze sposobów poznawania rzeczywistości. Umiejętność postawienia właściwej diagnozy wymyka się ściśle rozumowemu podejściu⁶.

W zakresie konstrukcji dzieła powstaje kilka, co prawda niejednakowej wartości, znaków zapytania. Zaczęć przykładowo od najmniej nośnej wątpliwości, czy słuszną rzeczą jest cytowanie w tekście książki in extenso od kilku do kilkunastu przepisów wyjętych z odpowiednich ustaw zamiast przywoływania tylko numeru stosownej normy (s. 25–26, 48–50, 102 i passim). Ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty, pielęgniarzy i położnej, a także o planowaniu rodziny zostały przecież wydrukowane

na końcu książki w całości, a z kodeksów postępowania karnego i cywilnego oraz kodeksu karnego „tylko” dostatecznie obszerne wyciągi (s. 169–247), tę lekturę tym samym ułatwiają.

Po wtóre tytuł monografii zdaje się zapowiadać, że będzie traktować o błędzie lekarzy wszelkich specjalności, gdy tymczasem nie ma w niej ani słowa o seksuologach, a nade wszystko o lekarzach psychiatrach. Diagnozy i ekspertyzy właśnie tych specjalistów przyporządkują prawnikom nierzadko istotnej drogi przez mękę. Pochopne czasem rażąco bezpodstawne wnioski o obserwację pod sądnych w załączkach psychiatrycznych, nieotrzymywanie terminów opiniowania, lakoniczność uzasadnień ocen niepoczytalności (poczytalności) to tematy warte rozważenia przez pryzmat reguł odpowiedzialności dyscyplinarnej, cywilnej i karnej w trzecim wydaniu „Błędu medycznego”. Chyba szkoda też, że tej miary znawca przedmiotu nie poświęcił bodaj kilku zdań problematyce błędu w kontekście praktyki stosowania placebo.

Po trzecie trochę pro domo sua postulowałbym uzupełnienie rozważań przez podkreślenie roli, jaką w omawianej materii odgrywają i (lub) powinni odgrywać praktykujący prawnicy. Chodzi o zarys problematyki partnerstwa zawodów jako warunku sine qua non ograniczenia pola popełnianych błędów w opiniowaniu oraz optymalizowaniu procesowych badań stanu faktycznego z podejrzeniem zaistnienia uchybień lekarskich.

Obiektywizm nakazuje jednak stwierdzić, że prof. Marek w różnych miejscach pracy formułuje zestawy klarownych, wymagających umysłowej mobilizacji pytań, jakie zleceniodawca ekspertyz powinien zamieścić w sentencji postanowienia, o którym mowa w art. 194 k.p.k. (s. 18, 86, 114, 115, 145 i passim). O tych wzorcach pytań warto na co dzień pamiętać, gdyż sygnalizują, co w sprawie

jest nieznane i istotne dla prawidłowości merytorycznej decyzji procesowej. Poza tym z doświadczenia wiadomo, że trudno zdefiniować, czego się rzeczywiście nie wie. A tu taką wiedzę otrzymuje się niemal „za darmo”.

Polepszeniu lektury służyłyby drobne korekty usytuowania niektórych jej części składowych. Na przykład w rozdziale czwartym omawia się „Definiowanie błędu” (s. 36), po czym w rozdziale dziesiątym znowu „Definiowanie błędu i klasyfikację błędu medycznego” (s. 75) itd. Sęk w tym, że skutkuje to powtarzaniem niektórych omówień.

Dyskutowaną monografię napisał nauczyciel akademicki. Nic przeto dziwnego, że w każdym rozdziale ponawiane są zachęty do systematycznego samodoskonalenia, uzasadnione bulwersującymi przykładami opisywanych wad opinii oraz ich ocen prawniczych. Inaczej mówiąc, Autor obnaża fatalne dla wymiaru sprawiedliwości następstwa zamykania się lekarzy (i w ogóle biegłych), sędziów, prokuratorów czy policjantów w ciasnej skorupie wiedzy nabytej jedynie w toku studiów uniwersyteckich.

Powinność douczania się można motywować wielorako, a zwłaszcza tym, że stan wiedzy lekarskiej ulega podwojeniu co dziesięć lat, według niektórych nawet co pięć (s. 34, 115). Tę informację powinni brać sobie do serca nie tylko biegli i klinicyści, lecz także reprezentujący zawody prawnicze, jeśli rzeczywiście aspirują do roli kreatorów orzeczeń opartych na fundamencie prawdy. Prof. Marek krytycznie ocenia merytoryczną stronę postanowień o powoływaniu biegłych oraz poziom oceny opinii (s. 131).

W przypadku lekarzy dochodzi ponadto wzgląd na wierność złożonej przysiędze Hipokratesa oraz wobec przepisów Kodeksu Etyki Lekarskiej (s. 26, 27, 34, 119, 131 i passim). Równocześnie zaleca się – co bardzo istotne także z punktu widzenia

decyzji procesowych – umiarkowane zaufanie do własnych oraz cudzych spostrzeżeń (s. 60 i passim). Umiejętność ich kwestionowania stanowi zaletę charakteru zarówno lekarza, jak też prawnika.

Niniejsza książka składa się ze wstępu, osiemnastu rozdziałów, uwag końcowych, piśmiennictwa i zestawu sześciu ustaw, na tle których toczy się dyskusja.

Wstęp (s. 7–11) sygnalizuje myśli, wokół których koncentrują się rozważania Autora jako naukowca i biegłego sądowego w tej i nie tylko w tej pracy. „Historia błędu medycznego” (s. 13–19) to opowiadanie o dziejach tego zjawiska, swoimi korzeniami sięgającego czasów starożytności. Szczególnie dla młodszych pokoleń może być interesujące przypomnienie praktyki zespołowego opiniowania przez uniwersytecką Radę Wydziału Lekarskiego w sprawach większej wagi i bardziej skomplikowanych. Niestety, ta praktyka została zaniechana w latach 1949–1950.

Uwzględniając historyczne i aktualne doświadczenia prof. Marek proponuje prawnikowi ściągawkę czterech rutynowych pytań do biegłego opiniującego w postępowaniu dotyczącym błędu medycznego.

Oto te pytania:

1. Czy naruszenie zdrowia lub śmierć mają związek przyczynowy z leczeniem zastosowanym przez podejrzanego lekarza?
2. Czy niepomyślne następstwa nie wyniknęły lub nie mogły wynikać z innych przyczyn i jaskich?
3. Czy jest pewne, że inne leczenie nie spowodowałoby podobnych skutków?
4. Czy nie można przyjąć, że i w tym, chociaż błędnym leczeniu, można było uniknąć szkodliwych konsekwencji w warunkach korzystniejszych od tych, w których podejrzaný działał?

Powyższe kwestie trzeba by opatrzyć dwiema uwagami. Po pierwsze należy spojrzeć na nie z perspektywy obowiązującego w śledztwie myślenia wersyjnego. Po drugie każdy wzorzec pytań do eksperta wymaga modyfikacji odpowiednio do realiów konkretnego procesu. Tyle słów wypowiedzianych z ostrożności.

„Normy prawne i etyczno-deontologiczne” (s. 21–28) zostały przybliżone za pomocą ekspresyjnych przykładów oraz przepisów ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty z dnia 5 grudnia 1996 r. tudzież wyrazami roty przyrzeczenia lekarskiego sformułowanego w Kodeksie Etyki Lekarskiej z 1994 r. (s. 26–27). Wzniosłe słowa tego przyrzeczenia mogą stanowić pewną inspirację w zakresie planowania czynności śledczych i oceniania ewentualnej obrony podejrzanego i jego osobowości na tle całokształtu ustaleń faktycznych. Stwierdzenie, na czym polegało sprzeniewierzenie się deklarowanym ideałom zawodu, może mieć znaczenie dla miarkowania kary (art. 53 k.k.).

Kwintesencją rozdziału „Lekarz wobec pacjenta” (s. 29–31) jest pogląd wytrawnych specjalistów, że tylko głęboka wiedza, osobista kultura i troskliwe przestrzeganie obowiązków skutecznie chronią lekarza. To bezdyskusyjna sprawa. Kolejny fragment dzieła – „Definiowanie błędu” (s. 33–37) – unaocznia komplikacje w określaniu istoty błędu medycznego. Za niezwykle słuszne uznaje prof. Marek zapatrywanie Sądu Najwyższego, wyrażone w wyroku z dnia 8 grudnia 1953 r., sygn. II K 811/53, że „medycyna, która obecnie należy do nauk ścisłych, nie różni się zasadniczo od innych nauk badających rzeczywistość materialną i w związku z tym nie można jej ujmować jako sztuki” (s. 36). Z takim stanowiskiem polemizowałem już wyżej.

Wszystko to ciekawe, tym więcej że nieco dalej Autor aprobeuje – moim zdaniem zasłużenie – definicję L.

Wachholza, że błędem jest nieumyślne uszkodzenie ciała lub pozbawienie życia chorego wskutek nieświadomości zasad SZTUKI lub zaniedbania. Przy czym błąd tylko wtedy może być uznany za karygodny, gdy był widoczny oraz można go było uniknąć przez stosowanie ZWYKŁYCH, a nie nadzwyczajnych wiadomości lub zręczności (tamże). Dla namyślającego się nad koncepcją śledztwa to znowu cenna wskazówka.

Wywód pt.: „Lekarz a pacjent – zgoda na leczenie” (s. 39–50) ma wydźwięk bardziej prawniczy niż lekarski. Zachęca czytającego do brania w rękę także kodeksu cywilnego oraz kodeksu rodzinnego i opiekuńczego. Użyteczne będzie konfrontowanie treści tego rozdziału z przepisami dotyczącymi m.in.: zdolności do czynności prawnych, wad oświadczenia woli, władzy rodzicielskiej. Bez tej wiedzy niepodobna poruszać się w orbicie subtelnych kwestii z pogranicza obu dyscyplin.

Z prawniczego punktu widzenia przekonująco brzmi esej „Leczenie bez zgody chorego i przymus leczenia” (s. 51–58). Ze zrozumiałych powodów jednak odczuwa się brak jakiegokolwiek wzmianki o swoistej problematyce art. 118 kodeksu karnego wykonawczego⁷, w praktyce procesowej rodzącej kłopoty.

„Rozmowa z pacjentem – zbieranie wywiadu” (s. 59–62) przykuwa uwagę głównie dlatego, że na pierwszy plan wysuwa diagnostyczną rolę tejże rozmowy połączonej z obserwacją zachowania pacjenta. To widzenie rzeczy procesualista sprzęgnię z diagnozowaniem poczytalności (art. 202, 203 k.p.k.), którego piętą achillesową są pochopnie wnioskowane przez biegłych i długo trwające obserwacje podsądnych w zamkniętych zakładach psychiatrycznych, często pod pretekstem przeprowadzenia bliżej nieokreślonych badań pomocniczych. Odwołując się do piśmiennictwa naukowego oraz

osobistego doświadczenia zawodowego, można stanowczo zauważyć, że należycie wykonane badania ambulatoryjne rzadko są niewystarczające do wydania prawidłowej opinii o poczytalności⁸. W tym względzie kluczowa rola przypada wywiadowi i bezpośrednim obserwacjom pacjenta.

W omawianym eseju wypowiedziano też myśl, którą osobno trzeba uwypuklić. Otóż Z. Marek nawołuje do zajmowania postawy ograniczonego zaufania do własnych ustaleń i wiedzy (s. 60). Nigdy nie wolno zapominać, że ktoś inny może mieć rację, że rzeczywistość nie jest jednoznaczna.

Okraszone dwoma ciekawymi dla lekarza przykładami „Badanie pacjenta” (s. 63–65) asocjuje niektóre jego elementy z realiami przesłuchania. Dla sui generis zdiagnozowania także postawy podejrzanego (świadka) ogromne znaczenie ma przenikliwe obserwowanie ruchów oraz spontanicznych reakcji i słów wchodzącego do pomieszczeń, gdzie dana czynność ma być kontynuowana.

O pewnych zbieżnościach postępowania lekarskiego i śledczego można wnosić na podstawie analizy następnego szkicu „Rozpoznawanie” (s. 67–73). Znowu gani się tutaj inklinacje do nadmiernego ufania własnym diagnozom, wzywa się natomiast do ostrożnego szacowania pierwszych spostrzeżeń. Karci się również dezawuowanie rozpoznania z tej przyczyny, że dokonał go młody wiekiem lekarz. Nikt nie ma monopolu na nieomyślność i przeciwnie – każdy ma szansę wykrycia prawdy.

Zleceńodawca i zleceniobiorca jednakowo powinni brać w rachubę pułapki, jakie mogą wynikać z interpretacji pochodnych analiz i pomocniczych badań aparaturowych (s. 71). Oceniając opinię (błąd medyczny), zawsze warto mieć na oku możliwość wystąpienia skutków nadinterpretacji (albo niedointerpretowania), na przykład plamy krwi w następstwie nie-

uwzględnienia zanieczyszczeń podłoża.

Po ogólnym rozdziale „Definiowanie i klasyfikacja błędów” (s. 75–76) następuje rzeczowe i przystępne prezentowanie:

- a) „Błąd decyzyjnego” (s. 77–80) popełnianego przez lekarzy;
- b) „Błąd wykonawczego” (s. 81–89) z reguły bardziej złożonego, polegającego na niepoprawnym zrealizowaniu m.in. przez pielęgniarki, biologów, rehabilitantów etc. prawidłowych zleceń diagnostycznych i (lub) terapeutycznych; takie potknięcia zdarzają się też lekarzom, gdy – przykładowo – bez należytego zastanowienia wypisują chorych ze szpitala;
- c) „Błąd organizacyjny” (s. 91–100), obciążającego kierujących zespołami ludzkimi;
- d) „Błąd opiniotwórczego” (s. 101–106), zajmującego organ procesowy.

W związku z ostatnim typem lapsusów godzi się uwrażliwić odbiorcę ekspertyz na trzy doniosłe fakty, a mianowicie:

- nie ma biegłych nieomylnych; oni dzielą się na tych, którzy błędzą rzadziej, i tych, którzy błędzą częściej; nie ma również absolutnie niezawodnych metod badań;
- nierzetelność, lichota ekspertyz (rozmaitych zaświadczeń lekarskich) staje się przyczyną wpływu z budżetu nienależnych honorariów, rent, odszkodowań itd.;
- zjawiska przewlekłości często niepotrzebnie zlecanych badań potwierdzają tezę o istnieniu prostych rezerw, których dostrzeżenie sprzyałoby usprawnieniu procesu karnego. Jednym z przykładów takiego stanu rzeczy są przerwy w rozprawach spowodowane uwzględnianiem obiektywnie bezpodstawnych opinii o niezdolności

uczestniczenia w danym postępowaniu (s. 106). Walka z tymi wynaturzeniami powiedzie się, pod warunkiem że w płataninie przepisów sędzia (prokurator, adwokat) i biegły pospołu będą poszukiwać dróg wytyczanych „prawem prawnym” oraz systematycznie będą śledzić najnowsze publikacje specjalistyczne⁹.

Rozdział zatytułowany „Biegli i podstawy opiniowania o błędzie medycznym” (s. 107–135), nasycony przednimi przykładami i sentencjami, jest nieprzypadkowo najobszerniejszy i w oczach prawnika – zachęcający do dyskusji. Prawidłowo określone zostały kwalifikacje biegłego oraz przesłanki uzasadniające udzielenie odpowiedzi na pytania zleceńdawcy. Chyba należałoby dorzucić jedynie, że do pełnienia funkcji eksperta nadaje się przede wszystkim człowiek prawy. Poza tym prof. Marek słusznie utyskuje na wąską specjalizację lekarzy, która nie pozwala im postrzegać człowieka całościowo (s. 127). Patrzenie nań poprzez izolowane z całości elementy ustroju niechybnie owocuje błędami. Bez zastrzeżeń trzeba się przyłączyć do postulatu, aby biegły samorzutnie przyznawał się, że czegoś nie wie, w związku z czym odstępuje od wykonywania powierzonych mu badań jako przekraczających jego kompetencje (s. 112).

Nie ma natomiast zgody na na zbyt daleko idący pogląd, jakoby do składu zespołu opiniującego należało powoływać tylko samodzielnych pracowników nauki, a przewodnictwo w tym gronie zlecać ex definitione kierownikowi zakładu medycyny sądowej. Co więcej, według Autora, ze względu na „brak stosownej wiedzy” zleceńdawca nie może decydować o imiennym doborze członków opiniującego zespołu. Otóż sprzeciw można by uzasadniać rozmaicie, ale tu ograniczę się do zasygnalizowania po pierwsze, niezby-

walności prawa i obowiązku gospodarza procesu do imiennego powoływania biegłych przy jednoczesnym zastosowaniu kryterium rzeczowych kwalifikacji i zaufania do danego specjalisty. Po drugie z pola widzenia prawnika nie może zniknąć sytuacja, którą żartobliwie wyraża aforizm „Titel ohne Mittel”. Mówiąc serio, sam tytuł naukowy niekoniecznie potwierdza merytoryczne kwalifikacje kandydata do funkcji opiniującego, co nietrudno udowodnić przykładami.

Pozytywnym elementem analizowanego rozdziału jest ostra krytyka szastania rentami i innymi świadczeniami materialnymi będącego następstwem nieodpowiedzialnego opiniowania o stanie i przyczynach faktycznego czy rzekomego uszczerbku na zdrowiu. Ilustrują to wymowne kazusy (s. 117–119). Świadczą one niezbicie o niestety mizernej znajomości nauk pomostowych przez część prawników. Przypomina to sytuację, kiedy ślepiec prowadzi ślepego.

Wypada też pochwalić podjęcie trudnego tematu różnicowania samobójstwa i zabójstwa (s. 113). Ogromnie istotna rola przypada respektowaniu międzypokoleniowych spostrzeżeń, że bodźce samounicestwienia są niepoliczalne, często niepojęte i zaskakujące. Niekiedy są tak błahе, że się je bagatelizuje. Nadto w kwestii autodestrukcji pokutują w społeczeństwie utrwalone przesady, których oddziaływanie może się wyrażać w spychaniu śledztwa na mylny tor¹⁰.

W treściwym trzyszyronowym rozdziale „Błąd zawodowy pielęgniarki” (s. 137–139) zilustrowano kluczowe pod pewnymi względami znaczenie tego zawodu w sprawowaniu opieki zdrowotnej. Eo ipso nasuwa się uwaga, że błąd popełniony przez pielęgniarkę może spowodować poważne konsekwencje. Zrozumienie tego fenomenu ułatwi analiza ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej¹¹.

Passus „Niepowodzenie medyczne – czy błąd” (s. 141–142) można odczytywać jako de facto propozycje wersji śledczych, pożądanym w każdym postępowaniu, które należy sprawdzić przed orzeczeniem: winny lub niewinny. Chcąc się uporać z tą antynomią, trzeba m.in. postawić bieglemu trzy zaprojektowane przez Autora pytania (s. 145).

Problematyka „Norm etyczno-deontologicznych” (s. 153–155) przewijała się już w innych rozdziałach. W tym miejscu godzi się dorzucić ogólną uwagę, że pacjent i organ procesowy (każdy w zakresie własnych kompetencji) w dochodzeniu praw powinni solidarnie czerpać pomysły szczegółowych działań z lekarskich dewiz: *primum non nocere, salus aegroti suprema lex*. W ich świetle łatwiej pojąć sedno sprzeniewierzenia.

„Uwagi końcowe” (s. 157–163) zwięźle streszczają książkę z położeniem akcentów na kwestie zasadnicze. Recenzent nie może się uchylić od postawienia pytania o naukową stronę „Błędu medycznego”. Otóż wydaje się, że książka prof. Marka spełnia naukowe kryterium przyrostu wiedzy, gdyż oprócz dotychczasowych hipotez wyjaśnia ponadto jeszcze coś więcej¹².

W wykazie piśmiennictwa (s. 165–167) chętnie zobaczyłbym także należące do klasyki takie pozycje, jak prof. Bogusza „Lekarz i jego chorzy” czy prof. Kępińskiego „Poznanie chorego”, w niniejszej recenzji nie bez kozery cytowane.

Ważąc wreszcie liczne i zasadnicze zalety oraz sporadyczne, drugorzędne nieścisłości książki prof. Zdzisława Marka, oceniam ją jako pozycję mającą duże znaczenie dla praktyki i doktryny, wartą polecenia sędziom, prokuratorom, adwokatom oraz biegłym. Każdy znajdzie w niej dla siebie coś interesującego.

PRZYPISY

¹ Por. spektakularny komunikat stacji TVN z dnia 7 lutego 2007 r., powtórzony przez inne media, a dotyczący podania przez pielęgniarkę czteroletniemu Piotrusiowi 1,5 l kroplówki zamiast zaordynowanego leku, wskutek czego ów chłopczyk stał się kaleką przykutym do inwalidzkiego wózka;

² Recenzja pierwszego wydania „Błędu medycznego” napisana przez J. Gurgula ukazała się w „Problemach Kryminalistyki” 2000, nr 229, s. 61–66;

³ Por. m.in.: B. Popielski: Odpowiedzialność lekarza, [w:] Medycyna sądowa, pod redakcją B. Popielskiego i J. Kobieli, PZWL, Warszawa 1972, s. 793–819; J. Bogusz: Lekarz i jego chorzy, PZWL, Warszawa 1984, passim; Etyka i deontologia lekarska, praca zbiorowa pod redakcją prof. T. Kielanowskiego, PZWL, Warszawa 1985, passim;

⁴ S. Raszeja: Deontologia lekarza eksperta, „Polski Tygodnik Lekarski” 1995, nr 36–39, s. 95–96; tegoż: Prawna i moralna odpowiedzialność lekarza eksperymentatora w przypadku stosowania placebo, „Postępy Medycyny Sądowej i Kryminologii” 1997, tom III, s. 49–52; B. Świątek: Szara strefa błędów lekarskich, „Przewodnik Lekarza” 2001, nr 1–2, s. 9–12; J.K. Gierowski, R. Jędrzejowska, K. Rutkowski, Z.J. Ryn: Aspekty społeczne i etyczne w opiniowaniu psychiatrycznym ofiar prześladowań politycznych, „Wiadomości Psychiatryczne” 2003, nr 2, s. 85–89;

⁵ Zdaniem filozofa prawa Herberta L.A. Harta w każdej dziedzinie praktycznej działalności istnieje granica objaśniania, cyt. za: M. Ostrowski, „Polityka” 2007, nr 6, s. 26;

⁶ Tak twierdzą m.in. A. Szymusik – wywiad w „Przeglądzie Tygodnio-

wym” 1983, nr 45; K. Jaegermann: Intelktualna biegłość lekarza, „Przegląd Lekarski” 1984, nr 10, s. 595–600; J. Bogusz: Lekarz... op.cit., s. 73–74; A. Szczekliki: Katharsis, Wydawnictwo Znak, Kraków 2005 z fantastycznym Wstępem Czesława Miłosza, s. 6, 62–63;

⁷ Znaczenie tego zagadnienia podkreślił J. Bogusz: Lekarz... op.cit., s. 69–70;

⁸ Szerzej o tym J. Gurgul: Zadania i rola prokuratora w opiniowaniu sądowo-psychiatrycznym, „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 2000, tom 9, supl. 4, s. 25–32; tegoż: O niektórych przyczynach niezostawiania spraw w rozsądnym terminie, „Prokuratura i Prawo” 2004, nr 6, s. 76–78 i tam cytowana literatura;

⁹ P. Hofmański, S. Zabłocki: Elementy metodyki pracy sędziego w sprawach karnych, Kantor Wydawniczy Zakamycze, Kraków 2006, s. 17, 339,

¹⁰ G. Williams: Świętość życia a prawo karne, PZWL, Warszawa 1960, s. 281–283; M. Jarosz: Samozniszczenie, Wydawnictwo Ossolineum, Wrocław 1980, passim; S. Puzyński: Samobójstwo i depresja, „Przegląd Lekarski” 1982, nr 11, s. 747–750; Podstawy psychiatrii, pod redakcją M. Jarosza i S. Cwynara, PZWL, Warszawa 1983, s. 313; S.M. Kosslyn, R.S. Rosenberg: Psychologia. Mózg – Człowiek – Świat, Wydawnictwo Znak, Kraków 2006, s. 634–635; J. Gurgul: Postępowanie przygotowawcze dotyczące samobójstwa, „Problemy Praworządności” 1990, nr 4–5, s. 3–17, gdzie są przywołane przykłady także irracjonalnych komplikacji obrazu śmierci samobójczej;

¹¹ DzU nr 31, poz. 410;

¹² Dokładniej o tym A. Grobler: Metodologia nauk, Wydawnictwo Aureus, Wydawnictwo Znak, Kraków 2006, s. 75–76, 123 i passim.