

Rola lekarza w ekspertyzie ogólnokryminalistycznej



Przedmiotem ekspertyzy ogólnokryminalistycznej jest całość materiałów śledztwa, niekiedy również postępowania sądowego, w przeciwieństwie do ekspertyz z zakresu techniki kryminalistycznej, w których materiał dowodowy konfrontuje się z materiałem porównawczym.

Do wydania opinii może wystarczyć np. analiza oględzin miejsca zdarzenia, a w innych przypadkach należy uwzględnić zeznania świadków, wyjaśnienia podejrzanych, badania lekarskie podejrzanych i/lub pokrzywdzonych, wyniki sekcji zwłok, a także opinie biegłych, którzy wypowiadali się w tej sprawie na temat jednostkowych problemów, jak na przykład obrażeń ciała, śladów linii papilarnych, śladów mechanoskopijnych, śladów fizykochemicznych itp. Badania kryminalistyczne są często przeprowadzane w oderwaniu od dotychczasowych ustaleń śledztwa. Biegły może nie otrzymać akt sprawy i nie posiadać dokładnych informacji o przebiegu zdarzenia, o miejscu ujawnienia śladów, a tym bardziej o mechanizmie ich powstania. „Stąd nawet pozytywny wynik takich badań nie zawsze musi świadczyć o sprawstwie osoby, która pozostawiła ślad” [1, s. 255].

Należy, już na wstępie podkreślić znaczenie prawidłowych oględzin kryminalistycznych, przy czym udział lekarza – eksperta medycyny kryminalistycznej¹, ewentualnie, w przypadku jego braku, specjaliści medycyny sądowej, jest niezbędny podczas oględzin związanych z następującymi zdarzeniami: ujawnienie (odkrycie) zwłok, identyfikacja zwłok i szczątków ludzkich, a często pożądaną przy innych zdarzeniach, jak

choćby przy eksperymencie karno-procesowym.

W literaturze kryminalistycznej z lat 1955–1976 podano opisy licznych przypadków błędnej oceny przyczyny śmierci ze względu na niewłaściwe oględziny zwłok. Do klasycznych przypadków zalicza się niezauważenie przez lekarza rany postrzałowej po lewej stronie klatki piersiowej i rozpoznanie „niewydolność serca i układu krążenia wywołane prawdopodobnie przedawkowaniem luminalu”.

„Niekiedy sąd rozpatrujący sprawę wnosi, aby po zapoznaniu się z aktami sprawy ocenić prawidłowość wniosków zawartych w opiniach innych biegłych” [1, s. 256]. W praktyce autorki często zdarzało się, że była powoływana przez sąd w celu wydania końcowej opinii na podstawie całości akt sprawy, z uwzględnieniem opinii wydawanych przez innych biegłych, zarówno ekspertów kryminalistyki, jak i lekarzy.

Ekspertyza ogólnokryminalistyczna dla rekonstrukcji zdarzenia zazwyczaj jest zarządzana po wyczerpaniu wszystkich innych możliwości, chociaż założenie to ma również swoją ujemną stronę ze względu na upływ czasu od zdarzenia, nawet kilku lat. Po takim czasie próby uzupełnienia pewnych czynności (dodatkowych oględzin) lub badań (odzieży), których nie wykonano na początku śledztwa, są na ogół mało efektywne. Dlatego warto podkreślić znaczenie profesjonalnie dokonanych oględzin, w tym z udziałem eksperta medycyny kryminalistycznej.

Szczególnie niezbędny jest udział lekarza – eksperta medycyny kryminalistycznej w rekonstrukcji zdarzeń

– wypadków komunikacyjnych, zwłaszcza z ofiarami śmiertelnymi.

Oględziny, kryminalistyczne badanie odzieży, sekcja zwłok

Na odzieży bardzo często występują ślady, których nie można znaleźć na ciele, a które mogą być bardzo pomocne dla rekonstrukcji przebiegu zdarzenia. Mogą to być takie ślady jak: rozdarcia, przeświadczenia, prądnice, zabrudzenia, zaprawienia materiału odzieży, a nawet odwzorowania cech charakterystycznych podłoża, z którym pokrzywdzony miał kontakt w czasie zdarzenia. Jak podano w pracy pt. „Ekspertyza sądowa” [1, s. 283] w wielu przypadkach nie przeprowadza się badań, ale nawet zwykłych oględzin odzieży pokrzywdzonego. Odzież często jest wydawana rodzinie pokrzywdzonego przed wyjaśnieniem sprawy i wówczas jest już mało przydatna do badań ze względu na czyszczenie lub pranie, w wyniku czego większość śladów ulega zniszczeniu. Zdarzają się także przypadki, że odzież ofiary została zniszczona na przykład przez spalenie, gdyż była w takim stopniu zabrudzona i porozrywana, iż nie przedstawiała już żadnej wartości dla rodziny.

Udokumentowaniem procesowym oględzin jest odpowiedni protokół. W zakresie medyczno-sądowym w protokole należy, oprócz formalno-prawnej strony, precyzyjnie opisać:

- godzinę rozpoczęcia i zakończenia oględzin oraz temperaturę otoczenia,
- ustalenie lub nieustalenie tożsamości zwłok,

– ułożenie zwłok (pozycję ciała, ułożenie głowy i kończyn w stosunku do tułowia i otoczenia),

– garderobę z wszelkimi naniesionymi śladami i sposobem ich zabezpieczenia przez technikę kryminalistykę,

– wykaz przedmiotów znalezionych przy zwłokach (np. dokumenty, biżuterię, rzeczy osobistego użytku, ze wskazaniem cech rozpoznawczych, jak np. nazwy, numeru, koloru, szczegółowe miejsca ich znalezienia np. prawa kieszeń marynarki), przy czym należy podać sposób zabezpieczenia odzieży i ww. przedmiotów,

– rysopis zwłok przy ich nieustalonej tożsamości,

– stan poszczególnych części ciała (płeć, wiek, wygląd), wzrost, budowa ciała, stan odżywienia, szczegółowy opis głowy: czaszka (wysoka-niska; o powierzchni płaskiej, wypukłej, w kształcie grzywa, włosy (jasnoblond, ciemnoblond, jasnokasztanowe, ciemnokasztanowe, czarne, jasnorude, ciemnorude, szpakowate, siwe; rzadkie, gęste; proste, faliste, kędzierzawe; łysina czołowa, tonsurowa, półpełna, pełna), twarz (lejkowata, rombowa, piramidowa, czworokątna, owalna, prostokątna, podługna, krągła), czoło (wysokie, średnie, niskie; wąskie, średnie, szerokie; cofnięte, pochyle, pionowe, wystające; łuk brwiowy mały, średni, szeroki), brwi (małe, duże; rozdzielone, zrosnięte; skośne w dół, skośne w górę, łukowate, faliste, krzaczaste), oczy (niebieskie; brązowe; szare z określeniem jasno- lub ciemno-; skośne w dół, skośne w górę; osadzone głęboko, płytko), nos (mały, duży; wąski, szeroki; spłaszczony, wklęsły, prostoliniowy, wypukły, garbaty), uszy (małe, duże; odstające, przylegające; trójkątne, owalne, prostokątne, okrągłe; przekłute), zęby (wygląd, rozstawienie, zgryz, braki, protezy, plomb, korony, uszkodzenia, rąbek okołozębny); informacje dodatkowo należy nanieść na typowym schemacie stomatologicznym uzębienia), broda (cofnięta, wystająca, płaska, wypukła; bruzdy poziome, wypukłe, faliste), zarost twarzy (obecność brody i wąsów, kolor wło-

sów), otwory naturalne głowy, szyja (symetria, ruchomość, długość), klatka piersiowa (wysklepienie, budowa, symetria, gruczoły piersiowe), brzuch (wysklepienie, blizny, rozstępy skóry, stan pępka, przebarwienia), okolice krocza (typ uwłosienia, stan błony dziewiczej – przy podejrzeniu zgonu z tłem seksualnym, wielkość genitaliów), kończyny (symetria, kształt, stan palców, paznokci, zawartość pod paznokciami – przy pobieraniu wyskrobin, długość kończyn i w szczególnych przypadkach długość stóp, ruchomość kończyn w stawach), inne okolice ciała, stan otworów naturalnych (ciała obce, zabrudzenia),

– znaki szczególne ujawnione na zwłokach (blizny, tatuaże, przebarwienia, znamiona zawodowe, niekształcenia, wady wrodzone itp.),

– cechy śmierci: temperatura zwłok (partii odsłoniętych i uprzednio przykrytych) oraz metoda pomiaru (sposób, typ lub rodzaj termometru), stężenie pośmiertne (stopień, rozmieszczenie), plamy opadowe (umiejscowienie, kolor, intensywność, ustępowanie pod naciskiem, zachowanie się przy zmianie pozycji zwłok), wysychanie (umiejscowienie), zmiany gnilne (rodzaj, stopień, rozmieszczenie), ewentualne przeobrażenia pośmiertne (rodzaj, stopień, umiejscowienie),

– ujawnione obrażenia (umiejscowienie, kształt, wymiary, zabrudzenia – charakter): rany, podbiegnięcia krwawe, wybroczyny, sińce oraz przedmioty tkwiące w ranach; dotyczy skóry i błon śluzowych poddanych badaniom,

– opinię biegłego co do przypuszczalnych: czasu, przyczyny i mechanizmu zgonu, prawdopodobnie użytych narzędzi powodujących zgon, jak również inne jego uwagi i sugestie związane ze zdarzeniem,

– informację, czy zdaktyloskopowano zwłoki,

– informację o zabezpieczeniu innych przedmiotów oraz materiału biologicznego (garderoba, guziki, odciski stóp i obuwi itp., włosy, wymaz z pochwy, wyskrobiny spod paznokci),

– informację o utrwaleniu stanu faktycznego zwłok i czynności oglę-

dzin za pomocą urządzeń rejestrujących obraz lub dźwięk oraz szkiców.

Podkreśla się, iż oględziny zewnętrzne zwłok powinien przeprowadzić na miejscu ich znalezienia lekarz – ekspert medycyny kryminalistycznej. Chodzi nie tylko o to, że im wcześniej (bezpośrednio po zdarzeniu) przeprowadza się oględziny, tym bardziej precyzyjne będą ustalenia dotyczące czasu zgonu na podstawie tzw. znamion śmierci, ale również o to, że na miejscu zdarzenia istnieje możliwość ewentualnej konfrontacji niektórych obrażeń na ciele ze śladami kryminalistycznymi, w tym również na odzieży. Ekspert medycyny kryminalistycznej potrafi ocenić wstępnie ślady kryminalistyczne i uzasadnić konieczność współudziału w oględzinach ekspertów z innych dziedzin kryminalistycznych, np. traseologii, daktyloskopii czy biologii. Autorka w swojej praktyce miała przypadek ujawnienia krwawego śladu traseologicznego na zwłokach. Niewezwanie wówczas eksperta z tej dziedziny do zabezpieczenia śladu byłoby błędem i zniszczeniem ważnego śladu dowodowego. Należy również podkreślić, że brak obrażeń wcale nie musi oznaczać zgonu z przyczyn naturalnych. Powinno się w takich przypadkach brać również pod uwagę inne możliwości przyczyn i mechanizmu zgonu takie, jak: samobójstwo, zabójstwo lub wypadek. Również znalezienie przy zwłokach wartościowych przedmiotów, biżuterii czy dużych sum pieniężnych wcale nie musi oznaczać, że było to samobójstwo, wypadek lub zgon z przyczyn naturalnych.

Zdarza się, że nawet lekarz – specjalista medycyny sądowej, może być nieprzydatny przy ocenie śladów kryminalistycznych, a czasami może te ślady zniszczyć. Nie potrafi on ocenić śladów kryminalistycznych i ich znaczenia w postępowaniu przygotowawczym, gdyż nie posiada odpowiedniego wykształcenia i praktyki kryminalistycznej. Przykładowo, autorka dokonała oględzin zwłok bezpośrednio po oględzinach wykonanych przez lekarza – specjalistę medycyny sądowej, który określił ślad

na członku jako: „żyłka”, a faktycznie był to „fragment czerwonego odprysku, najprawdopodobniej lakieru do paznokci”.

Podczas oględzin miejsca zdarzenia lekarz powinien uzgodnić z technikiem kryminalistyki tzw. ścieżkę dostępu do zwłok. Ponadto lekarz nie może nanieść dodatkowych śladów, np. odcisków palców, obuwia. Na miejscu zdarzenia trzeba nałożyć na swoje obuwie ochraniacze. Autorka spotkała się z sytuacją, że przybyły na miejsce zdarzenia lekarz ręką bez rękawiczki zdjął ze zwłok lampkę nocną, którą były zadawane uderzenia. Natomiast w innym przypadku lekarz zrobił dodatkowe krwawe ślady butami.

Sekcja zwłok ma na celu ustalenie przede wszystkim obrażeń wewnętrznych oraz patologicznych zmian w narządach. Przykładowo, wyniki prawidłowo wykonanej sekcji zwłok po upadku z wysokości mogą wskazać, w jakiej kolejności poszczególne części ciała stykały się z podłożem, a nawet z jaką siłą ciało uderzyło o podłoże, co z kolei może wskazywać na wysokość, z jakiej spadało [1, s. 282] lub świadczyć, że nie był to upadek z wysokości. Oddzielnego omówienia wymagają oględziny i sekcja zwłok w przypadku upadku z wysokości i zabójstw z motywów seksualnych, w których rola lekarza – eksperta jest w wielu tego rodzaju sytuacjach decydująca.

Podkreśla się również znaczenie dokumentacji fotograficznej obrażeń przydatnej w ocenie mechanizmu powstałych obrażeń i narzędzi [4].

Niezbędne jest również stanowisko lekarza – eksperta przy rozstrzyganiu problemu: samobójstwo, zabójstwo czy przypadek, zwłaszcza przy postrzałach. Ze względu na ograniczoną objętość artykułu temat ten nie będzie dokładnie omówiony.

Rekonstrukcja zdarzeń – wypadków komunikacyjnych i inne ekspertyzy kompleksowe

Podczas oceny wypadków drogowych powinno się brać pod uwagę nie tylko badania mechanoskopijne

i fizykochemiczne, ale również należy przeprowadzić badania zabezpieczonego materiału biologicznego, jak również oględziny zewnętrzne pozostałych przy życiu uczestników zdarzenia² i oczywiście wykonać sekcje zwłok ofiar śmiertelnych. Do oceny mechanizmu powstania obrażeń nie wystarcza ich typowa charakterystyka. Należy przeprowadzić badania identyfikacyjne łączące obrażenie ciała z użytymi narzędziami. Badania te dzięki ustaleniu rodzaju, stopnia, kolejności i sposobu powstania obrażeń zazwyczaj pozwalają na odtworzenie przebiegu wypadku i kwalifikację prawną czynu sprawcy. Lekarz może określić rozmiary, umiejscowienie, stopień obrażeń, a czasem nawet kolejność ich powstawania oraz określić cechy narzędzia działającego. Ekspert biologii zajmuje się badaniami serologicznymi i genetycznymi materiału biologicznego, a ekspert mechanoskopii przeprowadza identyfikację porównawczą.

W swojej pracy autorka [3] przedstawiła trzy zdarzenia komunikacyjne, w których udział lekarza miał znaczący wpływ na ich rozwikłanie (powiązanie wymiarów, kształtu i umiejscowienia obrażeń ciała z reflektorem motocykla; ślad na bluzie denata przypominający wzór protektora opon, odpryski lakieru na odzieży i rozdarcie na lewej nogawce spodni powiązane z obrażeniami ciała denata; badania mechanoskopijne odzieży ujawniły, że uszkodzenie na marynarce denata odpowiada wysokości kierownicy motocykla, a sekcja wykazała m.in. podbiegnięcie krwią w okolicy lewej nerki). W pracy tej [3] opisano również ekspertyzę, w której posługując się fotografią obrażeń twarzy i fotografią narzędzia porównawczego – odcinka sztachety, wykonanych w tej samej skali i płaszczyźnie, stosując rekonstrukcję metodą superprojekcji, wydano opinię potwierdzającą powstanie obrażeń od uderzeń zadanych przedmiotową sztachetą. Ponadto w czasie oględzin sztachety znaleziono na niej dwa odpryski tkanki kostnej odpowiadającej serologicznie tkance ludzkiej (w latach 70. badania gene-

tyczne nie były jeszcze tak rozpowszechnione)³.

Przesłuchanie

Przesłuchania świadków, podejrzanych i pokrzywdzonych są istotnym elementem ekspertyzy ogólnokryminalistycznej. Eksperci policyjni, w tym także lekarze, opiniując występują jako biegli, a nie jako policjanci. Nie mogą przesłuchiwać świadków lub podejrzanych dla wyjaśnienia wątpliwości powstałych w toku ekspertyzy. Natomiast współuczestnicząc przy przesłuchaniu prowadzonym przez funkcjonariusza policji mogą zadawać pytania do protokołu.

Do rzadkości należą przypadki, że ktoś widział okoliczności śmierci pokrzywdzonego. Jeżeli nawet uda się takiego świadka znaleźć, trzeba brać pod uwagę, że mógł on obserwować tylko fragment zdarzenia lub specjalnie mataczy. Gdy po jakimś czasie od zdarzenia zgłasza się świadek stwierdzający, że widział zdarzenie i szczegółowo opisuje jego przebieg, należy być ostrożnym w wyciąganiu wniosków z jego zeznania. Zwłaszcza gdy tego opisu nie potwierdzają zabezpieczone ślady i inne okoliczności ustalone w czasie śledztwa. Istnieje prawdopodobieństwo, że świadek został namówiony do złożenia takiego zeznania lub chce zwrócić na siebie uwagę. Zdarza się, że lekarz – ekspert potrafi udowodnić nieprawdziwość faktów podanych w zeznaniu.

„Podejrzani z zasady nie przyznają się do popełnienia przestępstwa, wyjaśniając, że nie wiedzą, jak to się stało, bo ich przy tym nie było” [1, s. 286]. Warunkami dobrego przesłuchania podejrzanych i świadków jest znajomość samego zdarzenia, a więc akt sprawy – dotychczasowych ustaleń śledztwa przede wszystkim wyników oględzin, sekcji zwłok, ewentualnych badań odzieży.

Do rzadkości należą przypadki przesłuchania pokrzywdzonego, który jest w ciężkim stanie. Jeżeli nawet pokrzywdzony nie zmarł na miejscu i został zabrany do szpitala, to na ogół nie odzyskuje przytomności

przed śmiercią. Wprawdzie jak podano w „Ekspertyzie sądowej” [1, s. 286] pewien młody człowiek przeżył upadek z wysokości, ale po odzyskaniu przytomności twierdził, że niczego nie pamięta.

W wielu przypadkach, w których przy ich wyjaśnianiu również można zastosować metodę rekonstrukcji zdarzeń udział lekarza – eksperta medycyny kryminalistycznej jest celowy. Będą to m.in. bójki czy nadzianie się na nóż trzymany we własnej ręce lub ręce drugiej osoby, co często kończy się śmiercią. Jeżeli natomiast pokrzywdzony żyje, to wydawałoby się, że kryminalistyczna analiza powinna być łatwiejsza, ponieważ dysponujemy relacją jego uczestników. Niestety częste relacje uczestników zdarzenia bywają ze sobą sprzeczne. W takich więc sytuacjach doświadczenie kryminalistyczne lekarza – eksperta medycyny kryminalistycznej jest nie do przecenienia. Potrafi on również informować o przebiegu zdarzenia, uzyskać z historii choroby lub wyłuskać bezpośrednio podczas przesłuchania lekarza udzielającego pomocy medycznej i pamiętającego rodzaj przedmiotowych obrażeń. W cytowanej wyżej pracy [1] podano kilka zdarzeń wykazujących decydujący wkład lekarza w ich wyjaśnienie [1, s. 255; 270].

Przypadki nadziania się na nóż zdarzają się najczęściej w czasie nieporozumień między małżonkami. Kobieta prawie zawsze tłumaczy się, że mąż przechylił się w jej kierunku lub potknął się i wpadł na nią, kiedy ona pracując w kuchni trzymała nóż brzeszczotem skierowanym na zewnątrz. Zdarza się, że wersja taka znajduje potwierdzenie w lokalizacji i charakterze rany, w innych przypadkach te właśnie okoliczności przeczą takiemu przebiegowi zdarzenia. „Rozpatrując tego typu przypadki poza ustaleniem wysokości, na jakiej znajduje się rana i kierunku jej kanału w ciele, należy sprawdzać, czy ręka trzymająca nóż miała odpowiednio stabilne oparcie, bez którego nawet nóż z ostrym zakończeniem ustępuje wraz z ręką pod naporem ciała, rzadko powodu-

jąc poważniejsze obrażenia” [1, s. 271].

Ustalenie liczby i rodzaju narzędzi

Podczas wyjaśniania różnych zdarzeń istotnym zagadnieniem jest określenie rodzaju i liczby użytych narzędzi. W tych sprawach, przede wszystkim, kompetentny jest lekarz medycyny sądowej, zwłaszcza gdy wykonano sekcję zwłok. Obducent ma obowiązek dokonania wielu ustaleń odnoszących się między innymi do długości, szerokości rany i jej głębokości, a także kąta, pod jakim narzędzie (nóż) wnikało w głąb ciała. Charakter ran pozwala przynajmniej ogólnie określić rodzaj narzędzia – kończyste, jednostronnie lub dwustronnie zaostrome, tępe, krawędziste itp. Lekarze medycyny sądowej, mając do dyspozycji jedynie zwłoki, bardzo ostrożnie wypowiadają się o narzędziach, którymi zadano obrażenia. Jest to prawidłowe, bowiem tylko dysponując całością materiałów można w niektórych przypadkach pokusić się o bardziej precyzyjne określenie rodzaju narzędzi lub ich liczby. Do takich precyzyjnych ustaleń są przede wszystkim predysponowani lekarze – eksperci medycyny kryminalistycznej. Jako przykład podano zdarzenie [1, s. 272]. „W sprawie pobicia ze skutkiem śmiertelnym biegły wydający opinię – już po sekcji zwłok – stwierdził, że rany cięte na ciele pokrzywdzonej mogły być zadane jednym nożem (scyzorykiem) zabezpieczonym u podejrzanego, rany klute zostały zadane innym nożem, a rany tłuczone zabezpieczoną u podejrzanego pałąk metalową. Po zapoznaniu się z aktami sprawy powstały poważne wątpliwości, czy przy tak intensywnej obronie ze strony pokrzywdzonej – ewidentne rany obronne – sprawca miał możliwość używania kilku narzędzi, nawet gdyby je posiadał. Szczegółowa analiza obrażeń opisanych w protokole sekcji doprowadziła do wniosku, że sprawca używał tylko jednego scyzoryka, a ciosy zadawane były zarówno brzeszczotem, jak i trzonkiem scyzoryka zaciśniętym w dłoni”.

Analizując rodzaj narzędzia na podstawie obrażeń należy rozumieć sądowo-medyczne określenia cech ran stwierdzonych w czasie sekcji. Rzadko kiedy obducent może wypowiedzieć się w sposób jednoznaczny, że np. rany na zwłokach mogą pochodzić od noża o określonej szerokości i długości. Najczęściej lekarze stwierdzają: „rany mogły być zadane narzędziem ostrym, kończystym, typu nóż”. Stwierdzenie takie sugeruje szeroką gamę narzędzi ostrych i kończystych, nie wykluczając również noża, ale jak wskazuje praktyka poszukuje się wówczas przede wszystkim noża. Książkowym wręcz przykładem jest zdarzenie opisane w „Ekspertyzie sądowej” [1, s. 273]. „Lekarz medycyny sądowej uczestniczący w oględzinach zwłok na miejscu ich znalezienia stwierdził, że obrażenia ciała, w tym rana kluta po lewej stronie klatki piersiowej, zostały zadane narzędziem ostrym, kończystym, typu nóż. W protokole sekcji, którą przeprowadzał inny lekarz, znalazło się podobne stwierdzenie, tzn. że rana w klatce piersiowej i rana w sercu pochodzi od narzędzia typu nóż”. Podejrzany wyjaśnił, że on nie mógł być zabójcą, bo żadnego noża nie miał i nigdy go przy sobie nie nosił. Na nożach zabezpieczonych u niego w mieszkaniu nie ujawniono żadnych śladów, które mogłyby wskazywać, że były użyte do zadania obrażeń. Dopiero szczegółowa analiza akt sprawy wykazała, że narzędziem zabójstwa była butelka z odbitym dnem („tulipan”). Przypadek ten jest interesujący również z tego względu, że odbite od butelki dno oraz drobniejsze kawałki szkła, w tym zakrwawiony „bagnecik szklany” oraz zakrwawiona szyjka butelki, znajdowały się w różnych miejscach trasy przemieszczania mocujących się ze sobą mężczyźni, i zostały utrwalone na zdjęciach fotograficznych wykonanych w czasie oględzin. Jak silna musiała być sugestia lekarza, że wszyscy pozostali uczestnicy oględzin z prokuratorem na czele całkowicie pominieli tak istotne ślady. Gdyby nie ta pomyłka dotycząca narzędzia, sprawa zabójstwa mogła być

wyjaśniona bezpośrednio po oględzinach". Jak późno zaczęto analizować akta sprawy. Wydaje się, że warto ponownie podkreślić wagę znajomości akt dochodzenia.

Czasem prowadzący śledztwo nie posiada żadnej informacji o narzędziu, oprócz zeznania pokrzywdzonego, który mniej lub bardziej dokładnie zapamiętał przebieg zdarzenia. Tak było podczas zdarzenia opisanego przez Jarosza [2] i powołanego w cytowanej już pracy [1, s. 274].

Niestety, zdarzają się przypadki błędnego określenia narzędzia na podstawie wyglądu obrażenia, co czasem powoduje poważne konsekwencje procesowe [1, s. 275].

Opiniowanie na podstawie akt dochodzenia

Opinia kryminalistyczna, w tym jej formalnoprawna strona, wymaga oddzielnego omówienia. Opinie wystawiane przez lekarzy można krańcowo rozróżnić jako „michałki”, dotyczące nieskomplikowanych przypadków tak medycznie, jak i prawniczo oraz jako „KOBYŁY”. Samo przeczytanie akt i ich zrozumienie formalne jest przedsięwzięciem niezmiernie czasochłonnym i żmudnym. Dodatkowo trzeba sporządzić ich pisemne streszczenie, analizę medyczno-kryminalistyczną i prawną kwalifikację uszkodzeń ciała. (Na marginesie głównych rozważań, w świetle powyższego, statystyczne porównywanie ilości wykonanych opinii w różnych jednostkach opiniujących ma złudne znaczenie merytoryczne). Skomplikowane ekspertyzy dotyczą np. wypadków komunikacyjnych, zdarzeń postrzałowych, upadków z wysokości. A oto przykład ekspertyzy kompleksowej z sierpnia 2001 r. (HE 2688/2689/01) wykonanej w LK KWP w Katowicach. Dostarczone w dwóch tomach akta dotyczyły wypadku komunikacyjnego. Opinię wydał ekspert mechanoskopii i lekarz ekspert (autorka). W wypadku uczestniczyły trzy samochody. Pytania sądu dotyczyły ustalenia obrażeń ciała pokrzywdzonej (zmarłej) i ich przyczyn, ustalenia obrażeń w wyniku zderzenia dwóch z tych samochodów, możli-

wości uniknięcia najechania przez trzeci samochód, ustalenia ruchu ciała pokrzywdzonej tuż przed wypadkiem. We wnioskach opinii podano (i uzasadniono), że ciężkie uszkodzenia ciała stwierdzone u pokrzywdzonej, które doprowadziły do jej zgonu, nastąpiły na skutek zderzenia czołowego.

W odtworzeniu zdarzeń na podstawie akt sprawy decydujące znaczenie ma sumienność, dokładność i fachowość czynności dokonywanych w czasie śledztwa oraz takie same cechy osób dokonujących rekonstrukcji zdarzenia.

Fachowość lekarza oznacza wykształcenie kryminalistyczne i medyczno-sądowe oraz doświadczenie zawodowe nabyte w codziennej, a nie rzadko „conocnej” pracy w jednostkach policji. Sumienność i dokładność to cechy charakteru, których kształcenia nigdy nie jest za mało.

PRZYPISY

¹ Po organizowanym przez Centralne Laboratorium Kryminalistyczne Komendy Głównej Policji szkoleniu lekarzy-policjantów zatrudnionych w laboratoriach kryminalistycznych komend wojewódzkich policji nie można nadawać im tytułu lekarz medycyny sądowej – otrzymują oni tytuł ekspert medycyny kryminalnej (zdaniem Autorki, prawidłowa nazwa powinna brzmieć: ekspert medycyny kryminalistycznej). Tytuł lekarz medycyny sądowej jest prawnie zastrzeżony dla lekarzy, którzy złożyli wymagany egzamin kończący szkolenie w Zakładach Medycyny Sądowej Akademii Medycznych, według programu specjalizacji lekarskiej „medycyna sądowa”. Opracowany w marcu 2003 r. w LK KWP w Katowicach projekt: „Program specjalizacji medycyna kryminalistyczna dla lekarzy nie posiadających specjalizacji medycyna sądowa” przewiduje co najmniej trzyletnie szkolenie lekarzy-policjantów zakończone złożeniem egzaminu przed Komisją powołaną przez dyrektora CLK KGP,

² Zgodnie z art. 308. k.p.k. w granicach koniecznych dla zabezpieczenia śla-

dów i dowodów przestępstwa przed ich utratą, zniekształceniem lub zniszczeniem, prokurator albo policja może w każdej sprawie, w wypadkach nie cierpiących zwłoki, jeszcze przed wydaniem postanowienia o wszczęciu śledztwa lub dochodzenia, przeprowadzić w niezbędnym zakresie czynności procesowe, a zwłaszcza dokonać oględzin, w razie potrzeby z udziałem biegłych, w stosunku do osoby podejrzaney, a także przedsięwziąć wobec niej inne niezbędne czynności, nie wyłączając pobrania próby krwi i wydzielin organizmu. Oględziny lekarskie wszystkich uczestników zdarzenia, oprócz udzielenia pomocy medycznej w niezbędnym zakresie, mają na celu m.in. ustalenie osoby sprawcy w momencie zdarzenia (wyniku komunikacyjnego). Czas tych oględzin § 4 tegoż artykułu ogranicza do 5 dni od dnia pierwszego zeznania, z wyjątkiem dnia zdarzenia.

³ Dla celów dydaktycznych i porównawczych wspomina się o prekursorskiej opinii wydanej przez ZMS w Krakowie w śledztwie II Ds. 164/65 prowadzonym przez Prokuraturę Wojewódzką w Katowicach, w której biegli na podstawie zdjęć obrażeń głowy J.Z. indywidualnie zidentyfikowali pejcza jako narzędzie zabójstwa. Powyższą informację przekazał Pan dr Józef Gurgul, za co autorka serdecznie dziękuje.

BIBLIOGRAFIA

1. Wójcikiewicz J.: redakcja, Ekspertyza sądowa, Zakamycze 2002 r.
2. Jarosz J.: Rozbita butelka „tulipan” jako narzędzie przestępstwa, „Z Zagadnień Nauk Sądowych” 1999, t. XL, s. 140–150.
3. Mazak-Łucyk Z., Kałwak W.: Ekspertyzy kompleksowe w praktyce Wydziału Kryminalistyki KWMO w Katowicach. Materiały seminaryjne z 1979 r. niepublikowane.
4. Wędrychowski J., Rygol K., Mazak-Łucyk Z.: Znaczenie identyfikacji fotograficznej obrażeń u ofiar wypadków drogowych. II Ogólnopolska Konferencja Naukowa. Katowice 5–6.05.1977 r.