

Veštačenje fizičkih bolova u parnici - izazovi i dileme

Gavrilo Šćepanović

prim. dr, sudski veštak, Beograd, Republika Srbija, scepjanovic.gavrilo@gmail.com

Sažetak: Bol je najsubjektivniji vid nematerijalne štete, pa je nemoguće objektivno merenje njegove jačine i dužine trajanja. Pri veštačenju fizičkih bolova, veštak treba da se izjasni da li je oštećeni trpeo fizičke bolove, kakav je bio njihov intenzitet, koliko su dugo trajali i da li se mogu pojaviti u budućnosti.

Veštačenje fizičkog bola obuhvata period koji nastaje direktno od somatskog oštećenja i traje do završetka medicinskog lečenja (uključujući i rehabilitacionu terapiju), a takođe i bolove koji nastaju eventualnim pogoršanjem procesa bolesti usled ranijeg oštećenja (*causa antecedens*), ili kasnijeg oboljenja (*causa superveniens*), ali u vezi sa predmetnom povredom, što predstavlja primarni uzrok na kojem se temelji tužbeni zahtev. Ovde spada i bol prouzrokovan potrebnom medicinskom intervencijom radi saniranja telesnog oštećenja (operacije, primanje injekcija, nošenje gipsa i sl.).

Razlog različite percepcije bola objektivna je i nalazi se u genima. Prema varijantama gena, ljudi se mogu podeliti na *visoko osetljive*, *prosečno osetljive* i *nisko osetljive*.

Objektivna merila za merenje bola ne postoje. Različite osobe različito doživljavaju bol. Prema tome, možemo reći da je prag bola individualan i promenljiv.

Pri određivanju fizičkih bolova veštak treba da se koristi znanjima iz anatomije i fiziologije bola. Pri veštačenju se mora uzeti u obzir i *priroda povreda koje je pretrpeo oštećeni, neugodnosti kojima je lečenje praćeno, subjektivna svojstva povrednog i vrste povreda i deo tela na kojem su povrede nastale*. Ovo su najvažniji činioci pri kvalifikaciji bola i određivanju trajanja i jačine bola, kao i karaktera bolnih stanja i njihovih posledica.

Postoji velika šarolikost kod ocena i naknada za pretrpljene fizičke bolove. Za istu povredu, koja je nastala pod sličnim okolnostima i slično lečena i protekla, u raznim mestima i u istom sudu, zavisno od veštaka i sudije, mogu se dobiti po nekoliko puta različiti nivoi obeštećenja.

U oceni bola nisu postavljeni čvrsti kriterijumi, već je reč o subjektivnim ocenama, koje se moraju temeljiti na kriterijumu medicinske doktrine, a uz to treba uzimati u obzir i subjektivne tegobe koje oštećeni trpi. Poznato je da svaku povredu prati bol, koji se kod raznih povreda kod raznih osoba i kod povreda raznih organa znatno razlikuje. Zato u oceni bola treba upotrebiti iskustvo koje će omogućiti da ih pomoću medicinske dokumentacije približno objektivno ocenimo.

Ovde treba ukazati na to da je sudskomedicinska praksa pokazala da kod intenziteta i dužine trajanja bola, kao i karaktera bola postoje objektivne teškoće pri odlučivanju u koju grupu, koji stepen i koju dužinu trajanja da svrsta fizičke bolove, a da ipak ne izađe iz okvira postojećih medicinskih regulativa. Pojava ovakvih dilema opravdava upotrebu termina *granichnosti* kod procene karaktera bola, intenziteta i dužine trajanja bola. Veštak treba da pokaže puno znanja i umeća da u svakom konkretnom slučaju primeni medicinske kriterijume i medicinsku doktrinu.

Ključne riječi: nematerijalna šteta, parnica, fizički bolovi, sudije, veštaci.

POJAM I KARAKTERISTIKE BOLA

U svakodnevnom govoru reč bol označava, pre svega, neugodan osećaj koji je posledica oštećenja tkiva zbog najrazličitijih uzroka pri povredama i oboljenjima. Istovremeno, bolom se naziva i osećaj tuge i nezadovoljstva koji nije direktno uzrokovan akutnim oštećenjem tkiva, a koji remeti duševnu stabilnost i odraz je afektivnog unutrašnjeg doživljaja.

Osim u svakodnevnom govoru, dvojnost značenja reči bol postoji i u stručnom sudskom i sudskomedicinskom nazivu. *Tako se bol kao posledica tkivnog oštećenja bliže označava kao fizički bol, a neugodan duševni doživljaj kao duševni bol.*

Receptori za bol nisu jednako raspoređeni po površini tela, ni po unutrašnjim tkivima i organima. Istraživanja su pokazala da u koži najviše receptora za bol ima u zatkolenoj jami, jami pod vratom (*iugulum*), u pregibu lakta, na leđima između lopatica, a najmanje na vrhu nosa, ušnoj školjci i na tabanima. Vredi pomenuti da postoji obrnuti odnos gustoće receptora za bol i dodir, pa u područjima gde ima više receptora za bol, ima manje receptora za dodir, i obratno.

U unutrašnjosti tela neki su delovi organa gotovo potpuno neosetljivi za bol, npr. jetreni parenhim, plućne alveole, srce, mozak. Istovremeno, pak, zbog brojnih receptora za bol, izrazito su osetljive jetrena čaura, porebrica (pleura), pokosnica (periost), prugasti mišići, ovojnice krvnih sudova, te šator (tentorijum) malog mozga u lobanji i nervni sistem uopšte.

Osećaj bola koji nastaje oštećenjem ćelija i tkiva predstavlja zaštitni mehanizam, a započinje podražajem osećaja za bol u koži i u drugim tkivima.

Podražajem receptora za bol (ili nocireceptora, lat. *nocere* – štetiti), stvara se električni akcijski potencijal koji se zatim preko živaca prenosi u zadnji deo kičmene moždine. Pritom, postoje receptori koji reaguju na mehaničke podražaje (mehaničke povrede), toplotne podražaje (povrede povišenom i sniženom temperaturom) i hemijske podražaje (upalne promene tkiva i sl.), ali postoje i tzv. mešoviti receptori koji reaguju na različite vrlo snažne podražaje nezavisno od toga jesu li mehanički ili toplotni.

Da bi došlo do razvoja osećaja bola, potrebno je da bolni podražaj od mesta povrede putem perifernih živaca i leđne moždine stigne do centra za bol u talamusu i prenese se u kuru velikog mozga (sfera svesnog doživljavanja). Ovakav put širenja bolnog podražaja od mesta povrede do mozga poznat je pod nazivom *bolni put*.

Razlog različite percepcije bola objektivna je i nalazi se u genima. Prema varijantama gena, ljudi se mogu podeliti na *visoko osetljive, prosečno osetljive i nisko osetljive*.

Objektivna merila za merenje bola ne postoje. Različite osobe različito doživljavaju bol. Prema tome, možemo reći da je prag bola individualan i promenljiv.

Svaki podražaj receptora za bol ne mora da izazove osećaj bola. Najmanji intenzitet podražaja koji se registru-

je bolnim osećajem naziva se prag bolnog osećaja. Istraživanja su pokazala da čovek može približno razlikovati 22 različita bolna osećaja. Bol se može meriti različitim postupcima, npr. bockanjem iglom, pritiskom, a takođe i postepenim grejanjem određenog područja. Ogledi su pokazali da većina ljudi oseća bol pri dodiru predmeta čija je temperatura 47° C.

Zadatak bola je da nas što je moguće brže upozori na štetno delovanje nekog agensa, kako bismo mogli brzo reagovati da se oštećenje ne proširi (npr. dodirivanje vrućeg predmeta i refleksno povlačenje ruke). Prema tome, bol je rani zaštitni mehanizam organizma. On je jedan od najčešćih razloga traženja pomoći lekara. Stoga možemo zaključiti da je *bol poremećaj u našem telu koji nastaje zbog fizičkog oštećenja tkiva i psihičke reakcije na to oštećenje. Dakle, bol je psihosomatski poremećaj.*

Uprkos postojanja znanja o lečenju bola, smatra se da kod 40 odsto bolesnika bol nije zadovoljavajuće lečen, a čak 30 odsto bolesnika ne dobija nikakvu terapiju protiv bola. Najčešći uzrok neadekvatne kontrole bola jeste raskorak u proceni jačine bola od samog bolesnika, te njegovog lekara.

Neki put fizički simptomi mogu da ukazuju na postojanje bola: *povećan puls, ubrzano disanje, povišen krvni pritisak, promene na EKG-u, pojačano znojenje*. Ali ovi simptomi nisu uvek pouzdani indikatori pretrpljenog bola, u nekim slučajevima krvni pritisak i puls mogu da se smanje, a ne povećaju.

Percepcija bola zavisi od psihičkog stanja pacijenta i uticaja okoline koji ga mogu pojačati (*strah, srdžba, žalost, nesаница, usamljenost*), ili ublažiti (*saosećanje, nada, odmornost, veselje, socijalno blagostanje*). Kortikalna i limbna obrada bola u mozgu odgovorne su za doživljavanje osećaja bola.

Njegovo doživljavanje zavisi i od kulturoloških osobina pojedinca: *odgoja, vere, rase, porekla, okoline*.

Različiti činioci pojačavaju ili slabe doživljaj bola. Potištenost (depresija koja često prati dugotrajno lečenje), povećava subjektivni doživljaj bola, a dobro, pak, afektivno stanje smanjuje osećaj bola. Fizički bol se skoro ne oseća u slučaju kada je neposredno ugrožena životna egzistencija u kraćem vremenskom trajanju, jer je takvo ugrožavajuće stanje dominantno i pokriva sva druga osećanja. Koncentrisanost na vlastitu bolest i na sam bol pojačava osećaj bola, a zaokupljenost pažnje nekim poslom ili drugim problemom smanjuje osećaj bola. Bolne doživljaje takođe pojačavaju teskoba (anksioznost) i umor. Značajno je i vasipitanje stečeno u porodici i široj sredini, tj. naručeno ponašanje u odnosu na bol. Ne treba zaboraviti da na doživljaj bola značajno utiču: pol, uzrast i rasa.

VRSTE I KVALITET FIZIČKOG BOLA

Pri određivanju fizičkih bolova veštak treba da se koristi znanjima iz anatomije i fiziologije bola. Pri veštačenju se mora uzeti u obzir i *priroda povreda koje je pretrpeo oštećeni, neugodnosti kojima je lečenje praćeno, subjektivna*

svojstva povređenog i vrste povreda i deo tela na kojem su povrede nastale. Ovo su najvažniji činioci pri kvalifikaciji bola i određivanju trajanja i jačine bola, kao i karaktera bolnih stanja i njihovih posledica.

Pri opisu jačine i trajanja bola i njegove gradacije, korisno je sagledati bol kao *akutni i hronični*.

Akutni bol ima biološku zaštitnu ulogu. Nastaje iznenađujuće i traje od nekoliko sati do nekoliko dana. Karakteriše se osećajem pečenja ili rezanja, lako se lokalizuje, pacijent ga teško podnosi. Za lekara, on je simptom bolesti. Akutni bol signalizira prisustvo akutne povrede ili oboljenja. On može da bude udružen sa hiperaktivnošću autonomnog nervnog sistema i često ga prati anksioznost, a uključuje i epizodični bol, koji predstavlja rekurentne epizode akutnog. Može da bude i veoma jak i sa nepredvidljivom prognozom.

Terapija akutnog bola je kratkotrajna, a izlečenjem bolesti nestaje i bol (npr. zubobolja, žučni i bubrežni napadi, infarkt i sl.). Akutni bol leči se jakim analgeticima i protivupalnom terapijom. Nelečenje ili neuspelo lečenje akutnog bola pretvara se u hronični bol koji zapravo postaje sam po sebi bolest.

Hronični bol se postepeno razvija, traje mesecima i godinama, karakteriše se tupim osećajem ili pritiskom, teško se lokalizuje, difuzno se širi u okolinu i teško se leči. Može se javiti i u odsustvu vidljivog oštećenja tkiva, odlikuje se adaptacijom autonomnog nervnog sistema i često je praćen depresijom, poremećajem spavanja, promenama apetita itd. Pacijent se navikne da živi sa bolom. Problem nastaje ako se uzrok bola ne može potpuno lečiti, pa bol prelazi u bolest. Lečenje hroničnog bola je dugotrajno i predstavlja veliki zdravstveni i socio-ekonomski problem (bolovanje, egzistencija, socijalni status i sl.).

Vremenska granica koja odvaja akutni od hroničnog bola, po definiciji je tri meseca, ali se ipak preporučuje fleksibilnost u kategorisanju, jer hronicitet bola može da zavisi od oštećenja, tj. patologije koja ga uzrokuje. Jasne granice između akutnog i hroničnog bola nema.

Kompleksni regionalni bolni sindrom (engl. complex regional pain syndrome, CRPS) je oblik hroničnog bola izuzetno zahtevan za lečenje a može se često javiti kao posledica povreda ili traume lokomotornog sistema. Bolest se ranije uobičajeno nazivala Sudeckov sindrom i Sudeckova algodistrofija, odnosno Refleksna simpatička distrofija. Osim bola u ovom hroničnom bolnom sindromu u kliničkoj slici nalazimo i promene kože i kožnih adneksa, promene temperature kože, otok i promenu boje kože. Simptomi CRPS-a su različiti sa relativno karakterističnim trijasom autonomnih, motornih i senzornih poremećaja.

Opšta definicija CRPS sindroma opisuje grupu bolnih stanja koja se karakterišu kontinuiranim (spontanim i/ili evociranim) regionalnim bolom koji je nesrazmeran u vremenu ili stepenu prema uobičajenom toku bilo koje poznate trauma ili druge lezije. Bol je regionalan (nije strogo u inervacionom području nerva ili dermatoma) i obično ima distalnu predominaciju abnormalnih senzornih, mo-

tornih, sudomotornih, vazomotornih, i/ili trofičkih nalaza. Sindrom pokazuje varijabilnu progresiju u vremenu.

Budući da CRPS često prati povrede i traume lokomotornog sistema, kod veštačenja posledica povreda i trauma nužno je sagledati i posledice ove komplikacije, koje mogu biti značajnije nego što bi ih osnovna povreda ili trauma mogla ostaviti u smislu umanjenja ŽA.

Kako su tok i evolucija CPRS dugotrajni konačne posledice mogu se sagledati tek nakon više meseci pa katkad i do dve godine nakon inicijalne povrede odnosno traume. Najznačajnije posledice koje CPRS može ostaviti su na šaci u smislu trajnog umanjenja pokreta malih zglobova šake, što značajno ometa njenu funkcionalnost, odnosno na stopalu u smislu bolova i dugotrajnog oticanja što u značajnoj meri doprinosi ukupnom umanjenju ŽA.

Dugotrajni (hronični) bol uzrokuje ozbiljne fizičke, psihičke, kognitivne, psihološke i psihosocijalne teškoće. *Zbog toga je bol kvalifikatorni elemenat za procenu težine povrede.*

Bol može biti: *somatski, visceralni i neuropatski.*

Somatski bol nastaje podražavanjem perifernih nociceptora u oštećenom tkivu (kosti, vezivno tkivo, mišići, fascija, tetive, zglobovi) i ima uglavnom protektivnu funkciju. Bol je najčešće kontinuiran, dobro lokalizovan, a ređe iradirajući.

Visceralni bol nastaje povredom simpatički inerviranih unutrašnjih organa. Ti podražaji se najčešće označavaju kao: *distenzija, kontrakcija, ishemija, torzija, nekroza* itd.

Neuropatski bol se javlja kod oštećenja nerava ili puteva u kičmenoj moždini. Centralni neurogeni bol je najčešće uzrokovan moždanim udarom.

Kauzalgiya je bol formiran posle povrede perifernog nerva. To je često bolno stanje šake ili stopala, kao posledica povrede izazvane iritacijom nerva koji inervira taj deo. Bol je uporan i karakteriše se jakim, palećim bolom, zategnutom kožom, otokom, crvenilom.

Fantomski bol često nastaje kraće ili duže vreme posle amputacije dela tela (potkolenica, dojka, oko). Amputirani deo tela oseća se u najvećem broju slučajeva povremeno, a retko stalno. Bol se često lokalizuje u batrljku, odnosno u hirurškom rezu. Ovo se objašnjava podražajem presečenog nerva od strane ožiljka, ali se ne isključuje i određeni deo mozga u kome je organ formirao svoj model.

Preneseni bol je bol koji se pojavljuje na površini tela koja nije oštećena, već je reč o bolesti simpatičkih inerviranih visceralnih struktura, čija aferentna vlakna u zadnjem rogu kičmene moždine konvergiraju sa kožnim nociceptorima, koji deo bolnog podražaja prenose na kožu, npr. bol u levom ramenu kod pektoralne angine. Segmentalnu projekciju korenova leđne moždine na površini tela nazivamo *dermatomom* (Hedova (Haed) zona).

Psihogeni bol je bol za koji nema psihogene osnove, ali psihološki razlozi mogu znatno uticati na već postojeći fizički bol. Neuspeh lečenja bola nije uvek posledica lošeg izbora analgetika, nego je često posledica neprepoznavanja

i zapuštanja psihološko-emocionalnog poremećaja. Psihogeni bol nema jasnog organskog uzroka, nego je posledica raznih duševnih poremećaja: neuroze, hipohondrije, anksioznosti. Bol u hipohondriji može uzrokovati patološki strah (npr. neizlečiva bolest) ili patološka opsesivnost nekim poremećajima telesnih funkcija.

Emocionalni bol može pratiti fizički bol, ali se može i samostalno razvijati. I on može biti sveobuhvatan kao i fizički. Bolesnik govori o bolu, ali je to zapravo patnja. Emocionalni odgovor na bol može da se manifestuje kao depresija, anksioznost, agitacija, iritabilnost, promene raspoloženja, anticipacija, ali i osećaj olakšanja (npr. pri porođaju) i sl. i može da bude u uskoj vezi sa osobinama ličnosti bolesnika.

U teškoj i neizlečivoj bolesti, ili u teškom posttraumatskom stanju, sporo i nezaustavljivo razaranje tela pretri razaranjem socijalnog i emocionalnog života oštećenog i njegove porodice. Fizički bol izobličava izražavanje osobina i izaziva emocionalni bol. On je delom odgovor na stanje u okolini i rezultat je kompleksnog odnosa između bolesnika, njegove porodice i prijatelja. Emocionalni bol ne reaguje na analgetike.

Duhovni bol može biti isto tako težak simptom kao fizički bol. To je doživljaj bezvrednosti, beznadnosti i besmislenosti. Duhovnost ljudskog bića podrazumeva sposobnost spoznaje samog sebe i samorazvoja, ukupni broj odluka koje smo doneli. Duhovnost je sposobnost uživanja u unutrašnjem miru. Konstatacija da je život bez smisla, rađa duhovni bol. Patnja menja vlastitu osobu, a previše patnje onemogućava da budemo osoba koja smo bili.

Fizički bol je subjektivan osećaj koji se javlja prilikom oštećenja integriteta tkiva. On ima zaštitnu funkciju, tj. treba da spreči dalju dezintegraciju organizma i da sačuva njegove funkcije. Bol je mnoštvo neugodnih osećaja, koji remete zdravlje organizma.

Poseban problem kod određivanja fizičkog bola čini nedostatak opšteprihvaćenih kriterijuma koji bi omogućili da se što objektivnije utvrdi karakter povreda, a naročito jačina i trajanje bolova. Fizički bol kao manifestacija povrede tela najčešći je oblik nematerijalne štete.

Bol je jedan od najsubjektivnijih simptoma, pa je objektivno merenje njegove jačine nemoguće.

Medicinski parametri, koji determinišu procenu fizičkog bola jesu:

- a) karakter bola,
- b) intenzitet bola,
- c) dužina trajanja bola, i
- d) posledice koje je bol ostavio.

a) **Karakter bola** istovremeno upućuje na poreklo bola, tj. na lokaciju povrede, a posredno ukazuje na njegovu jačinu. Utvrđivanje karaktera bola je veoma važno, jer od toga zavisi njegov intenzitet. Tako je *neuralgičan bol* najjači, javlja se u jednakim vremenskim intervalima i žigovima. *Pulsirajući bol* slabiji je od neuralgičnog, pojačava se sa svakim otkucajem srca, a onda smanjuje intenzitet. *Difuzan bol* je

bol kože ili sluznice koji ne varira u intenzitetu. Obično je slabiji od prva dva. *Vegetativni bol* ima karakter žarenja i paljenja, ali se javlja dosta retko.

Za procenu je veoma bitna razlika karaktera bola, tj. da li je probadanje ili bockanje, žarenje ili mukli bol. Oni se mogu i međusobno smenjivati. Bol takođe može biti trajan ili povremen, odnosno spontan ili provociran.

Bol može osećati samo organizam koji je u trenutku povređivanja bio u takvom stanju da su prijemnici i provodnici bola potpuno funkcionisali. Zato bol može osećati samo osoba pri punoj svesti jer kvantitativno smanjenje svesti uopšte smanjuje i doživljaj intenziteta bola, što je naročito važno za povrede centralnog nervnog sistema kod kojih je svest povređenog neretko kompromitovana duže ili kraće vreme.

b) **Intenzitet bola** zavisi od lokalizacije, vrste i obimnosti patološko-anatomskih promena. To je ključno pitanje koje zanima pravnike i medicinske veštace. Klasična ispitivanja bavila su se sposobnošću čovečjeg organizma da diferencira različite stepene jačine bola, od najslabijeg do najjačeg. Tako je utvrđena skala od 22 stepena bola koje organizam registruje. Za forenzičke potrebe konstruisane su skale za procenu intenziteta bola. Prema Bokonjiću, bol se može diferencirati na sledeće kategorije:

- veoma jak – kontinuiran, praćen životnom ugroženošću,
- veoma jak – kontinuiran, veoma jak – povremen,
- jak – kontinuiran, jak – povremen,
- srednjeg intenziteta – kontinuiran, srednjeg intenziteta – povremen, i
- slabog intenziteta – kontinuiran, slabog intenziteta – povremen.

Ovoj klasifikaciji se ne može negirati sistematičnost i ozbiljnost u pristupu. Međutim, njena praktična vrednost je mala. Sasvim je drugo pitanje objektiviziranje intenziteta bola. Bilo je pokušaja da se konstruišu aparati, tzv. dolorimetri, koji bi merili jačinu bola. Međutim, dobro je poznato da je bol subjektivna kategorija i da njegov intenzitet zavisi od strukture ličnosti, stanja zdravlja pre povređivanja, godina starosti, aktuelnog psihičkog stanja povređenog i od drugih faktora.

Jačina fizičkih bolova najbolje se može objasniti klasifikacijom u četiri stepena:

- bol naročito jakog intenziteta,
- bol jakog intenziteta,
- bol srednjeg intenziteta, i
- bol slabog intenziteta.

Međutim, zbog veoma retkog dešavanja bola naročito jakog intenziteta, forenzičke i pravne potrebe u našim sudovima sasvim zadovoljava jednostavna podela jačine bola na tri stepena: *jakog, srednjeg i slabog intenziteta*.

Bolovi naročito jakog intenziteta se veoma retko dešavaju. Izazivaju najrazličitije i često burne psihičke i fizičke manifestacije, suženje svesti i stanje šoka. Veoma teško se podnose, a leče se derivatima morfina.

Mogu se javiti kod povrede ili obolenja kranijalnih nerava. Smatra se da pri povredi nerva trigeminusa nastaje najjači opisan bol kod čoveka. Takođe, u ovakve bolove spadaju bubrežne i žučne kolike, kao i kod nekih malignih obolenja.

Bolovi jakog intenziteta zavisiće od vrste povrede, brzine medicinske intervencije, toka i rezultata lečenja. Biće najkraćeg trajanja, a u njima će veštak prihvatiti sva neugodna događanja vezana uz povredu (ekstenziju, transplantaciju kože, previjanje rane, kateterizaciju, vađenje drenova i sl.). Oni izazivaju pojavu bolnih grimasa i prinudnog položaja, zenice se šire, osoba jauče, stenje ili zapomaže, krvni pritisak je povišen, puls je ubrzan, hronična nesаница i sl.

Bolovi srednjeg intenziteta ocenjuju se za vreme intenzivnog lečenja, ne prelaze po pravilu kod lakih povreda 10 dana, a kod teških povreda, zavisno od kliničke slike. Izazivaju neprijatnosti i pri kraćem trajanju, a pri dužim bolnim periodima zahtevaju neizostavno korišćenje analgetika, a praćeni su i poremećajem raspoloženja i sna.

Bolovi slabog intenziteta pripadaju vremenu oporavka i rehabilitacije. Broj dana zavisiće od vrste povrede, ocenjuju se do mesec dana kod lakih povreda, a više od 60 dana kod teških povreda. Lako se podnose, pri dužem trajanju mogu zahtevati primenu analgetika, a propratnih pojava uglavnom nema.

Pri gradaciji bolova je karakteristično da su bolovi vrlo visokog intenziteta ređi i rezervisani su samo za retke slučajeve i situacije. Bolovi visokog intenziteta se normalno ne mogu podnositi bez vidnog manifestovanja (plač, jaukanje, stenjanje, grimase, šok itd.) i gde su obavezni analgetici. Bol srednjeg intenziteta podnosi se obično uz malo više trpljenja, ali uglavnom bez analgetika. Tada povređeni može da obavlja određene životne radnje uz malo trpljenja i to sam ili uz pomoć drugog lica, ali po pravilu ne može da radi ni lakši posao, čak ni uz veći napor. Bolovi lakog intenziteta se lako podnose sa ili bez analgetika. Povređeni može i da radi lakši posao uz veći napor.

Postoji velika šarolikost kod ocena i naknada za pretrpljene fizičke bolove. Za istu povredu, koja je nastala pod sličnim okolnostima i slično lečena i protekla, u raznim mestima i u istom sudu, zavisno od veštaka i sudije, mogu se dobiti po nekoliko puta različiti nivoi obeštećenja.

U oceni bola nisu postavljeni čvrsti kriterijumi, već je reč o subjektivnim ocenama, koje se moraju temeljiti na kriterijumu medicinske doktrine, a uz to treba uzimati u obzir i subjektivne tegobe koje oštećeni trpi. Poznato je da svaku povredu prati bol, koji se kod raznih povreda kod raznih osoba i kod povreda raznih organa znatno razlikuje. Zato u oceni bola treba upotrebiti iskustvo koje će omogućiti da ih pomoću medicinske dokumentacije približno objektivno ocenimo.

Ovde treba ukazati na to da je sudskomedicinska praksa pokazala da kod intenziteta i dužine trajanja bola, kao i karaktera bola postoje objektivne teškoće pri odlučivanju

u koju grupu, koji stepen i koju dužinu trajanja da svrsta fizičke bolove, a da ipak ne izađe iz okvira postojećih medicinskih regulativa. Pojava ovakvih dilema opravdava upotrebu termina *graničnosti* kod procene karaktera bola, intenziteta i dužine trajanja bola. Veštak treba da pokaže puno znanja i umeća da u svakom konkretnom slučaju primeni medicinske kriterijume i medicinsku doktrinu.

Pri vještačenju se ponekad može pojaviti slučaj *kada fizički bolovi prelaze u trajno umanjenu životnu aktivnost, dakle u drugi vid nematerijalne štete*. U praksi se može desiti da višegodišnji fizički bolovi, a koji se često javljaju i koji su stepenovani kao jaki, mogu da trajno promene psihičku ravnotežu i da utiču na umanjenu životnu aktivnost tj. da se transformišu u *duševne bolove zbog umanjene životne aktivnosti*. To se može desiti ako jak intenzitet bola nastupa često i traje dugo, što može izazvati poremećaj psihičke ravnoteže i uticati na životnu aktivnost, što sve zavisi od strukture ličnosti. Ako dodje do pogoršanja zdravstvenog stanja zbog čestih i jakih fizičkih bolova što umanjuje životnu aktivnost, onda se ponovnim vještačenjem izjasnimo da je nastalo umanjeno životne aktivnosti zbog fizičkih bolova. To se može desiti kada je lečenje završeno, kod posledica politraume tela sa više amputacija sa pratećim „fantomskim“ bolovima, kod povreda i oboljenja nekih kranijalnih nerava (n. trigeminus) ili spletovi nerava i sl.

c) **Dužina trajanja bola** zavisi od više faktora: *težine povrede, stepena poremećaja funkcije povređenog organa ili dela tela, terapijskih procedura, rehabilitacije i drugih činilaca*.

Pri vještačenju dužine trajanja bola treba voditi računa o tome da se uzimaju u obzir svi bolovi od nastanka štetnog događaja do završetka lečenja, dok se *kasniji bolovi priznaju u okviru naknade za umanjeno životne aktivnosti*. U naknadu za fizičke bolove spadaju sve nelagodnosti kojima je bio izložen oštećeni u toku lečenja (npr. kraća nesvestica, hospitalizacija i broj operacija, dugotrajno nepomično ležanje, razne vrste imobilizacije i fiksacija, infuzije, transfuzije, injekcije, previjanje rana, odstranjivanje šavova, upotreba invalidskih kolica, bolovanje, posećivanje ambulante, fizioterapija itd.).

Okolnost da je oštećeni tokom lečenja *primaio lekove protiv bolova* daje veštaku veliki oprez u proceni dužine trajanja bola i njegove jačine. Potrebno je u svakom konkretnom slučaju imati na umu, da lekovi protiv bolova imaju i neka štetna dejstva po organizam.

Postavlja se pitanje **u kojoj meri je davanje analgetika moglo umanjiti jačinu i trajanje bola**. Kod primarnog ili akutnog bola do koga dolazi neposredno nakon povređivanja, posle operacije ili u sklopu komplikacije zapaljenskog tipa, ovi lekovi daju određeni efekat, za razliku od hroničnog bola gde su ovi lekovi slabije delotvorni. Pitanje primene analgetika u smanjenju fizičkog bola je, inače, veoma kompleksno, zbog mogućih neželjenih efekata, najčešće alergijske prirode. Ovo posebno dolazi do izražaja kod hroničnog bola gde dugotrajna upotreba analgetika može da

Gavrilo Ščepanović:

Veštačenje fizičkih bolova u parnici- izazovi i dileme

Expertise of reduced life activities in the lawsuit – challenges and dilemmas

izazove stomačne tegobe, oštećenje jetre i zavisnost. Takođe, u nekim slučajevima kao na primer kod kranio-cerebralnih povreda, potrebna obazrivost u primeni analgetika, zbog praćenja stanja svesti. Duža upotreba leka *ubiprofena* dovodi se u vezu sa povećanim rizikom od srčanog udara, možda zbog potiranja svakodnevnog dejstva aspirinske terapije.

Mišljenje o efektu analgetika na fizički bol, veštak donosi na osnovu uvida u medicinsku dokumentaciju i anamnestičke podatke. Ali pošto je medicinska dokumentacija najčešće nepotpuna, a iskaz oštećenog nepouzdan, najčešće se mišljenje donosi na osnovu ličnog iskustva veštaka, koje je rutinsko i samim tim u priličnoj meri nepouzdan. Zbog toga je neophodno da se veštak pre kvalifikacije jačine bola i određivanja dužine trajanja izjasni, da li ima podataka da je ordiniran analgetik i koje vrste i u kom vremenu. Ako nema informacija o tome, onda nastoji da od oštećenog dobije podatke o kvalitetu bola, što konstatuje u nalazu.

Jedan od kriterijuma kojima je moguće objektivizirati sud o jačini i trajanju fizičkog bola jeste podatak o vrsti analgetika koje je oštećeni dobijao. Ukoliko se ima informacija da je bio analgetik iz grupe jednostavnih lekova za umirenje bola, poput nesteroidnih lekova (aspirin, paracetamol, brufen, diklofenak i sl.), a onda ima razloga da se isključi postojanje bola jakog intenziteta i njegovog dužeg trajanja.

S druge strane, snažni lekovi protiv bola, poput Trodona i sličnih lekova, imaju uticaja i opredeljuju veštaka za mišljenje o većem intenzitetu bola i njegovom dužem trajanju. Na ovu kategoriju bola ukazuje i ordiniranje antidepresivnih lekova, koji se često primenjuju u suzbijanju bola koji duže traje. Međutim, duže davanje jačih sredstava za ublažavanje bola, može otvoriti kompleksno pitanje stvaranja navike na ovu vrstu lekova. Posebno osetljivo pitanje za ocenu fizičkog bola jeste davanje injekcionih blokada u bolnoj zoni, jer samo davanje proizvodi određenu bol.

O uzimanju analgetika i proceni jačine bola i njegovog trajanja, postoje neusaglašena mišljenja veštaka. Ako čovek primi injekcije protiv bolova, to takođe izaziva bol i neprijatnost, kao i mali strah, a takođe i potencijalnu alergiju i druge štete.

Dominantno je mišljenje da treba priznati postojanje fizičkog bola, iako osoba koja ga trpi zbog primene analgetika ima umanjene bolove, ili nema subjektivni osećaj bola. Ovo treba objasniti činjenicama da uzimanje analgetika ima manju ili veću štetu za gastrointestinalne puteve, a takođe, znatan procenat osoba ne sme zbog postojećeg oboljenja primati analgetike zbog štetne interakcije analgetika sa drugim lekovima, što sve daje određen rizik po zdravlje. Ovde spadaju i nedovoljno informisani pacijenti, kao i oni sa lošom zdravstvenom prosvetenošću i opasnošću od nepravilno uzetog leka.

Ovde treba ukazati na sličnu opasnost od antibiotika, sedativa i drugih lekova, koji se daju pri infuzijama, tran-

sfuzijama, potom od vakcina, seruma i sl., od kojih se latentne posledice mogu javiti u kasnijem periodu.

Povređeni mora zbog lečenja da unosi strano telo u organizam u obliku leka koji može izazvati negativne posledice. Zbog dokazane štetnosti po zdravlje od uzimanja lekova, u obliku ranih i kasnih posledica u sudskomedijskoj praksi, prevladava mišljenje da efekat uzimanja analgetika treba *značajno zanemariti* u odnosu na dužinu i intenzitet trajanja bolova.

Davanje analgetika deci i osobama mlađeg uzrasta (do 16 g.) može da izazove trajno oštećenje sluzokože, što može doneti veću štetu nego što je bio razlog uzimanja leka. Zato se kaže da je uzimanje analgetika „mač sa dve oštrice“. *Dakle, iz svega opisanog konstatuje se da ne treba ceniti fizičke bolove u odnosu na stanje nakon svih primenjenih medicinskih mera, već kakva je povreda po svojoj prirodi i kakvi bi bolovi proizašli da pacijent nije lečen.*

Ipak, i dalje je u sudskoj praksi nepromenjen stav da *pri veštačenju treba umanjiti dužinu trajanja bola i intenzitet ako je povređeni uzimao analgetike. Pri tome treba ceniti svaki slučaj za sebe.*

Isti problem javlja se i kod gubitka sposobnosti osećanja bolova zbog toga što je povređena osoba u *besvesnom stanju*. I ovde se javljaju podeljena mišljenja u vezi sa dosuđivanjem naknade za pretrpljene fizičke bolove. Prva grupa mišljenja ide za tim da čovek bez svesti ne oseća bolove, te da nema osnova za dosuđivanje naknade, dok drugi imaju suprotan stav, ističući da i kod nesvestice postoje različiti stepeni svesti i da tek potpuna koma isključuje sposobnost osećanja fizičkih bolova. Ukoliko je koma (koja je takođe štetna po zdravlje) trajala više dana ili meseci, tada bi trebalo posebno vrednovati okolnost da gubitak vremena dok je oštećeni bio u nesvesti predstavlja poseban oblik duševnih patnji. Na ročištu je potrebno od veštaka tražiti da se izjasni da li je usled nesvesnog stanja oštećeni mogao trpeti bolove ili nije.

Konstatacija da je oštećeni nakon povrede uzimao lekove (pre svega analgetike) i da je bio u besvesnom stanju, izazivaju veliku neusaglašenost veštaka o ovoj temi i trpe kritiku na svim raspravama.

d) **Posledice bola** se manifestuju u domenu poremećaja opštih životnih aktivnosti, pa će u tom pogledu biti razmatrane. Pri veštačenju ponekad se pojavi dilema, kada fizički bolovi prelaze u trajno umanjeno živотно aktivnosti, dakle, u drugi vid štete. *Poznato je da fizički bolovi koji se stalno javljaju mogu da utiču na umanjeno živотно aktivnosti i da se transformišu u duševne bolove zbog umanjeno živотно aktivnosti.* Za precizno razgraničenje ova dva vida nematerijalne štete potrebna je pomoć iskusnog veštaka.

Inače, praksa pokazuje da se u sudovima najčešće insistira da se veštak izjasni samo okolnosti trajanja i intenziteta pretrpljenih bolova, a zaboravlja se tražiti od veštaka izjašnjenje i o drugim bitnim okolnostima konkretnog slučaja koje su pratile lečenje i koje svakako mogu da utiču na visinu novčane naknade. Zato je veoma značajno da veštak

zdravstveno stanje i tegobe oštećenog što sveobuhvatnije i vernije opiše i time ispuni svoju dužnost da prezentuje sudu kompletan nalaz.

PROCENA FIZIČKOG BOLA

Pri veštačenju fizičkih bolova, veštak treba da se izjasni da li je oštećeni trpeo fizičke bolove, kakav je bio njihov intenzitet, koliko su dugo trajali i da li se mogu pojaviti u budućnosti.

Veštačenje fizičkog bola obuhvata period koji nastaje direktno od somatskog oštećenja i traje do završetka medicinskog lečenja (uključujući i rehabilitacionu terapiju), a takođe i bolove koji nastaju eventualnim pogoršanjem procesa bolesti usled ranijeg oštećenja (*causa antecedens*), ili kasnijeg oboljenja (*causa superveniens*), ali u vezi sa predmetnom povredom, što predstavlja primarni uzrok na kojem se temelji tužbeni zahtev. Ovde spada i bol prouzrokovan potrebnom medicinskom intervencijom radi saniranja telesnog oštećenja (operacije, primanje injekcija, nošenje gipsa i sl.).

Pri proceni fizičkog bola značajno je utvrditi da li je oštećeni imao fizičke bolove koji nisu posledica predmetne traume. Svaka osoba ulazi u štetni događaj sa svojim ličnim zdravstvenim stanjem i prethodnim povredama koje je obavezno utvrditi u parničnom postupku. Veštak treba da se upozna sa svim posebnim stanjima i bolestima oštećenika, kao i sa prethodnim povredama. *Ako je bilo prethodnih povreda istog dela tela ili organa, veštak će utvrditi njihov uticaj na fizičke bolove u odnosu na novi štetni događaj.*

Dokazano je da su osetljiviji na fizičku bol srčani bolesnici ili emocionalno labilne osobe, a posebno deca.

Prema tome, kod utvrđivanja ovog oblika nematerijalne štete mora se voditi računa o ličnosti oštećenog, trajanju i intenzitetu bola, karakteru povrede, starosti oštećenog, primeni sredstava za suzbijanje bolova.

Pri veštačenju bola treba uzeti u obzir okolnosti koje se često javljaju: da oštećeni oseća bol od više istovremenih povreda. U tom slučaju bol treba veštačiti jedinstveno, jer je reč o jedinstvenom osećaju. Ako se bol oseća na više mesta na telu, onda bol najjačeg intenziteta „pokriva“ druge bolove. Ta pojava naziva se *sumacija bola*.

Ako se ustanovi da pacijent trpi fizičke bolove jačeg ili srednjeg intenziteta usled lake telesne povrede, te ako su duže trajali (4–5 dana i više), oštećeni ima pravo na naknadu štete.

Medicinska dokumentacija je često neupotrebljiva i nepotpuna u pogledu prirode povrede, preduzetih mera lečenja, nastalih komplikacija ili zaostalih posledica na osnovu kojih se mogu procenjivati fizički bolovi, a podaci koje povređeni pruža prolaze kroz filter njegovog psihičkog profila i gotovo neizbežne rentne opterećenosti. Zbog toga veštak mora krajnje studiozno da pristupi analizi okolnosti povređivanja i da proceni koja je vrsta povrede, njena lokalizacija i koje su nastale komplikacije, kakvo je bilo lečenje, a potom da upozna analizu posledica predmetne povrede, kao i druge okolnosti, kao što su: koja je brzina nastanka

povrede, koje je povredno oruđe, da li je bilo gubitka svesti, koja je brzina pružanja prve pomoći, trajanje transporta do najbliže zdravstvene ustanove i sl. Takođe, pri pregledu oštećenog treba utvrditi kakvo je aktuelno stanje zdravlja i koje su trajne posledice, a sve radi procene pojave bolova u budućnosti.

Objektivno merenje bola ne postoji, nema načina za merenje bolesnikovog bola, postoji samo procena intenziteta bola koja se temelji na ekspresiji bolesnika. Dakle, ne postoji mera kojom se količina bola i patnje čoveka mogu izračunati, jer su promenljivosti u stepenu bola gotovo beskonačne. Ovo tim pre što se u nekim slučajevima oštećenja bol bazira na psihološkoj osnovi, bez važećih fizioloških razloga. U medicini je dobro poznat fenomen da čovek, čija je ruka ili noga amputirana, može da oseća bol u nedostajućem ekstremitetu. Takođe se događa da žrtva postaje opsednuta povredom i da oseća bol dugo posle izlečenja.

Među veštacima postoji mišljenje da potpuno uređenje kriterijuma o jačini i dužini trajanja fizičkih bolova nije, i dugo neće biti moguće, jer je savremena medicina na ovoj tački razvoja sačinjena od 75 odsto doktrine i 25 odsto ličnog ubeđenja lekara. U okviru tih 25 odsto nalazi pojedinih veštaka mogu, a ponekad i moraju, da se razlikuju. Primer: da li treba više verovati proceni porođajnog bola koju daje muškarac ginekolog, ili proceni koju daje žena ginekolog koja je majka troje dece? Ako je lekar veštak nekada imao prelom butne kosti, onda se mora očekivati da taj lekar procenjuje bol kod preloma butnjače kao teži u odnosu na lekara koji taj prelom nije preživeo. Jasno je da se subjektivni faktor u medicinskom veštačenju nikada ne može sasvim isključiti. *Smatra se da je potpuna objektivnost u medicinskom veštačenju samo ideal kome treba težiti i apsolutno nikada ne treba odustati od te težnje.*

Pri veštačenju, treba obratiti pažnju na to da osoba koja se parniči može svoje simptome da *izmišlja, uveličava ili umanjuje* kako bi ostvarila svoj cilj. Suočen sa takvim problemima, sudski veštak treba dobro da poznaje savremene metode dijagnostike, kao i kliničke psihijatrijske procene i klasifikacije poremećaja.

Simulacija predstavlja namernu produkciju lažnih ili nadogradnju u većoj meri fizičkih i psiholoških simptoma koja je najčešće motivisana pribavljanjem tzv. sekundarne dobiti (finansijska korist, izbegavanje krivične odgovornosti, problema na radnom mestu i dr). Smatra se da osoba koja simulira ne boluje od fizičke ili duševne bolesti. Postoji više faktora koji upućuju na simulaciju: To su pre svega medikolegalni sadržaj prikazivanja (upućivanje od strane advokata na medicinsko ispitivanje), velika razlika u opisu simptoma u odštetnom zahtevu i objektivnog nalaza onesposobljenosti, nedovoljna saradnja kod dijagnostičkih postupaka i terapije i prisustvo antisocijalnih poremećaja ličnosti. Otkrivanje simulacije je teško, kao i njihovo razlikovanje od osnovnih psiholoških poremećaja i zbog toga se smatra da ni jedan metod nije u potpunosti siguran za otkrivanje simuliranih simptoma.

Simulacija je pojava kada neka osoba s određenom svrhom, iz nekog određenog motiva, počne u svom ponašanju ispoljavati simptome bolesti, odnosno simptome psihičke poremećenosti – koji ne postoje. Simuliranje je svesna prevara radi dobitka.

Pri proceni bola veoma je značajno uzeti iscrpnu anamnezu. Oštećenog treba pitati kakav je karakter bola, koliko dugo bol traje, koliki je intenzitet bola i koliki je uticaj bola na telesnu aktivnost, tj. da li je moguće da bilo šta radi dok bol traje.

S obzirom na svu kompleksnost osećaja bola, najbolje je da dužinu trajanja i intenzitet bolova veštače zajedno neuropsihijatar i traumatolog, od kojih *prvi može dati kompletno mišljenje o ličnim svojstvima tužioca u periodu nastanka i o kvalitetu bola, dok drugi daje mišljenje o kontinuitetu bola i delovanju sredstava za smanjenje bola.*

Postavlja se pitanje, da li problem procene kategorije fizičkog bola kod povreda oka treba da čini oftalmolog ili neuropsihijatar?

Svakako da treba da čini oftalmolog jer on najbolje poznaje patogenezu oboljenja i povrede i na taj način može dati najmerodavnije mišljenje o fizičkom bolu. Kao primer, navodimo dve po kvalifikaciji, a praćene su različitim vrstom fizičkog bola po intenzitetu. Erozija rožnjače je laka povreda oka, ali je praćena veoma jakim karakterističnim bolom, dok je perforacija sklere teška povreda oka, ali je praćena bolom lakog intenziteta, ili može trajati bez bola.

Bolni sindrom pripada somatskoj medicini, a imajući na umu subjektivnu komponentu u doživljaju bola, naravno da će angažman neuropsihijatra biti koristan. Sudska medicina na današnjem stepenu razvoja nije dala odgovor na neke dileme, kakva je na primer, fantomski bol i njegova procena u kontekstu nematerijalne štete. Treba se nadati da će klinička i forenzička istraživanja u budućnosti rešiti sadašnje dileme.

Nema pouzdanog neurofiziološkog ili hemijskog testa koji bi mogao izmeriti veličinu bola. Bol je ono što bolesnik kaže da jeste. Veštak se u svojim procenama mora u prvom redu osloniti na bolesnikov izveštaj o bolu. U slučaju da povređeni ima neko prethodno oboljenje koje mu onemogućava dobru komunikaciju (deca, retardirani – dementni, emocionalno poremećeni), postoji nemogućnost adekvatne procene bola.

Veštak treba uvek da se izjasni o budućim fizičkim bolovima, kada se kod oštećenog posledice po tipu bolova nisu još ispoljile, ali će ih po redovnom toku stvari u budućnosti izvesno imati i zbog toga trpeti. Veštak će se tada izjasniti i o prethodnom zdravstvenom stanju oštećenog, o njegovom duševnom stanju, životnoj dobi, individualnoj osetljivosti i sl. *Propuštanje da se prosude ove okolnosti ide u svakom slučaju na štetu oštećenog.*

Od bolesti koja traje može nastati niz socijalnih problema jer bolesnik ne može raditi, zarađivati, ne može završiti započeto, finansijski se problemi gomilaju, nastaju bračni problemi. Ako bolest duže traje, takvog bolesnika

napuštaju prijatelji i poznanici, a oni koji rade oko njega su nestrpljivi i to rade sa naporom. Sve to utiče na bolesnikovo podnošenje bola. Bol se pogoršava ili nastaje zbog društvene izolacije. Mnoge su tegobe, osobito bol, veće i jače kad je čovek sam jer ga nema ko saslušati. Usamljeni bolesnik gubi samopouzdanje i osećaj vrednosti i značenja.

Ako nakon povrede, uprkos uredno sprovedenom lečenju i rehabilitaciji, zaostaje trajno bolno stanje, tada ga ocenjujemo kao trajnu posledicu koja smanjuje opštu životnu aktivnost.

Uprkos preprekama, svaka komponenta bola može u većini slučajeva biti procenjena s velikom pouzdanošću, ako se provede detaljna procena koja uključuje dobru anamnezu, opservaciju i detaljnije informacije o povredi i toku lečenja.

NUMERIČKE SKALE I METODE ZA MERENJE INTENZITETA BOLA

Bez obzira na činjenicu da nikada nije postojala osnovna merna jedinica kojom se iskazuje bol, a takođe ni merni instrument kojim bi se izmerio intenzitet bola, ipak postoji pristupi merenju bolnog stanja sa numeričkim skalama. Veštaci koji zastupaju ovaj stav pozivaju se na takav pristup u nekim državama u okruženju, kao i na stavove u Evropskoj uniji.

Medicinski pristup proceni bolnog stanja počinje utvrđivanjem dijagnoze, individualnog hendikepa, socio-ekonomskih uslova i završava se sudskomedicinskim veštačenjem. Svaki korak u ovoj proceni komplikuju bar dve nesporne činjenice: *da je bol multidimenzionalni fenomen i da postoji problem mogućnosti verifikacije bolnog stanja i procene njegove težine, jer je po definiciji, bol subjektivni doživljaj i može postojati kada nema organske patologije.*

Procena bolnih stanja zasniva se na:

- identifikaciji osoba koje osećaju bol,
- identifikaciji karakteristika bola,
- utvrđivanju osnovnih informacija od koristi za procenu bola,
- evaluaciji statusa i efekta terapije,
- proceni onesposobljenosti – hendikepa, i
- oceni životne sposobnosti.

Pri proceni bolnih stanja najpre treba utvrditi da li bol zaista postoji i klasifikovati ga: etiološki, prema anatomskoj distribuciji, patofiziološkim zbivanjima (nocioceptivni, inflamatorni, neuropatski), kvalitetu i intenzitetu doživljaja i trajanju bola.

Objektivno merenje intenziteta bola ne postoji, nema načina za merenje bolesnikovog bola, postoji samo procena bola. Procena intenziteta bola temelji se na bolesnikovoj ekspresiji. Intenzitet bola se može odrediti preko jednodimenzionalnih i multidimenzionalnih lestvica.

Jednodimenzionalne lestvice:

1. vizuelno-analogni skala-lestvica (VAS), je danas često u upotrebi. Na 10 cm dugoj crti, od bolesnika se traži da označi mesto koje odgovara jačini njegovog bola. S druge

strane milimetarske lestvice očita se VAS skor. Pri tome 0 znači da nema bola, a 10 – maksimalni bol. Ako je VAS skor od 0 do 3, takva jačina bola ne zahteva analgetsku terapiju,

Koja reč opisuje vaš sadašnji bol:

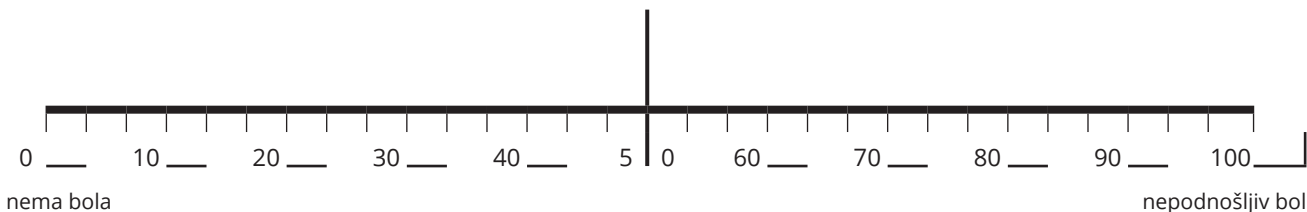
nema	umere- na	srednje jaka	jaka	najjača moguća
------	--------------	-----------------	------	-------------------

Verbalna skala

2. numerička skala od 0 do 100 (Numerical Rating Scale – NRS). 0 znači da nema bola, a 100 označava najjači bol. Broj koji upisuje bolesnik označava jačinu postojeće boli koja se može izraziti i u procentu.

Merenje bola
Vizuelna analogna skala

Uz pomoć pokazivača navesti jačinu bola koji osećate



3. verbalna skala s 4 tačke (VRS 4): 1 – nema bola, 2 – malo, 3 – dosta i 4 – jako,

4. verbalna skala sa 5 tačaka (VRS 5): 1 – blagi bol, 2 – neugodan bol, 3 prisutan bol, 4 – jak bol i 5 – mučan bol.

Navedite jačinu bola od:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

nema bola

nepodnošljiv bol

Numerička skala

Multidimenzionalne skale-lestvice: Postoje pokušaji da se objektivizuju psihološke i fiziološke dimenzije bola Mekgil–Melcakov upitnik o bolu (The McGill-Melzack Pain Questionnaire) – MPQ i upitnici tipa BQ za procenu nekih dimenzija bola, stepena onesposobljenosti, kognitivnih i afektivnih poremećaja povezanih s bolom, intenziteta bola, uticaja na svakodnevno i socijalno funkcionisanje, raspoloženje, kontrole bola, s osvrtnom na terapijski pristup. Ovde spadaju Mekgilov (McGill) upitnik o bolu i kratki bolesnikov zapis o bolu (BPI), koji se sastoji od niza pitanja koja su međusobno povezana u skupove. Na primer, gde vas boli? Bolesnik označava bolno mesto na slici ljudskog tela. Koliko je jak vaš bol? Bolesnik označava jačinu bola na VAS skali.

Za sada, osim grubih skala za procenu intenziteta bola, njegovih fizioloških i psiholoških karakteristika, može se samo pokušati sa procenom u koju je šemu opštih mehanizama bola moguće uklopiti individualno bolno iskustvo

pacijenta. Anatomska lokalizacija bola može upućivati na etiologiju i senzorne aspekte.

Na intenzitet bola utiču etiologija, tolerancija i individualni prag bola, kao i dodatni faktori (umor, udobnost, raspoloženje, lekovi, socijalno okruženje itd.).

Primena numeričkih skala-lestvica u poslednjim decenijama je bila zaživela u praksi. Međutim, u poslednje vreme ovakva praksa uglavnom je napuštena, mada se u današnje vreme još uvek primenjuje u sudovima u Vojvodini.

Kada se od veštaka zahteva da govori o intenzitetu bola kroz zamišljene numeričke lestvice nastaje često višestruki problem.

Ne postoji merna jedinica kojom se iskazuje bol. Takođe, ne postoji ni merni instrument kojim bi se intenzitet bola izmerio, odnosno objektivno utvrdio i doveo u relaciju sa osnovnom mernom jedinicom. Dakle, moramo se pomiriti sa činjenicom da bol nije nikakva fizička kategorija i da ga je nemoguće privesti numeričkim parametrima bilo

koje vrste. Bol je individualna kategorija koja teško podnosi „uprosečivanja“ bilo kakve vrste. Zbog toga je očigledno zašto većina lekara-veštaka smatra da bi formulacija u stilu: „...ispitanik je trpeo bolove intenziteta 6 na skali od 1 do 10...“ bila izložena kritici. Kada bi neko prezentirao takvu formulaciju, sasvim sigurno bi usledila najmanje dva pitanja: intenzitet 6, ali čega 6, kojih mernih jedinica? Odnosno: „... čime si to izmerio i kako ćeš me ubediti da je intenzitet baš 6, a ne 5 ili 7“. Zbog ovog, prevladuje mišljenje da je uvođenje bilo kakvih numeričkih skala, kada su u pitanju bol i slične kategorije nematerijalne prirode, teško prihvatljivo.

Iskusniji veštaci smatraju da je prikladnije ovaj vid nematerijalne štete iskazivati preko trostepene skale, tj. opredeljivati se za bol jakog, srednjeg ili slabog intenziteta, jer se objektivnost postiže i smanjenjem subjektivnosti. Ovakav stav proističe iz činjenice da opseg desetostepene skale daje mogućnost veće subjektivnosti kod inače teško objektivnog merljivog fenomena kao što je fizički bol, koji je inače sam po sebi u značajnoj meri subjektivan. Takođe, ovakvom kvalifikacijom bola, otežava se komunikacija između veštaka i sudije, kao i ostalih učesnika u parničnom postupku, jer brojčana ocena desetostepene skale nudi proizvoljno tumačenje navedenog brojčanog iznosa. Naime, šta može da znači, ocena da se intenzitet bola oceni ocenom 3 ili 7? To je samo subjektivna ocena veštaka koja sudiju stavlja pred teškoće da u određivanju naknade iznese razloge na kojoj se presuda zasniva. U slučaju da broj-

čanu ocenu sudija prevede na opisnu, rizikuje da menja mišljenje veštaka, što po zakonu nije dozvoljeno, s obzirom da sud može da prihvati ili ne prihvati nalaz i mišljenje veštaka, ali ne i da ga menja.

Međutim, bez obzira na izraženu subjektivnost njegovog doživljavanja, bol i te kako može biti objektivna i konkretna pojava. Ovo zna svako ko je trpeo bol bilo kakve vrste i izazvan bilo kakvim uzrokom. Na ovom nivou razmatranja nalazimo se u očiglednom logičkom procepu: *bol subjektivno postoji, a nemoguće ga je objektivno iskazati i na neki način materijalizovati kroz neke numeričke ili slične parametre o intenzitetu bola koji je u konkretnom slučaju trpela neka osoba*. Medicinsko znanje ovde ima specifičnu funkciju i treba da posluži kao inicijalni pokretač koji pokreće logiku i zdrav razum, a konačan sud je direktan rezultat pomenutog logičkog zaključivanja.

Da bismo ovo razjasnili, polazimo od tvrdnje da je bol u odnosu na jačinu dovoljno podeliti u četiri kategorije: *slabog, srednjeg, jakog i naročito jakog intenziteta*. Kao kriterijumi za svrstavanje pretrpljenog bola u bilo koju od ovih kategorija, mogu da posluže: intenzitet zadobijene traume, tok i način lečenja. Podaci o tome su objektivni i dostupni uvidom u medicinsku dokumentaciju.

U praksi to može da znači, na primer, sledeće: osoba je zadobila neku od lakih telesnih povreda. Povreda nije zahtevala nikakvo bolničko lečenje, a intenzitet bola je bio takav da ga nije bilo potrebno suzbijati bilo kakvim sredstvima za ublažavanje bola. Očigledan je zaključak da je u tom slučaju posredi bol *slabog intenziteta*. Ovo možda ova-ko izneseno zvuči nedovoljno jasno, ali situacija je potpuno jasna kada još znamo vrstu telesne povrede o kojoj je u konkretnom slučaju reč. U drugom slučaju, u pitanju su bolovi koji su zahtevali medicinski tretman koji se sastojao u ordiniranju lekova za ublažavanje bola koji se uzimaju u formi tableta. Opet, podatak o vrsti zadobijene povrede koji nam je poznat i činjenica da je ispitanik morao uzimati tablete protiv bolova, opredeljuju nas da tvrdimo kako je u tom slučaju reč o bolu *srednjeg intenziteta*. Ako je posredi bol takvog intenziteta da je bilo neophodno administriranje lekova za ublažavanje bolova koji se daju u formi injekcija, može se tvrditi da je reč o bolu *jakog intenziteta*. U ekstremnim slučajevima, kada ispitanik trpi takav bol da se za njegovo suzbijanje poseže za sredstvima iz grupe narkotika (npr. derivati morfina), može se tvrditi kako su posredi bolovi *naročito jakog (ekstremnog) intenziteta*.

Protivnici upotrebe numeričkih skala postavljaju pitanje da li je pri veštačenju fizičkog bola, potreban veštak i da li adekvatnu procenu konkretne situacije može dati sam sud, oslanjajući se pri tome na *logiku, zdrav razum i iskustvo iz svakodnevnog života*.

Ovo pitanje i nije tako besmisleno kako na prvi pogled izgleda, ako imamo na umu definiciju o fizičkom bolu koja uopšte nije fiksna, jasna i precizna – može se reći da zapravo valjane definicije i ne postoje. S druge strane, bol je elementarni opštepoznati fenomen, svako ga je doživeo i

to više puta u životu, pa se niko zapravo i ne smatra nimalo zakinutim ili uskraćenim zbog činjenice da ne poznaje preciznu definiciju ovog fenomena.

Iz literature o bolu saznajemo da fenomen bola nije dovoljno proučen ni sa fiziološkog, patološkog, patofiziološkog, odnosno psihopatološkog aspekta. Zapravo, u knjigama po pravilu nalazimo gomilu različitih definicija o bolu i niz teorijskih razmatranja koja u praksi ne daju konkretne odgovore na svakodnevna pitanja kakva se u sudu postavljaju.

Bol je individualna stvar jer će pod istim okolnostima reagovati različito svaki pojedinac, što opet zavisi od mase drugih faktora. Ovo ukazuje na to da je davanje odgovora na intenzitet i dužinu bola veoma komplikovano u odnosu na to kako se na prvi pogled čini.

Zbog ovih veoma složenih pitanja o bolu, veštak treba da postupa po svojoj slobodnoj proceni koristeći svoje stručno i opšte životno iskustvo. Kada sve ovo imamo na umu, jasno nam je da se nalazimo na „veoma klizavom terenu“, jer su mogućnosti donošenja pogrešnih procena očigledne.

Zbog očiglednih manjkavosti primene numeričkih skala, postavilo se pitanje eventualne standardizacije pojava bola. Zato se više decenija o jačini bola raspravlja na taj način da se, zavisno od procenjenog intenziteta, dodeli nekakav numerički atribut, kako bi situacija postala bar malo jasnija.

Većina veštaka smatra da *treba prekinuti praksu iskazivanja nefizikalnih veličina kao što je bol, putem bilo kakvih zamišljenih numeričkih skala, koje se inače koriste retko*.

Gradacija intenziteta bola na stepene dozvoljava veštaku da njegove stručno-kreativne sposobnosti dođu do punog izražaja pri veštačenju svakog slučaja pojedinačno.

Većina lekara koji su proučavali jačinu fizičkog bola smatraju da je stepenovanje na *slabe, srednje, jake i veoma jake bolove* najadekvatniji pristup i da ostavlja najmanje mogućnosti da se pogreši. Pri tome treba obavezno konstatovati koji je deo tela povređen, koja je karakteristika povreda, da li je povreda lakše ili teže prirode, kakav je bio razvoj i intenzitet kliničke slike, koje analgetike je koristio, kao i *neugodnosti u toku lečenja koji utiču na dužinu trajanja i jačinu bola* (dugotrajno nepomično ležanje, obavljanje fizioloških potreba u postelji, broj hirurških zahvata, dužina gipsane i druge imobilizacije, bolovi tokom rehabilitacije – fizikalnog tretmana, primanje injekcija, transfuzije, upotreba invalidskih pomagala – štaka i kolica, odlasci na kontrolne preglede i sl.).

PROCENA BOLNIH STANJA

Sagledavanje bola sa aspekta njegove multidimenzionalnosti, tj. sagledavanje bola kao sklopa senzornih, fizioloških, kognitivnih, biheviornih i sociokulturalnih manifestacija, jedinstveno ukomponovanih kod svakog bolesnika, jedan je od uslova za procenu neimovinske štete. Posledice svake dimenzije bolnih stanja pod uticajem

su bezbroj varijabli, uključujući uzrast, edukativni nivo, socijalno stanje, okolne faktore, premorbidnu ličnost, psihološke sekvele, prisustvo ili odsustvo komorbiditeta, a posebno nerazumevanje zahteva bolesnika da steknu pravu informaciju i edukaciju u pogledu osnovnog problema.

Sagledavanje bola kao multidimenzionalnog fenomena zahteva angažovanje niza stručnjaka van oblasti medicine. Cilj medicine je dijagnoza i terapija, a socijalni i psihološki poremećaji homeostaze individue teško da se uklapaju u okvire medicinske metodologije, mada su ključajno značajni za određivanje nivoa funkcionisanja i nezavisnosti individue. Socio-ekonomsko okruženje, na primer, ne spada u okvir medicinskog modela, ali je važno za bolesnika. Većina živi u okruženju (porodica, prijatelji, crkva, susedi), koja mu pruža podršku, obično u kratkotrajnim akutnim krizama. Hronični bol najčešće dovodi do drastičnog smanjenja ove podrške, poremećaja odnosa u porodici, s prijateljima, s okruženjem, finansijske i socijalne nesigurnosti, straha, pri čemu trpe fizičko i mentalno zdravlje članova porodice. Često se javlja i diskriminatorno ponašanje okoline, odbacivanje, neprihvatanje ili izbegavanje kontakta s bolesnikom.

Grupa autora (B. Petrović Medved, D. Filipović i Z. Okiljević) predlaže postepen pristup u evaluaciji bolnih stanja (podaci se dobijaju anamnestički i heteroanamnestički):

- identifikovati postojanje bolnog stanja, proceniti karakter, frekvenciju i lokalizaciju, trajanje bola, klasifikovati bolno stanje,

- dobiti podatke o prethodnim terapijskim poduhvatima i njihovoj efikasnosti, uz traganje za znacima hemijske zavisnosti,

- proceniti efekte bola na svakodnevno funkcionisanje, spavanje, apetit, odnose s drugima, emocije, koncentraciju itd.,

- definisati efekte kratkoročne i dugoročne terapije (kontrola bola i povećavanje funkcionalnosti),

- identifikovati faktore koji doprinose promenama percepcije bola, posebno prisustvo sekundarne koristi i posebno u slučajevima kada je percepcija bola neproporcionalna stvarnom oštećenju, i utvrditi da li su ti faktori upotrebljeni/zloupotrebljeni,

- identifikovati komorbidna stanja koja mogu uticati na percepciju bola,

- proceniti, identifikovati efekat bola na fizičko, kognitivno, bihevioralno, emocionalno, socijalno stanje, uticaj na komunikacije s drugima,

- identifikovati faktore koji utiču na bol (zloupotreba supstance, emocionalni, bihevioralni, mentalni poremećaj, kognitivni poremećaji, poremećaji komunikacije, razvojne abnormalnosti, oštećenja senzornih i motornih sistema);

- proceniti da li, kako i koliko bol utiče na optimalni nivo funkcionisanja ili na rehabilitaciju, i

- pokušati da se objektivizira prisustvo bola.

Za procenu bola nema utvrđenih i validnih instrumenata. Evaluacija mora biti reprezentativna, objektivna, ne

retrospektivna i mora uključiti sve dimenzije bola, kao i mogućnost katkad nepredvidivih oporavaka, složene interakcije između dimenzije bola, krajnji rezultat tih interakcija, varijabilnost i svakako nesavršenost metoda procene. Zbog toga je razumljivo što se procena težine bolnog stanja zasniva pretežno na intervjuima, anamnestičkim i heteroanamnestičkim podacima, ovo se inkorporira u medicinski dijagnostički proces, utvrde se etiološki faktor, aktuelni i potencijalni problemi, i to je osnova za dalju evaluaciju.

LITERATURA

- Dunjić, D. (2008). Glava X, *Ekspertiza nematerijalne štete*, Beograd: Ekspertizna medicina, str. 259–267.
- Gnjidić, Ž., Persoli Gudelj, M. (2008). *Vještačenja boli*, Zagreb: Uvod u medicinsko vještačenje, str. 53–58.
- Karan, Ž. (2001). *Osvrt na praksu primene numeričkih skala u veštačenju nematerijalne štete*, Banja Luka: Veštak, 4(2):65–67.
- Kovačević, R. (2003). *Medicinski kriterijumi u proceni nematerijalne štete*, Beograd: III seminar „Sudskomedicinsko veštačenje neimovinske štete“, Zbornik radova, str. 17–24.
- Kozomara, D. (2009). *Domaći i evropski kriteriji medicinskog veštačenja nematerijalne štete*, Mostar: Zbornik radova „Zakonodavstvo i pravna praksa“ broj 7, str. 404–412.
- Petković Medved, B., Filipović, D., Okiljević, Z. (2003). *Multidimenzionalna koncepcija bola u sudskomedicinskom veštačenju*, Beograd: III seminar „Sudskomedicinsko veštačenje neimovinske štete“, str. 51–56.
- Petrović Škero, V. (2003). *Veštačenje u parnicama za naknadu nematerijalne štete*, Beograd: III seminar „Sudskomedicinsko veštačenje neimovinske štete u medicini rada“, str. 9–16.
- Radovanov, A. (2004). *Naknade nematerijalne štete i stavovi sudske prakse*, Budva: Savetovanje o naknadi štete i osiguranja, str. 75–86.
- Šćepanović, G. *Pretrpljeni budući fizički bolovi*, „Sudskomedicinsko veštačenje nematerijalne štete“, Beograd: „Službeni Glasnik“, Drugo izmenjeno i dopunjeno izdanje, str. 87-103.
- Šćepanović, G., Stanković, Z., Petrović, Z. i sar. (2011). *Sudskomedicinsko veštačenje nematerijalne štete*, Prvo izdanje, Beograd: Službeni glasnik i Pravni fakultet Univerzitet Union.
- Vidaković, A. (2004). *Sudskomedicinsko veštačenje nematerijalne štete u slučaju profesionalnih bolesti i povreda na radu*, Beograd: Valjevo Print, str. 9–14.

Expertise of reduced life activities in the lawsuit – challenges and dilemmas

Gavrilo Šćepanović

Abstract: Pain is the most subjective form of immaterial damages, therefore it is impossible to objectively measure its intensity and duration. In the expertise of physical pain, the expert has to declare whether the damaged person suffered physical pain, what was their intensity, how long they lasted and whether it may occur in the future.

The reason for the different perception of pain is objective and is located in genes. According to variants of the gene, people can be divided into *highly sensitive, average sensitive and low sensitive*.

Objective measure for the measurement of pain does not exist. Different people experience pain differently. Therefore, we can say that the threshold of pain is individual and variable.

In determining the physical pain, the expert should use the knowledge of the anatomy and physiology of pain. During expertise it must also be taken into account *the nature of the injuries that damaged person has suffered, subjective characteristics of the injured person and types of the injuries and part of the body where the injury were occurred*. These are the most important factors in qualification of the pain and determining the duration and intensity of the pain, as well as the character of painful conditions and their consequences.

It should be pointed out that the court medical practice has shown that regarding the intensity and duration of pain, as well as the nature of pain, there are objective difficulties in deciding in which group, to which grade and to which duration to classify physical pain, but not going out of the framework of existing medical regulations. The occurrence of such a dilemma justifies the use of the term *borderline quality* in assessing the character of the pain, intensity and duration of pain. The expert should show a lot of knowledge and skills to apply medical criteria and medical doctrine in each particular case.

Keywords: non-material damage, lawsuit, physical pain, judges, experts