

Sygn. akt VI K 655/12

1 Ds. 561/12

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 04 października 2016 roku

Sąd Rejonowy w Inowrocławiu w VI Wydziale Karnym w składzie:

Przewodniczący SSR Sylwia Rolirad – Majewska

Protokolant : st. sekr. Sąd. Ewelina Woźnica

w obecności Prokuratora Prokuratury Rejonowej w Inowrocławiu Andrzeja Nowaka

po rozpoznaniu w dniach 18.06.2013r., 12.09.2013r., 27.09.2013r., 18.10.2013r., 22.11.2013r., 24.04.2014r., 06.06.2014r., 23.10.2014r., 26.03.2015r., 28.04.2015r., 26.05.2015r., 15.06.2015r., 12.08.2015r., 27.08.2015r., 29.03.2016r., 19.04.2016r., 04.07.2016r., 20.09.2016 roku, s p r a w y

D. Ż. (1) syna T. i Z. z domu I., urodzonego (...) w K., zamieszkały I. ulica (...), PESEL (...)

oskarżonego o to, że:

w dniu 23 grudnia 2007 roku w I., jako pełniący dyżur lekarski na Oddziale Chirurgii II miejscowego Szpitala (...), zobowiązany do opieki nad pacjentem, nieumyślnie naraził W. W. (1) na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w ten sposób, że nie przeprowadził u niego zaleconej przez internistę poprzedniego dnia ponownej konsultacji internistycznej po wykonaniu badania kontrolnego KKG w dniu 23 grudnia 2012 roku, dokonał nieprawidłowej oceny zapisu tego EKG bądź też oceny takiej nie przeprowadził w ogóle, podczas gdy zapis wskazywał na świeże zmiany niedokrwienne mięśnia sercowego będące bezwzględny wskazaniem do konsultacji kardiologicznej i objęcia pacjenta pilną opieką kardiologiczną, co jednak nie nastąpiło.

To jest o czyn z artykułu 160 § 3 kk w zw. z art. 160 § 2 kk

o r z e k a:

1. oskarżonego **D. Ż. (1)** uniewinnia od popełniania zarzuconego mu czynu
2. kosztami procesu obciąża Skarb Państwa.

VI K 655/12

UZASADNIENIE

w sprawie karnej **D. Ż. (1)** oskarżonego o czyn z art. 160§2 i 3 k.k. Sąd po przeprowadzeniu postępowania dowodowego ustalił następujący stan faktyczny:

D. Ż. (1) w 2007 r. był Ordynatorem Oddziału Chirurgii 2 Szpitala (...) w I.. W okresie zatrudnienia od 01.10.1979 r. do 30.09.1980 r. jako lekarz stażysta pracował w Poradni Ogólnej ZOZ I., a w latach 1982 – 1987 pełnił dyżury medyczne w zespołach wyjazdowych ogólnych i w ambulatorium Pomocy Doraźnej, w strukturze ZOZ w I..

dowód: wyjaśnienia oskarżonego (k. 181 akt), zaświadczenie (k. 663 akt)

W dniu 08.12.2007 r. W. W. (1) czuł się źle, bolał go brzuch, wraz z żoną udał się na pogotowie, następnie otrzymał skierowanie do szpitala. Był hospitalizowany w Szpitalu (...) w I. na Oddziale Chirurgii 2 w okresie od 08.12.2007 r. do 11.12.2007 r., przyjęty na oddział w powodu dolegliwości bólowych w prawym dole biodrowym. W czasie pobytu w szpitalu brzuch w dalszym ciągu bolał. Wprawdzie gdy leżał bólu nie odczuwał ale gdy tylko podnosił się ból powracał i narastał. Leczony był zachowawczo, rozpoznano drażliwe jelito grube. Przepisano leki wypisano W. W. (1) do domu. Po powrocie ze szpitala (...) czuł się co raz gorzej, leki nie pomagały. K. W. (1) zadzwoniła do znajomego lekarza, który zbadał W. W. (1). Poradził aby zgłosić się do Szpitala. W. W. (1) zdecydował, że do szpitala pojedzie dnia następnego, w poniedziałek. Ponownie do szpitala zgłosił się 17.12.2007 r. W. W. (1) zbadał D. Ż. (1), po badaniu zalecił aby przejść na Oddział Urologiczny. K. L. odmówił przyjęcia do szpitala, wykluczając kolkę nerkową, skierował do Izby Przyjęć Chirurgicznej. K. W. (1) zwrócił się do pracującej w szpitalu kuzynki z prośbą o pomoc. W. W. (1) ostatecznie został przyjęty, ponownie na Oddział Chirurgiczny 2. Wymieniony przyjmował samodzielnie dużo tabletek przeciwbólowych – I., również podczas pobytów w Szpitalu. W. W. (1) na oddział przyjęty został z uwagi na zgłaszaną bolesność w okolicy podbrzusza i śródbrzusza obustronną, w wywiadzie chlustające wymioty, ciągłe dolegliwości bólowe okolicy śródbrzusza. K. W. (1) w następnych dniach udała się do ordynatora z prośbą o przewiezienie męża do B.. Wymieniona nie miała zaufania do Szpitala w I., z uwagi na wadliwe w przeszłości diagnozy. Ordynator stwierdził, że u pacjenta mogły być wrzody na żołądku. K. W. (1) naciskała na transport, wykonanie badania tomografem. D. Ż. (1) nie widział takiej potrzeby. K. W. (1) udała się z mężem do ambulatorium gdzie przeprowadziła prywatnie badanie na wrzody żołądka. Ostatecznie badania w trybie szpitalnym nie przeprowadzono. W. W. (1) w dniu 21.12.2007 r. został wypisany do domu. Badanie diagnostyczne nie wykazało istotnych zmian w obrębie jamy brzusznej. K. W. (1) powiedział do D. Ż. (1), że nie daj Boże coś się stanie jej mężowi. Próbowala się skontaktować z K. K. u którego mąż leczył się. W. W. (1) brał leki przeciwważłowe, nie odczuwał poważniejszych dolegliwości. W przeszłości miał stwierdzonego tętniaka aorty, nowotwór mózgu, był schorowany, w 2003 r. wykonano koronarografię. W. W. (1) nie miał wiedzy, iż przeżył wcześniej zawał. Palił papierosy.

dowód: Karta Informacyjna (k. 5, 3 akt), odmowa przyjęcia (k. 4, k. 24 akt), zeznania K. W. (1) (k. 11-13, k. 387v - 389 akt), częściowo zeznania D. S. (k. 30 akt), zeznania M. C. (k. 35 v akt), zeznania A. W. (k. 37 v akt), zeznania D. K. (k. 52v akt), zeznania A. L. (k. 55v-56 akt), zeznania K. L. (k. 57 v akt), zeznania M. B. (1) (k. 65-66 akt), dokumentacja lekarska (k. 514-555, k. 563, k. 565, k. 566-567 akt), zlecenia wyjazdu pogotowia (k. 557-560 akt), pismo (k. 561 akt), załącznik – koperta 1 i 2

Po powrocie ze szpitala (...) czuł się źle. Wymiotował, leżał gdyż tylko wtedy czuł się lepiej. Wstawał jedynie do toalety. Cały czas narzekał na ból brzucha. W dniu 22.12.2007 r. przyjechał w odwiedziny syn K. A. W.. W czasie rozmowy, siedząc na krześle przy stole W. W. (1) stracił przytomność. K. W. (1) chwyciła go, aby nie upadł. A. W. zadzwonił po karetkę. W. W. (1) zabrano do Szpitala. Dyżur pełnił M. B. (1). Zwrócił się do W. W. (1) ; Panie W., co chce Pan rentę wyłudzić, przecież pan jest zdrowy. W. W. (1) podniósł się i powiedział do lekarza, że to karygodne, żeby mu w ten sposób ubliżać. W. W. (1) był na emeryturze wojskowej. B. powiedział do W. W. (3), że jest zdrowy. Wówczas ten odpowiedział „Ty chuju to mi potrafisz powiedzieć że jestem zdrowy, a ja nie mam siły chodzić, a tylko rok dłużej studiowałeś.” W. W. (1) zabrano na prześwietlenie, K. W. (1) czekała na zewnątrz, w pewnym momencie usłyszała odgłos jakby coś spadło. Sanitariusz wyszedł i powiedział, że W. W. (1) stracił przytomność, być może jego zdaniem był to zawał. Brak wzmianki w dokumentacji o omdleniu. Z uwagi na to zlecono konsultację internistyczną i urologiczną. Wykonano zdjęcie przeglądowe jamy brzusznej. W Izbie Przyjęć Chirurgicznej W. W. (1) konsultował internistycznie B. S. (1). Wykonano badania: EKG zapis wskazywał zmiany mogące sugerować niedokrwienie mięśnia sercowego, jednakże bez wcześniejszych zapisów EKG, których pacjent nie posiadał przy sobie, nie można było ustalić czy zmiany są świeże czy występowały w przeszłości. Wykonano również morfologię, glukozę, kreatyninę, sód, potas oraz troponinę I (0,03 ng/ml). Wykonany kontrolny zapis EKG był stabilny, badania biochemiczne oraz badanie przedmiotowe i podmiotowe nie wskazywały na ostre niedokrwienie mięśnia sercowego. W badaniu RTG przeglądowym jamy brzusznej występowały cechy niedrożności jelit. B. S. (1) zlecił hospitalizację pacjenta w Oddziale Chirurgicznym oraz kontrolne badanie EKG oraz troponiny za 6-8 godzin oraz ponowną konsultację internistyczną w dniu następnym. B. S. (1) w 2007 r. był młodszym asystentem w trakcie specjalizacji. W. W. (3) był również konsultowany urologicznie. W. W. (1) na Oddział Chirurgiczny 2 przyjęty został dnia 23.12.2007 r. o godzinie 00:19

z uwagi na dolegliwości bólowe brzucha i zaburzenia pasażu górnego odcinka przewodu pokarmowego. Lekarzem przyjmującym był K. Ł. (1). Poczynił rozpoznanie wstępne – ból w okolicy krocza i miednicy. Pacjenta przyjęty w celu obserwacji, leczenie zachowawcze. Zlecono badania krwi i moczu. W dniu 23.12.2007 r. od godziny 9.00 dyżur miał D. Ż. (1). K. W. (1) ponownie zwrócił się do niego ze swoimi zastrzeżeniami. Lekarz poinformował, że wykonane zostaną badania pod kątem wrzodów. W dniu 23.12.2007 r. wykonano ponownie badanie krwi celem oznaczenia poziomu troponiny – wynik 0,07 ng/ml (norma do 0,16). Dokonał wraz z radiologiem interpretacji badania z 22.12.2007 – poziomy płynu w pętlach jelitowych, nadto w diagnostycznej ultrasonografii stwierdzono żołądek znacznie wzdęty i wypełniony treścią płynną. O godzinie 9.15 wykonano badanie EKG. Pod wynikiem podpisała się R. R., badanie zrobione na dwa rodzaje przepływów. Wynik badania odczytał D. Ż. (1), stwierdzając niedokrwienie mięśnia sercowego pogłębione względem dnia poprzedniego. Dysponując dwoma ujemnymi wynikami troponiny oraz po uzyskaniu treści smolistej z założonej sondy do światła żołądka, stwierdził, iż niedokrwienie mięśnia sercowego ma swoje źródło w krwawieniu do przewodu pokarmowego. Uznał stan za odpowiadający zespołowi sercowo – żołądkowemu. Poinformował K. W. (1), że to nie zawał. K. W. (1) mówiła bowiem D. Ż. (1), że teściu zmarli na zawały. Ordynator diagnozę poczynił również w oparciu o analizę wyników badania RTG jamy brzusznej, badanie USG. Mając wiedzę o wynikach pozostałych badań pacjenta oraz widząc pacjenta nie poprosił o konsultację kardiologiczną ani internistyczną. W Oddziale Chirurgicznym 2 zwyczajowo, jeśli wykonane na oddziale badanie EKG wzbudza niepokój lekarza, który opiekuje się pacjentem to prosi on o konsultację kardiologa lub internistę. Po odbarczeniu żołądka D. Ż. (1) wdrożył leczenie typowe dla krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego. Pacjent nie zgłaszał dolegliwości typowych dla zawału mięśnia sercowego. D. Ż. (1) uznał, iż konsultacja kardiologiczna czy internistyczna nic by nie wniosła do procesu leczenia pacjenta, albowiem wdrożenie leczenia kardiologicznego skutkowałoby przy stwierdzonym krwawiącym wrzodzie z dwunastnicy, błędem w sztuce lekarskiej. Istniało ryzyko samoistnego nawrotu krwawienia, a przy podaniu leków przeciwkrzepliwych i leków beta – blokerów w tym określonym stanie pacjenta zaowocowałoby ponownym krwawieniem. . Krwawienie do przewodu pokarmowego potwierdziło wykonana dnia 24.12.2007 r. gastroscopia - w świetle żołądka a stwierdzono zaleganie płynnej, brunatnej treści, pojedyncze wybroczyny w antrum, odźwiernik zniekształcony, na górnej ścianie opuszki dwunastnicy nieregularne owrzodzenie, obejmujące także ścianę przednią, częściowo pokryty skrzepem – pobrano wycinki. Przeprowadzenie gastroscopii możliwe było dopiero w dniu 24.12.2007 r., gdyż wówczas w Szpitalu nie istniał całonocny dyżur endoskopisty, a dzień 23.12.2007 r. był niedzielą. Rozpoznano owrzodzenie dwunastnicy z zapaleniem. O diagnozie poinformowano K. W. (1). W. W. (1) miał w szpitalu leki przeciwważowe, pomiędzy pobytami w szpitalu przyjmował te leki.

dowód: karta informacyjna (k. 6 akt), zeznania K. W. (1) (k. 13, k. 104, k. 387-389 akt), zeznania A. W. (k. 37 v-38 akt), zeznania B. S. (1) (k. 62v akt), zeznania M. B. (1) (k. 66, k. 144-145 akt), karta konsultacji (k. 8 akt), Historia Choroby (załącznik – teczka (...) nr księgi głównej (...)), , wywiad i badania przedmiotowe (załącznik – teczka (...) nr księgi głównej (...)), badanie endoskopowe (załącznik – teczka (...)), wyniki badań (załącznik – teczka (...) nr księgi głównej (...)), badanie zakładu diagnostyki obrazowej (załącznik – teczka (...) nr księgi głównej (...)), wynik badania USG jamy brzusznej (załącznik – teczka (...) nr księgi głównej (...)), zeznania R. R. (k. 123 v akt), zeznania A. S. (k. 120v – 121 akt), zeznania H. L. (k. 146 vakt), wyjaśnienia oskarżonego (k. 180-186 akt), zeznania M. B. (2) (k. 211 – 212 akt), zlecenia lekarskie (k. 125-231 akt), zlecenie wyjazdu pogotowia (k. 560 akt), załącznik – koperta 4, zdjęcie prześwietlowe

W trakcie hospitalizacji w okresie od 23.12.2007 r. – 28.12.2007 r. lekarzem prowadzącym był M. B. (1). W okresie 22.12.2007 r. godz. 9.00 do 23.12.2007 r. godz. 9.00 dyżur na Oddziale Chirurgicznym 2 pełnił K. Ł. (1); w okresie 23.12.2007 r. godz. 9.00 do 24.12.2007 r. godz. 7.30 – D. Ż. (1); 24.12.2007 r. godz. 15.30 do 25.12.2007 r. godz. 9.00 – D. Ż. (1); 25.12.2007 r. godz. 9.00 do 26.12.2007 r. godz. 9.00 – K. Ł. (1); 26.12.2007 r. godz. 9.00 do 27.12.2007 r. godz. 7.30 – Z. C.; 27.12..2007 r. godz. 15.30 do 28.12.2007 r. godz. 7.30 – M. B. (1); a 28.12.2007 r. godz. 15.30 do 29.12.2007 r. godz. 7.30 – A. L.. W Oddziale Kardiologicznym w dniu 23.12.2007 r. dyżur pełniła Ł. O..

dowód: karta informacyjna (k. 6 akt), pismo SP (k. 119, 128 akt)

W. W. (1) nie zgłaszał żadnych dolegliwości kardiologicznych i wskazujących na zawał serca. Wówczas w I. nie było kardiologii inwazyjnej.

dowód: zeznania A. L. (k. 55 v, k. 399 akt), wyjaśnienia oskarżonego (k. 180-186 akt), zeznania M. B. (1) (k. 217 b, k. 398 akt)

Mając wynik badania EKG z dnia 23.12. 2007 r. i dysponując uprzednio wykonanym badaniem z dnia 22.12. 2007 r. D. Ż. (1) powinien poza diagnozą schorzenia w obrębie jamy brzusznej, zlecić ponowne badanie: morfologii, stężenia troponiny, badanie EKG, ECHO serca w kierunku diagnostyki kardiologicznej. Pacjent winien mieć monitorowane tętno, ciśnienie, częściej niż wykonywano. Zalecana była współpraca z kardiologiem, choć włączenie leczenia kardiologicznego bez ustabilizowania stanu w obrębie jamy brzusznej było wykluczone z uwagi na niskie ryzyko wieńcowe, a wysokie ryzyko krwawienia mogącego skutkować zgonem. D. Ż. (1) błędnie przypisał obraz EKG zespołowi żołądkowo – sercowemu. Stan W. W. (1) pomimo zaniechania wykonania tychże badań i niewłaściwemu przypisaniu wyniku EKG nie pogorszył się i pacjent nie był na takie pogorszenie stanu zdrowia narażony, stanu zagrożenia lekarz również nie spowodował. Stan pacjenta z upływem czasu poprawił się. Nie można przyjąć iż D. Ż. (1) naraził W. W. (1) na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

dowód: opinia (k. 688-695, k. 784v, 804-806, 686-687, 889-949, k. 1000-1003 akt, częściowo: k. 250-259, k. 292-293, k.637v-640)

W czasie ostatniego pobytu w Szpitalu stan W. W. (1) stopniowo poprawił się, czuł się lepiej, zaczął przyjmować pokarmy, był szykowany do wypisu w dniu 29.12.2007 r. Lekarz prowadzący nie zlecił konsultacji kardiologicznej, nie widział takiej potrzeby. W. W. (1) w dniu 28.12.2007 r. mówił A. L., że wszystkie dolegliwości ustąpiły, że zapadła decyzja o wypisaniu do domu. A. L. nie przypuszczał, iż rozmawia z osobą u której właśnie następuje zawał. Stan pacjenta był obserwowany przez lekarzy i pielęgniarki. Z obserwacji lekarskich wynikało, że 23.12.2007 r. stano ogólny dobry, krążeniowo i oddechowo wydolny, dolegliwości bólowych nie zgłasza, choremu założono sondę do światła żołądka – drugi stopień zalegań, odżywiany parenteralnie (D. Ż.). Następnego dnia 24.12.2007 r- dolegliwości nie zgłasza. zaleganie w żołądku znacznie mniejsze, wykonano badanie endoskopowe żołądka (D. Ż.). Z dnia 25.12.2007 r. – stan pacjenta poprawił się, dolegliwości bólowych nie zgłasza (M. B.). W kolejnych dobach obserwacje lekarskie – M. B. (1) - bez zmian, nie wymiotował, nie zgłaszał nudności. Z obserwacji pielęgniarskich wynika, iż 22/23.12.2007 r. – chory przyjęty, osłabiony. 23.12.2007 r. samopoczucie pacjenta złe, chory osłabiony, apatyczny, do żołądka założono sondę obarczającą, przez którą odciągnięto 200 ml smolisto – krwistych zalegań, przeciwbólowo podano pyralginę. W okresie 23/24.12.2007 r. stan pacjenta nie uległ zmianie, chory ma założoną sondę obarczającą, brak zalegań. 24.12.2007 r. przeciwbólowo podano pyralginę. W kolejnych stan nie zmienia się. 26.12.2007 r. samopoczucie dobre, przeciwbólowo podano pyralginę, usunięto sondę z żołądka. Podobnie w kolejnych dobach podawano pyralginę, samopoczucie pacjenta dobre. Ciśnienie 23.12.2007 – 90/60, 24.12.2007 r. – 100/60, 25.12.2007 r. 90/60, 26.12.2007 r. nie zmierzono, 28.12.2007 r. 100/60, a później 80/40. Z czynności pielęgnacyjno – leczniczych w dni 23.12.2007 r, 24.12. 2007, 25.12.2007 r. – wykonano m.in. podawanie kaczora.

dowód: zeznania D. S. (k. 30 akt), zeznania A. W. (k. 37 v akt), zeznania A. L. (k. 55v akt) karta obserwacji (załącznik – teczka (...) nr księgi głównej (...)), karta gorączkowa ogólna (załącznik – teczka (...) nr księgi głównej (...)), indywidualna karta zleceń lekarskich (załącznik – teczka (...) nr księgi głównej (...)), dokumentacja pielęgniarska (załącznik – teczka (...)), indywidualna karta opieki pielęgniarskiej (załącznik – teczka (...) nr księgi głównej (...)), zeznania A. S. (k. 120-121 akt), zeznania R. R. (k. 123 – 124 akt), zeznania M. B. (1) (k. 217 b, k. 397 v – 398 akt)

W dniu 28.12.2007 r. W. W. (1) odwiedził drugi syn K. D. S.. Był u niego kilka minut w pokoju, potem razem zeszli na dół na papierosa. Obaj palili. Wtedy W. W. (1) czuł się dobrze, chodził o własnych siłach, rozmawiali chwile na tarasie, potem W. W. (1) odprowadził D. S. do drzwi wejściowych głównych, gdzie rozmawiali chwilę. Wychodząc D. S. zadzwonił do matki pytając, o której będzie. W. W. (1) windą wjechał do góry na Oddział, usiadł na skrzyni i zasnął. Z dokumentacji wynika, iż nastąpiło to około godziny 11.30. pacjent odzyskał przytomność zlecono podanie płynów i badanie morfologii. O godzinie 12.15 nastąpiło nagle zatrzymanie krążenia i oddechu. Podjęto reanimację, wezwano

zespół R. Zgon stwierdził H. L. o godzinie 12.45. O godzinie 13.00 K. W. (1) wyszła z pracy, udała się na postój taksówek. Gdy była na wysokości Szpitala odebrała telefon, poinformowano ją o śmierci męża. K. W. (1) była zdenerwowana biegła i krzyczała po Oddziale, o śmierć męża obwiniała B. i Ż.. Jakiś czas później poszła do dyrektora – A. N. (2), który poprosił na rozmowę D. Ż. (1). Wychodząc z gabinetu Dyrektora D. Ż. (1) stwierdził, że może tylko przeprosić.

dowód: zeznania K. W. (1) (k. 13-14, k. 388-389 akt), karta informacyjna (k. 6 akt), zeznania D. S. (k. 30-31, k. 389-v akt), zeznania M. C. (k. 35 v akt), karta obserwacji (załącznik – teczka (...) nr księgi głównej (...)), indywidualna karta opieki pielęgniarskiej (załącznik – teczka (...) nr księgi głównej (...)), zeznania A. W. (k. 389v akt)

Sekcję zwłok wykonano dnia 02.01.2008r. Przeprowadził ją D. G. (1) jako przyczynę zgonu wskazał wrzód trawienny i krwawienie z przewodu pokarmowego, uszkodzenie mięśnia sercowego było wtórne. Stwierdził w ścianie lewej komory serca o grubości 1,5 cm, w obrębie dolnej ściany lewej komory serca i przegrody międzykomorowej obecność srebrzysto – szarej blizny wymiarach 2x3 cm, wokół niej obecne ostro odgraniczone ognisko niedokrwienne o ostrych granicach nieco wyniesione ponad poziom przekroju o wymiarach 5x3 cm; błonę wewnętrzną aorty jasnożółtą z pojedynczymi blaszkami włóknistymi; w błonie śluzowej żołądka obecne liczne ubytki, w świetle obecną treść sinowisniową, opuszkę dwunastnicy znacznie zwężoną, poniżej zwężenia obecność wrzodu trawiennego z obwałowanymi, zwłókniałymi brzegami o średnicy 2,5 cm, drążący w stronę trzustki, pokryty skrzepami krwi i włóknikiem; w jelicie cienkim odcinkowo obecną treść krwistą (ok. 500 ml); natomiast w jelicie grubym smolistą treść w ilości około 800 ml. Wrzód był pokryty włóknikiem i skrzepami, co oznacza, że niedawno jeszcze występowało krwawienie z owrzodzenia. Rozpatrując ilość treści krwistej i smolistej, skąpość plam opadowych D. G. (1) uznał świeże krwawienie za istotne i mogące wywołać objawy ogólnoustrojowe. Elementem uogólnionego uszkodzenia było wstrząsowe lub niedokrwienne uszkodzenie mięśnia sercowego. Obraz zmian morfologicznych pozwolił na zakwalifikowanie zawału jako wczesnego zawału sercowego typu III. Zmiana powstać mogła w zakresie czasowy od kilku do 24 godzin.

dowód: protokół sekcyjny (k. 49-50 akt), zeznania D. G. (1) (k.. 219-220 – 219a-b; k. 422 v akt)

K. W. (1) zawiadomienie o podejrzeniu popełnienia przestępstwa złożyła 24.09.2008 r.

dowód: pismo (k. 1-2 akt)

D. Ż. (1) nie był karany sądownie.

dowód: informacja K. (k. 163, k. 178, k. 203, k. 247, k. 962 akt)

Stan faktyczny Sąd ustalił w oparciu o wyżej powołane dowody.

Oskarżony (k. 170-171, k. 179-187, 386v – 387, k. 806 v akt) w toku postępowania do winy w zakresie stawianego jemu zarzutu nie przyznawał się.

W toku pierwszego przesłuchania (k. 170-171 akt) odmówił składania wyjaśnień.

W toku kolejnego przesłuchania (k. 179-186 akt) wyjaśnił, iż całość zarzutu ukierunkowana jest jedynie w kierunku leczenia kardiologicznego, a nie jest rozpatrywana kompleksowo. Dodał, iż jest lekarzem z 32 letnim doświadczeniem w tym 8 letnim doświadczeniem internisty. Nadmienił, iż przewód doktorski dotyczył zaburzeń krzepnięcia krwi i leków wpływających na to krzepnięcie. Oskarżony wyjaśnił, iż doświadczenie, wsparte literaturą pozwoliło na wybranie odpowiedniego procesu diagnostyczno – leczniczego i jako lekarz ma prawo wybrać własny tor myślenia. Oskarżony nadmienił, iż pacjent był przyjęty na dyżurze K. Ł., i zalecany czas 6 – 8 godzin przypadła na jego dyżurze. Dodał, iż badanie EKG wykonano 9.15 ocenił je stwierdzając wystąpienie niedokrwienia mięśnia sercowego, a ujemnie podwójne badanie troponiny wykluczyło zawał mięśnia sercowego, co w połączeniu ze stwierdzonym zespołem sercowo – żołądkowym i zawartością uzyskaną z sondy założonej do światła żołądka świadczyło o tym, że niedokrwienie mięśnia sercowego ma swoją przyczynę w krwawieniu do przewodu pokarmowego. Oskarżony podkreślił, iż nie ograniczył się jedynie do odczytania EKG, ale po objęciu dyżuru przystąpił do diagnozy, czego nie wykonali ani K. Ł. ani M. B.. Dodał, iż udał się do Pracowni Radiologii gdzie omówił badanie RTG jamy

brzuszej wykonane 22.12.2007 r. , odczytał wynik USG jamy brzusznej, dysponował dwukrotnie ujemnym badaniem troponiny co wykluczało zawał mięśnia sercowego, zapoznał się z wynikami laboratoryjnym, zalecił założenie do światła żołądka sondy – uzyskano 200 ml. smolisto – krwistych zalegań. Po odbarczeniu żołądka wdrożył typowe leczenie dla krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego. Nadmieniał, iż brak zaleceń na karcie zaleceń lekarskich, nie jest zgodny z rzeczywistym postępowaniem, albowiem zalecenia jego wynikały z zeszytu dokonanych iniekcji dożylnych prowadzonego przez pielęgniarki. oskarżony wyjaśnił, że pacjent, z którym odbył kilka rozmów, nie zgłaszał dolegliwości typowych dla zawału mięśnia sercowego. Wstępne rozpoznanie, jak podał, potwierdziły wyniki badania gastrokopii przeprowadzonej 24.12.2007 r. Dysponując kompletem wyników – jak podał - był sam w stanie ocenić przyczynę EKG, a co za tym idzie konsultacja kardiologiczna była zbędna i nieuzasadniona. Zdaniem oskarżonego konsultacja taka niczego by nie zmieniła w procesie leczenia pacjenta. Gdyby B. S. miał wątpliwości to zakwalifikowałby pacjenta jako kardiologicznego to nie umieściłby w Oddziale Chirurgicznym. Oskarżony nadmieniał również, iż wiedział dobrze jakby się interwencja kardiologa zakończyła, gdyby zdecydował się podjąć jedynego słusznego leczenia kardiologicznego polegającego na podawaniu leków przeciwzakrzepowych, co przy rozpoznanym wrzodzie krwawiącym byłoby błędem w sztuce. Oskarżony podkreślił, iż wiedział dobrze co robi, a wszystkie jego decyzje chroniły pacjenta. Dążył bowiem do poprawy stanu ogólnego, co następowało. Oskarżony dodał również, że lekarzem prowadzącym był M. B. (1) i on również widząc EKG nie prosił o konsultację, podobnie jak lekarz przyjmujący na oddział. Zdaniem oskarżonego opiniowanie nastąpiło zbyt wcześnie, nie znane było jego stanowisko w zakresie przedmiotu postępowania, biegłym nie przedstawiono zeszytu iniekcji, nie przesłuchano D. G., nie zbadano czy a jeśli tak są przechowywane wycinki z sekcji zwłok biegli nie odnieśli się do nich, nie przesłuchano ordynatora Kardiologii M. B. na okoliczność możliwości leczenia kardiologicznego, nie przesłuchano uzupełniająco Ł. O., M. B.. Zdaniem oskarżonego stan kliniczny pacjenta, zachowanie w okresie od 23.12.2007 r. do 28.12.2007 r. nie wskazywały na zagrożenie utraty życia. Nie było również konieczności pilnego monitorowania kardiologicznego pacjenta. Tożsame wyjaśnienia na piśmie stanowiły załącznik do protokołu przesłuchania oskarżonego.

Przed Sądem oskarżony (k. 386v – 387 akt) podtrzymał uprzednio złożone wyjaśnienia, w tym złożone na piśmie. Dodatkowo wyjaśnił, iż wrzód stwierdzony u W. W. (1) był wrzodem pokrytym skrzepem (kategoria 2 B w skali Forresta) zatem leczenie tegoż było tożsame z leczeniem przy czynnym krwawieniu. Nadmieniał, iż w żadnym schorzeniu przewodu pokarmowego gdzie jest stan zapalny nie można podawać leków obniżających krzepnięcie krwi, zatem tym bardziej przy wrzodzie pokrytym skrzepem. Dodał, iż czas tworzenia skrzepu to 5 – 10 minut, zatem krwawienie być musiało przynajmniej na 6 do 15 minut przez badaniem, choć skrzep mógł powstać również wcześniej. Dodał, iż palenie papierosów może powodować oderwanie skrzepu, także jak leki przeciwzapalne, używki. Dodał, iż W. W. (1) miał być wypisany do domu, nie było żadnych informacji ze strony rodziny, że źle się czuje. Oskarżony wyjaśnił, iż patrząc na dynamikę narastania objawów brzusznych można to skorelować z dynamiką narastania objawów w zapisie EKG, a biegli w ogóle nie wypowiedzieli się do zdjęcia RTG. Oskarżony podał również, iż pacjent nic nie mówił o przyjmowanych lekach, brak informacji w dokumentacji, że zażywał on leki przeciwważowe, podobnie brak było informacji na temat omdlenia. Oskarżony wyjaśnił, że jeżeli zdarzy się nieszczęście w Oddziale to każdemu mówi przepraszam albo współczuje. Podał, że nie czuje się winny śmierci W. W. (1). Nadmieniał, iż typowe dolegliwości wskazujące na zawał to bóle zamostkowe, których nie ma u chorych na cukrzycę. Nadmieniał, że nie było możliwe wykonanie badania inwazyjnego, co zawsze wiąże się z podaniem leków obniżających krzepliwość krwi. Wyjaśnił, iż nie widział potrzeby ponownego badania troponiny, chory czuł się dobrze, z sekcji zwłok wynika, iż zmiany mogły nastąpić co najwyżej 27 grudnia. Dodał, że przez 8 lat pracował jako internista, dlatego uważał iż ma wiedzę aby odczytać wynik EKG. Zdaniem oskarżonego nie można było diagnozy oprzeć na odczycie EKG, nie można tego oderwać od stanu pacjenta. Oskarżony dodał, iż wobec krwawienia z przewodu pokarmowego nie można wdrożyć opieki kardiologicznej. Kardiologzy, których pytał podawali, iż albo nie zrobili by nic, albo twierdzili, że nie wiedzą co by zrobili. Wyjaśnił, iż nie słyszał aby zawał powodował stenozę, ale odwrotna sytuacja jest możliwa.

W wyjaśnieniach (k. 806 v akt) oskarżony podał, że 23.12. miał dyżur i wykonywał wszystkie czynności. W dniu 24.12. chorym zajmował się B., on zaś miał dyżur od 15.15 W dniu przyjęcia dyżur miał dr Ł., który nie został nawet przesłuchany, a to on powinien opracować pacjenta, a teraz cały ciężar zrzucano na niego.

Analizując wyjaśnienia oskarżonego w kontekście całokształtu materiału dowodowego Sąd doszedł do przekonania, iż nie sposób było wyjaśnić tych, w zakresie istotnym dla rozstrzygnięcia sprawy, uznać za niewiarygodne. Wątpliwości w zakresie stanu faktycznego budzą jedynie podnoszone przez K. W. (1) okoliczności związane z rozmowami i aroganckim zachowaniem oskarżonego. Oskarżony twierdzeniem K. W. (1) wprawdzie przeczył, jednak zdaniem Sądu nie można przyjąć, iż świadek chciał w tym zakresie bezpodstawnie obciążyć oskarżonego, zwłaszcza iż wskazywała również na niewłaściwe zachowanie swojego męża względem lekarzy. Nie mniej jednak okoliczności te nie miały znaczenia dla ustalenia zasad odpowiedzialności oskarżonego. W pozostałej części w zakresie, podawanych okoliczności faktycznych, Sąd wyjaśnienia oskarżonego uznał za wiarygodne, zwłaszcza iż znajdowały odzwierciedlenie w zeznaniach świadków i dokumentacji medycznej. Odrębną kwestią są natomiast twierdzenia oskarżonego co do prawidłowości podjętych przez niego działań diagnostycznych i terapeutycznych. W tym zakresie wyjaśnienia oskarżonego poddać należało weryfikacji poprzez pryzmat opinii biegłych z zakresu medycyny, a rozważania stały bardziej na płaszczyźnie rozważań merytorycznych, prawnych niżli faktycznych. Sąd podzielił stanowisko oskarżonego w zakresie podjętych działań diagnostycznych i terapeutycznych, stanowisko dotyczące wykluczenia typowego leczenia kardiologicznego. Jest to również skutkiem uznania opinii biegłych za przekonywalne w tym zakresie. Stanowisko oskarżonego znalazło wsparcie w opiniach biegłych, z tym że w różnym zakresie. Odnośnie diagnostyki w zakresie jamy brzusznej biegli podzielili stanowisko oskarżonego, brak było przeciwdowodów, które poddałyby w wątpliwość jego wyjaśnienia w tym zakresie. Co do diagnostyki kardiologicznej Sąd przychylił się do opinii biegłych (...) i (...) i w zakresie zgodności z nimi opinii (...). W tej mierze nie tyle w wątpliwość podał podnoszone przez oskarżonego argumenty, co uznał iż oskarżony zaniechał pewnych czynności diagnostycznych, które jednak nie rodziły konsekwencji w postaci spowodowania bądź zwiększenia zagrożenia pacjenta W. W. (1). Podobnie Sąd opierając się na opiniach biegłych uznał, iż oskarżony nie miał podstaw do przypisania obrazu EKG zespołowi żołądkowo – sercowemu, ale sam oskarżony sprecyzował iż chodziło mu nie tyle o rozpoznanie ile wskazanie stanu zbliżonego do tegoż zespołu.

Na wiarę w przeważającej mierze zasługiwały zeznania K. W. (1) (k. 10-14, k. 98-99, 104-105, k. 387v – 389, k. 389v, k. 432 v akt). Zeznania w zakresie w jakim świadek wskazywała na przebieg zdarzeń związany z poszczególnymi pobytami męża w szpitalu był w przeważającej mierze jasny, szczegółowy, znajdował oparcie w zeznaniach świadków : D. S., A. W., lekarzy, personelu pomocniczego. K. W. (1) w tej części była konsekwentna, jej wypowiedzi wspierała też dokumentacja medyczna. Nie mniej jednak w zakresie pierwotnie złożonych zeznań pojawiły się nieścisłości dotyczące pewnych okoliczności faktycznych co do których z protokołu wynikało, iż miały miejsce w czasie drugiej hospitalizacji, tym czasem na co wskazał również M. B. (1) mieć musiały miejsce w czasie ostatniej hospitalizacji ponieważ to wynika również z zakresu zlecanych badań. Z resztą sama K. W. (1) w kolejnych zeznaniach okoliczności te wyjaśniła. Nadto w zakresie w jakim świadek wypowiadała się w zakresie prawidłowości leczenia męża zeznania te nie mogły być uznane na rozstrzygające albowiem świadek wiadomości specjalnych nie miała. W zakresie sprawowania dyżurów Sąd oparł się na przesłanych przez szpital grafiku, który znajdował również odzwierciedlenie w dokumentacji lekarskiej, w szczególności w kartach opieki. Wątpliwe były zdaniem Sądu kwestie związane z podnoszonymi dopiero na etapie postępowania sądowego bólami lewej ręki u W. W. (1). K. W. (1) na okoliczności takie wcześniej nie wskazywała, żaden świadek tego nie potwierdził, nie znalazło to odzwierciedlenia w dokumentacji lekarskiej. W zakresie kwestionowanej przez K. W. (1) godziny zasłabnięcia męża, Sąd oparł się na zapisach dokumentacji lekarskiej, zwłaszcza iż D. S. nie potrafił precyzyjnie podać o której pozostał się z W. W. (1). Na wiarę, choć nie w pełnym zakresie zasługiwały również zeznania D. S. (k. 29-31, k. 389-v akt) i A. W. (k. 37-38, k. 389v – 390 akt). Zeznania powołanych świadków były jasne, konsekwentne. Wątpliwości budzi jedynie podnoszona przez świadków kwestia zgłaszanych przez W. W. (1) dolegliwości. D. S. twierdził bowiem, iż ojciec uskarżał się na ból w klatce piersiowej, czego ani K. W. (1) ani początkowo A. W. nie potwierdzili. Nie wynika to również z dokumentacji lekarskiej. Wprawdzie A. W. przed Sądem podał, iż wuja skarżył się na bóle w klatce piersiowej i wiedzę taką miał od K. W. (1), nie mniej jednak nie mogło to zasługiwać na uwzględnienie. Żadnych bólów wieńcowych pacjent nie zgłaszał, podobnie nie podawała o nich K. W. (1), która najlepiej orientował się w stanie zdrowia męża. Nie można przyjąć, iż W. W. (1) nie informował żony o bólach w klatce piersiowej z troski o nią, skoro informował ją o bardzo silnych bólach brzucha. Z kolei świadek D. S. nie wspominał o tego rodzaju bólach, a pierwotnie przesłuchany A. W. podał, iż W. W. (1) ogólnie czuł się źle. Zatem w zakresie

zgłaszanych dolegliwości Sąd oparł się na zeznaniach K. W. (1) z poczynionymi wyżej zastrzeżeniami. Co istotne dla sprawy synowie K. W. (1) potwierdzili, iż stan W. W. (1) poprawił się w czasie ostatniej hospitalizacji i czuł się lepiej. To potwierdził również A. L.. Zatem zeznania w jakich K. W. kwestionowała poprawę stanu zdrowia męża nie mogły być uznane za wiarygodne. A. W. w kontekście unieruchomienia podał, iż W. W. (1) wstał w trakcie ostatniej wizyty, wcześniej leżał. Fakt leżenia potwierdzały również karty opieki pielęgniarskiej i podejmowane czynności. Zeznania K. W. (1) w części potwierdziła również M. C. (k. 35-36, k. 390 akt). Nie było podstaw aby jej zeznania kwestionować, zwłaszcza iż rozbieżności świadek wyjaśniła, a przed Sądem szczegółów już nie pamiętała.

Nie było podstaw aby kwestionować zeznania przesłuchanych w sprawie lekarzy: D. K. (k. 52-v, k. 387v akt), H. L. (k. 60, k. 146, k. 398 akt), A. L. (k. 55-56, k. 398 v -399 akt), K. L. (k. 57-v, k. 399 akt), B. S. (1) (k. 62-v, k. 399-v akt), I. K. (k. 63, k. 408 v akt), M. K. (1) (k. 69, k. 408v – 410 akt) Ł. O. (k. 150-152, k. 214-215, k. 421 v akt), S. K. (1) (k. 153-154, k. 421 v akt), M. B. (2) (k. 210-211, 421 v -422v akt), D. G. (1) (219-220 – odpis 219 a – 219b, k. 422v akt), R. D. (k. 61, k. 432-v akt), K. B. (k. 161-162, k. 432 v akt). Oceniając zeznania wymienionych wskazać należy, iż wszyscy przesłuchani zostali w charakterze świadków. Wymienieni nie byli w sprawie biegłymi. Zatem niecelowe było przesłuchanie powołanych świadków na okoliczności związane z oceną dokumentacji lekarskiej i diagnozy. Te zeznania Sąd pominął albowiem w tym zakresie winni wypowiedzieć się biegli a nie świadkowie. Wyjątek stanowiły zeznania świadka D. G., który podawał na okoliczności przeprowadzonej sekcji zwłok. Poza tym świadkom okazywano wrywkowo dokumentację lekarską i zeznania ich odnoszące się do prawidłowości lub nie procesu diagnostyczno – terapeutycznego oskarżonego nie mogły być uznane za miarodajne, zwłaszcza iż byli to świadkowie nie biegli. Również świadkowie przed Sądem okoliczności te podnosili, w szczególności Ł. O.. Natomiast nie budziły wątpliwości zeznania świadków związane z okolicznościami faktycznymi na jakie podawali, głównie podpierając się również dokumentacją lekarską. Niepamięć świadków nie może budzić zdziwienia jeśli zważyć na charakter pracy, mnogość pacjentów, upływ czasu. Jedynie A. L. pamiętał pacjenta, a Ł. O. potwierdziła iż żadnej konsultacji kardiologicznej nie przeprowadzała, nie wynika to bowiem z dokumentacji. Oskarżony z resztą temu nie przeczył, podał iż wskazana w wypisie konsultacja internistyczna dotyczy przeprowadzonej na Izbie Przyjęć. Nie budziły wątpliwości w zakresie istotnym i o ile nie stanowiły opinii zeznania świadka M. B. (1) (k. 65-67, k. 102, k. 144, k. 217-218 o odpis 217a-218b, k. 397v – 398 akt). Na wiarę nie zasługiwały natomiast zeznania w jakich świadek przeczył podawanym przez K. W. (1) okolicznościom związanym z wymianą zdań z W. W. (1), z tych samych powodów co odnośnie oskarżonego. K. W. (1) w tym zakresie była konsekwentna, nie było podstaw aby uznać te twierdzenia za pomówienia. W zakresie dyżurów Sąd oparł się na grafiku nadesłanym przez szpital. Zeznania świadka M. B. znajdowały odzwierciedlenie w dokumentacji lekarskiej, świadek podał iż nie widział konieczności przeprowadzenia konsultacji kardiologicznej, pacjent nie miał dolegliwości wskazujących na konieczność konsultacji, a samopoczucie pacjenta poprawiło się. K. Ł. (1) (k. 479v akt) przesłuchany został dopiero przed Sądem. Nie pamiętał pacjenta W. W. (1). Ostatecznie podał, iż skupił się na szukaniu choroby chirurgicznej u tego pacjenta, ale nie potrafił powiedzieć czy później zapoznał się z dokumentacją i czy widział potrzebę konsultacji. Nie było podstaw, aby zeznania tego świadka kwestionować zwłaszcza iż zasłaniał się niepamięcią, a żadnych konkretnych okoliczności nie wskazał. Okoliczności związane z działaniami podjętymi przez świadka Ł. wynikają z dokumentacji lekarskiej. Na wiarę zasługiwały również zeznania przesłuchanych w charakterze świadków pielęgniarek: A. S. (k. 120-121, k. 409 v – 410 akt), R. R. (k. 123-124, k. 410 akt), E. W. (k. 479 v akt), D. B. (k. 479v akt). Ostatnie dwie z wymienionych przesłuchano dopiero na etapie postępowania sądowego i świadkowie nie pamiętały pacjenta W. W. (1). Natomiast pierwsze dwie z wymienionych podtrzymały zeznania uprzednio składane albowiem szczegółów okoliczności tak jak większość świadków nie pamiętały. Zdaniem Sądu w pełni usprawiedliwiało to upływ czasu i charakter pracy.

Na etapie postępowania przygotowawczego dopuszczono dowód z opinii biegłych z zakresu medycyny.

W opracowanej i złożonej do akt opinii (k. 76-88 akt) z dnia 29.04.2010 r. biegli z (...) w Ł. stwierdzili na podstawie dokumentacji medycznej oraz wyników sekcji zwłok, iż bezpośrednią przyczyną zgonu W. W. (3) była ostra niewydolność krążeniowo – oddechowa w przebiegu zawału mięśnia sercowego na podłożu znacznego stopnia miażdżycy tętnic. Do wystąpienia ostrego niedokrwienia mięśnia sercowego mogło się przyczynić krwawienie do światła przewodu pokarmowego. Biegli uznali, iż dolegliwości bólowe, które u W. W. (1) były przyczyną hospitalizacji były niecharakterystyczne. Podali, iż na etapie dwóch pierwszych hospitalizacji postępowanie medyczne uznać należy

za prawidłowe. Przeprowadzono szeroką diagnostykę różnicową dolegliwości brzusznych, a nie było dolegliwości, które bezwzględnie nakazywałyby badania inne niż wykonane. Natomiast w zakresie ostatniej hospitalizacji biegli podnieśli, iż nie przeprowadzono kolejnej konsultacji internistycznej. Zdaniem biegłych wynik kontrolnego badania EKG z dnia 23.12.2007 r. o godz. 9.15 był wskazaniem do pilnej interwencji kardiologicznej, pojawiły się cechy niedokrwienia mięśnia sercowego, który pomimo ujemnego poziomu troponiny stanowiło bezwzględne wskazanie do konsultacji kardiologicznej. Zdaniem biegłych nieprzeprowadzenie ponownej konsultacji kardiologicznej w dniu 23.12.2007 r. pomimo, iż była ona zalecona przy przyjęciu i nieprawidłowa ocena zapisu EKG z dnia 23.12.2007 r. (bądź jej brak) spowodował narażenie chorego na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo uszczerbku na zdrowiu. Zapis EKG wskazywał bowiem, przy uwzględnieniu dalszego przebiegu choroby, iż chory wymagał intensywnej opieki kardiologicznej i dalszej kontroli markerów martwicy mięśnia sercowego. Zdaniem biegłych, skoro W. W. przeżył już rozległy zawał, to ryzyko dokonania kolejnej martwicy mięśnia sercowego było wysokie, nawet przy prawidłowej opiece medycznej. Również ryzyko zgonu w przebiegu tego powikłania było znacznie większe, a rokowania pogarszał fakt krwawienia do światła przewodu pokarmowego i związana z tym niedokrwistość. Popelnione nieprawidłowości pogarszały rokowania, jednak nie można przyjąć bezpośredniego związku przyczynowego pomiędzy ich wystąpieniem a zgonem. Chory po potwierdzeniu ostrego zespołu wieńcowego (OZW) winien być objęty opieką kardiologiczną. Brak kontynuacji diagnostyki kardiologicznej i co za tym idzie nierozpoznanie ostrego niedokrwienia mięśnia sercowego skutkowało brakiem leczenia kardiologicznego co pogarszało rokowania. Stwierdzone nieprawidłowości – zdaniem biegłych – obciążały lekarza odpowiedzialnego za prowadzenie diagnostyki i leczenia pacjenta – czyli lekarza prowadzącego, a w przypadku braku takiego lekarza osobą odpowiedzialną za całość organizacji pracy oddziału i podejmowanie decyzji terapeutycznych i diagnostycznych najczęściej jest ordynator oddziału lub osoba przez niego wyznaczona. Biegli dodali, iż przeprowadzono u chorego diagnostykę dolegliwości brzusznych, włączono leki przeciwwrzodowe, stan chorego polepszył się, dolegliwości ustąpiły. Podobnie zdaniem biegłych nieprawidłowym postępowaniem było nie wykonanie badania EKG oraz innych badań biochemicznych, badanie ciśnienia, po zasłabnięciu w dniu 28.12.2007 r., ale wykonanie tego badania – zdaniem biegłych – nie zmieniłoby losów chorego.

W opinii uzupełniającej z dnia 09.03.2011 r. biegli (...) w Ł. stwierdzili, iż nie mają możliwości wskazania osoby, która faktycznie dokonała nieprawidłowej oceny zapisu EKG. Przy czym dodali, iż na tym etapie leczenia osobą odpowiedzialną za ocenę zapisu EKG był lekarz prowadzący leczenie pacjenta w Oddziale Chirurgicznym – przy braku lekarza prowadzącego odpowiedzialność za pacjenta ponosi ordynator oddziału. Zdaniem biegłych lekarz prowadzący leczenie W. W. (1) mógł i powinien stwierdzić istnienie nieprawidłowości w zapisie EKG i wobec wątpliwości diagnostycznych powinien wezwać konsultanta z zakresu interny lub kardiologii, w celu podjęcia decyzji co do dalszego postępowania z chorym.

W kolejnej opinii uzupełniającej z dnia 29.06.2012 r. (k. 250-259 akt) biegli (...) medycznego w Ł. stwierdzili, iż wobec pogłębienia zmian niedokrwieniowych w kolejnym badaniu EKG, należało powtórzyć badania markerów uszkodzenia mięśnia sercowego, wykonać kolejne badanie EKG, echo serca i w zależności od wyników rozważyć podanie leków z grupy inhibitorów konwertazy angiotensyny, azotanów, leków beta – adrenolitycznych czy antagonistów wapnia, lub też w zależności od sytuacji klinicznej – chirurgicznej zakwalifikować chorego do diagnostyki i leczenia inwazyjnego. Nadto należało kontrolować parametry gospodarki kwasowo – zasadowej, morfologię. Odnosnie zespołu żołądkowo – sercowego biegli stwierdzili, iż zespół ten rozpoznaje się gdy schorzenia ze strony układu pokarmowego naśladują choroby serca budząc niepokój pacjenta. Niekiedy w przebiegu choroby układu pokarmowego w zapisie EKG mogą pojawić się niespecyficzne zmiany w zakresie odcinka ST – T najczęściej pod postacią skośnego obniżenia oraz spłaszczenia załamek T. Zdaniem biegłych aby zmiany te można było znać za wynik zespołu żołądkowo – sercowy należy bezwzględnie wykluczyć ich podłoże organiczne poprzez opiekę kardiologiczną m.in. wykonanie kontrolnych zapisów EKG i badań biochemicznych markerów martwicy mięśnia sercowego. Również krwawienie z górnego odcinka przewodu pokarmowego i spowodowana tym niedokrwistość może wpłynąć na pojawienie się zmian niedokrwieniowych w zapisie EKG. W przypadku W. W. (1) – zdaniem biegłych – nie można mówić o zespole żołądkowo – sercowym albowiem w tym przypadku istniały wyraźnie zaznaczone cechy niedokrwienia mięśnia sercowego w zapisie EKG z 23.12.2007 r. Nadto w trakcie sekcji zwłok – co podkreślili biegli – potwierdzono obecność w

obrębie ściany dolnej i przegrody międzykomorowej blizny otoczoną ogniskiem niedokrwinnym o ostrych granicach co wskazuje na kardiogenne tło obserwowanych nieprawidłowości. Po dniu 23.12.2007 r. nie zlecono u chorego badania EKG, które mogłoby w zapisie wskazać progresję bądź wycofanie zmian, nie zlecono też kontroli wskaźników biochemicznych.

W kolejnej opinii uzupełniającej z dnia 19.10.2012 r. (k. 292-293 akt) biegli (...) w Ł. stwierdzili, iż nie można przychylić się do stanowiska oskarżonego albowiem w celu rozpoznania zespołu żołądkowo – sercowego konieczne było wykluczenie podłoża organicznego występującego w zapisie EKG. Biegli stwierdzili również, iż wynik przeprowadzonej gastroskopii nie wykazywał cech czynnego krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego. Obecność owrzodzenia na górnej ścianie opuszki dwunastnicy pokryty skrzepem oraz smolisto – krwiste zalegania w żołądku stwierdzone po założeniu sondy potwierdzały przebyte krwawienie.

W opinii ustnej (k. 637 v – 640 akt) biegli (...) w Ł. wnioski opinii pisemnych podtrzymali. Biegła **A.P. J.** podała, że nie wzięcie pod uwagę zeznań oskarżonego, które były na etapie wydawania dwóch pierwszych opinii nie zmieniło by opinii. Biegła podkreśliła, iż wskazanie do interwencji kardiologicznej wynikało z zapisu EKG, który mógł odpowiadać niedokrwieniu mięśnia sercowego a nawet zawałowi bez uniesienia odcinka ST. Tym samym pacjent wymagał pogłębionej diagnostyki kardiologicznej, kontroli markerów uszkodzenia mięśnia sercowego, badania echokardiograficznego, dalszych badań EKG, monitorowania parametrów życiowych, także innych badań laboratoryjnych – morfologia krwi. Zmiany EKG powinien rozpoznać student medycyny. Konieczna była – zdaniem biegłej konsultacja internistyczna a najpewniej kardiologiczna. Biegła podkreśliła, iż w trakcie hospitalizacji nie przeprowadzono konsultacji, nie monitorowano stanu serca, czy narastają cechy uszkodzenia, czy zwiększa się stopień niedokrwienia. Nadto pacjent nie był unieruchomiony w obrębie łóżka, a rutynowym jest właśnie unieruchomienie w pierwszych dobach zawału tzn. ostrego niedokrwienia. Zdaniem biegłej u W. W. (1) był stan przedzawałowy i popełnione zaniechania naraziły na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia. Dniem krytycznym był 23.12.2007 r. i na oskarżonym ciążył obowiązek potwierdzenia lub wykluczenia niedokrwienia mięśnia sercowego i zapewnienia dalszej opieki kardiologicznej. Jednocześnie podkreśliła, iż o zakresie zarzutu decyduje prokurator nie biegły. Biegła podniosła, iż podstawowy błąd został popełniony 23.12. i był on powtarzany przez kolejnych lekarzy. Cały czas leczenia przez brak leczenia kardiologicznego spowodował narażenie pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia i zdrowia. Dodała również, iż osobą odpowiedzialną jest lekarz dyżurny. Zdaniem biegłej konsultacja zalecona była konieczna i niezbędna. Należało dążyć do normalizacji ciśnienia zapewniając prawidłowe ukrwienie narządów wewnętrznych, wdrożyć wlew z nitrogliceryny, kontrolować morfologię, wobec wzrastającej niedokrwistości rozważyć przetoczenie preparatu krwi, wykonać echo serca, i w wypadku stwierdzenia istotnych zaburzeń kurczliwości przekazać pacjenta do ośrodka o wyższym stopniu referencyjności. Biegła potwierdziła, iż w obrazie gastroskopii stwierdzono przebyte krwawienie z wrzodu dwunastnicy, zmiana była świeża. Biegła przyznała również, że krwawienie takie mogło wpływać na zapis EKG, ale nie mogło być tak, że zapis EKG wynikał jedynie z choroby wrzodowej. Biegła podała, iż były dwa główne problemy: ostre krwawienie z wrzodu, zaawansowana choroba niedokrwienna serca i cechy ostrego zapalenia mięśnia sercowego. Oba stany były zagrożone ryzykiem śmierci i fakt krwawienia do przewodu pokarmowego ograniczał możliwości terapeutyczne w leczeniu ostrego niedokrwienia mięśnia sercowego, ale nie jest do przyjęcia, iż nie należało ich diagnozować i leczyć. Należało prowadzić leczenie zachowawcze a po ustabilizowaniu choroby chirurgicznej, w momencie gdy ryzyko krwawienia jest niskie, rozważyć leczenie inwazyjne. Biegła również uznała, iż gdyby przyjąć krwawienie do światła przewodu pokarmowego jako jedyną przyczynę śmierci wtedy należałoby się spodziewać innych objawów klinicznych. Dodała, iż W. W. (1) cierpiał na chorobę niedokrwieną serca. Biegły **S. S. (2)** dodał, iż krwawienie może wyzwolić zawał, jeśli jest duże lub szybko narastające Powstanie zawału w końcowej fazie hospitalizacji może nie być związane z uprzednim krwawieniem, a może być następstwem miażdżycy. Choroba niedokrwienna serca – jak podkreślił biegły – występowała u W. W. (1) od kilku lat, czego potwierdzeniem była blizna pozawałowa, zatem dolegliwości takich jak u W. W. (1) nie można wiązać z zespołem żołądkowo – sercowym, opisanym w 1914 r., z czego obecnie się wycofują, teraz taki zespół nie jest opisywany. Zawłaszcza, iż w obrębie serca były zmiany organiczne, zmiany takie możliwe są do stwierdzenia poprzez badanie EKG, echo, typowy wywiad. Biegły S. S. uznał, iż pacjent miał dwie jednostki chorobowe: jedną w obrębie jamy brzusznej a drugą w obrębie serca. Ta z jamy brzusznej była diagnozowana i leczona, a o sercu zapomniano, stan zagrożenia

był w jamie brzusznej i sercu. Oba schorzenia – zdaniem biegłego – były równorzędne, schorzenie brzuszne było bardziej ostre i nakładało się na długoletnie schorzenie serca. Krwawienie z wrzodu zwiększało ryzyko związane z pogorszeniem choroby serca. Jednocześnie biegły **J. B.** podał, iż stan zagrożenia rozpoczął się kilkanaście lat wcześniej kiedy zaczął się proces chorobowy, który jest potencjalnie groźny dla zdrowia. Stan zagrożenia przy tym 23.12. był najmniejszy i stopniowo narastał, ale zagrożenie występowało również przed 23.12. Biegły ten podał, iż występowały dwa schorzenia podstawowe, które dla pacjenta były równie istotne. Schorzenie serca nie zostało rozpoznane. Biegły dodał, że na podstawie wycinków z sekcji można stwierdzić czy zawał miał miejsce 23.12., ale wycinków takich nie oglądali, mogą to uzupełnić, ale niezależnie od tego wniosków opinii nie zmieniają. Biegły podkreślił, że wyłączone było leczenie lekami przeciwkrzepliwymi, ale absolutnie konieczne było unieruchomienie pacjenta. W sprawie doszło do zwiększenia istniejącego zagrożenia, zagrożenie było istotne, ale nie da się go określić procentowo. Biegły podkreślił, również że biegli nie mają pewności czy wdrożone leczenie alternatywnego nie doprowadziłoby do zwiększenia niebezpieczeństwa bądź doprowadziłoby do jego obniżenia, ale nie można mówić o związku przyczynowym ze zgonem. Biegły podkreślił, że w żadnej z opinii nikogo z imienia i nazwiska nie wskazali, o postawieniu zarzutu zdecydował prokurator. W ocenie biegłego leczenie kardiologiczne – choć w ograniczonym zakresie było możliwe, skoro tego leczenia nie wdrożono to zwiększyło to samo w sobie stopień niebezpieczeństwa w jakim znajdował się chory. Zdaniem biegłego istniały dwa schorzenia i nie ma obecnie możliwości określenia co tak naprawdę było pierwsze, ale jest to nieistotne. Niewątpliwie u chorego doszło do niedokrwienia mięśnia sercowego, co potwierdziła sekcja, stwierdzono również świeży zawał zatem zawał, który może być kilkudniowy lub kilkugodzinny, tego nie da się określić dokładnie – zdaniem biegłego. Nie ma przy tym sprzeczności z konkluzją D. G.. W ocenie biegłego – przebieg, który wystąpił u chorego był charakterystyczny jak przy zawale i nie musiały wystąpić bóle w klatce piersiowej. Dodał również, że palenie papierosów szkodzi, ale szkodliwość ta rozwija się w latach. Biegły podkreślił, iż wynika EKG i RTG nie usprawiedliwiały oskarżonego, zachowanie oskarżonego wyczerpywało znamiona narażenia. Schorzenia chorego były na tyle poważne, że mogły same w sobie doprowadzić do zgonu, pomimo prawidłowego leczenia, stąd nie był spełniony warunek sine qua non pomiędzy zaniechaniem a zgonem. Biegły **W. K.** podał, iż w skali Forresta krwawienie było w stopniu II B i zagrożenie krwawieniem w chwili badania było wysokie, ale każda godzina powoduje, że ryzyko krwawienia było co raz mniejsze. We wczesnym okresie ryzyko to 30%. Biegli, w tym S. K. (2) opinie ustne pozostałych biegłych podzielili oświadczając, iż jest to ich wspólne stanowisko.

W toku postępowania sądowego z uwagi na istniejące wątpliwości, których wyjaśnienia wymagało wiedzy specjalnej, Sąd dopuścił dowód z opinii kolejnego zespołu biegłych.

W opracowanej i złożonej do akt opinii (k. 688-695 akt) biegli **(...) Szpitala (...) w B.** stwierdzili, iż : wyjściowe stężenie troponiny było prawidłowe, kontrolne stężenie troponiny było również prawidłowe, wskazując na brak zawału w dniu 23.12. Badanie EKG z dn. 22.12 – wykonane zostało zdaniem biegłych poprawnie, nie zawierało cech świeżego niedokrwienia. Natomiast w EKG z 23.12. biegli stwierdzili szereg nieprawidłowości utrudniających lub uniemożliwiających właściwą interpretację: brak nazw odprowadzeń, prędkości przesuwu papieru, tzw. cechy. Biegli przyjęli, iż załączony kardiogram wykonany był prawdopodobnie z przesuwem 50mm/s i 25 mm/s. Porównanie EKG z 22.12 i 23.12. wskazuje, że wszystkie załamki i wychylenia są dwukrotnie większe. Analiza krzywej EKG wskazuje rozległe niedokrwienie mięśnia sercowego. Biegli uznali, iż istotnym był również fakt, iż pacjent zgłaszał dolegliwości brzuszne i nie zgłaszał dolegliwości bólowych w klatce piersiowej. Odnośnie zachowania oskarżonego biegli stwierdzili, iż diagnostyka ukierunkowana została na chorobę z zakresu jamy brzusznej, wykonano zdjęcie rtg, wynik wskazywał na obecność przepuszczającej niedrożności, co skutkowało założeniem sondy obarczającej i uzyskaniem poprawy stanu pacjenta, włączono parenteralnie inhibitory pompy protonowej oraz stosowano dożylnie nawodnienie. Nie zaplanowano jednak badań kontrolnych morfologii krwi oraz stężenia troponiny co jest uchybieniem, częściowo wytłumaczalnym stabilnym stanem chorego oraz brakiem dolegliwości ze strony serca. W ocenie biegłych przeanalizowanie zapisu EKG z 23.12, przy braku dolegliwości dławicowych i prawidłowym stężeniu troponiny nie zbudziło niepokoju oskarżonego a widoczne zmiany przypisał odruchowi żołądkowo – sercowemu, a obraz RTG i uzyskana treść żołądka pozwoliła na postawienie prawie pewnego rozpoznania. Diagnostykę zakończyć miała gastroscopia. Biegli uznali, iż postępowania takie jest generalnie poprawne w sytuacjach typowych, ale posiadała słabe strony w przypadku W. W. (1). Zdaniem biegłych należało postawić rozpoznanie ostrej choroby niedokrwiennej,

obecność krwawienia nakazywała skontrolować morfologię, należało monitorować ciągle parametry życiowe : ciśnienie, tętno, EKG, saturację, konieczna była również kontrola kolejna stężenia troponiny. Biegli uznali, iż wynika badania gastrokopii, która potwierdziła świeżo przebyte krwawienie z górnego odcinkach przewodu pokarmowego pozwoliło na pełne rozpoznanie i właściwe leczenie. Zdaniem biegłych oskarżony powinien przeanalizować całokształt obrazu klinicznego pacjenta, co w konsekwencji skutkowało powinno wykonaniem powołanych wyżej badań. Mogły być wskazania do przetoczenia krwi. Brak powyższych działań lekarza prowadzącego wskazuje na zaniedbania właściwego postępowania lekarskiego i mogło przyczynić się do pogorszenia stanu pacjenta. Ale z drugiej strony – biegli uznali, iż aktualne zalecenia do przetoczenia krwi osobom z chorobą wieńcową są bardzo ostrożne i transfuzje zalecane są dopiero przy stężeniu hemoglobiny poniżej 8 %. Ostateczne decyzje powinny zatem być indywidualizowane. Podobnie niewskazane było ciągle ordynowanie leków z grupy niesteroidowych leków przeciwzapalnych. Biegli uznali jednocześnie, iż analiza stanu zdrowia pacjenta wskazuje na stopniową poprawę w kolejnych dniach. Analiza całokształtu obrazu klinicznego pacjenta – doprowadziła biegłych do wniosku – iż nie należał on do typowych, prostych przypadków klinicznych. Analiza retrospektywna, po zapoznaniu się z wynikami wszystkich badań, jak również znając przebieg choroby pozwala na wybór optymalnego postępowania diagnostycznego i właściwego leczenia. Odnośnie ostatniego pobytu W. W. (1) biegli stwierdzili, iż mimo wskazanych zaniechań, stan pacjenta uległ poprawie, zapewne na skutek podjętych prawidłowych działań diagnostycznych i terapeutycznych. W. W. (1) chorował jednocześnie na kilka chorób, a każda obarczona była wysokim ryzykiem zgonu. Postępująca anemia, bóle brzucha, zwracanie pokarmów, wymioty spowodowane były powikłaniami wieloletniej choroby wrzodowej, dodatkowo pacjent miał chorobę wieńcową, przeżył zawał serca. W ostatnim okresie choroba wieńcowa ta przebiegała bezobjawowo. Biegli wskazali równocześnie, że przy prawidłowo postawionej diagnozie jamy brzusznej oraz ostrej choroby wieńcowej postępowanie terapeutyczne jest trudne i często nieskuteczne. Typowe leczenie OZW jest przeciwwskazane u chorego z krwawieniem z przewodu pokarmowego, ze względu na duże ryzyko nasilenia krwawienia, wstrząsu krwotocznego i zgonu. Biegli przedstawili model hipotetycznie optymalnego leczenia, przy uwzględnieniu wiedzy obecnie dostępnej. Uznali, iż rozpoznanie choroby wrzodowej winno nastąpić już na etapie drugiego pobytu w szpitalu, winno zostać włączone leczenie pod postacią stosowania inhibitorów pompy protonowej, nawadniania parenteralnego, kontrolę krwawienia za pomocą sondy, kontrola morfologii krwi z oceną wskazań do jej przetoczenia. Nowoczesne leczenie krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego obejmuje również endoskopowe zaopatrzenie. Natomiast stwierdzenie niemożności niedokrwienia wymaga obserwacji i monitorowania wszystkich parametrów : kontrolnych zapisów EKG, stężeń troponiny i współpracy z kardiologiem. podobnie konieczna jest ocena echokardiograficzna. Stosowanie leków należałoby rozważyć w zależności od stanu pacjenta. W przypadku nawrotu niedokrwienia rozważyć wykonanie badania koronarograficznego. Z tym, że prawie pewna konieczność rewaskularyzacji wiąże się ze zwiększeniem ryzyka krwawienia z przewodu pokarmowego, z drugiej strony leczenie przezskórne z implantacją stentu wymaga podania leków przeciwkrzepliwych, wstrzymanie ich podawania z uwagi na chorobę brzuszną zwiększa znacznie ryzyko tzw. zakrzepicy w stencie i zgonu z powodu zawału serca. Tak więc – jak uznali biegli – ryzyko zgonu przy takiej konfiguracji chorób pozostaje nadal wysokie pomimo wdrożenia optymalnego postępowania. Biegli zasygnalizowali trudności procesu diagnostyczno – terapeutycznego, spowodowane kumulacją jednostek chorobowych i nietypowy przebieg choroby wieńcowej, wzajemnie wykluczające się strategie terapeutyczne, uznając iż generalnie zgadzają się z wnioskami opinii (...), nie mniej jednak nie podzielili wniosku iż oskarżony naraził pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo na bezpośrednie niebezpieczeństwo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Za nieprawidłowe należało uznać: złą interpretację zapisu EKG i przypisanie nieprawidłowości odruchowi żołądkowo – sercowemu, obecne zmiany odpowiadały zaś ciężkiemu niedokrwieniu mięśnia sercowego, taka interpretacja EKG skutkowała uznaniem konsultacji internistycznej za niepotrzebną. Takie postępowanie uznać należy – w ocenie biegłych – za nieprawidłową. Jednak wobec zaobserwowanej zmiany samopoczucia i stanu zdrowia W. W. (1) będącej skutkiem wdrożonego postępowania lekarskiego nie można podtrzymać tezy o działaniu oskarżonego w dniu 23.12., którego skutkiem było narażenie o jakim mowa w art. 160 k.k.

Dobrane przez biegłych Szpitala (...) biegły patomorfolog L. C. z (...) w B. (k. 686-687 akt) po zapoznaniu się z dokumentacją i po dokonaniu oceny 19 preparatów histopatologicznych uznał, iż opisane zmiany zgodne są z opinią lekarza wykonującego autopsję. W wyniku weryfikacji wyników badań histopatologicznych wycinków mięśnia sercowego W. W. (1) biegły stwierdził, iż zmiany opisane świadczą o poważnym i znacznym miażdżycowym

uszkodzeniu mięśnia sercowego. Znaleziono większe ognisko włókien mięśnia o kwasochłonnym charakterze przemawia za świeżym zawałem mięśnia sercowego, który nałożył się na uprzednio już toczący się proces chorobowy związany z miażdżycowym niedotlenieniem serca. Biegły na podstawie obrazu uznał, iż zapewne wpłynęło kilka godzin od dokonania. Nadto biegły stwierdził przewlekły wrzód trawienny na dwunastnicy. Podał, iż powikłaniem takiego wrzodu może być uszkodzenie naczyń krwionośnych i krwotok do światła żołądka.

Opiniując ustnie (k. 784 v, k. 804-806 akt) biegli podtrzymali stanowisko wyrażone na piśmie. Biegły **S. D.** odnosząc się do zapisu EKG z dnia 23.12 stwierdził, iż szczegółowa analiza wskazywała, iż nieprawidłowo oznaczony zapis był zapisem pacjenta W. W. (1). Zwiększenie przesuwu może spowodować bardziej dokładny obraz. Podał, iż często obserwowane są niespecyficzne zmiany odcinka STT, które są bardzo podobne do niedokrwienia ale niedokrwieniem mięśnia sercowego nie są. Biegły podniósł, iż wykazali oni pewne zaniechania procedury diagnostycznej, w szczególności w czasie drugiego pobytu pacjenta w szpitalu. Nadto podkreślił, iż niedokrwienie to jest coś innego niż martwica serca – zawał. Dodał, iż krwawienie z przewodu pokarmowego może nasilać niedokrwienie serca. Każdy pacjent z krwawieniem z przewodu pokarmowego musi być badany pod kątem parametrów życiowych: ciśnienia, morfologii. Postępowanie oskarżonego w zakresie choroby jamy brzusznej było słuszne i rutynowe. Zdaniem biegłego EKG wskazywało niedokrwienie, winno być powtórzone, podobnie jak morfologia, stężenie troponiny. Bezpośredniego narażenia wobec poprawy stanu pacjenta, nie można uznać. Nie doszło do pogorszenia stanu pacjenta, a zawał był zjawiskiem nagłym. Biegły podkreślił, iż taka koegzystencja dwóch jednostek chorobowych jak u W. W. (1) była fatalna. Metody leczenia wykluczają się, możliwe jest leczenie kardiologiczne ale polegające na monitorowaniu. Biegły dodał, iż wskazany w opinii model jest modelem leczenia hipotetycznym na czas wydania opinii. Każda bowiem decyzja była ryzykowana. Biegły dodał, iż pacjent nie miał bólów, więc wybrana opcja zachowawcza polegająca na obserwacji w zakresie choroby wieńcowej wydaje się słuszną. Nadto, że jeżeli pacjent miał założoną sondę, kroplówki to był unieruchomiony, a bezwzględne unieruchomienie nie było konieczne. Stan wymagał monitorowania. Podkreślił przy tym, iż schorzeniem wiodącym było krwawienie z przewodu pokarmowego, objawów choroby wieńcowej nie było. Dodał, iż ujemny wynik troponiny wykluczył zawał. Biegły podał, iż błędy w leczeniu nie spowodowały zagrożenia dla pacjenta, a uchybienia można przypisać nie tylko oskarżonemu i nie tylko odnosząc to do 23.12.2007 r. Biegły dodał, iż pacjent był za zdrowy do intensywnej terapii. Podjęcie działań, których zaniechano nie doprowadziłoby – zdaniem biegłego – do zniwelowania skutków, być może wprowadzenie intensywnego leczenia kardiologicznego doprowadziłoby do intensywnego krwawienia. Odnośnie konsultacji kardiologicznej biegły dodał, iż współpraca chirurga z kardiologiem była wskazana, ale terapii kardiologicznej z uwagi na współistniejącą chorobę by nie było. Biegły podkreślił, iż pacjent był stabilny kardiologicznie, uchwycone zostało chyba niedokrwienie w EKG, wszystko nie postępowało w złym kierunku, nie było cech zawału. Strategia zachowawcza w zakresie kardiologicznym była jak najbardziej słuszną. Nie było potrzeby przekazania pacjenta do innego ośrodka, pacjent był stabilny, nie było wskazań do nasilenia diagnostyki kardiologicznej poza kontrolowaniem parametrów życiowych. Biegły nie potrafił powiedzieć czy można było uniknąć zawału pacjenta. Dodał, iż do rozpoznania stanu przedzawałowego istotne są objawy kliniczne, a zmiany w EKG są jednym z kryteriów. Ważny jest czas utrzymywania cech niedokrwiennych i bólowych i tu nie można jednoznacznie stwierdzić, iż był stan przedzawałowy, można stwierdzić że było niedokrwienie. Dodał również, że było ryzyko nawrotu krwawienia wskutek podania leków przeciwkrzepliwych jak i samoistne. Biegła **H. G.** podzieliła opinię biegłego D. podkreśliła, iż u chorego wystąpiły dwie jednostki chorobowe wzajemnie się wykluczające. Biegli D. i B. - G. podzielili również opinię biegłego **L. C.** Ostatnio powołany podał, iż stwierdzony zawał był zawałem świeżym do 6 godzin. Dodał, iż proces miażdżycowy mięśnia serca musiał trwać latami, następowało powolne obumieranie tkanki, serce stawało się mniej wydolne, traciło możliwość kurczenia. Przyczyną zgonu było zatrzymanie serca, a dodatkowo przyczyną zagrażającą było niedokrwienie serca, czemu chirurg starał się zapobiec. Biegli wnioski opinii ustnych wzajemnie podzielili.

Wobec dwóch rozbieżnych stanowisk w zakresie istotnych z punktu widzenia ustalenia zasad odpowiedzialności oskarżonego dopuszczono dowód z opinii kolejącego zespołu biegłych.

W opracowanej i złożonej do akt opinii (k. 889-949 akt) biegli **(...) w P.** uznali, iż badania EKG przeprowadzone 22.12.2007 r. wykazało prawidłowy rytm zatokowy, cechy przebytego zawału ściany dolnej, nie wykazało cech świeżego

niedokrwienia mięśnia sercowego. Badanie to nie zawierało podpisu lekarza oceniającego, PESEL chorego, wpisano nieprawidłowe imię. Zlecono badanie troponiny, wynik obu badań wykluczał rozpoznanie zawału. Biegli podkreślili, iż zarówno lekarz konsultujący chirurgicznie i internistycznie pacjenta uznali, iż główny problem to dolegliwości brzuszne – dlatego pacjenta przyjęto na oddział chirurgiczny. Pacjent nie zgłaszał w żadnym okresie dolegliwości dławicowych, wskazujących na zaostrzenie choroby wieńcowej. Nadto zwrócili uwagę, iż w sposób niekontrolowany przyjmował on niesterydowe leki przeciwzapalne, które mogły nasilać ból brzucha i powodować uszkodzenie błony śluzowej przewodu pokarmowego. Wskazali, iż w dokumentacji szpitalnej brak informacji o hospitalizacjach z przyczyn kardiologicznych. Podkreślili, iż lekarze zazwyczaj stawiają wstępną diagnozę na podstawie wywiadów z pacjentem i zgłaszanych dolegliwości. Znając obecnie przebieg zdarzeń – można stwierdzić, iż wywiad nie był pełen, a wdrożone postępowanie diagnostyczne niekompletne. Zdaniem biegłych można było dodatkowo zlecić wykonanie ECHO serca, choć wynik nie wpłynąłby istotnie na sposób dalszej diagnostyki i leczenia. Biegli uznali, iż zebranie wszystkich istotnych informacji w zakresie wywiadu obciążało lekarza przyjmującego pacjenta na oddział, a na podstawie informacji w dokumentacji trudno określić, jaką diagnostykę wdrożył i jakie zastosował leczenie. Odnośnie postępowania oskarżonego biegli wskazali, iż przejął on opiekę nad pacjentem 23.12. i od razu wdrożył dodatkową diagnostykę oraz doraźnie pomógł choremu. Oskarżony prawidłowo ocenił zdjęcie przeglądowe jamy brzusznej. W ocenie biegłych obraz radiologiczny w powiązaniu z obrazem klinicznym był wskazaniem do założenia sondy, zastosowano leczenie osłaniające błonę śluzową żołądka, prawidłowym było leczenie choroby wrzodowej. EKG z dn. 23.12. wykazało – prawidłowy rytm zatokowy, cechy przebytego zawału ściany dolnej, wykazało cechy świeżego niedokrwienia. Biegli zwrócili uwagę, iż nie umieszczono odprowadzeń, również to badanie nie zawierało PESEL, podpisu lekarza oceniającego, badanie przeprowadzono z inną cechą. Zdaniem biegłych badania wykonane na oddziale chirurgicznym powinny być oceniane przez konsultujących kardiologów, względnie internistów, a nie przez chirurgów. W ocenie biegłych chirurg nie ma odpowiedniego doświadczenia w analizie EKG i nie jest prawdą, że badanie mógł ocenić poprawnie student medycyny. Nadto – zdaniem biegłych – nie sposób jednoznacznie wskazać bezpośredniej przyczyny niedokrwienia mięśnia sercowego, najprawdopodobniej składało się na to wiele czynników: miażdżyca, niedokrwistość spowodowana krwawieniem z przewodu pokarmowego, hipotonia (niskie ciśnienie krwi). Zdaniem biegłych gdyby pacjent nie miał krwawienia i hipotonii obraz EKG świadczyłby najpewniej o zaostrzeniu choroby niedokrwiennej serca, zmiany takie zazwyczaj prowadzą do objawów klinicznych pod postacią bólów w klatce piersiowej. Zdaniem biegłych skoro po podaniu leków rozkurczowych, odbarczeniu żołądka, stan chorego się poprawił, pierwotną przyczyną pogorszenia stanu pacjenta nie była choroba serca. Biegli podali, iż rozumieją tok rozumowania oskarżonego. W ich ocenie, u pacjenta nie występowały objawy uzasadniające przekazanie na Oddział Intensywnej Terapii. Biegli uznali, iż wysoce prawdopodobnym jest, że obraz uzyskany w czasie gastrokopii był wynikiem przebytego krwawienia do przewodu pokarmowego, jest też prawdopodobne, że poprzednie spadki ciśnienia i zapaści były również skutkiem krwawienia do górnego odcinka przewodu pokarmowego. Wskazana była – morfologia krwi w godzinach wieczornych i kolejnych dniach, należało oznaczyć grupę krwi zabezpieczyć preparaty krwiopochodne i krwinek czerwonych, na wypadek powtórzenia krwawienia. Ale poziom hemoglobiny nie był jeszcze wskazaniem do przetoczenia krwi. Ważniejsze było dla prawidłowej perfuzji mięśnia sercowego utrzymanie należytego rzutu serca i utrzymania ciśnienia tętniczego na odpowiednim poziomie, poprzez choćby uzupełnienia płynów i to zostało osiągnięte. Biegli podkreślili, iż obecnie wskazania do przetoczenia krwi są powściągliwe przy zaawansowanej chorobie wieńcowej. Zdaniem biegłych objawy niedokrwienia mięśnia sercowego stwierdzone w EKG zostały słusznie przypisane krwawieniu z przewodu pokarmowego, które uznano za chorobę podstawową i które właściwie leczono. Nadto stwierdzili, iż u W. W. (1) doszło do nakładania się objawów dwóch chorób, a ich rozpoznanie daje ogromny dylemat kliniczny, gdyż leczenie jednej z nich nasila ryzyko drugiej. Wystąpienie powikłań krwotocznych u pacjenta z OZW zwiększa ryzyko zgonu czterokrotnie, zawału serca pięciokrotnie, a udaru mózgu trzykrotnie. Problem stwarza wtedy przetoczenie krwi, należy unikać pochopnych transfuzji. Jeszcze większy problem – zdaniem biegłych – stwarza leczenie choroby serca bowiem zawsze polega ono na podaniu silnie działających leków przeciwzakrzepowych, które będą nasilać krwawienie. Podobnie najskuteczniejsze formy leczenia – angioplastyka, implantacja stentów również wymagają podania takich leków. Sama operacja chirurgiczna obarczona jest dużym ryzykiem powikłań krwotocznych, u pacjenta z aktywnym krwawieniem winna być wykonana w ostateczności. Zdaniem biegłych konsultacja kardiologiczna miałaby prawdopodobnie czysto formalne znaczenie, nie wnosząc istotnych zmian do strategii postępowania. Biegli podali, iż nie wyobrażają sobie podania u pacjenta z aktywnym krwawieniem, przy

braku objawów klinicznych OZW oraz prawidłowym poziomie troponiny leków przeciwplatek, a inne leki nie wpływają istotnie na poprawę rokowań we wczesnym OZW. Biegli odnieśli się także do twierdzeń biegłych z Ł. o konieczności pilnej interwencji kardiologicznej. Biegli podali, iż teoretycznie do wyboru były dwie opcje: rozpoznanie OZW i zastosowanie typowego leczenia w postaci włączenia leków przeciwplatek i heparyny czyli leków silnie hamujących krzepnięcie krwi z rozważeniem wskazań do leczenia inwazyjnego bądź też uznanie, iż zmiany EKG są wtórne do choroby podstawowej. Zastosowanie pierwszej strategii doprowadziłoby do nasilenia krwawienia z przewodu pokarmowego z poważnymi następstwami klinicznymi, w tym jeszcze większe niedokrwienie mięśnia sercowego z powodu postępującej niedokrwistości i hipotonii. Biegli nie zgodzili się zatem z opinią (...), iż nieprzeprowadzeni konsultacji i nieprawidłowa ocena EKG spowodowały narażenie chorego na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Za błędne uznali również twierdzenie iż chory wymagał dalszej kontroli martwicy serca albowiem jej nie było skoro poziom troponiny był w normie. Biegli uznali, iż najlepszym sposobem poprawy ukrwienia serca było skuteczne leczenie choroby podstawowej. Biegli nie zgodzili się także z opinią (...) odnośnie postępowania z 28.12.2007 r. wskazane przez nich leki – ich zdaniem – jeszcze bardziej mogły pogorszyć ukrwienie mięśnia sercowego. Reasumując, biegli stwierdzili, iż W. W. (1) chorował równocześnie na kilka poważnych chorób, wszystkie związane były potencjalnie z wysokim ryzykiem zgonu. Nieme niedokrwienie – uśpiło czujność oskarżonego, który nie widział potrzeby diagnostyki kardiologicznej. Zdaniem biegłych zalecana była kontrola stanu mięśnia sercowego w kolejnych badaniach EKG, kontrola markerów uszkodzenia mięśnia sercowego. Jednakże, w opinii biegłych, nawet gdyby lekarz prawidłowo rozpoznał obie jednostki chorobowe, ich jednoczesne leczenie jest trudne i w wielu przypadkach nieskuteczne. Oskarżony – zdaniem biegłych – uczynił dla chorego najwięcej, za prawidłowe uznali oni całe postępowanie gastroenterologiczne, które doprowadziło do poprawy stanu pacjenta, błędna interpretacja a raczej błędne przypisanie obrazu EKG zespołowi żołądkowo – sercowemu należy ocenić za niewłaściwe. Jednak całość leczenia skutkowała poprawą ogólnego stanu pacjenta, nie można zatem przyjąć, iż zachowanie oskarżonego w dniu 23.12.2007 r. naraziło W. W. (1) na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub naraziło na bezpośrednie niebezpieczeństwo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

W opinii ustnej biegli (...) w P. (k. 1000-1003 akt) treść opinii pisemnej podtrzymali. Biegły **J. K.** jako specjalista medycyny sądowej podkreślił, iż przeprowadzone analizy materiału dowodowego doprowadziły do wniosku, że w tym przypadku nie było narażenia zarówno w sensie działania jak i zaniechania. Analiza niezależnie od pewnych wątpliwości co do zastosowanych metod diagnostycznych, doprowadziła do wniosku, iż nie można przyjąć z całą kategorię aby takie zachowanie miało charakter bezpośredni. Nie dostrzegli bowiem aby ze sposobu zachowania oskarżonego wynikała taka sytuacja aby nieuchronnie i w krótkim czasie mogły nastąpić takie skutki jak utrata życia lub ciężki uszczerbek na zdrowiu. Biegły **M. L.** wskazał, iż W. W. (1) na chorobę niedokrwinną chorował od wielu lat, wcześniej miał zawał, angioplastykę. Taka choroba przy wystąpieniu krwawienia z przewodu pokarmowego i niskim ciśnieniu może nasilać niedokrwienie mięśnia sercowego. Zatem jeżeli niedokrwienie mięśnia sercowego było – na co jest jedyny dowód w postaci EKG, to było ono wywołane krwawieniem i niskim ciśnieniem. Tym samym jedynym skutecznym leczeniem niedokrwienia mięśnia sercowego było leczenie przyczyny czyli karwienie z przewodu pokarmowego i to zostało wykonane. Zdaniem biegłego jakiegokolwiek leczenie celowane w samo serce nasiliłoby krwawienie pogarszając rokowania. Nie było bowiem tu sytuacji, iż chory miał zawał na początku hospitalizacji, nie było go na pewno 22 i 23.12. Podstawowym schorzeniem było karwienie z przewodu pokarmowego, krwawienie było czynne, sugerował to cały obraz kliniczny. Podstawową rzeczą jest zaś ocena kliniczna pacjenta. Stan pacjenta uległ poprawie, wdrożono właściwe leczenie, pacjent przestał zgłaszać dolegliwości, był aktywny, poruszał się. Biegły sprzeciwił się stanowisku, iż W. W. (1) powinien leżeć w łóżku, nie było wskazań kardiologicznych aby leżał. Gdyby leżał należałoby podawać leki przeciwkrzepliwe, co nasilałoby krwawienie. Wynik EKG, przeżyty wcześniej zawał, zobowiązywał lekarza do konsultacji kardiologicznej, ale pacjent był na oddziale chirurgicznym, a oskarżony wykazał się praktycznym doświadczeniem. Biegły podał, iż nie wyobraża sobie, że kardiolog wezwany do pacjenta z niskim ryzykiem kardiologicznym zdecydowałby się na leczenie zawału czy OZW w sposób typowy, wiedząc że chory jest niskiego ryzyka wieńcowego, a wysokiego ryzyka jeśli chodzi o krwawienie. Szersza diagnostyka nic by nie zmieniła. Jedynym skutecznym leczeniem było zatamowanie krwawienia, wyrównanie morfologii, poprawienie ciśnienia. Oskarżony z EKG poznał niedokrwienie i słusznie skojarzył to z krwawieniem. Jedynie skuteczna diagnostyka to diagnostyka inwazyjna, ale w tym przypadku nie było to celowe

przed zatamowaniem krwawienia i ustabilizowaniem ciśnienia. W obrazie choroby – biegły uznał, że nie uważa za konieczne wykonanie dalszych badań, choć gdyby był pacjentem kardiologii miał by wykonane dalsze EKG, Echo, ale nic by to nie zmieniło. Pacjent zmarł bo miał miażdżycę i krwawienie z przewodu pokarmowego. Jednym z objawów miażdżycy jest nagły zgon, w 1/3 wypadków choroby wieńcowej pierwszym i jedynym objawem jest nagły zgon. Biegły uznał, iż zapis EKG z 23.12. pozwalał na analizę, widać było niedokrwienie i różnicę względem pierwszego EKG. Podkreślił, iż chory nie prezentował żadnych dolegliwości kardiologicznych, konsultacja jest natomiast konieczna jeśli jest uzasadniona, zwłaszcza jeśli pacjent miałby nowe dolegliwości. Podał, iż w sprawie nie było dobrego wyboru, było balansowanie pomiędzy ryzykiem zwału, który był niski, a ryzykiem wysokim krwawienia. Biegły uznał, iż pacjent prezentował najłagodniejszy stopień choroby niedokrwiennej mięśnia sercowego. Pacjent był niskiego ryzyka we wszystkich skalach ryzyka kardiologicznego, był pacjentem młodym, nie było dodatniej troponiny, nie miał dolegliwości bólowych. Nie było wskazać do transportu, pacjent był do obserwacji. Biegły podał również, że zespół żołądkowo – sercowy jest anachronizmem, określenie oskarżonego było nieprawidłowe ale zachowanie prawidłowe. Biegły uznał, iż obowiązek konsultacji kardiologicznej wobec nie zaistnienia nowych faktów nie był błędem. Lekarz w izbie zalecający konsultacje nie dysponował bowiem wynikami badań tak jak oskarżony. Uznał również, iż lekarz przejmujący pacjenta nie jest zwolniony z diagnostyki. Biegły **M. K. (2)** podał, iż diagnostyka odbywa się o diagnostykę laboratoryjną, kliniczną w oparciu o stan pacjenta. Pacjent miał zdiagnozowaną chorobę wrzodową, spadek hemoglobiny wskazywał, że krwawienie było czynne ale nie masywne. Było tego odzwierciedlenie w klinice, a później nastąpiła poprawa. Biegły uznał, iż morfologii nie należy wykonywać zbyt często. oskarżony rozpoznał dwie jednostki chorobowe, leczenie zachowawcze było wystarczające w zakresie choroby wrzodowej. Nagłe zatrzymanie krążenia się zdarza, zwłaszcza że pacjent był obciążony. Biegły uznał, iż konsultacja kolejna nic by nie wniosła, wskazanym było wezwać internistę, ale jeśli tego nie zrobiono nie można uznać, że nastąpiło narażenie pacjenta. Konsultacja taka nie zmieniłaby prawidłowego leczenia chirurgicznego. Biegły **M. S.** podał, iż jako chorobę podstawową wskazano wrzód trawienny dwunastnicy i uogólnioną miażdżycę znacznego stopnia. Jako powikłania oznaki krwawienia do przewodu pokarmowego, kolejne powikłanie świeży zawał. Biegły uznał, iż od zawału musiało upłynąć 6 godzin, nadto przed śmiercią musiało dojść do kolejnego krwawienia do przewodu pokarmowego. Biegły dodał, iż ostry krwotok z wrzodu dwunastnicy jest niekiedy pierwszym i ostatnim objawem – chory umiera z powodu masywnego krwawienia. Zdaniem biegłego doszło u pacjenta do nagłego, niespodziewanego zgonu w następstwie nagłego zatrzymania krążenia po dokonaniu rozległego zawału, nie można wykluczyć że kolejne krwawienie miało wpływ na zawał. podobnie nie można dowieść ani wykluczyć, że wpływ na zawał miał wysiłek związany z wyjściem na spacer. Biegli wnioski opinii ustnych współopiniujących podzielili.

Opinia biegłego jest jednym z licznych możliwych do otrzymania w procesie karnym środków dowodowych, a jej przydatność w sprawie musi być oceniana na tle całokształtu okoliczności ujawnionych w toku postępowania. Tak jak każdy inny dowód opinia biegłego podlega swobodnej ocenie organu procesowego, oczywiście w granicach zakreślonych treścią art. 7 k.p.k.

Kluczowy w omawianej materii przepis art. 201 k.p.k. wskazuje trzy kryteria oceny opinii, a mianowicie kryterium jej pełności, oraz jasności i braku sprzeczności w samej opinii. Niepełność opinii oznacza przede wszystkim brak kompletności czy dokładności w opracowaniu i przedstawieniu wypowiedzi biegłego. Stan ten może też polegać na niepełności dokonanych przez badań. Jako niepełność wymienia się ponadto sytuacje, w której treść opinii nie pozwala na ocenę, czy biegły uwzględnił wszystkie istotne okoliczności oraz czy w pełni wykorzystał udostępniony mu materiał. Zdaniem najwyższej instancji sądowniczej opinia jest niepełna, jeżeli nie udziela odpowiedzi na wszystkie postawione biegłemu pytania, na które - zgodnie z zakresem posiadanych przez niego wiadomości specjalnych i udostępnionym mu materiałem dowodowym - może i powinien udzielić odpowiedzi albo też jeśli opinia nie uwzględnia wszystkich istotnych dla rozstrzygnięcia konkretnej okoliczności lub nie zawiera uzasadnienia wyrażonych w niej ocen i poglądów (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 01.09.1975 r. - Z 24/75 - OSNKW z 1975 r., z. nr 12, poz. 172).

Niejasność opinii - jak wskazał w ostatnio powołanym judykacie Sąd Najwyższy - zachodzi wówczas, gdy sposób jej sformułowania nie pozwala na zrozumienie wyrażonych w niej ocen i poglądów, a także sposobu dochodzenia do nich, lub też zawiera wewnętrzne sprzeczności, posługuje się nielogicznymi argumentami. Za niejasne uznaje się także

opinie, których wnioski końcowe są nieścisłe i nie pozwalają ustalić ostatecznie poglądu biegłego (tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 12 maja 1998 r. - II KR 92/98 - OSNPG z 1998 r., z. 2, poz. 35).

Natomiast sprzeczność wewnętrzna opinii zachodzi zarówno wówczas, gdy odpowiedzi na pytania sformułowane we wnioskach końcowych wzajemnie się wykluczają, jak też wówczas, gdy wnioski żadną miarą nie dadzą się pogodzić z wynikami badań zrelacjonowanymi w opinii.

Z uwagi na charakter sprawy dowód z opinii biegłych był szczególnie istotny dla jej rozstrzygnięcia. Koniecznym było oparcie się o wiadomości specjalne aby ustalić czy zachowanie oskarżonego zgodne było ze wskazaniami wiedzy i praktyki, na podstawie tego w dalszej kolejności dokonać oceny czy oskarżony swoim działaniem lub zaniechaniem naraził W. W. (1) na wystąpienie skutków o jakich mowa w art. 160 k.k. Analizując wyżej powołane dowody z opinii biegłych Sąd doszedł do przekonania, iż nie ma podstaw do kwestionowania tych opinii w zakresie w jakim zawierały zgodne stanowiska. Nie budzącym wątpliwości było, iż wszystkie zespoły biegłych uznały prawidłowość działań oskarżonego w zakresie rozpoznania i wdrożonego leczenia choroby w obrębie jamy brzusznej. Natomiast w zakresie rozpoznania, możliwości leczenia czy nawet dalszej diagnostyki stanu mięśnia sercowego stanowiska biegłych nie były jednolite, choć wszystkie zespoły wskazywały na zaniechania w tej materii ze strony oskarżonego. Biegli nie byli również zgodni co do wpływu tychże zaniechań na los pacjenta. To wynika wprost z przytoczonych najważniejszych wniosków poszczególnych opinii. Sąd w zakresie istotnym dla rozstrzygnięcia zasad odpowiedzialności oskarżonego oparł się na opiniach biegłych z B. i P.. Powołane zespoły w sposób zgodny uznały, iż nie sposób z medycznego punktu widzenia przyjąć, iż oskarżony w dniu 23.12.2007 r. naraził W. W. (1) na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbki na zdrowie. Analizując poczynione w sprawie wywody przez wszystkie zespoły biegłych, w tym opierając się na pozostałym materiale dowodowym zgromadzonym w sprawie Sąd podzielił stanowisko wyrażone w tychże opiniach. Opinie biegłych z B. i P. były pełne, biegli w sposób jasny przedstawili w oparciu o co wnioski opinii sformułowali. Biegli opiniując wzięli pod uwagę całokształt dostępnego im materiału dowodowego. Opinie te były, zdaniem Sądu wbrew stanowisku oskarżycieli, wewnętrznie jasne i spójne. Nadto nie można stwierdzić, iż były one sprzeczne. Biegli obu tych zespołów wskazywali na zaniechania oskarżonego, nie mniej jednak ocenili je z punktu widzenia skutków tych zaniechań dla stanu pacjenta i to nie w oderwaniu od rzeczywistości. Biegli obu zespołów wskazali również na poziom ryzyka dla pacjenta związany z wdrożeniem leczenia kardiologicznego. Natomiast biegli z Ł. podali jedynie, iż brak leczenia kardiologicznego pogarszał rokowania, ale w jakim stopniu i zakresie nie byli w stanie podać. Biegli z B. jasno wskazali, iż zaprezentowany model leczenia ma charakter hipotetyczny, sformułowany został w oparciu o posiadany całokształt wiedzy o pacjencie oraz wiedzy dostępnej obecnie. W opinii ustnej uzupełnili, iż model zachowawczy w przypadku W. W. (1) był najodpowiedniejszy z uwagi na prezentowany stan kliniczny pacjenta. Biegli zespołu (...) i (...) wskazali na złożoność przypadku wynikającą z nakładania się dwóch jednostek chorobowych przy których strategię terapeutyczne wzajemnie się wykluczają. Biegli biorąc pod uwagę stan pacjenta, zgłaszane dolegliwości, dane wynikające z przeprowadzonych badań, ocenili ryzyko, które niesło wdrożenie leczenia jednej choroby dla przebiegu drugiej. Oba zespoły biegłych, podobnie jak zespół (...), uznali, iż nieprawidłowym było odwołanie się do zespołu żołądkowo – sercowego, nie mniej w ocenie biegłych z P. i B. nie wpłynęło to na stan pacjenta, który stopniowo ulegał poprawie. Biegli z B. i P. odnieśli się do wyjaśnień oskarżonego, zbadali preparaty z sekcji zwłok W. W. (1), dzieląc stanowisko zawarte w protokole sekcji zwłok. Zespoły biegłych z B. i P. zgodnie również przyjęły, iż schorzeniem wiodącym u W. W. (1) było schorzenie w obrębie jamy brzusznej. Oba zespoły uznały również, iż W. W. (1) był za zdrowy do intensywnej terapii i że nie było wskazań do przekazania pacjenta do innego ośrodka. Podobnie oba zespoły, jeśli brać pod uwagę całość opinii w tym ustnych, uznały, iż mimo współpracy kardiologa z chirurgiem w ramach konsultacji, i tak leczenia kardiologicznego by nie było, choć konsultacja była wskazana. Jednocześnie jednak biegli obu tych zespołów podali, iż nie ma mowy o bezwzględnym obowiązku przeprowadzenia konsultacji, decyduje stan pacjenta. Biegli wykluczyli również aby w dniu 23.12. u W. W. (1) był stan przedzawałowy czy też zawał, jasno stwierdzili iż zawału nie było, było niedokrwienie mięśnia sercowego. Oba zespoły wskazały również na konieczność monitorowania parametrów życiowych, jako jedynie celowe w zakresie stwierdzonego w EKG niedokrwienia. Tak zespół z P. jak i B. uznał, iż wdrożone postępowanie diagnostyczne było niepełne. Oba zespoły wskazały na konieczność obserwacji pacjenta w zakresie wykonania ponownie morfologii, EKG, dodatkowo ECHO serca oraz badania poziomu troponiny, odnośnie przetoczenia krwi podali, iż należało to rozważyć

ale obecnie wskazania są bardzo ostrożne i u W. W. (1) takiej konieczności nie dostrzegli. Biegli obu zespołów, w szczególności na rozprawie, podkreślili, iż w EKG uchwycony jest stan z czasu badania, którego później nie musiało być, a badanie EKG jest tylko jednym z kryteriów diagnostycznych i nie można diagnozować w oparciu jedynie o to badanie, biegli podkreślili iż decyduje stan pacjenta. Biegli z B. i P. zwrócili również uwagę na ryzyko nawrotu krwawienia bądź samoistnego bądź wywołanego podawanymi lekami. Podzielili w reszcie stanowisko o tym, iż zawał którego w dniu 28.12.2007 r. doznał W. W. (1) był zdarzeniem nagłym, a zawał był świeży i nie można przyjąć, iż był on już 23.12.2007 r. Stwierdzili, iż ryzyko zgonu pacjenta było duże. Mając powyższe na uwadze Sąd nie podzielił opinii biegłych z Ł. w zakresie jakim prezentowali oni odmienne stanowisko. Zdaniem Sądu opinie (...) i (...), z uwagi na ich jasność, pełność, rozważenie przypadku w oparciu o konkretny stan pacjenta, wzajemną zbieżność wniosków należało uznać za spełniające warunek przekonywalności. Opinie te były jasne, logiczne wewnętrznie niesprzeczne i w istocie wzajemnie niesprzeczne. Podnoszona przez oskarżycieli sprzeczność tych opinii miała charakter pozorny. Biegli z B. wyjaśnili bowiem na rozprawie w sposób przekonywujący i jednoznaczny swoje stanowisko i nie można przyjąć w żadnej mierze, iż ich opinia była sprzeczna wewnętrznie czy też sprzeczna w zasadniczym zakresie z opinią (...). Nie można bowiem pominąć w kontekście podnoszonej, głównie przez oskarżyciela posiłkowego sprzeczności wewnętrznej tej opinii, iż czym innym jest nieostrożność i nawet uchybienie procedurom medycznym, a czym innym wypełnienie znamion art. 160 k.k. Zdaniem Sądu analiza znamion występków zarzuconemu oskarżonemu w zestawieniu z treścią opinii pisemnych i ustnych zespołów (...) i (...), oraz pozostałym materiałem dowodowym, pozwoliła na wydanie w sprawie orzeczenia. W kontekście powyższego koniecznym zatem jest dokonanie oceny opinii zespołu (...), która wobec braków, pewnych niejasności, niepełności nie mogła być uznana za przekonywującą w zasadniczym dla sprawy zakresie. W pierwszej kolejności zważyć należy, iż dwie pierwsze opinie pisemne biegli z Ł. oparli na zeznaniach oskarżonego, co w samo w sobie może być uznane za dyskwalifikujące. Jednocześnie powołani biegli na rozprawie podali, iż w istocie nawet gdyby zeznań tych nie wykorzystali, to nie zmieniłoby to treści opinii. Zdaniem Sądu twierdzenie takie jest niedopuszczalne, opinia winna bowiem być wydana w oparciu o całość materiału dowodowego. Nie można uznać, iż twierdzenia oskarżonego, który w swoich wyjaśnieniach wskazał na tok swojego rozumowania w doborze metod diagnostycznych i terapeutycznych, były bez znaczenia. Lekarz ma prawo dokonania własnej oceny stanu pacjenta, wyboru terapii w zakresie wskazań wiedzy. Nie można zatem uznać, iż głos lekarza, któremu zarzuca się popełnienie błędu, nie ma znaczenia w sprawie. Kolejny zarzut dotyczy zlekceważenia protokołu sekcji zwłok. Biegli UM w Ł. zakwestionowali wyniki sekcji zwłok, nie przeprowadzając badań materiałów pobranych w czasie autopsji. Wprawdzie wyrazili oni gotowość analizy zabezpieczonych preparatów, podając jednocześnie, iż nic to w opinii nie zmieni. Zdaniem Sądu tego rodzaju uwagi poddają w wątpliwość wartość dowodową opinii, skoro biegli w sposób arbitralny, niezależnie od obiektywnych dowodów, wyrażają tak stanowcze wnioski.. Jest to o tyle istotne, iż biegli zakwestionowali czas powstania zawału, podając, iż u W. W. (1) mógł on trwać nawet kilka dni, podając przy tym w opinii ustnej, iż ich wnioski nie pozostają w sprzeczności z wynikami sekcji przeprowadzonej przez D. G.. Uznanie zawału za kilkudniowy wykluczyli w sposób stanowczy biegli z B. i P., kwalifikując zawał jako świeży, zgodnie z sekcją zwłok D. G.. Biegli z Ł. nie przywiązywali również wagi do zdjęcia przeglądowego jamy brzusznej, które potwierdzało tok myślenia oskarżonego i jak wskazali pozostali biegli zostało prawidłowo zinterpretowane. W ocenie Sądu biegli UM z Ł. wydali poszczególne opinie nie zwracając uwagi na niekompletność dokumentacji medycznej dla przykładu poza powołanym wyżej zdjęciem RTG, można wskazać pominięty początkowo zeszyt iniekcji. Powołani biegli nie mając pełnej dokumentacji, nie znając również stanowiska M. B. co do realnych możliwości leczniczych szpitala w I., formułowali kategoryczne wnioski. Nie można zgodzić się również ze stanowiskiem, iż opinie (...) i (...) były tożsame. Choćby w zakresie drugiej hospitalizacji wykazywały one rozbieżności, biegli z Ł. podali, iż zachowanie lekarzy było prawidłowe, natomiast biegli z B. wskazali na niepełność diagnostyki. Również wnioski obu opinii są rozbieżne. Podobnie biegli z Ł. nie odnieśli się szczegółowo co należy rozumieć pod pojęciem wskazania do „pilnej interwencji kardiologicznej”. Powołani biegli nie zasygnalizowali ryzyka związanego z wdrożeniem metod przez nich wskazywanych, nie przeprowadzili oceny co było dla pacjenta korzystniejsze. Powołani biegli nie potrafili nawet wskazać, które ze schorzeń stwierdzonych u W. W. (1) było schorzeniem podstawowych, wiodącym. Natomiast biegli pozostałych dwóch zespołów wskazali na schorzenie w obrębie jamy brzusznej jako główne i podstawowe. Nie kwestionując, iż oskarżony winien zlecić wykonanie dalszych badań w zakresie wskazywanym przez zespoły (...), nie można w świetle stanu pacjenta, zagrożenia ponownym krwawieniem, ustalić na czym pilna interwencja kardiologiczna miała polegać. Zgodzić należy się jedynie co do kwestii obserwacji pacjenta. Jednakże w świetle

wywodów biegłych z B. i P., nie można w żadnym razie przyjąć, iż W. W. (1) winien zostać w dniu 23.12.2007 r. bezwzględnie unieruchomiony. W tym zakresie Sąd podziela stanowisko, iż takiego bezwzględnego wskazania nie było, zwłaszcza iż u pacjenta nie wystąpił wówczas zawał. Zważyć należy, iż unieruchomienie pacjenta w sposób bezwzględny wymagałoby podania leków przeciwkrzepliwych, co zwiększało w sposób znaczący ryzyko krwawienia. To zdaniem Sądu czyni opinie (...) nieprzekonującymi. Jednocześnie wątpliwość budzi kwestia wskazania osoby odpowiedzialnej za wadliwy – zdaniem biegłych – proces diagnostyczny i brak wdrożenia właściwej terapii kardiologicznej. W tym zakresie biegli z Ł. wskazywali na odpowiedzialność lekarza prowadzącego. Skoro biegli posługiwali się tym określeniem w kontekście odpowiedzialności, wątpliwość budzi fakt, iż nie odnieśli się oni jednocześnie do zachowania lekarza prowadzącego W. W. (1) w czasie ostatniego pobytu w szpitalu. Powołani biegli nie wypowiedzieli się na temat zachowania pozostałych lekarzy, na etapie postępowania przygotowawczego, przed Sądem stwierdzili zaś, że stan zagrożenia pacjenta w dniu 23.12.2007 r. był najmniejszy i narastał. Zatem musi budzić wątpliwość kwestia zarzutu, jak i samej opinii. Nie można zgodzić się z wnioskami, iż biegli z P. nieprawidłowo wskazali, iż oskarżony miał kontakt z pacjentem jedynie 23.12. Wymienieni biegli odnieśli się bowiem do całości dokumentacji, z której wynikało kto był lekarzem prowadzącym, kto dyżurującym, odnosili się również do ram zakreślonych postanowieniem o ich powołaniu. Oczywistym jest, iż to nie biegli decydują o postawieniu zarzutu, jednakże oskarżyciel winien zwrócić uwagę, iż pozostali lekarze, w tym lekarz prowadzący nie byli zwolnieni z zapewnienia pacjentowi właściwej opieki lekarskiej. Podobnie biegli nie wypowiedzieli się odnośnie zachowania lekarza K. Ł., na którego dyżurze winny zostać wykonane badania zlecone w przez B. S.. Biegli z Ł. nie odnieśli się również do sprzeczności wynikającej między opiniami pisemnymi a odnoszącymi się do konsultacji kardiologicznej. O ile w opinii podstawowej wskazali na konieczność bezwzględną takiej konsultacji, o tyle w kolejnej opinii podali, iż lekarz powinien stwierdzić nieprawidłowości w zapisie EKG i jedynie wobec wątpliwości diagnostycznych powinien wezwać konsultanta, celem podjęcia decyzji co do dalszego postępowania z chorym. Biegli zespołu (...) nie wskazali również jakie ryzyko dla pacjenta niesło podanie leków wskazanych jako konieczne, bądź też wykonanie diagnostyki i leczenia inwazyjnego. Nie odnieśli tego do czasu. Nie sposób zdaniem Sądu przyjąć, iż taka konieczność istniała i była możliwa do wykonania w dniu 23.12.2007 r. czy nawet później, skoro pacjent, co wynika z sekcji zwłok dalej podkrwawiał. Nie sposób było również, w świetle pozostałych opinii, przyjąć, iż EKG z dnia 23.12. powinien odczytać każdy student. Zważyć należy, iż oskarżony odczytał niedokrwienie mięśnia sercowego. Wszystkie zespoły podkreślały, iż W. W. (1) był pacjentem trudnym, przebieg choroby nie był standardowy. Odnieść należy się również do jakości zapisu EKG. Nie można w żadnym sposób przyjąć, iż oskarżony zapisu EKG nie widział. Oskarżony podał, iż EKG odczytał, brak jest dowodów przeciwnych. Fakt, iż badanie nie zawierało oznaczenia tzw. cech, czy też podpisu i pieczętki lekarza nie może być dowodem, iż nie zostało ono odczytane przez oskarżonego. Biegli z B. wskazywali przecież, iż dane są głównie istotne z punktu widzenia dalszego wykorzystania zapisu ponieważ na bieżąco kwestie te są jasne. Zważyć należy również, iż podpisu i pieczętki lekarza nie zawierało badanie z 22.12.2007 r., mylnie wpisano imię pacjenta, a nikt z tego faktu nie czyni zarzutu B. S.. Ostatecznie wszyscy biegli dokonali odczytu zapisu EKG, zatem mimo mankamentów technicznych, zapis możliwy był do interpretacji. Wszystkie zespoły biegłych wskazał, iż na wynik zapisu EKG ma wpływ krwawienie do przewodu pokarmowego, zatem nie można przyjąć iż twierdzenia oskarżonego który zapis EKG odczytywał jako następstwo krwawienia pozbawione były racji. Wracając do oceny opinii - biegli zespołu (...) nie wskazali w swojej opinii jednoznacznie na co konkretnie zaraziło W. W. (1) zachowanie oskarżonego. Nie można bowiem przyjąć, iż narażony został on jednocześnie na utratę życia i ciężki uszczerbek na zdrowie. Biegli winni na to pytanie w sposób jednoznaczny odpowiedzieć. Nadto zważyć należy, iż biegli z Ł. uznając bezpośrednie narażenie podali, iż nie mają pewności czy wdrożenie leczenia alternatywnego nie doprowadziłoby do zwiększenia niebezpieczeństwa. Nie można zatem rozsądnie stawiać oskarżonemu zarzutu, iż poprzez brak diagnostyki i leczenia kardiologicznego naraził on pacjenta na skutki o jakich mowa w art. 160 k.k. Tym samym przekonują w tym zakresie opinie (...) i (...). Nie można również za oskarżycielami przyjąć, iż oskarżony powinien wdrożyć wszelkie leczenie. Zdaniem Sądu oskarżony winien zdróżyć leczenie w takim zakresie aby stan pacjenta poprawić i nie narażić go zbędnie na niebezpieczeństwo. W istocie biegli z Ł. w opinii ustnej podali, podobnie jak pozostali biegli, iż należało prowadzić leczenie zachowawcze, a dopiero po ustabilizowaniu stanu pacjenta rozważyć leczenie inwazyjne. I takie leczenie inwazyjne, po wyeliminowaniu zagrożenia ponownym krwawieniem rozważały wszystkie zespoły biegłych. Nie sposób przyjąć przy tym, iż stan pacjenta został ustabilizowany 23.12., dopiero w dniu 26.12. można przyjąć, iż pacjent bezsprzecznie poczuł się dobrze.

Z tych względów Sąd oparł się na opiniach biegłych z P. i B., a na opinii biegłych z Ł. pod warunkiem jej zgodność z opiniami pozostałych zespołów i w zakresie w jakim biegli nie opierali się o zeznania oskarżonego.

Za przydatny Sąd uznał pozostały materiał dowodowy zgromadzony w aktach sprawy w postaci dokumentów i załączników. Nie budziły one wątpliwości Sądu i nie były kwestionowane przez strony.

D. Ż. (1) stanął pod zarzutem popełnienia czynu z art. 160§3 k.k. w zw. z art. 160§3 k.k. a polegającego na tym, że:

w dniu 23 grudnia 2007 roku w I., jako pełniący dyżur lekarski na Oddziale (...) miejscowego Szpitala (...), zobowiązany do opieki nad pacjentem, nieumyślnie naraził W. W. (1) na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w ten sposób, że nie przeprowadził u niego zaleconej przez internistę poprzedniego dnia ponownej konsultacji internistycznej po wykonaniu badania kontrolnego EKG w dniu 23 grudnia 2012 roku, dokonał nieprawidłowej oceny zapisu tego EKG bądź też oceny takiej nie przeprowadził w ogóle, podczas gdy zapis wskazywał na świeże zmiany niedokrwienne mięśnia sercowego będące bezwzględny wskazaniem do konsultacji kardiologicznej i objęcia pacjenta pilną opieką kardiologiczną, co jednak nie nastąpiło.

Występek z art. 160§2 i 3 k.k. polega na narażeniu człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, jeśli na sprawcy ciąży obowiązek opieki na osobą narażoną na niebezpieczeństwo, jeśli sprawca działa nieumyślnie.

Typ czynu zabronionego określony w art. 160 § 1 KK, również w przypadku odmiany typu nieumyślnego (art. 160 § 1 w zw. z § 2) jest przestępstwem powszechnym - jego sprawcą może być każdy człowiek o tyle, o ile zachowanie sprawcy polega na wypełnieniu znamion typu czynu zabronionego przez działanie. Gdy zachowanie sprawcy ma postać zaniechania, sprawcą przestępstwa może być jedynie gwarant kwalifikowany, wskazany w § 2. Jeśli lekarz w konkretnym przypadku był gwarantem bezpieczeństwa osoby zagrożonej na swym zdrowiu lub życiu, to odpowiedzialność karną należy rozważać na płaszczyźnie art. 160§2 k.k. lub 160§3 k.k. Przystępstwo z art. 160§3 k.k. charakteryzuje się nieumyślnością w znaczeniu art. 9§2 k.k., czyli sprawca nie ma zamiaru narażenia człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, naraża go jednak w wyniku niezachowania wymaganej w danych okolicznościach ostrożności, w sytuacji, w której sprawca narażenia człowieka przewidywał lub obiektywnie biorąc mógł przewidzieć. Karalne zachowanie sprawcy opisane jako "narażenie" człowieka. Określenie to wyznacza sposób zachowania sprawcy niejako od strony negatywnej. Ma ono różnić się od skonkretyzowanych sposobów narażenia człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, wyrażonych w innych przepisach. Stanowi zbiorcze określenie dla wszystkich możliwych zachowań, które mogą narazić człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo wywołania określonych w tym przepisie skutków. Warunkiem przestępstwa z art. 160 § 1 KK jest narażenie przez sprawcę człowieka na **bezpośrednie** niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu czy też **przeniesienie** człowieka z jednego stanu niebezpiecznego **w stan bardziej niebezpieczny**. Następowo to musi być **obiektywnie przypisywalne działaniu sprawcy**, zaś granicę możliwości przypisania wyznacza obiektywna możliwość przewidzenia wystąpienia skutku. Jeśli zarzuconym zachowaniem jest nieumyślne zaniechanie ciężącego na oskarżonym obowiązku zapobiegnięcia skutkowi, to warunkiem pociągnięcia oskarżonego do odpowiedzialności karnej za przestępstwo z art. 160 § 2 i 3 KK jest obiektywne przypisanie mu takiego skutku. Będzie on spełniony wtedy, gdy zostanie **dowiedzione, że pożądanе zachowanie alternatywne, polegające na wykonaniu przez oskarżonego ciężącego na nim obowiązku, zapobiegłoby realnemu i znaczącemu wzrostowi stopnia tego narażenia**. (tak postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 19 maja 2015 r., II KK 236/14, wyrok tegoż Sądu z dnia 01.04.2008 r., IV KK 381/07, postanowienie z dnia 3.06.2004 r., V KK 37/04). Ujmując ściślej, oczekiwane alternatywne, oczekiwane i pożądanе od sprawcy, w związku z ciężącym na nim obowiązkiem, powinno obiektywnie zabezpieczyć przed urzeczywistnieniem się niebezpieczeństwa tj. wystąpieniem skutku. Wykonanie ciężącego na sprawcy obowiązku prawdopodobieństwo nastąpienia skutku istotnie ma zmniejszyć. Jeśli natomiast niebezpieczeństwo utraty życia lub poważnego uszczerbku na zdrowie w przypadku podjęcia przez sprawcę zgodnego z prawem zachowania alternatywnego nie zmieniło się wcale lub co najwyżej – w stopniu, który dałoby się w sposób nieprecyzyjny skwantyfikować jako mało znaczący, jego obiektywne przypisanie należałoby wykluczyć. (tak.

J. G. w glosie do postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 3.06.2004 r., V KK 37/04) Sąd w przypadku działania w ramach procedur medycznych konieczne jest naruszenie reguły postępowania nakierowanej na ochronę życia i zdrowia pacjenta. W przypadku typów, o których mowa w art. 160 § 2 i 3 KK, brak realizacji obowiązku do działania **może powodować stan narażenia** na niebezpieczeństwo konkretne, jak również **zdynamizowanie przebiegu i rozwoju tego stanu**, np. procesów chorobowych u pacjenta w ten sposób, że zaczęły one bezpośrednio zagrażać jego życiu lub zdrowiu. (wyrok SN z 1.4.2008 r. IV KK 381/07, OSNK 2008, Nr 7, poz. 56, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 05.11.2002 r., IV KK 347/99, wyrok Sądu Najwyższego z 21.08.2012 r., IV KK 42/12). Zakres obowiązków ciążących na gwarancie musi być definiowany w odniesieniu do tego momentu czasowego, w którym on działa, w oparciu o wtedy dostępne mu informacje o okolicznościach stanu faktycznego. Dla przypisania sprawcy odpowiedzialności za przestępstwo nieumyślne nie wystarczy jednak samo stwierdzenie, że zachował się on nieostrożnie, konieczne jest bowiem **wykazanie**, iż był świadomy tego, że swoim zachowaniem może zrealizować znamiona czynu zabronionego (przewidywał taką możliwość) bądź też, iż możliwości takiej nie przewidywał, choć mógł ją przewidzieć. (tak postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 19.01.2011 r., IV KK 356/10) Przedmiotem czynności wykonawczej czynu zabronionego określonego w art. 160 § 2 i 3 KK może być nie tylko ten człowiek, który w wyniku zachowania sprawcy znalazł się w sytuacji narażenia na niebezpieczeństwo konkretne, ale również człowiek, któremu zagrażało już bezpośrednio niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu pochodzące z innego źródła niż zachowanie sprawcy. Przestępstwa określone w art. 160 § 1-3 KK polegają na narażeniu dobra na niebezpieczeństwo konkretne i są traktowane jako przestępstwa skutkowe. Dla realizacji znamion typu czynu zabronionego konieczne jest wystąpienie skutku w postaci bezpośredniego niebezpieczeństwa utraty życia człowieka albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Niebezpieczeństwo to ma charakter indywidualny (dotyczy konkretnej, jednej osoby) w odróżnieniu od niebezpieczeństwa powszechnego (przy wielości osób zagrożonych). Do przyjęcia odpowiedzialności konieczne jest zaistnienie skutku w postaci obiektywnie istniejącego potencjału niebezpieczeństwa utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. **Narażenie** na to niebezpieczeństwo **ma mieć charakter konkretny**, ustawodawca wymaga aby było to niebezpieczeństwo **bezpośrednie**. Bezpośredniość tę rozumieć należy bądź jako **nieuchronne następstwo** dalszego niebezpieczeństwa dla życia lub zdrowia sytuacji bądź jako **wysokie prawdopodobieństwo jego wystąpienia** (tak postanowienie Sadu Najwyższego z dna 26.01.2016 r., V KK 342/15), bezpośrednio oznacza więc natychmiastowe, realne, konkretnie istniejące niebezpieczeństwo. Istnienie warunków, które w przyszłości mogły narażać na niebezpieczeństwo życie lub zdrowia ludzi, nie upoważnia do tworzenia neologizmu o „formalnym niebezpieczeństwie” (tak wyrok Sadu Apelacyjnego w Krakowie, z 4.10.2007 r., II AKa 132/07). Bezpośredniość niebezpieczeństwa jest to taka sytuacja, gdy nieuchronnym następstwem dalszego rozwoju sytuacji, bez pojawienia się jakichś nowych czynników „dynamizujących” jest niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia. Z bezpośredniością mamy do czynienia tam, gdzie wedle dającego się przewidzieć przebiegu przyczynowości, istnieją wszelkie realne przesłanki do przyjęcia, że następstwa, o których mowa w przepisie zrealizują się w ramach następnego ognia jej przebiegu. (tak Sad Najwyższy w postanowieniu z dnia 19.01.2011 r., IV KK 356/10) Skutkiem jest nie tylko wywołanie takiej sytuacji, w której pacjent znajduje się, nie będąc uprzednio, w położeniu grożącym bezpośrednim niebezpieczeństwem dla życia lub zdrowia ale również na utrzymywaniu (nie odwróceniu, nie zmniejszeniu) istniejącego już poziomu tego niebezpieczeństwa w czasie, kiedy urzeczywistnił się obowiązek działania lekarza – gwaranta. (tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 24.09.2015 r., V KK 228/15, Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 5.04.2013 r., IV KK 43/13). Należy zwrócić uwagę, że **niekiedy reguły ostrożności**, do zachowania jakich zobowiązany jest gwarant, **nie eliminują sytuacji narażenia** człowieka na niebezpieczeństwo utraty życia lub doznania ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Konieczne dla przypisania skutku konieczne jest ustalenie: po pierwsze – że swym nieodpowiednim zachowaniem sprawca zwiększył ponad społecznie dopuszczalną miarę prawdopodobieństwo wystąpienia negatywnego skutku oraz, że po drugie – skutek ów przybrał postać realnego znaczącego wzrostu niebezpieczeństwa. Jeśli natomiast niebezpieczeństwo utraty życia lub uszczerbku na zdrowiu nie zmieniło się wcale lub co najwyżej – w stopniu, który dałoby się w sposób nieprecyzyjny skwantyfikować jako mało znaczący, obiektywne przypisanie należałoby wykluczyć. Skoro ustawodawca wskazuje, że w danym układzie faktycznym może zachodzić albo bezpośrednio niebezpieczeństwo „utraty życia” albo bezpośrednio niebezpieczeństwo „ciężkiego uszczerbku na zdrowiu” to oczywistym jest, że w grę nie może wchodzić jednocześnie bezpośrednio

niebezpieczeństwo utraty życia i ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. (tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 21.08.2012 r., IV KK 42/12).

Pod pojęciem „błąd w sztuce medycznej” należy rozumieć naruszenie obowiązujących lekarza reguł postępowania, wypracowanych na gruncie nauki i praktyki lekarskiej. Błąd w sztuce stanowi przesłankę urzeczywistniająca znamiona umyślnego typu przestępstwa. Dla urzeczywistnienia znamion przestępstwa nieumyślnego nie wystarczy jakiegokolwiek działanie lub zaniechanie, lecz tylko takie, które **narusza wymaganą w obrocie ostrożność**. Porządek prawny zabrania tylko takich naruszeń, które były możliwe do uniknięcia. Ujemna ocena czynu nieumyślnego stanowi obiektywną sprzeczność zachowania z nakazaną w obrocie starannością. W myśl art. 9§2 k.k. czyn zabroniony popełniony jest nieumyślnie, jeżeli sprawca nie mając zamiaru jego popełnienia, popełnia go jednak na skutek niezachowania ostrożności wymaganej w danych okolicznościach, mimo iż możliwość popełnienia czynu przewidywał albo mógł przewidzieć. O naruszeniu obowiązku ostrożności świadczą dwa elementy: **obiektywna przewidywalność** możliwości narażenia na niebezpieczeństwo dobra prawnego oraz **zachowanie obiektywnie naruszające obowiązującą regułę** postępowania wobec tego dobra. Pierwszy obowiązek polega na rozpoznaniu i właściwej ocenie niebezpieczeństwa dla dobra. Miarodajne dla oceny obiektywnej przewidywalności są: bliskość niebezpieczeństwa i wartość narażonych dóbr, bierzemy pod uwagę możliwość rozpoznania niebezpieczeństwa przez rozsądnego i kompetentnego człowieka, znajdującego się w sytuacji sprawcy, posiadającego znajomość wszystkich elementów stanu faktycznego, uwzględniamy dane z chwili czynu. Ostrożność może polegać na odstępieniu od czynności obiektywnie rozpoznawanej jako niebezpieczna. Konieczne jest jeszcze **faktyczne naruszenie dobra prawnego**. Skutkiem jest wywołanie zmiany materialnej, ale także spowodowanie realnego niebezpieczeństwa dla dobra chronionego prawem. Ostatnim elementem koniecznym dla stwierdzenia realizacji znamion przestępstwa jest **obiektywna przypisywalność skutku**. Dla ustalenia kryteriów, w oparciu o które należałoby ocenić czyn pod kątem zachowania wymaganej ostrożności, zawsze budujemy nie tyle ogólny wzorzec postaci, ile raczej wzorzec odpowiedniego dla danej sytuacji zachowania, które porównujemy z zachowaniem sprawcy. Ustalenie jakie zachowanie w danym stanie faktycznym uchodzi za ostrożne pozwala dopiero wskazać, jaki człowiek jest ostrożnym. W przypadku obowiązywania różnych alternatywnych sposobów postępowania, lekarz ograniczony jest z jednej strony zakazem stosowania metod powszechnie zarzuconych, z drugiej zaś musi stosować powszechnie uznane za absolutnie konieczne środki. W tych granicach ma możliwość dokonywać wyboru najskuteczniejszego sposobu leczenia. Powinien ograniczyć czynności diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze do rzeczywiście potrzebnych choremu. Nie można wymagać od lekarza aby wykonywał czynności lecznicze wbrew własnemu przekonaniu o ich skuteczności. Następną przesłanką odpowiedzialności karnej lekarza za błąd w sztuce jest **obiektywne przypisanie skutku**. Ustawodawca pozostawia poza zakresem penalizacji samo popełnienie błędu w sztuce (bez spowodowania co najmniej niebezpieczeństwa uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia, śmierci) przypisanie skutku stanowi warunek, bez którego nie można w ogóle rozważać odpowiedzialności karnej lekarza za naruszenie zasad postępowania medycznego. Obiektywne przypisanie nie wyczerpuje się w ustaleniu związku przyczynowego między zachowaniem sprawcy a określoną zmianą w świecie zewnętrznym, przesłanką odpowiedzialności jest nie tyle istnienie związku przyczynowego między zachowaniem a skutkiem, ile obiektywna możliwość przypisania spowodowania tego skutku. Bazę stanowi związek przyczynowy badany w oparciu o teorie ekwiwalencji. Badamy zatem przy użyciu testu sine qua non, czy gdyby nie było określonego zachowania, to nie powstałby skutek. Konieczne jest wystąpienie dodatkowo przesłanki adekwatności przebiegu przyczynowego, naruszenie reguły postępowania, zabezpieczającej przed nastąpieniem skutku oraz wzrostu ryzyka w porównaniu z alternatywnymi, zgodnymi z prawem zachowaniem. **Ustaleniem naruszenia reguł postępowania medycznego nie jest jednak wystarczającą przesłanką przypisania**. Musimy zbadać w dalszej kolejności niekorzystny dla pacjenta rezultat leczenia powstały w związku z naruszeniem reguł ostrożnego postępowania. Ustalamy najpierw czy gdyby nie było zachowania lekarza naruszającego normy ostrożności to nie byłoby także niekorzystnego skutku, jak również czy skutek powstałby także wówczas gdyby sprawca zachował się zgodnie z obowiązującymi regułami. Ustalenie tegoż częstokroć trudne, powoduje że wystarczające będzie spełnienie dodatkowego warunku przypisywalności w postaci ustalenia, że naruszenie reguł ostrożności **istotnie** zwiększyło ryzyko wystąpienia skutku. Zaniedbanie nakazu, którego wypełnienie i tak nie

doprowadziłoby do realizacji celu normy, nie może stanowić podstawy przypisania naruszenia dobra prawnego. Reasumując najistotniejsze przesłanki warunkujące przypisanie lekarzowi skutku przestępnego to:

- naruszenie reguł ostrożności
- ustalenie czy skutek był przez lekarza obiektywnie przewidywalny
- czy w danym stanie faktycznym przestrzeganie przez lekarza reguł ostrożności zapobiegłoby powstaniu szkodliwego skutku
- czy naruszenie reguł ostrożności znacznie zwiększyło ryzyko naruszenia dobra prawnego
- czy powstały skutek mieści się w celu ochrony normy.

Koniecznym jest wykazanie, nadto iż czyn sprawcy był zawiniony, bezprawny, karygodny, karalny, zgodnie z wymaganiami art. 1 k.k..

Błąd diagnostyczny oznacza wadliwe rozpoznanie stanu zdrowia pacjenta, którego źródłem jest naruszenie przez lekarza obowiązujących zasad postępowania medycznego. Polega on bądź na nieprawidłowym ustaleniu, że pacjent cierpi na określone schorzenie (błąd pozytywny), bądź też stwierdzeniu braku choroby w przypadku jej występowania albo rozpoznaniu innej choroby niż ta, która rzeczywiście wystąpił (błąd negatywny). Warunkiem odpowiedzialności jest co najmniej narażenie na niebezpieczeństwo dóbr prawnych pacjenta. Zachowanie nie stwarzające takiego zagrożenia ani nie narusza dobra prawnego, nie wypełnia znamion żadnego typu przestępstwa. W literaturze spotyka się pogląd, że odpowiedzialność lekarza za błąd diagnostyczny jest wyłączona albo ograniczona do najbardziej drastycznych, rażących zaniedbań. Podejmowanie czynności leczniczych, w tym w szczególności diagnostycznych, wiąże się przecież z dopuszczalnym ryzykiem pomyłki. **Lekarz nie ma obowiązku być nieomylnym i nie takie wymagania stawia się mu w świetle prawa.** Błąd diagnostyczny oznacza nie każdą obiektywnie wadliwą diagnozę, lecz tylko taką, której źródłem było naruszenie przez lekarza obowiązujących reguł ostrożnego postępowania, wyznaczonych przez aktualny stan wiedzy. Samo naruszenie obowiązku ostrożności nie decyduje jeszcze o wypełnieniu znamion któregośkolwiek z typów przestępstw. Odpowiedzialność pojawia się dopiero w związku ze spowodowaniem określonego skutku chociażby w postaci narażenia. Przypisywalność naruszenia skutku wymaga ustalenia nie tylko powiązań przyczynowych między określonym zachowaniem a skutkiem, ale także powiązań normatywnych – czy naruszenie przez lekarza reguł postępowania diagnostycznego spowodowało niebezpieczeństwo ujemnego skutku, który następnie faktycznie nastąpił. Przypisanie skutku przez zaniechanie podjęcia działań medycznych przy jednocześnie występującym zagrożeniu ze strony samej choroby (będącej najczęściej bezpośrednią przyczyną skutku) jest niezwykle trudne. W razie stwierdzenia błędu w sztuce, zawsze pozostaje jeszcze rozważenie kryterium przypisania w postaci zwiększenia ryzyka powstania skutku. Postawienie trafnej diagnozy zależy od ustalenia czy przesłanki na których opierał się lekarz były prawidłowe i obiektywnie wystarczające (kompletne) dla dokonania rozpoznania, czy przesłanki zostały właściwie tj. zgodnie z aktualnym poziomem wiedzy medycznej ocenione. Źródłem błędu diagnostycznego może być niewłaściwa interpretacja zebranych w toku postępowania danych. To źródło naruszenia przysparza najwięcej kłopotów w praktyce trudno jest wykazać obiektywne kryteria oceny, która interpretacja w danym stanie faktycznym była najwłaściwsza. Istnieje pogląd wedle, którego regułą jest, że lekarz nie odpowiada za błędy rozumowania popełnione zarówno przy interpretacji poszczególnych danych jak i przy wniosku końcowym dotyczącym rozpoznania. Wyjątek stanowi interpretacja, która narusza ogólne, podstawowe zasady logiki. (J. S.. O odpowiedzialności za błędny zabieg leczniczy P i P 1954, nr 6) Błędy rozumowania powinny być brane pod uwagę tylko wtedy, gdy świadczą o braku znajomości, wypracowanych na gruncie nauki i praktyki lekarskiej, zasad wnioskowania istnienia określonego schorzenia na podstawie zebranych danych. (tak Agnieszka Liszewska, Odpowiedzialność karna za błąd w sztuce lekarskiej, str. 99 i n. Zakamycze 1998)

Przechodząc od rozważań teoretycznych na grunt sprawy będącej przedmiotem rozpoznania, Sąd uznał iż zachowanie oskarżonego nie wyczerpało znamion zarzucanego mu występkę. Nie można bowiem w sposób pewny, wymagany dla przypisania odpowiedzialności karnej, stwierdzić iż brak konsultacji kardiologicznej i nieobjęcie pacjenta opieką

kardiologiczną naraziło W. W. (1) na bezpośrednie niebezpieczeństwo wystąpienia powołanych w przepisie skutków, bądź też że zwiększyło stan istniejącego a wynikającego z choroby wieńcowej W. W. (1) zagrożenia. Nie można również stwierdzić, iż zachowanie oskarżonego zdynamizowało przebieg choroby. Wprawdzie, co wynika z wniosków opinii sądowo – lekarskich, oskarżony nie ustrzegł się zaniedbań, nie można jednak przyjąć, iż naraziło to W. W. (1) w sposób bezpośredni w rozumieniu powołanego przepisu na wystąpienie negatywnych następstw dla jego zdrowia i życia. Narażenie takie musi mieć bowiem charakter konkretny, nieuchronny. Nie chodzi bowiem o potencjalne ryzyko takich skutków, które istniało przez sam fakt istnienia choroby. Biegli z zespołów (...) i (...) jednoznacznie stwierdzili w swej istocie, iż w zachowaniu oskarżonego nie sposób dopatrzeć się wywołania, utrzymywania bądź braku zniesienia niebezpieczeństwa dla życia i zdrowia W. W. (1), co wynika tak z opinii pisemnych jak i ustnych. Wszystkie zespoły biegłych podkreśliły, iż W. W. (1) nie był pacjentem łatwym, występowały u niego schorzenia, których leczenie wzajemne było trudne, a nawet się wykluczało. Sąd podziela stanowisko biegłych z B. i P., iż schorzeniem podstawowym było krwawienie do przewodu pokarmowego. W to wycelowane zostało leczenie włączone przez oskarżonego, uzyskano poprawę stanu pacjenta, co wynika tak z obserwacji lekarskich jak i pielęgnarskich, ale również zeznań świadków, w tym rodziny. W dokumentacji nie ma mowy o pogorszeniu tego stanu, nie można również oczekiwać iż poprawa stanu nastąpi na etapie wstępnym i natychmiast skoro przez okres trzech tygodni W. W. (1) odczuwał dolegliwości, skutkujące już poprzednio dwiema hospitalizacjami. Z barku natychmiastowej poprawy stanu nie można wywodzić samoistnie negatywnych dla oskarżonego skutków. Objawów choroby wieńcowej nie było, poza zapisem EKG, na co zwracali uwagę biegli z P. i B.. Wpływ na zapis EKG miało krwawienie do przewodu pokarmowego. Fakt podawania P. mógł mieć wpływ na brak objawów bólowych, nie mniej jednak uwzględniając zeznania K. W. (1), przyjąć należy, iż pacjent przyjmował samowolnie inny lek przeciwbólowy - I., również w czasie pobytu w szpitalu. To samo w sobie było niewskazane z punktu widzenia choroby wrzodowej, podobnie jak przyjmowanie leków przeciwwzawałowych, które mogły nasilać krwawienie. K. W. (1) podała, iż mąż pomiędzy pobytami w szpitalu przyjmował takie leki, lekarze nie mieli takiej wiedzy. Podkreślenia wymaga, iż odczyt zapisu EKG nie może samoistnie decydować o diagnozie i wyborze metody leczenia, konieczne jest badanie podmiotowe, przedmiotowe, objawy kliniczne, których w zakresie choroby wieńcowej w dniu 23.12.2007 r. jak i później nie było. Były natomiast objawy krwawienia do przewodu pokarmowego. Oskarżony o godzinie 9.00 w dniu 23.12.2007 r. objął dyżur, przystąpił do diagnostyki. Wykonane zostały zalecone w Izbie Przyjęć badania – oznaczenie poziomu troponiny, EKG. Zalecony, a wynikający z procedur, czas wykonania badań obciążał K. Ł., na którego dyżurze pacjent został przyjęty na oddział. Tymczasem w toku postępowania przygotowawczego lekarz ten nie został nawet przesłuchany na okoliczność podjętych czynności diagnostycznych czy terapeutycznych, przeprowadzonego z pacjentem wywiadu. Jedyna diagnostyka podjęta została przez oskarżonego i w toku dalszej hospitalizacji poprawności jej nie zakwestionowano. Wprawdzie błędnie oskarżony przypisał wyniki badania EKG zespołowi żołądkowo – sercowemu, ale leczenie wdrożył prawidłowe, wymiennie korzystne i możliwe na ten czas. Działania podjęte wskutek postawionego przez oskarżonego rozpoznania przyniosły pożądaną efekt w postaci poprawy stanu pacjenta.. Nie może przy tym być uznane przez Sąd za rozstrzygające, stanowisko biegłych z Ł., którzy w zachowaniu oskarżonego dopatryli się realizacji skutku w postaci narażenia. Po pierwsze biegli ci nie wskazali na co konkretnie poprzez zaniechania w zakresie konsultacji i opieki kardiologicznej został narażony W. W. (1). Zgodnie ze stanowiskiem Sadu Najwyższego wyrażony w orzeczeniu w sprawie IV KK 42/12 nie można stwierdzić jednoczesnego narażenia na wystąpienie jednego i drugiego skutku. Po drugie żaden z powołanych zespołów nie podzielił stanowiska biegłych (...), iż w obrazie EKG stwierdzony stan przedzawałowy. Biegli UM w Ł., nie widząc i nie badając preparatów zabezpieczonych z sekcji zwłok, stwierdzili iż nie można zgodzić się ze stanowiskiem patomorfologa przeprowadzającego sekcję zwłok. Natomiast biegli z B. jaki i P. stanowisko wyrażone przez D. G. podzielili. Tym samym nie można przyjąć, jak uczynili to biegli z Ł. , iż zawał serca, który nastąpił u W. W. (1) w sposób nagły, trwał przez kilka dni. Wszyscy pozostali biegli, za stanowiskiem D. G., stwierdzili, iż zawał był zwałem świeżym, kilkugodzinnym. Nie można również podzielić stanowiska biegłych z Ł., iż oskarżony w zapisie EKG nie rozpoznał niedokrwienia. Niedokrwienie takie rozpoznał i podjął działania zmierzające, poprzez leczenie choroby wrzodowej, do poprawy stanu serca. Ostatecznie wszyscy biegli wskazali, iż na obraz EKG ma wpływ krwawienie do przewodu pokarmowego. Na uwagę, w świetle wniosków opinii (...) zasługuje fakt, iż biegli ci wskazując na istniejące realne narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo nastąpienia skutków o jakich mowa w art. 160 stwierdzili, iż nie mają pewności czy wdrożenie leczenia alternatywnego nie doprowadziłoby do zwiększenia niebezpieczeństwa bądź czy też

niebezpieczeństwo to by obniżyło. Zdaniem Sądu nie można obciążać oskarżonego tok jego myślenia, skutkujący wyborem najbardziej optymalnego dla pacjenta procesu terapeutycznego. Biegli z B. i P. zgodnie stwierdzili, iż typowe metody leczenia kardiologicznego były wykluczone, w części podzielili to biegli z Ł.. Każda z decyzji była ryzykowana. Pacjent nie miał żadnych bólów wieńcowych, więc wybrana opcja zachowawcza polegająca na obserwacji wydawała się słuszna. Podjęcie działań zaniechanych nie wpłynęłoby na stan pacjenta. Poza tym, iż konsultacja byłaby to leczenia kardiologicznego by nie było, zwłaszcza uwzględniając stan pacjenta, który był pacjentem wysokiego ryzyka krwawienia, a niskiego ryzyka wieńcowego. Przeprowadzenie konsultacji, jak zalecona, choć wcale ostatecznie nie uznawanej przez zespoły biegłych B. i P. za bezwzględnie nakazaną niczego w sytuacji pacjenta by nie zmieniło. Zatem można przyjąć, iż jej nieprzeprowadzenie również pozostało bez skutku dla pacjenta. Sąd jednocześnie podziela stanowisko biegłych z B. i P., iż nie było wskazań do intensywnej opieki kardiologicznej. Bezwzględne unieruchomienie pacjenta niosło bowiem za sobą niebezpieczeństwo zakrzepicy, a żeby tego uniknąć należałoby włączyć leki, które są wykluczone w przypadku krwawiącego wrzodu. Unieruchomienie pacjenta w zakresie wynikającym z wdrożonej terapii było – założona została sonda, żywienie było parenteralne, fakt leżenia pacjenta wynikał również z kart opieki pielęgniarskiej i wykonywanych przy pacjencie czynności, w szczególności w pierwszych dobach ostatniej hospitalizacji. Jednocześnie biegli z Ł. w istocie nie wskazali na czym pilna interwencja kardiologiczna miałaby polegać i jaki miałby rzeczywisty skutek na leczenie krwawienia do przewodu pokarmowego. Do tego odniosły się natomiast pozostałe zespoły. Nie można tracić jednocześnie z pola widzenia, iż wskazywany przez biegłych (...) model był hipotetycznym i ocenianym na czas wydania opinii. Powołani biegli wskazali, iż model ten zakładał w pierwszej kolejności ustabilizowanie stanu pacjenta w zakresie schorzenia jamy brzusznej i to na etapie drugiej hospitalizacji. W niniejszej sprawie stan pacjenta w czasie drugiej hospitalizacji nie został ustabilizowany, w dniu 23.12.2007 r. nie mogła zakończyć się nawet diagnostyka D. Ż. albowiem gastroscopia, z uwagi na brak całodobowego dyżuru endoskopisty możliwa była do przeprowadzenia dnia następnego. Nie można zgodzić się również ze stanowiskiem, iż u W. W. (1) w dniu 23.12. 2007 r. nie było krwawienia z przewodu pokarmowego, stoi to bowiem w oczywistej sprzeczności z dokumentacją, wynikami badań, i w reszcie opiniami biegłych B. i P.. Nie sposób było równocześnie podzielić stanowiska biegłych (...), którzy rozpoznali jako równorzędne dwa schorzenia. Po pierwsze pozostali biegli mieli w tym zakresie odmienne stanowiska, co Sąd podziela. Po drugie sami biegli z Ł. w sposób sprzeczny wewnętrznie uznali jednocześnie, iż schorzenie brzucha było bardziej ostre, zwiększało ryzyko związane z pogorszeniem przebiegu choroby serca. Zdaniem Sądu wskazywane w opiniach i uznane również przez Sąd za zaniechania zaniedbania w zakresie diagnostyki, nie zagrażały wystąpieniem w sposób nieuchronny i w krótkim czasie skutków wskazanych w art. 160 k.k. Oskarżony w istocie poprzez podjęcie działań zmierzających do zatamowania krwawienia wpływał korzystnie na wyrównanie morfologii, poprawienie ciśnienia. Oddalał zatem skutek w postaci wystąpienia stanu nagłego w zakresie choroby wieńcowej, czy też niebezpieczeństwa wystąpienia takiego stanu. Wymieniony czynił to poprzez konkretne czynności lecznicze, wsparte diagnostyką. Zdaniem Sądu zachowanie wymagane od oskarżonego w zakresie diagnostyki kardiologicznej, nie stwarzało realnej możliwości zmiany stanu pacjenta, jeśli uwzględnić jego stan w zakresie choroby wrzodowej i niedokrwienia mięśnia sercowego. Wymierne korzyści przynosiło leczenie choroby wrzodowej, inne były tylko rozpatrywane na poziomie hipotetycznym i to po ustabilizowaniu stanu wywołanego chorobą wrzodową. Typowe leczenie kardiologiczne, na co wskazywali biegli z B. i P., byłoby błędem w sztuce. Nie można tracić z pola widzenia, iż w 1/3 przypadków jedynym i ostatnim objawem choroby wieńcowej jest nagły zgon. Jeśli w zaniechaniu oskarżonego, w świetle opinii biegłych, można dostrzegać błąd w sztuce lekarskiej, to z punktu widzenia przesłanek odpowiedzialności karnej za czyn z art. 160§2 i 3 k.k. byłby on relewantny tylko wtedy gdyby jako zawiniony, uzasadniał obiektywne przypisanie oskarżonemu skutku urzeczywistniającego się w pogłębieniu niebezpieczeństwa utraty życia lub zdrowia. Przypisanie skutku możliwe byłoby, gdyby uznać, że „odpowiednie” zachowanie oskarżonego, polegające na wykonaniu zaniechanych czynności diagnostycznych, zmieniłoby sytuację W. W. z punktu widzenia niebezpieczeństwa utraty życia lub zdrowia. Tego uznać nie można. Znaczenie miała by oczywiście zmiana realna a nie hipotetyczna. Nie może zasługiwać na aprobatę, w kontekście odpowiedzialności oskarżonego wniosek końcowy medyków z Ł., sformułowany obok stanowiska, iż stan zagrożenia u W. W. (1) rozpoczął się kilka lat wcześniej gdy zachorował i trwał, przy czym przy ostatniej hospitalizacji był on najmniejszy w dniu 23.12.2007 r. Musi to budzić sprzeciw, skoro zarzuty postawione zostały tylko i wyłącznie oskarżonemu. Wymieniony jako jedyny podjął się diagnostyki. Oskarżyciel pominął zachowanie pozostałych lekarzy, w tym lekarza prowadzącego, którzy przecież od diagnostyki i właściwej terapii nie zostali zwolnieni poczynionym przez oskarżonego rozpoznaniem.

Skoro biegli z Ł. przyjęli, iż stan zagrożenia samoczynnie narastał nie można zatem podzielić wniosków końcowych ich opinii. Brak dowodu na zdynamizowanie procesu chorobowego przez oskarżonego, bądź spowodowanie przez niego istotnego, realnego zagrożenia dla dobra prawnego. Przyjąć natomiast można, że gdyby oskarżony zachował się w sposób od niego oczekiwany położenie pacjenta nie zmieniłoby się wcale – lub co najwyżej w stopniu, w którym nie dałoby się w sposób niezbyt precyzyjny ocenić jako mało znaczący, obiektywne przypisanie należy zatem wykluczyć. Nie można było wymagać od oskarżonego aby podjął, bądź zezwolił na podjęcie terapii, którą on sam uznawał za błędną i zagrażającą pacjentowi i była ona obiektywnie taka. Tym samym Sąd uniewinnił oskarżonego, zwłaszcza iż wykazanie winy musi być pewne, pozbawione wszelkich wątpliwości. Sąd, wbrew stanowiskom oskarżycieli nie może opierać się na domniemaniach, przypuszczeniach, prawdopodobieństwach.

O kosztach orzeczono na podstawie art. 632 pkt 2 k.p.k.

SSR Sylwia Rolirad – Majewska