

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 13 października 2017 r.

Sąd Rejonowy w Łomży II Wydział Karny w składzie:

Przewodniczący: SSR Joanna Modzelewska

Protokolant Monika Korytkowska

w obecności Prokuratora z PO w Ł. T. W.

po rozpoznaniu w dniach 20.10.2014r, 21.10.2014r, 29.12.2014r, 22.10.2015r, 26.11.2015r, 30.06.2016r, 08.11.2016r, 04.05.2017r, 03.10.2017r na rozprawie

sprawy

1. M. K.

urodzonego (...) w Ł.

syna S. i J. zd. A.

oskarżonego o to, że:

w okresie od 06 października 2010 roku do wczesnych godzin rannych 11 października 2010 roku, w Ł., jako lekarz Oddziału (...) Szpitala (...) w Ł., na którym ciążył obowiązek opieki nad osobą narażoną na niebezpieczeństwo nie zachował należytej ostrożności i staranności lekarskiej odstępując od przeprowadzenia podstawowych badań diagnostycznych Z. W. - w warunkach Intensywnej Opieki(...), to jest badania radiologicznego, echo kardiologicznego, tomografii komputerowej, w efekcie czego nie wdrożył właściwych procedur medycznych mających na celu ratowanie życia wskazanego wyżej pacjenta, czym naraził Z. W. na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężki uszczerbek na zdrowiu

tj. o przestępstwo z art. 160§2 kk w zw. z art. 160§1 kk

2. R. K.

urodzonego (...) w B.

syna S. i R., zd. N.

oskarżonego o to, że :

w okresie od 06 października 2010 roku do wczesnych godzin rannych 11 października 2010 roku, w Ł., jako Koordynator Pionu (...) Szpitala (...) w Ł., na którym ciążył obowiązek opieki nad osobą narażoną na niebezpieczeństwo nie zachował należytej ostrożności i staranności lekarskiej odstępując od przeprowadzenia podstawowych badań diagnostycznych Z. W. - w warunkach Intensywnej Opieki (...), to jest badania radiologicznego, echo kardiologicznego, tomografii komputerowej, w efekcie czego nie wdrożył właściwych procedur medycznych mających na celu ratowanie życia wskazanego wyżej pacjenta, czym naraził Z. W. na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężki uszczerbek na zdrowiu

tj. o przestępstwo z art. 160§2 kk w zw. z art. 160§ 1 kk

I. Oskarżonych **M. K. i R. K.** uniewinnia od popełnienia zarzucanych im czynów.

II. Zasądza od Skarbu Państwa na rzecz oskarżonego R. K. kwotę 5040 (pięć tysięcy czterdzieści) złotych tytułem poniesionych kosztów obrony z wyboru.

III. Kosztami postępowania w sprawie obciąża Skarb Państwa.

Sygn. akt II K 451/14

UZASADNIENIE

M. K. i R. K. zostali oskarżeni o czyny z art. 160§2 kk w zw. z art. 160§1 kk polegające na tym, że:

- M. K., iż w okresie od 06.10.2010 roku do wczesnych godzin rannych 11.10.2010 roku w Ł., jako lekarz Oddziału (...) Szpitala (...) w Ł., na którym ciążył obowiązek opieki nad osobą narażoną na niebezpieczeństwo nie zachował należytej ostrożności i staranności lekarskiej odstępując od przeprowadzenia podstawowych badań diagnostycznych Z. W. – w warunkach Intensywnej Opieki (...), to jest badania radiologicznego, echo kardiologicznego, tomografii komputerowej, w efekcie czego nie wdrożył właściwych procedur medycznych mających na celu ratowanie życia wskazanego wyżej pacjenta, czym naraził Z. W. na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu,

- R. K., iż w okresie od 06.10.2010 roku do wczesnych godzin rannych 11.10.2010 roku w Ł., jako koordynator Pionu (...) Szpitala (...) w Ł., na którym ciążył obowiązek opieki nad osobą narażoną na niebezpieczeństwo nie zachował należytej ostrożności i staranności lekarskiej odstępując od przeprowadzenia podstawowych badań diagnostycznych Z. W. – w warunkach Intensywnej Opieki (...), to jest badania radiologicznego, echo kardiologicznego, tomografii komputerowej, w efekcie czego nie wdrożył właściwych procedur medycznych mających na celu ratowanie życia wskazanego wyżej pacjenta, czym naraził Z. W. na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

W toku postępowania w sprawie i w oparciu o zgromadzony materiał dowodowy Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

Oskarżony R. K. w 2010 roku był zatrudniony jako koordynator pionu (...) Szpitala (...) w Ł.. Do jego obowiązków, jak wynikało z zawartej z nim umowy nr(...), należało świadczenie usług lekarskich w pionie (...) Szpitala (...) w Ł. oraz pełnienie funkcji koordynatora tego pionu. W ramach tego obowiązany był do koordynowania pracy tego pionu, sprawowania nadzoru nad jakością opieki medycznej świadczonej pacjentom tego pionu, wykonywania zadań lekarskich zgodnie ze standardami, a w tym m. in. wykonywanie opieki nad pacjentami oddziału, poradni, izby przyjęć, udzielanie konsultacji innym oddziałom, sprawowanie 24 godzinnej gotowości dyżurowej hemodynamicznej itp.

Oskarżony M. K. w 2010 roku natomiast był zatrudniony jako młodszy asystent na Oddziale (...) z Pododdziałem Intensywnej Opieki (...) Szpitala (...) w Ł.. Jak wynika z zakresu jego czynności (rozdział I) bezpośrednio podległ Koordynatorowi tego Oddziału, a pośrednio – Dyrektorowi. Do zakresu jego obowiązków między innymi należało przeprowadzanie codziennych rozmów z pacjentami, udział w obchodach, referowanie Koordynatorowi stanu zdrowia powierzonych mu pacjentów, prowadzenie dokumentacji medycznej powierzonych mu pacjentów, udział w badaniach radiologicznych przeprowadzanych powierzonym mu pacjentom, branie udziału w naradach lekarskich, wykonywanie zabiegów zleconych przez Koordynatora, wpisywanie do księgi zleceń - zleceń Koordynatora, wykonywanie innych poleceń Koordynatora Oddziału itp.

Zmarły Z. W. był 54 – letnim mężczyzną, zatrudnionym w (...) w B., Delegaturze w Ł. na stanowisku kierownika (...). Jego ogólny stan zdrowia był dobry, nie był leczony kardiologicznie, nie leczył się też na żadne inne przewlekłe choroby.

W dniu 06.10.2010 roku, będąc w pracy źle się poczuł i z tego powodu został odwieziony przez kierowcę do domu. W domu, jego żona, która od wielu lat jest pielęgniarką zatrudnioną w Szpitalu (...) w Ł., zmierzyła mu ciśnienie, które okazało się dość niskie tj. rzędu 99/48, niskie było też i tętno. Z uwagi na inne, niepokojące ją symptomy tj. zasinienie warg, K. W. namówiła męża, aby udał się wraz z nią do SOR, mieszczący się w Szpitalu (...) w Ł.. W punkcie przyjęcia pacjentów SOR Z. W. został przyjęty przez dyżurnego lekarza, specjalistę chorób wewnętrznych G. S.. Lekarz odebrał od niego wywiad, w którym stwierdził, iż pacjent uskarżał się „na dyskomfort klatce piersiowej, ogólne osłabienie”, po czym podano mu kroplówkę z potasem oraz polopirynę, jak też wykonano EKG. Po powyższym lekarz podjął postawił wstępną diagnozę choroby niedokrwiennej serca „de novo”, dodatkowo z podejrzeniem niewydolności nerek, po czym skierował Z. W. na oddział (...)

Przyjęcia Z. W. na oddział (...) w dniu 06.10.2010r dokonywał M. K., który został też jego lekarzem prowadzącym. Lekarz ten przeprowadził przedmiotowe badanie pacjenta, w trakcie którego stwierdził niewielki obrzęk podudzi, a następnie umieścił go w dwuosobowej sali na oddziale intensywnej opieki (...), pomimo braku oczywistych wskazań do zintensyfikowanej opieki medycznej. Bezpośredni nadzór, jako koordynator, nad procesem diagnostycznym i ewentualnym leczeniem tego pacjenta, sprawował oskarżony R. K.. Oskarżony K., w ramach swoich uprawnień, podejmował kluczowe decyzje, co do kolejności wykonywania badań diagnostycznych, jak też ustalał terminy ich wykonywania. Nie mniej jednak, pod jego nieobecność, czy to lekarz prowadzący pacjenta, czy też lekarz dyżurny, w przypadku takiej konieczności (pogorszenie stanu zdrowia, zagrożenie życiu itp.) mogli zmieniać kolejność zleconych badań, jak też zaordynowane leki.

Z. W., począwszy od dnia 06.10.2010r do dnia 11.10.2010r przebywał na Oddziale (...) Szpitala (...) w Ł., gdzie w trakcie hospitalizacji przeprowadzono u niego podstawowe badania. Z racji umieszczenia go na pododdziale intensywnej terapii, mimo braku oczywistych ku temu wskazań, objęty był też monitorowaniem ciśnienia. Z. W. poddawano diagnostyce laboratoryjnej wykonując kilkukrotne badanie poziomu troponiny (m. in. dwukrotnie 06.10.2010r, jednokrotnie 07.10.2010r), morfologię, badania biochemiczne m. in. oznaczono poziom kreatyniny, glukozy, mocznika, sodu, potasu, CRP, cholesterolu, trójglicerydów, TSH. Wykonano też badanie ogólne moczu. W ramach zleconych Z. W. badań, w dniu 06.10.2010 roku wykonane zostało badanie EKG, zaś w dniu 07.10.2010 roku - próba wysiłkowa z wynikiem ujemnym. Wyniki wskazanych powyżej badań skutkowały sukcesywnym podawaniem pacjentowi leków wyszczególnionych w karcie zleceń tj. m.in. leków Acard (w okresie od 07.10 do 10.10), Atoris (również w dniach 07.10 – 10.10), Furosemid (w dniach 06.10, 08.10 – 09.10), Tramal 50mg Sc (w dniach 06.10 i 08.10), Estazolam, Nolpaza (w dniach 06.10 - 10.10), Paracetamol (w dniu 09.10), Relanium (w dniu 10.10).

W dniu 06.10.2010r Z. W. zgłaszał dolegliwości bólowe w okolicy serca, w związku z czym zlecono mu lek przeciwbólowy (Tramal) poza tym jego stan i parametry życiowe były w normie. W okresie pomiędzy 07.10.2010r a 10.10.2010r, jak wynika z zapisów w karcie obserwacji pacjenta, stan Z. W. był stabilny, zgłaszane początkowo dolegliwości bólowe nie nawracały, doszło do redukcji obrzęku podudzi. Pacjent był aktywny, poruszał się swobodnie po całym oddziale, a umieszczonemu z nim na jednej sali pacjentowi nie uskarżał się na żadne istotne dolegliwości. Jedynie w dniu 09.10.2010r pacjent sygnalizował osłabienie, jednakże nie wiązało się to z jakimikolwiek niepokojącymi, innymi symptomami.

W dniu 10.10.2010r Z. W. do godzin wieczornych był w stanie dobrym, czynności jego serca były miarowe. Pacjent w trakcie dyżuru dziennego przekazał pielęgniarce, iż ma złe samopoczucie tj. odczuwa niepokój, o czym poinformowano lekarzowi dyżurnego K. J., stąd też ów lekarz, bez zbadania Z. W., zaordynował mu lek uspakajający (relanium). W tym dniu, w godzinach wieczornych Z. W. odwiedziła żona, K. W., pielęgniarka tego szpitala. Z uwagi na wizytę żony, Z. W. nie był obecny na sali w trakcie wieczornego obchodu. Przez pozostałą część wieczoru i noc Z. W. nie zgłaszał personelowi żadnych dolegliwości. Od około godziny 23.00 spał. Około godziny 4.30 wyszedł ze swojej sali i udał się skorzystać z łazienki, a po kilku minutach wrócił, co zauważył dyżurujący personel. Około godziny 5.30 jedna z dyżurujących pielęgniarek, E. L., przystąpiła do codziennego mierzenia ciśnienia i temperatury pacjentów. Kiedy weszła na salę, na której przebywał Z. W., znalazła go leżącego na łóżku na wznak, bez oznak życia, o czym niezwłocznie powiadomiła lekarza dyżurnego. Lekarz dyżurny K. J. po zbadaniu tętna, stwierdził zgon Z. W..

W dniu 12 października 2010 roku przeprowadzona została przez lekarza patomorfologa K. D. sekcja zwłok Z. W.. W oparciu o wyniki badań K. D. stwierdził m. in.: krew płynną i skrzepy krwi w worku osierdziowym, pęknięcie ściany aorty tuż ponad zastawką półksiężycową aorty długości 1,2 cm, przebiegające poprzecznie, w pobliżu miejsca odejścia tętnicy wieńcowej prawej, przydanekę aorty w miejscu pęknięcia była nafaszerowaną krwotocznie, wiotką tkankę aorty w miejscu pęknięcia i jej pobliżu jest wiotka, w badaniu palpacyjnym - miękka, niesprężysta, nacieki zapalne w błonie wewnętrznej i środkowej aorty ze zwyrodnieniem i gromadzeniem treści śluzowej i fragmentacją włókien sprężystych, niedużego stopnia przerost dośrodkowy mięśnia sercowego komory lewej, ogniskowe włóknienie okołonaczyniowe mięśnia sercowego, fragmentację włókien mięśnia sercowego, ogniskową falistość przebiegu włókien, widoczne ogniska nacieków lipidowych w błonie wewnętrznej aorty i tętnic wieńcowych. Dr. K. D. w oparciu o powyższe stwierdził, że przyczyną zgonu Z. W. był krwotok do worka osierdziowego (tamponada serca), a jej przyczyną - krwiak rozwarstwiający aorty tj. rozdarcie błony wewnętrznej zlokalizowane w części wstępującej aorty z wytworzeniem krwiaka, sięgającego błony wewnętrznej.

Obaj oskarżeni, zarówno w postępowaniu przygotowawczym, jak i przed Sądem, nie przyznali się do popełnienia zarzucanych im czynów.

Oskarżony M. K. w postępowaniu przygotowawczym był kilkakrotnie przesłuchiwany na różnych jego etapach (k.378-380, 399-400a, 477-479). Kilkakrotnie, poza nie przyznaniem się do winy odmawiał składania wyjaśnień (k. 378 – 380, 477 - 479). W jednym z przesłuchań w trakcie śledztwa (k. 399 – 400a) stwierdził, iż w jego ocenie w trakcie leczenia tego pacjenta zachował należyłą staranność lekarską. Pamiętał, że przyjął Z. W. na oddział z wstępnym rozpoznaniem od lekarza kierującego w kierunku choroby wieńcowej. Ów lekarz zlecił wykonanie badania EKG, badań biochemicznych, morfologii, troponiny, kreatyniny i mocznika, a nadto zlecone zostało badanie USG serca i próba wysiłkowa. Twierdził, że od żadnego z tych badań nie planowano odstąpić. Potwierdził, że w dniu przyjęcia tj. 06.10 przeprowadził z pacjentem wywiad oraz zlecił wykonanie badań w dniu następnym. Następnym kontaktem z nim miał w dniu 08.10.2010r, a dalszych dniach nie pracował. Kiedy wrócił do pracy w dniu 11.10.2010r dowiedział się o jego śmierci. Wskazał, że pod jego nieobecność w pracy podjęto decyzję, że pierwszym z wykonanych w dniu 07.10.2010r badaniem u tego pacjenta będzie próba wysiłkowa. Badanie USG serca planowane było w dalszej kolejności. Wyjaśnił, że na obchodzie w dniu 08.10.2010r zlecił wykonanie temu pacjentowi RTG klatki piersiowej, badania biochemiczne, a badanie planowane było na poniedziałek, gdyż stan pacjenta był stabilny. Stwierdził, że w przypadku pogorszenia się stanu pacjenta, badania można było przyspieszyć, a gdyby poniedziałkowe badania nie budziłyby zastrzeżeń, pacjent byłby wypisany do domu.

Przed Sądem M. K. również odmówił składania wyjaśnień (k. 786), podtrzymując swoje depozycje ze śledztwa.

Oskarżony R. K. w trakcie śledztwa był jednokrotnie przesłuchiwany (k. 482 – 484), jednakże poza nie przyznaniem się do stawianego mu zarzutu, nie złożył wyjaśnień.

Przed Sądem złożył natomiast obszernie wyjaśnienia (k. 786 – 788), w których zanegował zawarte w zarzucie ustalenia twierdząc, że w trakcie procesu leczenia tego pacjenta zrobione zostało wszystko, zaplanowane były wszelkie procedury, które są przewidziane w takich sytuacjach zgodnie z wytycznymi Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego i Amerykańskiego, które są standardami obowiązującymi w ich pracy. Dodał, że gdyby w dniu dzisiejszym miałyby podejmować te decyzje ponownie, postąpiłby jeszcze raz tak samo, bo takie są procedury. W jego ocenie ten pacjent nie miał szans na zdiagnozowanie przeżyciowo (chodzi tu o rozpoznanego po śmierci krwiaka). Odpowiadając na pytania potwierdził, że z racji pełnionej na oddziale funkcji koordynatora, do jego obowiązków w zakresie leczenia należało zadbać o właściwe funkcjonowanie oddziału, ponadto funkcja doradcza i funkcja konsultanta dla lekarzy. W jego ocenie ta funkcja różni się od poprzedniej – ordynatora gdyż jako ordynator bezpośrednio nadzorował oddział, a lekarze byli jego pomocnikami, stąd jego odpowiedzialność wtedy była większa, musiał z każdym pacjentem mieć kontakt, dlatego dwa razy dziennie chodził na obchód. Zmiana tych obowiązków wiązała się z zawarciem umowy na funkcję koordynatora. Twierdził, że w dniu przyjęcia na oddział Z. W. dyżurował dr K. i nie przypominał sobie, aby dzwonił i radził się go odnośnie zleczonych badań, czy sposobu prowadzenia pacjenta. Z p. W. miał kontakt w dniach następnych i był on w stanie ogólnym dobrym, nie zgłaszał żadnych dolegliwości.

Wyjaśnił, że był zdania, że ten pacjent nie powinien trafić do diagnostyki szpitalnej, a powinien być diagnozowany w warunkach ambulatoryjnych tj. w poradniach, a niezbędne badania jak test wysiłkowy, EKG, ECHO, mogą być wykonywane są w ramach Poradni Kardiologicznej. Z tego względu twierdził, że umieszczenie Z. W. w szpitalu było przysługą dla pani W.. Podniósł, że standardy postępowania w zakresie choroby wieńcowej nie zmieniły się od wielu, a te, które ukazały się w 2013 roku nadal wskazują, że jedną z podstawowych metod diagnostycznych przy podejrzeniu choroby wieńcowej jest badanie wysiłkowe, które nie wymaga wcześniejszych żadnych badań obrazowych tj. RTG lub USG. Do wykonania takiego badania wg niego potrzebny jest jedynie dobrze zebrany wywiad od pacjenta, badanie przedmiotowe, tj. słuchawką, po czym można przeprowadzić próbę wysiłkową, o ile nie istnieją przeciwwskazania. Podkreślał, że u Z. W. nie było żadnych przeciwwskazań do wykonania próby wysiłkowej, a ponadto niezbędne badania były wykonane przed tą próbą i tą próbę wysiłkową wykonał osobiście. Twierdził też, że w czasie pobytu p. W. w szpitalu, jeden raz rozmawiał z jego żoną, poinformował ją, że mąż jest w trakcie badań diagnostycznych, stąd też nie mógł jej nic więcej powiedzieć. Natomiast nie pamięta, aby p. W. mówiła coś o pogarszającym się stanie zdrowia męża. W dniu poprzedzającym jego zgon nie był na oddziale, a z informacji lekarza dyżurnego wiedział, że wieczorem była u niego żona, pacjent był zdenerwowany i nie był na obchodzie wieczornym. Pacjent prosił o tabletki uspokajające. Sugerował, że wówczas mogło dojść do małżeńskiej sprzeczki. Wyjaśnił, że to on skierował pacjenta na sekcję zwłok, ponieważ jego zgon był zaskakujący, gdyż był w tak dobrym stanie, że nie spodziewał się jego śmierci. Twierdził, że na podstawie obrazu sekcyjnego jest pewien, że tego krwiaka nie można było przeżyciowo rozpoznać. Podnosił, że pomimo 27 lat pracy, z podobnym przypadkiem się nie spotkał. Dodatkowo, odpowiadając na pytania wyjaśnił, że ów pacjent został przyjęty na oddział z podejrzeniem choroby wieńcowej, ale stwierdzone u niego objawy nie do końca wskazywały na tą chorobę i były raczej niecharakterystyczne. Nie mniej jednak, biorąc pod uwagę doświadczenie, statystykę, że w wieku tego pacjenta ryzyko choroby wieńcowej jest duże, wszczęte procedury medyczne były typowe dla tego wstępnego rozpoznania. Nie stwierdził natomiast podejrzenia choroby nerek, ale badanie kreatyniny, która była graniczna, mogło wskazywać na przewlekłą patologię nerkową, ale nie było to pewne, dlatego konsultacja nefrologiczna przewidziana była w warunkach planowych. W jego ocenie, przeprowadzona analiza spadków tętna p. W. w dniach 06.10 - 07.10.2010r mieściła się w granicach normy i nie wskazywała na żadną patologię, dlatego też nie istniała konieczność rozszerzenia diagnostyki poza tą już zleconą. Twierdził, że badanie echo serca było zlecone w momencie przyjęcia pacjenta do szpitala, co było brane pod uwagę przy kolejnych badaniach diagnostycznych. Nie było ono planowane i nie było nigdzie odnotowane, gdyż jest organizowane spontanicznie na oddziale tj. rano ustala się podczas obchodu, których pacjentów bierze się do badania np. USG serca. Nie ma praktyki, aby wcześniej ustalało się pisemną kolejkę do poszczególnych badań. W jego ocenie, te badania, które biegli wskazywali, jako podstawowe, nie były konieczne, ponieważ tak mówią standardy, a ponadto pacjent był stabilny, co potwierdzili sami biegli.

W ocenie Sądu zgromadzony w sprawie materiał dowodowy nie daje podstaw, aby w zakwestionować twierdzenia oskarżonych, iż wdrożony w stosunku do pacjenta Z. W. proces diagnostyczny w trakcie jego hospitalizacji w okresie od 06.10 do 10.10.2010r był prawidłowy. Przeprowadzone w toku niniejszego postępowania dowody, a w szczególności dowody z opinii biegłych, powołanych w postępowaniu karnym, jak też opinii biegłych, dopuszczone w postępowaniu cywilnym, poza opiniami pisemnymi i częściowo ustną opinią uzupełniającą zespołu biegłych z (...) Uniwersytetu Medycznego Zakładu Medycyny Sądowej, w sposób jednoznaczny wskazują, iż w ich ocenie obaj oskarżeni w trakcie procesu hospitalizacji i diagnostyki wdrożonej stosunku do Z. W. nie popełnili błędów, a to ich postępowanie diagnostyczne było prawidłowe, oparte o posiadaną przez nich wiedzę medyczną.

W toku niniejszego postępowania przesłuchani zostali w charakterze świadków personel medyczny Oddziału (...) Szpitala (...) w Ł., żona zmarłego oraz pacjent, przebywający w trakcie hospitalizacji na tej samej, co Z. W. sali (Z. B.). Nie mniej jednak, pomimo ogromnego nakładu pracy, włożonego zarówno w toku śledztwa, jak i postępowania sądowego w przeprowadzenie powyższych dowodów osobowych, tak jak w przypadku wielu innych postępowań karnych dotyczących tzw. „błędów medycznych”, wartość dowodowa zeznań świadków jest drugorzędna w stosunku do innych dowodów w postaci opinii biegłych lub dowodów dokumentarnych, jakimi są zazwyczaj dokumentacja medyczna i wyniki zleconych badań. W tego typu postępowaniach dowody osobowe w postaci zeznań świadków mają o tyle znaczenie dla rozstrzygnięcia, o ile zachodzi potrzeba ustalenia okoliczności faktycznych w szczególności wówczas, gdy zachodzi uzasadniona wątpliwość, iż dokumentacja medyczna nie jest pełna.

W przedmiotowej sprawie jedynymi, budzącymi wątpliwości okolicznościami faktycznymi, wymagającymi dowodzenia za pomocą dowodów osobowych tj. zeznań świadków były:

- czy pacjent Z. W. lub jego żona, zgłaszali lekarzowi dyżurującemu w dniu 10.10.2010r, a był nim wówczas K. J., dolegliwości bólowe w obrębie klatki piersiowej lub całego ciała

- czy w dniu planowanego wpisu Z. W. ze szpitala tj. 11.10.2010r planowane były do wykonania badania typu echo serca, RTG klatki piersiowej i badania biochemiczne, jak wyjaśniali oskarżeni M. K. i R. K..

Głównym dowodem osobowym, wskazującym na ewentualne nieprawidłowości w procesie diagnostycznym i leczniczym Z. W. w trakcie jego pobytu w Szpitalu (...) w Ł. na Oddziale (...) ((...) u) są zeznania jego żony. K. W., zeznająca zarówno w postępowaniu przed Sądem, jak i w trakcie postępowania przygotowawczego (k. 1 - 4, 16 - 20, 40 - 42, 236 - 237, 788odwr. – 790, 794 - 796) krytycznie oceniała wdrożone w stosunku do męża procedury medyczne, obwiniając przede wszystkim lekarzy, w tym głównie R. K., kierującego tym oddziałem za to, iż doszło do jego zgonu. W jej ocenie, w dniu poprzedzającym zgon, stan męża uległ pogorszeniu. Mówił jej w trakcie wieczornej wizyty na oddziale w dniu 10.10.2010r, że czuje ogromny niepokój, bołą szczególnie plecy, ale i całe ciało, co miał już wcześniej zgłaszać pielęgniarce. Twierdziła, że w/g męża po tym zgłoszeniu otrzymał tylko relanium, bez jakiegokolwiek badania lekarskiego. Zeznała też, że o złym samopoczuciu męża informowała dyżurującego wówczas lekarza – K. J., któremu mówiła o ogólnym niepokoju, bólu pleców i ciała, ale lekarz to zignorował. Wówczas razem z mężem uznać mieli, że na tym oddziale opieka jest niewłaściwa, dlatego następnego dnia mąż miał się wypisać i pojechać do szpitala do O.. Według niej, w dokumentacji medycznej męża są nieprawidłowości, m. in jest w niej adnotacja o wykonanym badaniu EKG, ale zapisu tego badania nie ma. Ponadto według niej nieprawdziwymi są zapisy dot. nieobecności męża podczas wieczornego obchodu w dniu 10.10.2010r oraz, że w nocy wstawał do łazienki. Negowała też zasadność wykonania próby wysiłkowej bez poprzedzenia jej badaniem echo serca lub badaniem RTG klatki piersiowej, upatrując w niej powód, dla którego mógł u jej męża powstać lub pęknąć tętniak aorty, stwierdzony „post mortem”.

O ile nie sposób jest zanegować twierdzeń świadka K. W., iż istnieją pewne niedobory w dokumentacji medycznej jej męża, nie mniej jednak, co podkreślali w swoich opiniach biegli zarówno z Instytutu Kardiologii w (...), jak zespołu w składzie prof. dr. hab. L. P. i prof. dr. P. P., badania typu EKG były w stosunku do tego pacjenta wykonywane, ale trudno jest przyjąć, czy wydruki wszystkich tych badań są w dokumentacji. Nie mniej jednak, oba opiniujące zespoły nie uznawały powyższego jako uchybienie w procesie diagnostycznym. Tym samym, w ocenie Sądu nie ma podstaw do twierdzenia, iż takie badania nie zostały wykonane lub też w niewystarczającym zakresie.

Pomimo twierdzeń K. W., iż w/g relacji męża miał zgłaszać dolegliwości bólowe pielęgniarkom w dniu 10.10.2010r jeszcze przed jej przyjściem na oddział, dowody w postaci dokumentacji medycznej (diagnoza pielęgniarska koperta k. 39 akt) oraz zeznań dyżurujących wówczas pielęgniarek K. R. (k.152-154,833odwr - 834) i L. M. D. (k.154-157, 798odwr. – 799odwr.) jednoznacznie nie wskazują na powyższe. Z treści przywołanego wyżej zapisu z raportów pielęgniarskich wynika, iż Z. W. „zgłaszał złe samopoczucie”, bez szczegółowego doprecyzowania o co w tym zapisie chodzi. Przesłuchane na okoliczność stanu pacjenta w trakcie pełnionego dyżuru dziennego w dniu 10.10.2010r pielęgniarki K. R. i L. D. nie były do końca zgodnie, jakie symptomy zgłaszał Z. W.. K. R., słuchana na etapie śledztwa twierdziła (k. 152 – 154), że pacjent zgłosił jej, że czuje się niespokojny, zdenerwowany z powodu pobytu w szpitalu, co przekazała telefonicznie dyżurnemu lekarzowi. Podobnie zeznała też spontanicznie przed Sądem (k. 833odwr.), ale dopytywana szczegółowo przez pełnomocnika oskarżycielki posiłkowej na okoliczność zapisu w dokumentacji stwierdziła (k. 834), iż w jej ocenie zapis o złym samopoczuciu może oznaczać zgłaszanie bóli lub jakiegoś zdenerwowania, ale nie potrafiła powiedzieć co miała na myśli sporządzając taki zapis. Ostatecznie twierdziła, że nie pamięta, czy były zgłaszane dolegliwości bólowe czy też zdenerwowanie. Natomiast L. D. w trakcie śledztwa twierdziła (k. 154 – 157), iż w dniu 10.10.2010r pacjent nie zgłaszał jej żadnych dolegliwości, natomiast jej koleżance z dyżuru K. R. zgłosił złe samopoczucie, był zdenerwowany, co ona przekazała lekarzowi, który zlecił relanium. Ten sam świadek, ale już przed Sądem zeznał (k. 798 odwr. – 799odwr.), pacjent na tym dyżurze zgłaszał koleżance dyskomfort w klatce piersiowej, po tym poproszony był lekarz i dalsze czynności były w/g jego wskazań. Dopytywana o różnice w zeznaniach uprzednich i przed Sądem twierdziła, że nie widzi różnicy (k. 799), ponadto dookreśliła, iż tak samo

jak koleżanka oceniłaby tego pacjenta jako zdenerwowanego, gdyż był smutny i spacerował szybkim krokiem (k. 799odwr.).

Należy w tym miejscu wskazać, iż K. R. i L. M. D. były przesłuchiwane przed sądem na powyższe okoliczności w październiku 2014r, a więc po upływie 4 lat od tych zdarzeń, tym samym nie można wykluczyć, iż pewne szczegóły mogły im umknąć lub ulec wypaczeniu. Tym samym odmienne relacjonowanie przez obu tych świadków, jakie konkretnie dolegliwości tj. bólowe czy podenerwowanie zgłaszał K. R. Z. W. w tym dniu oprócz należy w ocenie Sądu na ich relacjach ze śledztwa, opartych o bardziej świeżą w tym zakresie pamięć. Nie bez znaczenia dla powyższej konstatacji mają też konsekwentne zeznania świadka K. J. (k. 120-124, 224-227, 827odwr - 830), który każdorazowo twierdził, iż otrzymał od pielęgniarki informację jedynie o zdenerwowaniu pacjenta, stąd też bez zbadania zlecił mu lek uspakajający. Tym samym logicznym jest założenie, że o ile stan pacjenta wzbudził zaniepokojenie pielęgniarki skutkujące powiadomieniem lekarza dyżurnego informując go o zdenerwowaniu Z. W., to gdyby również zgłaszał dolegliwości bólowe, w pierwszym rzędzie zostałby o tym powiadomiony. Zakładając z dużą pewnością, iż taka informacja nie dotarła do lekarza, może oznaczać to, iż takich dolegliwości pacjent nie zgłaszał, jak twierdziła K. R. w trakcie śledztwa. W związku z powyższym, do przyjęcia za wiarygodne twierdzeń odmiennych, zwartych w zeznaniach K. W., w ocenie Sądu brak jest podstaw w zgromadzonym w sprawie materiale dowodowym, stąd też nie mogą być uznane za wiarygodne, aby czynić w oparciu o nie pewne ustalenia faktyczne.

K. W., o czym była mowa wyżej twierdziła, iż o złym samopoczuciu męża informowała na korytarzu dyżurującego wówczas lekarza – K. J., któremu mówiła o ogólnym niepokoju, bólu pleców i ciała, ale lekarz to zignorował. Tych okoliczności nie potwierdził słuchany na wszystkich etapach postępowania świadek K. J. (k. 120-124, 224-227, 827odwr - 830). Ów świadek potwierdził, że w trakcie wieczornego obchodu spotkał na korytarzu Z. W. z żoną, ale zaprzeczył jakoby Z. W. lub jego żona mieli informować go o dolegliwościach bólowych, a jedynie o tym, iż jest on zdenerwowany, o czym wiedział już wcześniej zlecając mu relanium. Stwierdzić w tym miejscu należy, iż nie ma żadnych dowodów na potwierdzenie depozycji K. W., która bezspornie ma oczywisty interes w tym, aby obciążać za negatywny efekt procesu leczenia i diagnostyki personel oddziału (...) szpitala (...), o czym świadczy wytoczony proces cywilny o odszkodowanie. Mając więc na względzie powody przywołane wyżej, w ocenie Sądu brak jest wystarczających podstaw, aby uznać jej zeznania co do powyższego za wiarygodne.

Ważną okolicznością, którą w tym miejscu należy przywołać w kontekście wiarygodności zeznań K. W. jest, iż zdecydowanie przeczyła temu, jakoby jej męża nie było na sali chorych w trakcie obchodu wieczornego w dniu 10.10.2010r oraz, że w nocy poprzedzającej zgon, wstawał do łazienki. Powyższe twierdzenia pozostają w pełnej sprzeczności z zeznaniami świadków – pielęgniarek pełniących dyżur w nocy z 10.10. na 11.10.2010r tj. E. L. i W. R. oraz lekarza dyżurnego K. J. (kart jw.). W. R. (k. 57 – 60, 793 – 794) każdorazowo zeznawała, iż Z. W. w trakcie wieczornego obchodu nie było na sali, gdyż przebywał wraz z żoną na korytarzu. Na rozprawie przed sądem dopytywana nie potrafiła jedynie wskazać, dlaczego nie został wezwany na salę, gdy był obchód. Podobnie zeznawała na powyższą okoliczność E. L. (k. 61 – 64, 832 – 833) dodając, że nie pamięta, czy uczestniczyła w tym obchodzie, ale widziała państwa W. stojących na korytarzu a takim miejscu, że musieli widzieć się z lekarzem, wchodzącym do sali, gdzie on leżał. Następnie otrzymały informację, że tego pacjenta nie było na sali podczas obchodu (k. 62 in fine – 63). Nieco odmiennie zeznała przed sądem twierdząc, iż była na obchodzie z dr. J., a w jego trakcie p. W. był z żoną na korytarzu (k. 832), nie mniej jednak kontekst obu jej wypowiedzi był ten sam, iż tego pacjenta w trakcie obchodu nie było na sali. Powyższe okoliczności tj. nieobecność Z. W. w trakcie obchodu na sali chorych potwierdzał w swoich konsekwentnych zeznaniach K. J. (k. 120-124, 224-227, 827odwr - 830).

Jeżeli chodzi o fakt, czy Z. W. w nocy wychodził do łazienki, czy też nie, trudno jest ustalić z jakiego źródła K. W. mogła posiadać wiedzę w tym zakresie, gdyż z żadnego dowodu w sprawie nie wynika, aby w tym czasie była obecna na oddziale. Natomiast z całą pewnością były tam obie dyżurujące wówczas pielęgniarki tj. E. L. i W. R.. To właśnie E. L. widziała Z. W. po 4.00 jak wychodził z sali do łazienki, po czym powrócił z niej nic nie mówiąc (k. 63). W. R. również pamiętała, że ten pacjent nad ranem chodził do toalety (k. 59). Tym samym zeznania obu przywołanych

wyżej świadków, których depozycje są ze sobą spójne, a nadto ich relacje - konsekwentnie, nie sposób jest uznać za niewiarygodne.

Kolejną okolicznością, która była m. in. podstawą wysuwanych oskarżonym zarzutów, jak też wymagającą dowodzenia dowodami osobowymi było, czy w dniu planowanego wypisu Z. W. planowano wykonanie mu dodatkowych badań, które uzależnić mogły jego faktyczny wypis. Wskazać w tym miejscu należy, iż zgodnie z kartą zleceń sporządzoną w momencie kierowania go na oddział, przyjmujący wówczas w ramach SOR dr. G. S. zlecił przeprowadzenie poza badaniami laboratoryjnymi, badań: echo serca i próbę wysiłkową (dokumentacja medyczna k. 39). Do chwili zgonu Z. W. wykonano jedynie próbę wysiłkową w dniu 07.10.2010r, a w dokumentacji medycznej brak było adnotacji o planowanym terminie wykonania echo serca. W karcie zleceń lekarskich (k. 39) poniżej zapisu z datą 07.10.2010r, widnieje zlecenie wykonania RTG klatki piersiowej oraz zlecenie badań laboratoryjnych – troponiny, kreatyniny i elektrolitów z adnotacją „poniedziałek”, ale bez podpisu lekarza. Tak jak była mowa wyżej o planowanym terminie badania echo serca brak jest adnotacji w jego dokumentacji medycznej, takowego zabiegu jako planowego nie było wpisano też do podręcznej ewidencji pielęgniarki tego oddziału tzw. zeszytu.

Oskarżony M. K. w jedynych swoich wyjaśnieniach (k. 399 – 400a) wskazywał, iż pod jego nieobecność w pracy podjęto decyzję, że pierwszym z wykonanych w dniu 07.10.2010r badaniem u tego pacjenta będzie próba wysiłkowa. Inne badania m. in. USG serca (inaczej echo serca) planowane było w dalszej kolejności. Ponadto na obchodzie w dniu 08.10.2010r na obchodzie zlecił wykonanie temu pacjentowi RTG klatki piersiowej, badania biochemiczne, co planowane było na poniedziałek, gdyż stan pacjenta był stabilny, a ich pozytywny wynik pozwoliłby na wypisanie go do domu. Dodał, że w dniach 09 – 10.10.2010r nie pracował. Oskarżony R. K. natomiast twierdził (k. 786 – 788), że badanie echo serca, zlecone w momencie przyjęcia pacjenta do szpitala było brane pod uwagę przy kolejnych badaniach diagnostycznych, ale nie było planowane i nie było nigdzie odnotowane. Wskazywał, że takie badanie wykonywane jest w ramach oddziału i jest organizowane jak to określił „spontanicznie” np. po decyzji podjętej na obchodzie, podobnie jak i USG serca, dlatego nigdzie nie jest odnotowywane.

W tym miejscu należy podkreślić, że okoliczność czy badanie echo serca lub RTG klatki piersiowej było planowane na dzień 11.10.2010r jest o tyle istotne, iż biegli z (...) Uniwersytetu Medycznego Zakładu Medycyny Sądowej, jako główny zarzut stawiany obu oskarżonym przyjęli, iż w przypadku pacjenta Z. W. nie wykonano badania echokardiograficznego ani badania radiologicznego klatki piersiowej, zaś próbę wysiłkową wykonano bez tych badań, którą to próbę winny poprzedzić te badania (opinia pisemna pierwsza k. 321 – 337).

W ocenie Sądu zgromadzony materiał dowodowy nie daje podstaw aby podstawa, aby jednoznacznie wykluczyć, że w dniu 11.10.2010r mogło być planowane wykonanie Z. W. dodatkowych badań typu echo serca czy RTG klatki piersiowej. Przesłuchany na okoliczność przyjętej na oddziale praktyki w zakresie sposobu planowania i zlecenia wykonania badań tego typu personel medyczny w osobach części pielęgniarek i lekarzy nie dał podstaw do zanegowania twierdzeń R. K., iż takie badania mogły być zlecone w każdym czasie gdyż wykonywane były w ramach oddziału i bez konieczności wcześniejszego ustalenia terminu. Spośród pielęgniarek m. in. przywołana już wyżej W. R. twierdziła, że nie miała wiedzy o planowanych na 11.10.2010r badaniach, jakie miały być zlecone Z. W. w dniu jego wypisu, a z reguły o badaniach są jako pielęgniarki uprzedzane, ale o badaniu typu USG serca, lekarz informuje je tego samego dnia (k. 793 – 794). Inna pielęgniarka, B. B. zeznała natomiast, iż o takich badaniach jak echo serca, tomograf i rentgen klatki piersiowej, pielęgniarki zazwyczaj dowiadywały się tego samego dnia, kiedy miało być takie badanie wykonywane. Jeżeli chodzi o USG serca, to jego zlecenia nie wpisywano do dokumentacji pielęgniarskiej (k. 803 – 804). Następna pielęgniarka, tym razem pielęgniarka oddziałowa z Oddziału(...), A. S. (k. 158-161, 804 – 805odwr.) zeznała, że wpisy do zeszytu pielęgniarek dotyczą głównie badań radiologicznych, wykonywanych poza oddziałem. Badania typu echo serca, czyli inaczej USG serca, wykonywane jest na oddziale, a jeżeli zaś chodzi o badanie tomograficzne, to o ile nie jest na „cito”, to mogło być wpisane do zeszytu, ale nie zawsze wszystkie badania są tam wpisywane. E. L., również pielęgniarka (k. 832 – 833) twierdziła, że Z. W. miał mieć wykonane w poniedziałek zdjęcie klatki piersiowej, ale nic jej nie było wiadomo o badaniu echo i tomografii. Dodała też, że o wykonaniu badania echo

pielęgniarki nie muszą być informowane, ale o tomografii tak, gdyż do tego badania przygotowują pacjenta, zwłaszcza jak musi być na czczo, a ponadto odprowadzają go.

Z lekarzy na te okoliczności zeznawał m. in. K. J. (k.) twierdząc, iż wykonywanie badań planowo w praktyce oznacza, że wpisywane są w kartę zleceń i wykonywane zgodnie z rejestracją, ale nie pamiętał czy tak było u Z. W.. Dopytywany stwierdził, że nie zawsze badania typu USG (echo), czy tomograf wpisywane są w karcie zleceń i że przed wypisem była możliwość zrobienia RTG, USG serca, jak i innych, które są konieczne do zakończenia diagnostyki (k. 827odwr – 830). Inny lekarz z tego oddziału, J. J. (k. 830odwr. – 831odwr.) nie wykluczyła, iż zdarzają się sytuacje, że w dniu wypisu pacjenta mogą być zlecane wykonanie mu badań.

Możliwości takiej praktyki wykonywania badań pacjentowi w dniu planowanego wypisu nie wykluczyli też opiniujący w sprawie biegli z Instytutu Kardiologii w (...) (k. 1173). Wskazali też, że badania echo serca (inaczej zwane USG serca) lub RTG klatki piersiowej nie wymagają przygotowania pacjenta, czy też pisemnego odnotowania w dokumentacji o planie ich wykonania.

Reasumując powyższe stwierdzić należy, iż w przedmiotowej sprawie poza sporem pozostaje, iż do kart zleceń wpisane zostało do realizacji w poniedziałek badanie RTG klatki piersiowej u Z. W. (dokumentacja k. 39, o czym pisano wyżej). Nie można też wykluczyć zgodnie z depozycjami R. K. i dowodami przywołanymi wyżej, że echo serca również mogło być planowane, stąd też nie można czynić obu oskarżonym zarzutu, iż ich zamiarem było ich zaniechanie. Nie mniej jednak osią sporu pomiędzy oskarżonymi a oskarżycielką posiłkową, jak też pomiędzy opiniującymi biegłymi pozostaje, czy przeprowadzenie próby wysiłkowej musi poprzedzać wykonanie tych badań, czy też nie.

Biegli z Uniwersytetu Medycznego (...) Zakład Medycyny Sądowej, w każdej ze swoich opinii pisemnych (k. 321 – 337, 429 – 433, 861 – 864) czy też uzupełniających ustnych (k. 983 – 985odwr, 1128odwr. – 1134) konsekwentnie twierdzili, iż w ich ocenie przeprowadzenie próby wysiłkowej, w celu wykluczenia chorób aorty, winno być poprzedzone wykonaniem RTG klatki piersiowej i badaniem echo serca (m. in. - k. 1130). Pomimo tego, iż dopytywani przyznali, iż standardy przewidziane przy diagnostyce chorób wieńcowych i wykonywaniu próby wysiłkowej nie wymagają poprzedzenia jej tymi badaniami, ich potrzebę oparli o konieczność zapewnienia większego bezpieczeństwa jej wykonywania (k. 1129 – 1130). Odmiennego zdania byli natomiast biegli z Instytutu Kardiologii w (...) (k. 1056 -1057, 1064 – 1066, 1130 – 1134, 1168 – 1173) jak i członkowie zespołu w składzie prof. dr. hab. L. P. i prof. dr. P. P. (k. 1235 – 1260), którzy wskazywali jednoznacznie, iż w ich ocenie nie było konieczności poprzedzenia wykonania próby wysiłkowej badaniem echo serca lub RTG klatki piersiowej. Ponadto w sposób szczegółowy odnieśli się do tej kwestii biegli prof. dr. hab. L. P. i prof. dr. P. P. (k. 1236 – 1238) twierdząc, iż zalecenia Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego nie przewidują przed jej wykonaniem konieczności przeprowadzenia badań tego typu, a wymagają jedynie wywiadu lekarskiego, badania przedmiotowego i badania EKG. Wskazani wyżej opiniujący stwierdzili, iż u tego pacjenta nie było żadnych przeciwwskazań do wykonania tej próby.

Również w wydanych na potrzeby postępowania cywilnego opiniach biegli (opinie: biegłych kardiologa J. P. i z zakresu medycyny sądowej I. S. k. 968 – 981, biegłej z zakresu kardiologii U. K. k. 1010 – 1019, 1024 – 1025) uznali, iż w standardzie postępowania w przypadku wykonywania próby wysiłkowej nie jest ujęte jednoznacznie, iż musi być poprzedzona wykonaniem echo serca (k. 1015).

Tym samym, wbrew twierdzeniom opiniujących w sprawie już na etapie postępowania przygotowawczego biegłych z Uniwersytetu Medycznego w (...) Zakład Medycyny Sądowej, nie sposób jest uznać za błędne wykonanie u Z. W. próby wysiłkowej, poprzedzonej jedynie wykonaniem prób laboratoryjnych, wywiadem i badaniem przedmiotowym. Nie można więc przyjąć, że taki tok diagnostyki, wbrew twierdzeniom tych biegłych, był niezgodny z zasadami wiedzy medycznej.

Dopuszczone w toku niniejszego postępowania dowody najistotniejsze dla rozstrzygnięcia o tym, czy postępowanie diagnostyczne w stosunku do pacjenta Z. W. było prawidłowe, jakimi w tego typu postępowaniach są dowody z opinii biegłych, w sposób oczywisty wykluczają przyjęte w zarzutach aktu oskarżenia stwierdzenie, iż oskarżeni nie zachowali należytej ostrożności i staranności lekarskiej odstępując od przeprowadzenia podstawowych badań diagnostycznych

Z. W. – w warunkach Intensywnej Opieki (...), to jest badania radiologicznego, echo kardiologicznego, tomografii komputerowej, w efekcie czego nie wdrożyli właściwych procedur medycznych mających na celu ratowanie życia wskazanego wyżej pacjenta, czym narazili Z. W. na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Wnioski wysnute przez biegłych (poza przywoływanymi wyżej biegłymi z Uniwersytetu Medycznego w (...)) Zakład Medycyny Sądowej) były jednoznaczne i wynikało z nich, iż oskarżeni lekarze uczestniczący w procesie diagnostycznym Z. W. w trakcie jego pobytu na Oddziale (...) w Szpitala (...) w Ł. nie popełnili błędu medycznego (diagnostycznego) rozumianego, jako zawinione uchybienie właściwym procedurom medycznym bądź szeroko rozumianej – wymaganej w tych konkretnych okolicznościach – należytej staranności.

Opiniujący w sprawie, już na etapie śledztwa, a następnie uzupełniająco przed Sądem, biegły K. D., lekarz patomorfolog, przeprowadzający sekcję zwłok Z. W.. W opinii pisemnej (k.30) stwierdził w tym badaniu krew płynną i skrzepy krwi w worku osierdziowym, pęknięcie ściany aorty tuż ponad zastawką półksiężycową aorty długości 1,2 cm, przebiegające poprzecznie, w pobliżu miejsca odejścia tętnicy wieńcowej prawej, przydatkę aorty w miejscu pęknięcia była nafaszerowaną krwotocznie, wiotką tkankę aorty w miejscu pęknięcia i jej pobliżu, w badaniu palpacyjnym - miękką, niesprężystą, nacieki zapalne w błonie wewnętrznej i środkowej aorty ze zwyrodnieniem i gromadzeniem treści śluzowej i fragmentacją włókien sprężystych, niedużego stopnia przerost dośrodkowy mięśnia sercowego komory lewej, ogniskowe włóknienie okołonaczyniowe mięśnia sercowego, fragmentację włókien mięśnia sercowego, ogniskową falistość przebiegu włókien, widoczne ogniska nacieków lipidowych w błonie wewnętrznej aorty i tętnic wieńcowych. Dr. K. D. w oparciu o powyższe stwierdził, że przyczyną zgonu Z. W. był krwotok do worka osierdziowego (tamponada serca), a jej przyczyną - krwiał rozwarstwiający aorty tj. rozdarcie błony wewnętrznej zlokalizowane w części wstępującej aorty z wytworzeniem krwiaka, sięgające błony wewnętrznej.

W opinii ustnej przed Sądem (k.806odwr. – 808odwr, 809odwr. – 810odwr.) wskazał, że wszystkie cechy śmierci, które stwierdził podczas oględzin zewnętrznych wskazywały na śmierć pana W., która nastąpiła na kilka - kilkanaście godzin przed sekcją. W obrębie jamy brzusznej i mózgu nie stwierdził żadnych obrażeń, urazów, czy stanów chorobowych, które by miały związek ze zgonem. Twierdził, iż w przypadku Z. W. mamy do czynienia z krwakiem śródściennym aorty z następowym rozwarstwieniem aorty, nazywanym w literaturze naprzemiennie „tętniak rozwarstwiający” lub „krwiał śródścienny z rozwarstwieniem ściany aorty”. Jako główne czynniki ryzyka powstania takiego krwiaka wskazał nikotynizm i nadciśnienie tętnicze, jak też stany chorobowe, najczęściej o podłożu genetycznym, które pomimo prawidłowych naczyń odżywczych powodują, że ściana aorty może być ogniskowo osłabiona, takimi są zespół Marfana oraz zespół Ehlersa – Danlosa. Na podstawie badań sekcyjnych nie był w stanie stwierdzić, kiedy ten krwiał wytworzył się, jak też kiedy powstał zespół bólowy, ale mogło to trwać kilkadziesiąt minut do zgonu. Wskazał też, że pacjenci z takimi krwiami tacy giną w domach, zanim przyjedzie karetka lub już w karetce. To pęknięcie, które stwierdził u Z. W. było klasyczne, poprzeczne, o długości 1 - 2cm, ale wielkość pęknięcia nie wskazuje na wielkość krwiaka, gdyż aorta pęka w sposób spontaniczny, rozrywa się z uwagi na wysokie ciśnienie w niej, czyli pierwotny ten krwiał śródścienny w niej mógł mieć wielkość znacznie mniejszą. Dopytywany zeznał, iż nie wykluczone jest, że krwiał śródścienny u Z. W. mógł powstać jeszcze przed przyjęciem go do szpitala, mógł trwać od kilku do kilkunastu dni. Jego zdaniem przed momentem rozrywania się ściany aorty tego krwiaka nie można stwierdzić czy to badaniem KT, czy USG zwłaszcza wtedy, kiedy on jest umiejscowiony tuż nad zastawką półksiężycowatą aorty, czyli w obrębie worka osierdziowego, a obraz jego jest widoczny wtedy, kiedy dochodzi już do tego aktu pęknięcia błony wewnętrznej.

Biegli z Instytutu Kardiologii w (...) pod kierownictwem prof. M. K. i prof. A. W. w dwóch opiniach pisemnych i jednej, uzupełniającej ustnie (k. 1056 -1057, 1064 – 1066, 1130 – 1134, 1168 – 1173) jednoznacznie stwierdzili, iż postępowanie w trakcie hospitalizacji w tej placówce stosunku do pacjenta Z. W. było prawidłowe, zgodne z zasadami wiedzy i dobrej praktyki lekarskiej jak też, iż wdrożono w stosunku do niego prawidłowy proces diagnostyczny (k. 1065). Biegli ci jednoznacznie stwierdzili, iż zespół objawów deklarowanych przez tego pacjent mógł wskazywać na wiele schorzeń, ale diagnostyka różnicowa, mająca na względzie wiek pacjenta i charakter dolegliwości, powinna zmierzająca do wykluczenia w pierwszym rzędzie choroby wieńcowej, jako przyczynę najczęstszej i taka była w tym przypadku prowadzona (k. 1172 – 1173). Stwierdzili też, że w ich ocenie u tego typu pacjentów, jak Z. W., wykluczenie

tętniaka aorty, jest ostatnim z możliwych etapów diagnostyki w przypadku nawracających, deklarowanych przez niego objawów (k. 1133). Uznali, że symptomy zgłaszane przez tego pacjenta w pierwszym rzędzie wskazywałyby na chorobę wieńcową i prowadzona diagnostyka była ukierunkowana właśnie w tym właśnie kierunku (k. 1133 – 1330dwr.). Stwierdzili też, że planowane w dniu 11.10.2010r wykonanie badań typu echo serca i RTG klatki piersiowej było prawdopodobne, co wynika z logiki procesu diagnostycznego, gdyż badania te nie wymagają specyficznego przygotowania pacjenta, jego zgody czy też pisemnego odnotowania w dokumentacji o planie ich wykonania. (k. 1173). Podsumowując ostatnią, złożoną w tej sprawie opinię biegli stwierdzili, iż chory, przy takim przebiegu klinicznym bardzo rzadko występującego, obciążonego wysoką śmiertelnością schorzenia (w przebiegu podstępny, niejasnym i wyjątkowo trudnym diagnostycznie) – nie miał praktycznie szans na przeżycie, a jego diagnostyka była prowadzona prawidłowo. Podtrzymali wielokrotnie zajmowane stanowisko, iż wykonanie echo serca nie było konieczne przed wykonaniem próby wysiłkowej. Dodali też, że wypadek, objęty niniejszym postępowaniem stanowi o tym, że pomimo zachowania wszelkiej staranności i stosowania się do standardów dochodzi do nagłych zgonów nawet w referencyjnych ośrodkach kardiologicznych (k. 1173).

Biegli z zespołu w składzie prof. dr. hab. L. P. i prof. dr. P. P. (k. 1235 – 1260), jednoznacznie stwierdzili, iż w ich ocenie wdrożona wobec Z. W. diagnoza w postaci choroby wieńcowej biorąc pod uwagę jego wiek tj. pacjenta z bólem w klatce piersiowej, była prawidłowa. Tak samo oceniali prowadzoną przy tym wstępnym rozpoznaniu diagnostykę (k. 1259). Biegli uznali nadto, iż objawy deklarowane przez tego pacjenta, a wymagające dalszej diagnostyki, wymagały jej prowadzenia, ale w trybie planowym (k. 1259 – 1260). W obszernej, odpowiadającej na wszystkie, zadawane przez strony pytania jednoznacznie stwierdzili, iż przeprowadzona próba wysiłkowa u tego pacjenta była prawidłowa i wykonana zgodnie z zaleceniami Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, gdyż wykonanie RTG, ukg (echo serca) lub tomografii komputerowej zaleca się przeprowadzać w okresie późniejszym głównie w celu stratyfikacji ryzyka, jak też w przypadku utrzymujących się dolegliwości (k. 1236). Wywiedli też, że jeżeli są wskazania do wykonania zarówno ukg jak i testu wysiłkowego, pierwsze winno być wykonane ukg, ale u Z. W. w ich ocenie nie było wskazań do pilnego wykonania ukg (K. 123 – 1238). Uznali też, że nie można wiązać nagłego zgonu pacjenta z wykonaniem próby wysiłkowej u niego (k. 1238). Podkreślili, iż wykonanie przezklatkowego badania ukg w ich ocenie nie pozwoliłoby na rozpoznanie tak małego krwiaka śródściennego, jaki był opisywany w badaniu sekcyjnym tego pacjenta (k. 1238). Dodatkowo stwierdzili, iż diagnostyka rozmiękania ścian aorty skutkująca jej rozdarciem jest trudna, co podkreśla się w literaturze. Badanie RTG klatki piersiowej, echo serca przezklatkowe nie jest badaniem diagnostycznym w tego typu chorobie, nawet ukg przezprzelykowe, gdyż ma ono bardzo ograniczoną czułość. Dlatego też zalecanymi badaniami są tomografia komputerowa lub/i rezonans magnetyczny. Podkreślali też, że są opisywane przypadki, iż nawet tomografia komputerowa nie pozwalała na jednoznaczne rozpoznanie różnicowe (k. 1238). Uznali też, że istniała teoretyczna możliwość rozpoznania krwiaka, ale wymagałoby to przeprowadzenia tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego i jego oceny przez doświadczonego lekarza. Podkreślili, iż u kilku procent pacjentów nawet przeprowadzenie tych technik nie pozwala na postawienie diagnozy. Mając na względzie, iż u Z. W. patolog zmianę określił jako małą co powoduje, że rozpoznanie tej patologii byłoby bardzo trudne jeżeli w ogóle możliwe (k. 1242). Podnosili kilkakrotnie, iż w przypadku tego pacjenta nie było wskazań do wykonywania badań specjalistycznych typu tomografia komputerowa lub/i rezonans magnetyczny (m. in. k. 1243). W części końcowej opinii stwierdzili też, że w ich ocenie wdrożona w stosunku do tego pacjenta diagnostyka i proces leczenia były zgodne z obowiązującymi standardami.

Podobne wnioski wywiedli też w swoich opiniach, sporządzonych na potrzeby postępowania cywilnego biegli: J. P. i I. P.(...) (k. 968 – 981) oraz U. K. (k. 1010 – 1019, 1024 – 1025), którzy uznali, iż w czasie pobytu Z. W. w szpitalu miał on właściwą opiekę medyczną adekwatną do postawionego rozpoznania, a podjęte czynności lecznicze poza nie poszerzeniem diagnostyki, z czym prawdopodobnie nie zdążono z uwagi na jego zgon były prawidłowe.

W ramach kontroli merytorycznej i formalnej przywołanych wyżej opinii biegłych, Sąd nie dopatrył się żadnych nieprawidłowości nakazujących odebranie złożonym opiniom przymiotu pełnowartościowego źródła dowodowego. Biegli wskazali wszelkie przesłanki przyjętego rozumowania, przedstawili także jego tok. Wnioski płynące z opinii są klarowne i wynikają z przyjętych podstaw. Sąd nie dopatrył się w nich błędów logicznych, niezgodności z życiowym

doświadczeniem bądź też niespójności z pozostałym materiałem dowodowym. W tych warunkach opinie te posłużyły za pełnowartościową podstawę dokonanych ustaleń faktycznych, pozwalając także na weryfikację wiarygodności dowodów osobowych. Oceny tej nie mogły też zmienić zarzuty do opinii stawiane przez oskarżycielkę posiłkową i jej pełnomocnika, jak i oskarżyciela publicznego. Biegli w sposób szczegółowy, logiczny i wyczerpujący ustosunkowali się do wszystkich stawianych pytań. Wskazać też należy, że przywołane wyżej zespoły opiniujące na etapie postępowania sądowego mają w swoich składach uznane sławy polskiej kardiologii (prof. M. K., prof. A. W., prof. L. P.) i kardiochirurgii (prof. P. P.), pochodzące z dwóch spośród najlepszych placówek medycznych w kraju, którzy poza oczywistą wiedzą naukową są czynnymi lekarzami, stąd ich wiedza opiera się nie tylko o wiedzę teoretyczną, jak i bogatą praktykę. Nie ma więc żadnych przesłanek ku temu, aby ich poglądy zawarte w opiniach, tak zbieżne ze sobą, traktować jako błędne czy też nierzetelne.

W tym miejscu stwierdzić należy, że jedynie biegli z Uniwersytetu Medycznego w (...) Zakład Medycyny Sądowej, w każdej ze swoich opinii pisemnych (k. 321 – 337, 429 – 433, 861 – 864) czy też uzupełniających ustnych (k. 983 – 985odwr, 1128odwr. – 1134) twierdzili, iż w ich ocenie doszło ze strony oskarżonych do błędu diagnostycznego polegającego na zaniechaniu przeprowadzenia badań RTG klatki piersiowej i echokardiologicznego, które nadto w/g nich winny poprzedzać przeprowadzenie próby wysiłkowej. Biegli odpowiadając na postawione im pytania stwierdzili, że stan kliniczny Z. W. w czasie pobytu w Oddziale Intensywnej Opieki (...), zwłaszcza w zakresie układu krążenia był wydolny i stabilny, a zgłaszane przez niego dolegliwości były atypowe (ból w klatce piersiowej), które nie były charakterystyczne dla żadnej jednostki chorobowej. Przyjmując takie założenie uznali, iż w tej sytuacji, zadaniem lekarza prowadzącego było dociekanie etiologii dolegliwości z zachowaniem bezpieczeństwa przeprowadzanych badań diagnostycznych. Twierdzili, że w pierwszej kolejności winno być wykonane przezklatkowe badanie echokardiograficzne, a w razie wątpliwości również przezprzełykowe badanie echokardiograficzne, pozwalające ocenić morfologię struktur serca i ewentualnie dużych naczyń, jak też i badanie radiologiczne, pozwalające na ocenę narządów klatki piersiowej. W sytuacji, gdy te badania pozostawiłyby wątpliwości interpretacyjne, ich zdaniem należało rozważyć wykonanie badania tomografii komputerowej klatki piersiowej z kontrastem. W ich ocenie błędnym było wykonanie w pierwszej kolejności próby wysiłkowej, bez uprzedniego wykonania badania echokardiograficznego i badania radiologicznego klatki piersiowej, gdyż w ich ocenie, te badania winny ją poprzedzać. Pomimo tego, iż teoretycznie próba wysiłkowa i związany z nią wzrost ciśnienia tętniczego mógł spowodować pogorszenie stanu zdrowia Z. W., to brak jest obiektywnych podstaw do przyjęcia, aby owa próba była bezpośrednią przyczyną pęknięcia aorty. Przyznali też, że krwiałk śródścienny aorty jest bardzo trudnym schorzeniem do zdiagnozowania, gdyż krwiałk taki w badaniu radiologicznym klatki piersiowej jest niewidoczny, w badaniu echokardiograficznym przezklatkowym z reguły jest niezauważalny, również i w badaniu przezprzełykowym bardzo rzadko udaje się wykryć tę zmianę, dlatego też badaniem referencyjnym dla jego rozpoznania jest tomografia komputerowa z kontrastem. Nie mniej jednak stwierdzili, iż rokowanie odnośnie przeżycia przy tego typu schorzeniu, niezależnie od postawienia rozpoznania i podjętej metody leczenia (zachowawcze lub operacyjne), jest zawsze bardzo poważne i wątpliwe.

Pomimo tego, odnosząc się do przypadku Z. W., uznali, że nie zachowano należytej staranności i ostrożności lekarskiej, odstępując od wykonania podstawowych badań diagnostycznych w warunkach Oddziału Intensywnej Opieki (...), a takie postępowanie naraziło go na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub wystąpienia ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (k. 336 – 337). W pisemnej opinii uzupełniającej, sporządzonej na etapie śledztwa ten sam zespół opiniujący z (...) Uniwersytetu Medycznego - Zakładu Medycyny Sądowej stwierdził, że w ich ocenie badanie radiologiczne klatki piersiowej winno być przeprowadzone bezpośrednio po przyjęciu chorego do Oddziału, natomiast badanie echo serca winno być wykonane jako jedno z pierwszych badań diagnostycznych bólów w klatce piersiowej, czego wymagają zasady diagnostyki bólów w klatce piersiowej. Nadal w ich ocenie postępowanie koordynatora Oddziału (...) nie było prawidłowe, gdyż nie zweryfikował on procesu diagnostycznego u Z. W.. W tej opinii po raz kolejny wskazali, iż ich zastrzeżenia budzi proces diagnostyczny tj. zaniechanie wykonania w pierwszej kolejności przezklatkowego, w razie wątpliwości również przezprzełykowego badania echokardiograficznego, jak też badania radiologicznego, a kiedy takie badania pozostawiłyby wątpliwości – rozważenie wykonania badania tomografii komputerowej klatki piersiowej z kontrastem. Nadal stali na stanowisku, iż badanie echo serca winno być wykonane

jako jedno z pierwszych badań, w dniu przyjęcia chorego lub w dniu następnym, a na pewno przed wykonaniem testu wysiłkowego (k. 429 - 433).

Warto podkreślić, że pomimo popierania tezy zawartej w pierwszej opinii pisemnej, ten sam zespół opiniujący, ale już ustnie po raz drugi (k. 1130) stwierdził, że rekomendowane przez nich do wykonania badania tj. RTG klatki piersiowej i echo serca, w 100% nie wykluczają choroby aorty, ale zwiększają szansę jej wykrycia. Dodali też, że w ich ocenie wynik badania echo nie gwarantowałby ani postawienia rozpoznania ani skutecznego leczenia tego pacjenta (k. 1134).

Podniesione wyżej twierdzenia biegłych z (...) o niepełnej diagnostyce pacjenta z jednej strony, a późniejsze stwierdzenie, że przeprowadzenie rekomendowanych przez nich badań, nie gwarantowałby ani postawienia rozpoznania ani skutecznego leczenia tego pacjenta, pozostaje w sprzeczności z przywołaną przez nich tezą, iż nie przeprowadzając tych badań narazili go na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub wystąpienia ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, co jest niezbędnym warunkiem odpowiedzialności za czyn z art. 160§2 kk w zw. z art. 160§1 kk. Należy jeszcze raz przywołać, iż sprzeczne z obowiązkiem prawnym zachowanie (działanie, zaniechanie) gwaranta nienastąpienia skutku (lekarza), jeżeli nie ma wpływu na stan zagrożenia dla życia czy zdrowia określonej osoby, nie jest przyczynowe dla utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, o którym mowa w art. 160 § 1 k.k. Dotyczy to w szczególności sytuacji, gdy źródło narażenia tych dóbr jest poza możliwością oddziaływania osoby prawnie zobowiązanej do określonego zachowania. Jeżeli zaś biegli nie mogli jednoznacznie wykluczyć, że przeprowadzenie rekomendowanych przez nich badań tj. RTG klatki piersiowej i echo serca, dawałoby gwarancje na postawienie prawidłowej diagnozy a następnie wdrożenia skutecznego leczenia, nieuprawnionym było podtrzymywanie przez nich wniosków zawartych w uprzednich opiniach, iż postępowanie lekarzy naraziło chorego na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub wystąpienia ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Tym samym, w ocenie Sądu przywołane wyżej twierdzenia biegłych, nie mogą stanowić podstawy do rozstrzygnięcia o ewentualnej odpowiedzialności karnej obu oskarżonych.

Podstawowym obowiązkiem etycznym, jak również prawnym, każdego lekarza jest udzielanie pomocy medycznej człowiekowi choremu, która ma na celu ratowanie życia i zdrowia pacjenta oraz ulżeniu w cierpieniu. Wartym podkreślenia jest fakt, że obowiązki moralne nie muszą pokrywać się z normami prawnymi, gdyż zakres obowiązku moralnego może być znacznie szerszy niż prawnego. Z. M. wskazuje, że „błędem jest stawianie znaku równości pomiędzy „prawem do leczenia”, o którym mowa jest w Konstytucji z 1997 r, a prawem „bycia zawsze wyleczonym”, ponieważ żaden lekarz czy instytucja zajmująca się zdrowiem człowieka nie może tego zapewnić. Coraz częściej chorzy oczekują od swoich lekarzy całkowitego przywrócenia sprawności fizycznej bądź psychicznej, czyli uwolnienia od wszelkich dolegliwości. Lekarz nie zawsze jest w stanie zrealizować wymagania pacjentów, ale zawsze powinien dać choremu pewność, że swoje obowiązki wykonuje z całkowitą starannością, a jego postępowanie diagnostyczne i terapeutyczne cechuje się wysokim poziomem.” Analizując postępowania dotyczące odpowiedzialności karnej lekarzy za postępowanie niezgodne z regułami, które zostały wypracowane na gruncie nauk medycznych, należy rozpatrywać je zawsze w dwóch kontekstach. Po pierwsze zasadne jest wymaganie od lekarzy należytej wiedzy oraz staranności w wykonywaniu zawodu. Z drugiej natomiast strony, rozpatrując odpowiedzialność karną lekarza za popełniony błąd medyczny, należy wziąć pod uwagę to, że wykonuje on swój zawód w warunkach znacznego ryzyka popełnienia błędu. W związku z powyższym konieczna jest tolerancja ze strony społeczeństwa, gdyż nie wszystkie uchybienia regułom wiedzy medycznej powinny być przedmiotem postępowania karnego. Czynności lecznicze powinny być wykonywane na podstawie zasad wypracowanych w oparciu o wiedzę i sztukę lekarską (lege artis). Warunek działania lege artis obejmuje wszelkie czynności podejmowane przez lekarza w stosunku do chorego zarówno na etapie profilaktyki, diagnozy i rehabilitacji, jak również przy leczeniu przyczynowym oraz objawowym. Taki stan rzeczy ma swoją podstawę w art. 4 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentyisty. Zgodnie z tym przepisem lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, uwzględniając wskazania aktualnej wiedzy medycznej, dostępne mu metody i środki zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, jednocześnie zachowując zasady etyki zawodowej oraz należyta staranność. Wskazane przesłanki są dowodem na to, że na lekarzu ciąży obowiązek nieustannego kształcenia się oraz podnoszenia kwalifikacji, co w efekcie skutkuje poszerzeniem horyzontów wiedzy zarówno w zakresie zdrowia, jak

i choroby. Niezastosowanie się do przyjętych zasad wiedzy i sztuki lekarskiej skutkuje bezprawnością zachowania lekarza, która przejawia się w postaci „błędu w sztuce lekarskiej”.

Znamię narażenia człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, o którym mowa w art. 160§1 kk, może zostać zrealizowane w jeden z trzech sposobów tj. przez sprowadzenie zagrożenia, jego znaczące zwiększenie, a także w przypadku gwaranta nienastąpienia skutku przy przestępstwach z zaniechania przez niespowodowanie jego ustąpienia albo zmniejszenia. Sprzeczne z obowiązkiem prawnym zachowanie (działanie, zaniechanie) gwaranta nienastąpienia skutku (lekarza), jeżeli nie ma wpływu na stan zagrożenia dla życia czy zdrowia określonej osoby, nie jest przyczynowe dla utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, o którym mowa w art. 160§1 kk. Dotyczy to w szczególności sytuacji, gdy źródło narażenia tych dóbr jest poza możliwością oddziaływania osoby prawnie zobowiązanej do określonego zachowania. Przesłankami warunkującymi odpowiedzialność karną lekarzy są: błąd w sztuce lekarskiej, ujemne następstwa dla zdrowia lub życia pacjenta określone w poszczególnych przepisach prawa karnego, związek przyczynowy pomiędzy błędem a ujemnymi następstwami, wina lekarza. Błąd może mieć postać błędu diagnostycznego, przez którego należy rozumieć wyciągnięcie z objawów chorobowych innych wniosków niż te, które dyktowane są wiedzą medyczną. Może on polegać tak na nierozpoznanie w ogóle pewnych objawów, a także na wadliwym przeprowadzeniu samych badań służących postawieniu diagnozy bądź w ogóle na pominięciu takich badań. Istotą błędu jest to, iż działanie lub zaniechanie jest sprzeczne z podstawowymi zasadami przyjętymi we współczesnej wiedzy lekarskiej. Błąd w sztuce lekarskiej jest kategorią obiektywną, tj. zależną wyłącznie od stanu wiedzy medycznej na danym etapie rozwoju tej wiedzy. Stan wiedzy medycznej pozwala na ocenę, iż określone działanie lub zaniechanie lekarza było prawidłowe czy też nie. Ocena w tym zakresie wiąże się z posiadaniem wiadomości specjalnych. Biegli bowiem są tylko władni ocenić, czy dane postąpienie było zgodne z aktualną wiedzą medyczną. Błędu w sztuce nie można w żaden sposób utożsamiać z winą. Lekarz musi mieć obiektywną możliwość właściwego rozpoznania choroby. Należy w związku z tym podnieść, że skutkiem o którym mowa w art. 160§1 – 3 kk jest nie tylko spowodowanie zagrożenia w sytuacji, w której przed zachowaniem sprawcy żadne niebezpieczeństwo pokrzywdzonemu nie zagrażało, ale także skutek ten będzie miał miejsce wtedy, gdy sprawca swoim zachowaniem zwiększa zagrożenie dla już zachodzącego bezpośredniego niebezpieczeństwa (zob. A. Zoll: Kodeks karny. Część szczególna. Tom II, Warszawa 2013, s. 417). Jak stwierdził to Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 21 sierpnia 2012r., IV KK 42/12 (LEX nr 1220930) przestępstwo konkretnego narażenia na niebezpieczeństwo charakteryzuje się tym, że jego skutek przejawia się w wystąpieniu stanu bezpośredniego niebezpieczeństwa dla chronionego prawem dobra - jest to taki szczególny układ sytuacyjny, z którego wynika wysokie prawdopodobieństwo wystąpienia uszczerbku dla dobra prawnego - ale który jednocześnie wcale nie musi, a jedynie może doprowadzić do naruszenia tego dobra. Nie jest w związku z tym jak stwierdza dalej w powołanym wyroku Sąd Najwyższy istotne to, czy pacjent zmarł albo doznał ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, ani też to, czy wdrożenie właściwego leczenia uchroniłoby go przed utratą życia albo przed ciężkim uszczerbkiem na zdrowiu, ale to czy pozostawienie pacjenta w stanie realnie zagrażającym jego życiu bez odpowiednich badań, a następnie właściwego leczenia nie stwarza sytuacji, w której człowiek jest narażony na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, które to sytuacje jedynie mogą - ale nie muszą - wystąpić.

W realiach przedmiotowej sprawy, o czym już kilkakrotnie była mowa, podejmowane przez oskarżonych M. K. i R. K. działania w ramach procesu diagnostycznego i leczniczego w stosunku do pacjenta Z. W. były prawidłowe, zgodne z zasadami wiedzy i dobrej praktyki lekarskiej. Zgon tego pacjenta upatrywać należy jedynie jako nie zawinione niepowodzenie tego procesu, nie stwarzający podstaw do ich odpowiedzialności karnej. Konkludując przypomnieć należy jedynie, iż możliwość przypisania sprawcy skutków czynu z art. 160 kk obejmuje jedynie normalne, a niewykraczające poza możliwość przewidywania, następstwa jego zachowania. I co równie ważne, następstwa te muszą pozostawać w związku z zawinionym naruszeniem tych reguł ostrożności, które w konkretnym układzie sytuacyjnym wywołało stan niebezpieczeństwa dla określonego dobra prawnego (por. postanowienie SN z dnia 24.11.2009 r., II KK 39/09, Biul. PK 2010/1/19-20). Reasumując powyższe, w ocenie Sądu na podstawie tak zgromadzonych dowodów i płynących z nich wniosków, nie sposób zatem przypisać obu oskarżonym sprawstwa czynu z art. 160§2 kk w zw. z art. 160§1 kk, co w konsekwencji, w oparciu o treść art. 414§1 kpk w zw. z art. 17§1 pkt.2 kpk, musi skutkować ich uniewinnieniem.

Kierując się wnioskiem obrońcy oskarżonego R. K., działając w oparciu o treść art. 632 pkt.1 kpk w zw. z § 2 ust.1 i 2, §14 ust. 2 pkt. 3 i §16 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu (Dz.U. Nr 163 poz.1348 z późniejszymi zmianami), Sąd zasądził na rzecz oskarżonego kwotę 5040 zł tytułem kosztów obrony z uwzględnieniem ich nakładu pracy, ilości terminów rozpraw, w których uczestniczył ten obrońca tj. adw. P. R. –(...), a który występował dopiero w postępowaniu sądowym począwszy od rozprawy w dniu 22.10.2015r, a uprzednio była obrońcą adw. A. G., której upoważnieniem legitymował się ówczesny aplikant P. R. – (...)Sąd orzekając o tych kosztach nie zastosował przepisów rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r w sprawie opłat za czynności adwokackie, gdyż zgodnie z treścią §21 tego rozporządzenia do spraw wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie tego rozporządzenia (tj. przed 01.01.2016r) stosuje się przepisy dotychczasowe do czasu zakończenia postępowania w danej instancji, czyli przepisy rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z 28.09.2002 r. Orzekając o kwocie znacznie mniejszej od żądanej Sąd oparł się o zapatrywanie prawne zawarte w postanowieniu Sądu Najwyższego z dnia 17.08.2006r (WZ 30/06), w którym stwierdził, że „W sytuacji ustanowienia w sprawie karnej przez stronę najpierw jednego, a następnie dalszych kolejno po sobie umocowanych pełnomocników, do uzasadnionych wydatków w rozumieniu art. 616 § 1 pkt 2 k.p.k. nie zalicza się tych poniesionych na ustanowienie dalszych pełnomocników, jeżeli rozwiązanie umowy o świadczenie pomocy prawnej nastąpiło z przyczyn leżących po stronie udzielającej pełnomocnictwa, a to nierzetelności strony wobec pełnomocnika albo rezygnacji przez stronę z pełnomocnika z przyczyn natury subiektywnej. Zatem w tak określonej sytuacji, uzasadnionym wydatkiem będzie koszt ustanowienia jednego pełnomocnika w sprawie.”

O kosztach Sąd orzekł zgodnie z dyspozycją art. 632 ust.2 kpk.