

Sygn. akt II K 1576/10

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 25.10.2012 r.

Sąd Rejonowy Gdańsk- Północ w Gdańsku, II Wydział Karny

w składzie:

Przewodniczący: S SR Leszek Nowopolski

Protokolant: Magdalena Leszczyńska

po rozpoznaniu na rozprawie w dniach: 11.05., 22.10.2012 r.

w obecności Prokuratora Prokuratury Rejonowej Tomasza Kaczyńskiego

przy udziale oskarżyciela posiłkowego A. J.

sprawy E. W. (1) z d. K., urodzonej (...) w G., córki L. i B. z d. G.

oskarżonej o to, że:

w dniu 8 czerwca 2002 r. w G., pełniąc dyżur lekarski na Oddziale Chirurgicznym Ogólnym Szpitala (...). W. i będąc z tego tytułu zobowiązana do opieki nad pacjentem J. J. (1), u którego rozpoznano chorobę zakrzepową żył, nieumyślnie naraziła wyżej wymienionego na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia w ten sposób, że pomimo nieskuteczności leczenia (brak istotnego wydłużenia wskaźnika (...)) nie podjęła decyzji o zwiększeniu dawkowania leku o nazwie H., co doprowadziło do uwolnienia się skrzepu, powstania zatoru skrzeplinowego tętnic płucnych i w konsekwencji zgonu ww. pacjenta,

to jest o przestępstwo z art. 160§2 i 3 k.k. w zb. z art. 155 k.k. w zw. z art. 11§2 k.k.

sprawy **R. G.**, urodzonego (...) w S., syna S. i H. z d. P.

oskarżonego o to, że:

w dniu 9 czerwca 2002 r. w G., pełniąc dyżur lekarski na Oddziale Chirurgicznym Ogólnym Szpitala (...). W. i będąc z tego tytułu zobowiązany do opieki nad pacjentem J. J. (1), u którego rozpoznano chorobę zakrzepową żył, nieumyślnie naraził wyżej wymienionego na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia w ten sposób, że pomimo nieskuteczności leczenia (brak istotnego wydłużenia wskaźnika (...)) nie podjął decyzji o zwiększeniu dawkowania leku o nazwie H., co doprowadziło do uwolnienia się skrzepu, powstania zatoru skrzeplinowego tętnic płucnych i w konsekwencji zgonu ww. pacjenta

to jest o przestępstwo z art. 160§2 i 3 k.k. w zb. z art. 155 k.k. w zw. z art. 11§2 k.k.

I. uniewinnia oskarżoną **E. W. (2)** od popełnienia zarzucanego jej czynu;

II. uniewinnia oskarżonego **R. G.** od popełnienia zarzucanego mu czynu;

III. na podstawie art. 626§1 k.p.k. i art. 632 pkt 2 k.p.k. obciąża Skarb Państwa kosztami sądowymi w sprawie.

Sygn. akt II K 1576/10

UZASADNIENIE

Prokurator Prokuratury Rejonowej zarzucił oskarżonym E. W. (2) oraz R. G. popełnienie czynu polegającego na tym, że oskarżeni- odpowiednio- w dniu 8 /E. W. (2)/ i 9 czerwca /R. G./ 2002 roku w G., pełniąc dyżur lekarski na Oddziale Chirurgicznym Ogólnym Szpitala (...). W. i będąc z tego tytułu zobowiązanym do opieki nad pacjentem J. J. (1), u którego rozpoznano chorobę zakrzepową żył, nieumyślnie narazili go na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia w ten sposób, że pomimo nieskuteczności leczenia (brak istotnego wydłużenia wskaźnika (...)) nie podjęli decyzji o zwiększeniu dawkowania leku o nazwie heparyna, co doprowadziło do uwolnienia się skrzepu powstania zatoru skrzeplinowego tętnic płucnych i w konsekwencji do zgonu pacjenta, tj. o przestępstwo z art. 160 § 2 i 3 k.k. w zb. z art. 155 k.k. w zw. z art. 11 §2 k.k.

/akt oskarżenia k.201-206/.

Wyrokiem z dnia 03.07.2006 r. w sprawie II K 66/05 Sąd Rejonowy Gdańsk- Północ w Gdańsku uniewinnił oskarżonych od popełnienia zarzucanych mu czynów /k. 643-645/.

Wyrok ten został uchylony wyrokiem Sądu Okręgowego w Gdańsku z dnia 19.02.2008r. w sprawie XIII Ka 21/08 / k. 707 /.

Wyrokiem z dnia 25.02.2010 r. w sprawie II K 899/900 Sąd Rejonowy Gdańsk- Północ w Gdańsku ponownie uniewinnił oskarżonych od popełnienia zarzucanych im czynów /k. 899-900/.

Wyrok ten został uchylony wyrokiem Sądu Okręgowego w Gdańsku z dnia 17.11.2010r. w sprawie XIII Ka 482/10 / k. 1001/.

Sąd ustalił stan faktyczny:

Pokrzywdzony J. J. (1) /68 lat/ już w marcu 2002 roku narzekał na dolegliwości lewej kończyny dolnej, które objawiały się drętwieniem, bólem, szczególnie po dłuższej chwili siedzenia.

/dowód: zeznania A. J. k. 5-6, 1430/.

Na skutek wskazanych ciągłych dolegliwości lewej nogi, J. J. (1) podjął leczenie zachowawcze w poradni przy ulicy (...) w G., które jednak nie przynosiło rezultatu. Pokrzywdzony miał w wymienionej przychodni 5 wizyt w okresie od 06.09.2001 roku do 11.04.2002 roku. W czasie tych wizyt zgłaszał bóle kolana lewego oraz kręgosłupa, drętwienie łydki, dolegliwości związane z prawą kończyną górną. Rozpoznano u pokrzywdzonego spondylozę lędźwiową oraz dyskopatię L5-S1.

Z uwagi na to, że J. J. (1) spuchła noga i miał trudności z chodzeniem, w dniu 5 czerwca 2002 r., w godzinach porannych J. J. (1) udał się do przychodni lekarskiej przy ulicy (...) w O., gdzie wystawiono mu skierowanie do Szpitala (...). W. w G..

/dowody: zeznania A. J. k. 5-6, 464 - 467, 1430, dokumentacja lekarska k. 14-58, 1430/.

Jeszcze tego samego dnia pokrzywdzony udał się do tego szpitala. Przyjmujący go lekarz W. G. zaproponował mu pozostanie na leczeniu w szpitalu, jednak pokrzywdzony nie wyraził zgody na hospitalizację.

Pokrzywdzony już wcześniej korzystał z porad lekarzy również we wskazanym szpitalu od 15.03.1993 roku do 05.06.2002 roku. Powodem wizyt były stany gorączkowe, bóle głowy, infekcje dróg oddechowych, od około 1996 roku odnotowywano u pokrzywdzonego podwyższony poziom cukru we krwi, od 1998 roku pojawiły się u pokrzywdzonego bóle kręgosłupa, w dniu 10.09.1996 roku pokrzywdzony przebył operację przepukliny pachwinowej prawej, od 1998 roku pokrzywdzony zgłaszał bóle barku prawego, od około 2000 roku – bóle prawego ramienia przy podnoszeniu ciężarów, bóle ręki prawej, w dniu 31.08.2001 roku pacjent zgłaszał bóle lewej kończyny dolnej, które trwały od około

3 tygodni, tym okresie czasu rozpoznano też u pokrzywdzonego przerost prostaty. W dniu 05.06.2002 roku ponownie stwierdzono bóle lewej nogi, obrzęk, Nieznaczone zaczerwienienie łydki i kolana, tętno na tętnicach grzbietowych stopy lewej słabo wyczuwalne.

/dowody: zeznania W. G. k. 516 – 517, 1430, dokumentacja lekarska z Izby Przyjęć Szpitala na Z. z dnia 05.06.2002 roku k. 40- 50, 52-80, 1430 opinia biegłych z (...) z UM w B. k. 1049-1074, 1428-1430, 1430/.

Stan zdrowia J. J. (1) nie uległ poprawie. Z tego powodu, w dniu 6 czerwca 2002 r., około godz. 9-ej rano, J. J. (1) zgłosił się ponownie do wskazanego powyżej szpitala. Wówczas pokrzywdzony został przyjęty na Oddział (...) Ogólnej z rozpoznaniem zakrzepicy żył głębokich kończyny dolnej lewej. Lekarz dyżurny M. Ł., po przeprowadzeniu wywiadu przedmiotowego, stwierdził, iż pokrzywdzony odczuwał silny ból w obrębie nogi, od około 7 lat chorował na cukrzycę i z tego powodu przyjmował leki doustne, jak również leczył się w przeszłości z powodu choroby wrzodowej dwunastnicy i nadciśnienie, skarżył się na objawy drętwienia prawej ręki; ponadto lekarz przyjmujący stwierdził u pacjenta obrzęk, twardość łydki, zaczerwienienie, powiększenie wątroby u pacjenta, co mogło sugerować niewydolność lub inne schorzenia tego układu. W trakcie badań dodatkowych przeprowadzonych wobec pokrzywdzonego stwierdzono niski poziom płytek krwi w okolicach 100.000.

/dowody: zeznania M. Ł. k. 88- 89, 1430, dokumentacja lekarska k. 11 – 58, 1430, opinia Z. M. (1) k. 43 - 45 akt RO -088/03/A /dołączono do I. tomu akt głównych, opinia ustna k. 860- 863; 1430, opinia sądowno - lekarska k. 64 - 72, k. 136 – 137, 1430, opinia biegłych z (...) z UM w B. k. 1049-1074, 1428-1430, 1430/.

Mając na uwadze stwierdzone dolegliwości, lekarz dyżurny zalecił pokrzywdzonemu, w szczególności, podawanie heparyny niefrakcjonowanej we wlewie ciągłym, w dawce 12.000 jednostek na 12 godzin oraz elewację kończyny, co polegało na jej podniesieniu do góry i zabandażowanie i wiązało się z bezwzględny reżimem łóżkowym. Pacjent został umieszczony w sali oddziału chirurgii.

/dowody: zeznania M. Ł. k. 88- 89, 1430, dokumentacja lekarska k. 11 – 58, 1430, opinia Z. M. (1) k. 43 - 45 akt RO -088/03/A .dołączono do I. tomu akt głównych/, opinia ustna Z. M. k. 593-596, 606-608, 860- 863; 1430, opinia biegłych z (...) z UM w B. k. 1049-1074, 1428-1430, 1430/.

Pierwsze badanie (...) przeprowadzone wobec pokrzywdzonego w dniu 6 czerwca 2002 r. wynosiło 27,60 sekund i mieściło się w dolnej granicy normy.

/dowody: zeznania M. Ł. k. 88- 89, 1430, dokumentacja lekarska k. 11 - 58; opinia Z. M. (1) k. 43 - 45 akt RO -088/03/ A /dołączone do I. tomu akt głównych/, opinia ustna k. 860- 863, 1430 opinia sądowno - lekarska k. 64 - 72, k. 136 – 137, opinia biegłych z (...) z UM w B. k. 1049-1074, 1428-1430, 1430/.

W dniu 7 czerwca 2002 r. w trakcie porannego obchodu zastępca ordynatora Oddziału (...) Ogólnej J. D. (1) stwierdził radykalną poprawę stanu ogólnego chorego, ustalając przede wszystkim że kończyna dolna, która poprzedniego dnia była obrzęknięta, powróciła do stanu normalnego i ustąpiły dolegliwości bólowe. J. D. (1) nie zmienił dalszego sposobu leczenia, jednakże przypomniał J. J. (1) o potrzebie przestrzegania reżimu łóżkowego.

/dowody: wyjaśnienia złożone w charakterze oskarżonego przez świadka J. D. (1) k. 353, 783, 1430, zeznania świadka A. J. k. 5 - 6v, 1430/.

W dniu 8 czerwca 2002 r. o godz. 8.00 dyżur nad pacjentami w oddziale przejęła oskarżona E. W. (2). Oskarżona, podczas porannego obchodu przeprowadziła badanie pokrzywdzonego, które polegało na osłuchaniu płuc, badaniu brzucha, sprawdzeniu tętna na tętnicach, badaniu ocieplenia obydwu kończyn dla porównania oraz sprawdzeniu, czy jest bolesność w obrębie łydki i uda zajętego chorobą. Przeprowadzone badanie potwierdziło znaczną poprawę stanu chorego tj. ustąpienie obrzęku i bolesności; jednocześnie jednak oskarżona zaleciła choremu przestrzeganie reżimu łóżkowego. Nadto, podczas jej dyżuru, czas (...) wydłużył się o 11,50 sekund, co wskazywało na skuteczność leczenia Heparyną. Podczas wieczornego obchodu oskarżona dokonała ponownie badania kończyn dolnych pokrzywdzonego.

/dowód: wyjaśnienia oskarżonej E. W. (2) k. 185-187, 353 - 356, 365, 783, 1376, opinia biegłych z (...) z UM w B. k. 1049-1074, 1428-1430, 1430/.

W dniu 9 czerwca 2002 r., o godz. 8- ej rano, dyżur nad oddziałem objął oskarżony R. G., który po badaniu pokrzywdzonego stwierdził poprawę jego stanu, tzn. zmniejszenie obrzęku i bolesności uciskowej. Zmierzony wówczas czas (...) wyniósł 38,90 sekund. Nadto, oskarżony zalecił podanie pacjentowi leku o nazwie S. w dawce 6 mg jako leku wspomagający rozcieńczenie krzepliwości.

/dowody: wyjaśnienia oskarżonego R. G. k. 182-184, 356 - 358, 364 - 365, 1376, zeznania świadka A. J. k. 5 - 6v , 464 - 467, 1430, opinia biegłych z (...) z UM w B. k. 1049-1074, 1428-1430, 1430/.

W godzinach popołudniowych około godz. 17:00 nastąpiło jednak pogorszenie się stanu zdrowia pokrzywdzonego, tzn. ponownie zaczął narastać obrzęk kończyny oraz zasinienie. Oskarżony zalecił wówczas wobec pokrzywdzonego okłady z A.. Od godziny 18.15 wystąpiły objawy zatoru tętnicy płucnej w postaci niewydolności krążeniowo- oddechowej, tj. duszności, zasinienia twarzy i pokrzywdzony został przeniesiony na Oddział Intensywnego Nadzoru Medycznego. Wobec narastania duszności, pacjenta zaintubowano i podłączono do respiratora. Podano wlew z katecholaminu i podjęto masaż serca. Mimo zastosowania akcji reanimacyjnej pacjenta, J. J. (1) zmarł o godzinie 19.17 tego samego dnia.

/dowody: wyjaśnienia oskarżonego R. G. k. 183, 356 - 357, 364 - 365, 1376, zeznania świadka A. J. k. 5 - 6v , 464 - 467, 1430, dokumentacja lekarska k. 11 - 58, 1430, opinia Z. M. (1) k. 43 - 45, 1430 akt RO -o88/03/A /dołączono do I. tomu akt głównych., opinia biegłych z (...) z UM w B. k. 1049-1074, 1428-1430, 1430/.

Z rozpoznania anatomopatologiczne stanu zdrowia pokrzywdzonego:

- zatorowość skrzeplinowa gałęzi głównych i obwodowych obu tętnic płucnych, przekrwienie i obrzęk płuc, ostra rozstrzeń serca, wczesny zastój narządów jamy brzusznej, stan po reanimacji – złamanie mostka i III prawego żebra,
- zakrzepica w świetle żyły biodrowej wspólnej lewej, duże zmiany miażdżycowe w naczyniach obwodowych, zwłaszcza w aorcie, niewielki przerost mięśnia lewej komory serca;
- przewlekła rozedma płuc i rozstrzenie oskrzeli, guzkowy rozrost gruczołu krokowego, guzek lewego płata tarczycy, wybroczyny w błonie śluzowej żołądka;

Z rozpoznania histopatologicznego stanu zdrowia pokrzywdzonego:

- materiał wydobyty z tętnicy płucnej jest skrzepliną, poza tym w innej tętnicy płucnej skrzeplina częściowo zorganizowana, w tkance płucnej obrzęk, w żyłę biodrowej częściowo zorganizowana i zeszkliwiła skrzeplina, poza tym przekrwienie bierne nerek;
- śledziony i wątroby; stwardnienie tętnic nerkowych, ogniskowe stłuszczenie oraz zwyrodnienie glikogenowe jąder hepatocytów, rozrost guzkowy tarczycy, niewielki przerost mięśnia serca.

Przyczyną śmierci pokrzywdzonego był wieloczasowo dokonany zator skrzeplinowy tętnic płucnych, którego punktem wyjścia była zakrzepica żył biodrowych. Pozostałe zmiany nie miały większego znaczenia.

/dowód: opinia postępowania diagnostycznego i konsultacyjnego Z. M. (1) k. 43 - 45, 1430, akt RO -o88/03/A / dołączono do I. tomu akt głównych, protokół sekcyjny nr (...) k. 11-12 , 1430, opinia biegłych z (...) z UM w B. k. 1049-1074, 1428-1430, 1430, zeznania L. P. (1) k. 557-558, 1430/.

Postępowanie w sprawie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej oskarżonych lekarzy zostało umorzone w dniu 27.01.2004 r. /k. 46 i n./.

Oskarżeni nie byli karani sądownie /karty karne k. 1390-1391/.

Słuchana w charakterze podejrzanej, jak i w toku przewodu sądowego oskarżona E. W. (2) nie przyznała się do popełnienia zarzucanego jej oskarżeniem czynu i wyjaśniła zgodnie z ustalonym stanem faktycznym. Oskarżona wyjaśniła również, iż nie rozważała zwiększenia dawkowania heparyny, gdyż uznała, że dawka przepisana przez kolegów jest wystarczająca. Zdaniem oskarżonej, zwiększenie dawki heparyny narażałoby pacjenta na skoki ciśnienia albo wystąpienie krwawienia do centralnego układu nerwowego, albo krwawienie z przewodu pokarmowego, gdyż w wywiadzie od chorego przewijała się choroba wrzodowa. Oskarżona wyjaśniła również, iż wprowadzenie w dniu jej dyżuru leku o nazwie S. nie miałyby wpływu na efekt przeciwzakrzepowy stosowanych leków. Oskarżona E. W. (2) podała również, iż pielęgniarki zgłaszały jej fakt nie przestrzegania przez pacjenta reżimu łóżkowego co polegało na tym, że pacjent siadał, wstawał oraz chodził, i dlatego też zarówno na porannym, jak i wieczornym obchodzie zwracała uwagę choremu na konieczność przestrzegania tego reżimu. W ocenie oskarżonej stan chorego na jej dyżurze tj. w dniu 8 czerwca od godz. 8.00 do 9 czerwca do godz. 8.00 nie budził niepokoju i nie wymagał zmian w sposobie leczenia. Oskarżona podała, iż pacjent J. J. (1) zarówno w dniu przyjęcia, jak również w dniu jej dyżuru nie był pacjentem wysokiego ryzyka tzn., iż nie występowało u niego bezpośrednie zagrożenie życia, natomiast, w sytuacji kiedy wystąpiły u niego objawy masywnego zatoru tętnicy płucnej, zaczął być pacjentem wysokiego ryzyka /k. 186 -187, 353 - 356, 365,783, 1376/.

Oskarżony R. G., wyjaśniając zarówno w postępowaniu przygotowawczym, jak i w toku przewodu sądowego, nie przyznał się do popełnienia zarzucanego mu czynu i złożył wyjaśnienia zgodnie z ustalonym stanem faktycznym. Oskarżony wskazał, iż włączył do leczenia lek o nazwie S., który miał być podawany doustnie, gdyż w jego ocenie lek ten winien być włączony w czwartej dobie leczenia. Zdaniem oskarżonego lek ten zapobiega tworzeniu się nowych skrzeplin i zmniejsza krzepliwość krwi. Jak podał oskarżony, powodem włączenia tego leku nie była zmiana stanu zdrowia pacjenta, a wynikało z ogólnej praktyki panującej na oddziale. Oskarżony wyjaśnił również, iż według medycyny praktycznej badanie wskaźnika (...) jest wystarczające raz dziennie, po ustaleniu dawki terapeutycznej. Zdaniem oskarżonego, ze względu na stwierdzone u J. J. (1) dolegliwości w postaci cukrzycy, nadciśnienia tętniczego, obniżoną liczbę płytek krwi, cech uszkodzenia wątroby i uogólnioną miażdżycę, konieczna była ostrożność w zwiększaniu dawek heparyny. Nadto, jak wynika z wyjaśnień oskarżonego, badanie (...) jest niedoskonałe, gdyż nie ma odczynnika standardowego i dwa wyniki mogą się od siebie różnić. Oskarżony wyjaśnił także, iż w czasie jego dyżuru nie było ewidentnych objawów krwawienia z przewodu pokarmowego u pacjenta, ale poboiewania w nadbrzuszu mogły świadczyć o ewentualnej zmianie nieżytowej żołądka. Oskarżony R. G. podał, iż przed zabraniem pacjenta J. na (...) nie zgłaszała się do niego rodzina pacjenta i nie informowała go po pogorszeniu stanu jego zdrowia. W swoich dodatkowych wyjaśnieniach oskarżony podał, iż pomiędzy pogorszeniem się stanu zdrowia pacjenta, a jego zgonem upłynęło ok. 2 godzin. /k. 181 - 183, 356 - 357, 364 - 365,783, 1376/.

Sąd zważył co następuje:

Niniejsze postępowanie toczyło się po dwukrotnym uchyleniu wyroków wydanych przez Sąd Rejonowy Gdańsk-Północ w Gdańsku, którymi oskarżeni E. W. (2) oraz R. G. zostali uniewinnieni od stawianych im zarzutów popełnienia przestępstwa /sprawa lekarza J. D. (1), z uwagi na stan zdrowia tej osoby, została wyłączona do odrębnego rozpoznania- k. 1355/.

Należy wskazać w tym miejscu, że prowadząc postępowanie dowodowe, Sąd miał na względzie treść przepisu art. 442§2 k.p.k. Korzystając z możliwości ujawnienia dowodów, zgodnie z treścią zawartej w nim normy prawnej, sąd pierwszej instancji miał na uwadze, że sąd odwoławczy każdorazowo ograniczył rozpoznanie środka odwoławczego tylko do poszczególnych uchybień, skoro rozpoznanie w tym zakresie było wystarczające do wydania orzeczenia. Taka sytuacja procesowa naturalnie nie przekreśla możliwości skorzystania z przepisu art. 442§2 k.p.k. (zob. uchwałę Sądu Najwyższego z dnia 18.09.2001 r., I KZP 19/01, OSNKW 2001/11-12/93). Skoro Sąd odwoławczy skorzystał w sprawie z uprawnienia wynikającego z tego przepisu, to jest oczywiste, że w uzasadnieniu jego orzeczenia nie znalazły się wypowiedzi wartościujące sposób przeprowadzenia dowodów w kontekście uchybień, co do których sąd ten nie zajął stanowiska. W takiej sytuacji, jak wskazuje się w orzecznictwie, sąd pierwszej instancji powinien w postępowaniu

ponownym sam fakt zgłoszenia w środku odwoławczym zarzutu dotyczącego sposobu przeprowadzenia dowodu przy pierwszym rozpoznaniu potraktować jako swoisty sygnał i wziąć go pod uwagę, podejmując decyzję o przeprowadzeniu danego dowodu bezpośrednio bądź o odstąpieniu od jego bezpośredniego przeprowadzenia na podstawie art. 442 § 2 k.p.k.

Zgodnie z treścią art. 160 § 1 k.k. odpowiedzialności karnej podlega ten, kto naraża człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3. Kwalifikowanym typem przestępstwa jest narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu osoby, wobec której sprawca ma szczególny obowiązek opieki (art. 160 § 2 k.k.), przy czym działanie sprawcy objęte tym przepisem może być również nieumyślne (art. 160 § 3 k. k.).

Przed dokonaniem rozważań co do istoty tej konkretnej sprawy, należy poczynić pewne zastrzeżenia i spostrzeżenia w związku z treścią przywołanych norm prawnych..

Ustawa w art. 160 § 1-3 k.k. nie określa sposobu zachowania się sprawcy realizującego znamiona typu czynu zabronionego. Zachowanie to ma polegać na „narażaniu” człowieka. (...) człowieka, o którym jest mowa w omawianych przepisach, stanowi kategorię dopełniającą do szczegółowo określonych sposobów narażenia człowieka na i bezpośrednie bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu /por. Andrzej Zoll (red.), Komentarz do kodeksu karnego, publ. w Lex/.

Z przepisu art. 160 k.k. odpowiada zatem ten, kto sprowadza jedynie nieumyślnie bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, zaś ten, kto przez swoje nieumyślne zachowanie powoduje śmierć człowieka albo ciężki uszczerbek na zdrowiu innej osoby, ponosi odpowiedzialność z art. 155 lub 156 § 2 k.k. (zob. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 14 grudnia 2005 r., V KK 175/05, R-OSNKW 2005/1/2429). Wydaje się zatem, iż śmierć pokrzywdzonego niejako przesłoniła w poprzednio prowadzonym postępowaniu jasność widzenia problematyki odpowiedzialności za przestępstwo z art. 160 k.k. Jeśli bowiem nawet odrzucona zostaje możliwość przypisania oskarżonemu skutku w postaci śmierci pokrzywdzonego, to dalsze rozważania winny się koncentrować na zagadnieniu ich odpowiedzialności karnej w sytuacji, gdyby nawet pokrzywdzony nie umarł. Innymi słowy, należy odpowiedzieć na pytanie, czy w tym konkretnym stanie klinicznym pokrzywdzonego, przy pogarszającym się stanie jego zdrowia, zaniechanie przeprowadzenia właściwych i w danych warunkach możliwych badań diagnostycznych, a w konsekwencji nie wdrożenie odpowiednich czynności terapeutycznych – niezależnie od tego, czy skutek w postaci śmierci nastąpił, czy też nie, ale również niezależnie od tego, czy wystąpił ciężki uszczerbek na zdrowiu- zachowanie oskarżonych narażało pokrzywdzonego na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Nastęstwo konkretnego narażenia na niebezpieczeństwo charakteryzuje się tym, że jego skutek przejawia się w wystąpieniu stanu bezpośredniego niebezpieczeństwa dla chronionego prawem dobra –jest to taki szczególnie 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. Takie przestępstwo zatem jest dokonane z chwilą narażenia na niebezpieczeństwo, chociażby osoba narażona nie doznała żadnej krzywdy (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 czerwca 2010 r., III KK 408/09, LEX nr 598846, por. również wyrok SN z dnia 21 sierpnia 2012 r. w sprawie akt IV KK 42/12, niepubl.). Nie jest więc w omawianym zakresie decydujące to, czy pokrzywdzony- 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. Dla odpowiedzialności za występki z art. 160 § 3 k.k. nie ma bowiem znaczenia okoliczność, czy ostatecznie zaniechanie przez sprawcę działania było w stanie odwrócić niebezpieczeństwo dla życia i zdrowia pacjenta (zapobiec naruszeniu chronionego dobra). Wymaganym, a przez to wystarczającym znamieniem tego występku jest przecież skutek nie w postaci naruszenia dobra, ale w postaci konkretnego narażenia na niebezpieczeństwo. To więc, że ostatecznie pokrzywdzony zmarł,

nie ma znaczenia dla rozważań o tym, czy in concreto nie nastąpił skutek w postaci konkretnego narażenia na niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

Niewątpliwie zatem, w kontekście odpowiedzialności karnej z art. 160 § 2 k.k., lekarz obowiązany jest podjąć wszelkie możliwe czynności diagnostycznoterapeutyczne, jakie tylko w danej chwili i warunkach są możliwe i jakie wynikają z aktualnego stanu wiedzy medycznej, gdy tylko ich zaniechanie narażałoby człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu i nie ma przy tym znaczenia to, czy pacjent wskutek błędu w sztuce lekarskiej zmarł albo doznał ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Innymi słowy, lekarz obowiązany jest bronić ludzkiego życia i zdrowia, gdy tylko są one zagrożone i jego odpowiedzialności nie uchyla sam fakt, że nawet gdyby postępował prawidłowo, to i tak nie dałoby się wykluczyć, że pacjent by zmarł albo doznał ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (zob. ponownie wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 czerwca 2010 r., III KK 408/09, LEX nr 598846, por. również wyrok SN z dnia 21 sierpnia 2012 r. w sprawie akt IV KK 42/12, niepubl.). Skoro ustawodawca wskazuje, że w danym układzie faktycznym może zachodzić albo bezpośrednio niebezpieczeństwo „utrata 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. Przecież art. 160 k.k. odwołuje się do bezpośredniego niebezpieczeństwa „utrata życia” albo „ciężkiego uszczerbku na zdrowiu”. Niewątpliwie zatem każdą z tych przesłanek należy oceniać oddzielnie, a w toku dotychczasowego postępowania jednocześnie- jak się wydaje- wymieniane jest sformułowanie „bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (por. również wyrok SN z dnia 21 sierpnia 2012 r. w sprawie akt IV KK 42/12, niepubl.).

Co się natomiast tyczy możliwości obiektywnego przypisania skutku w postaci narażenia człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, to wskazać należy na kwestie następujące. Sąd Najwyższy w orzeczeniu (V KK 37/04, OSNKW 2004/7-8/73) zajął stanowisko, że „skutek czynu zabronionego określonego w art. 160 § 1 k.k. może urzeczywistnić się także w zwiększeniu stopnia narażenia człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia, które wystąpiło już wcześniej, ale 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 k.k. jest obiektywne przypisanie mu takiego skutku. Będzie on spełniony wtedy, gdy zostanie dowiedzione, że pożądane zachowanie alternatywne, polegające na wykonaniu przez oskarżonego ciężącego na nim obowiązku, zapobiegłoby realnemu i znaczącemu wzrostowi tego narażenia”. Warunek natomiast odpowiedzialności karnej lekarza- gwaranta z art. 160 § 2 i 3 k.k. w postaci obiektywnego przypisania mu skutku będzie spełniony, gdy zostanie ustalone, że pożądane zachowanie, stanowiące realizację ciężącego na lekarzu obowiązku, zapobiegłoby realnemu narażeniu człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (zob. m.in. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 1 kwietnia 2008 r., IV KK 381/07 OSNKW 2008/7/56). Tak więc nie ulega wątpliwości, że owym skutkiem jest narażenie człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo dopiero stan, w którym życie albo zdrowie ludzkie jest już zagrożone. Skoro skutkiem omawianego przestępstwa jest samo „narażenie” na niebezpieczeństwo (czyli sprowadzenie już samej możliwości wystąpienia określonych niebezpiecznych dla zdrowia lub życia następstw), to odpowiedzialności karnej z art. 160 k.k. podlega lekarz gwarant, który w wyniku zaniechania udzielenia właściwego świadczenia zdrowotnego zdynamizował swą bezczynnością przebieg i rozwój procesów chorobowych u pacjenta w ten sposób, że zaczęły one bezpośrednio zagrażać jego życiu i zdrowiu (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 listopada 2002 r., IV KKN 347/99, LEX nr 74394).

Właśnie Tak rozumiane znamiona przestępstwa z art. 160§2 i 3 k.k. kierowały tokiem postępowania, a następnie rozumowania prowadzącego do wydania niniejszego wyroku.

Mając na uwadze powyżej przedstawione rozważania prawne i ustalenia stanu faktycznego, ponowna analiza całości przeprowadzonych w toku postępowania dowodów doprowadziła Sąd do wniosku, że jedynym zgodnym z prawem rozstrzygnięciem w stosunku do oskarżonych, odnośnie postawionych im zarzutów, mogą być tylko rozstrzygnięcia uniewinniające. Należy jednak podkreślić, że uniewinnienie oskarżonych we wskazanym zakresie nie było rezultatem zastosowania zasady in dubio pro reo z art. 5§2 k.k. Zasada ta znajduje bowiem zastosowanie dopiero wówczas, gdy w

sprawie zachodzą wątpliwości, których nie da się usunąć. Tymczasem Sąd nie miał żadnych wątpliwości, że nie można uznać oskarżonych za winnych popełnienia wskazanych czynów.

Należy jednak zaznaczyć w tym miejscu, że wniesienie aktu oskarżenia przez Prokuratora, nie było całkowicie bezpodstawne. Rzecz jednak w tym, że popełnienie przestępstwa przez oskarżonych było co najwyżej tylko uprawdopodobnione. Truizmem zaś jest stwierdzenie, że w postępowaniu sądowym udowodnione, a nie jedynie uprawdopodobnione muszą być wszystkie przesłanki odpowiedzialności karnej. W odniesieniu do samej zasady domniemania niewinności bezsporne jest przecież, że wyrok skazujący może być wydany tylko wtedy, gdy na podstawie przeprowadzonych dowodów można być całkowicie przekonany o winie oskarżonego. (J. Tylman, Polskie postępowanie karne, Warszawa 2003, s. 433). Zasada domniemania niewinności jest bowiem dyrektywą, zgodnie z którą oskarżonego uważa się za niewinnego, dopóki wina jego nie zostanie udowodniona. Tymczasem w niniejszej sprawie brak jest takich dowodów.

Niewątpliwie, bezsporny w sprawie jest stan zdrowia pokrzywdzonego J. J. (1) w momencie przyjęcia do szpitala w dniu 5 czerwca 2002 r., stan jego zdrowia podczas pobytu w szpitalu aż do śmierci pokrzywdzonego, ustalenie, który z oskarżonych, w jakim czasie sprawował opiekę zdrowotną nad pokrzywdzonym i co bardzo istotne, Nie budzi wątpliwości również ustalenie faktyczne sposobu leczenia pokrzywdzonego przez oskarżonych /sposób zachowania oskarżonych/. Powyższe informacje wynikają bezsprzecznie z dołączonej do akt sprawy dokumentacji lekarskiej, której wartości dowodowej żaden z uczestników postępowania nie kwestionował oraz z zgodnych z tą dokumentacją w tym zakresie zwłaszcza zeznań A. J. /syna pokrzywdzonego/ i wyjaśnień oskarżonych oraz wyjaśnień złożonych przez świadka J. D. (2) /uznano za ujawnione wyjaśnienia J. D. (1) wobec stwierdzonej w opinii lekarskiej niemożności do stawiennictwa się tej osoby w Sądzie z uwagi na stan zdrowia tej osoby i niemożności ustalenia daty ustania takiego stanu k. 1422-1426/. Nie budzi również wątpliwości, iż w dniu 9 czerwca 2002 r. pokrzywdzony J. J. (1) zmarł na skutek wieloczasowo dokonanego zatoru skrzeplinowego tętnic płucnych, którego punktem wyjścia była zakrzepica żył biodrowych. Powyższe wynika z opinii biegłych dołączonych do sprawy /wszystkich biegłych/, protokołu sekcyjnego oraz zeznań L. P. /k. 557-558/.

Nie ma wątpliwości zatem, że zasadniczym dowodem, który ma znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy, musi być opinia biegłych dokonująca oceny zachowania oskarżonych lekarzy celem stwierdzenia, w świetle ustaleń stanu faktycznego, czy oskarżeni jako lekarze- gwaranci /w rozumieniu art. 160 k.k./ wdrożyli wszystkie te działania, które w warunkach sytuacyjnych, w jakich działali, były według rekomendacji wynikających z aktualnego stanu wiedzy medycznej wymagane jako dające szansę na wykluczenie, ograniczenie czy neutralizację niebezpieczeństwa „pierwotnego” – a nie tylko takie, które mogą do tego prowadzić w sposób pewny /przy czym należy poczynić zastrzeżenie- że zakres obowiązków ciążących na gwarancie musi być bowiem definiowany w odniesieniu do tego momentu czasowego go w którym on działa, w oparciu o wtedy dostępne mu informacje o okolicznościach stanu faktycznego. Tylko w odniesieniu do tego momentu sformułowane być oczywiście winny wnioski co do zakresu realizacji tychże obowiązków – i niebezpieczeństw, które wynikać mogą z ich zaniechania (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 czerwca 2010 r., III KK 408/09, LEX nr 598846)/. Wspomnieć należy, że na decydujące znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy wskazywali wszyscy uczestnicy postępowania, w tym oskarżyciel posiłkowy / por. choćby pismo k. 487/.

Dowodem sprawstwa oskarżonych, na którym- jak wynika z analizy akt sprawy- Prokurator oparł ustalenia faktyczne w sprawie, była opinia biegłych z Zakładu Medycyny Sądowej (...) Medycyny w Ł.: S. S. (2), M. K. (1), M. K. (2). Z tego względu Prokurator przyjął, że oskarżeni pełniąc dyżur lekarski na Oddziale Chirurgicznym Ogólnym Szpitala (...). W. i będąc z tego tytułu zobowiązanymi do opieki nad pacjentem J. J. (1), u którego rozpoznano chorobę zakrzepową żył, nieumyślnie narazili go na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia w ten sposób, że pomimo nieskuteczności leczenia (brak istotnego wydłużenia wskaźnika (...)) nie podjęli decyzji o zwiększeniu dawkowania leku o nazwie heparyna, co doprowadziło do uwolnienia się skrzepu powstania zatoru skrzeplinowego tętnic płucnych i w konsekwencji do zgonu pacjenta.

Zgodnie z treścią opinii biegłych z Zakładu Medycyny Sądowej w Ł., którzy następnie, w toku postępowania, złożyli ustną opinie uzupełniającą, leczenie przeprowadzone przez oskarżonych było nieprawidłowe z uwagi na to, że

zastosowano wobec pokrzywdzonego zbyt małe dawki heparyny niefrakcjonowanej. Jej maksymalna dawka wynosi około 40 tys. jednostek na dobę, u pokrzywdzonego natomiast- w dniu 06.06.2002 r.- podano 24 tys. jednostek na dobę. Badanie (...), które jest istotnym wskaźnikiem skuteczności tego leczenia powinno być- zdaniem biegłych- przeprowadzane co kilka godzin. O skuteczności leczenia mówi się, zdaniem biegłych, natomiast wtedy, gdy ten wskaźnik wydłuża się dwukrotnie-trzykrotnie. U pokrzywdzonego w czasie pobytu w szpitalu przeprowadzono tylko dwukrotnie oznaczenie czasu (...), a wyniki tych badań nie wskazywały na skuteczne leczenie heparyną. Z historii choroby wynika, że czas (...) w dniu 08.06 oraz 09.06 był w normie, co- w ocenie biegłych- jest dowodem na to, że dawka zastosowanej heparyny była zbyt niska i w swej istocie nieskuteczna. Gdyby- według biegłych- zastosowano niezwłocznie leczenie heparyną w odpowiednich dawkach i pod kontrolą (...), istniała szansa na uratowanie choremu życia. Reasumując, podawanie pokrzywdzonemu heparyny w zbyt małych dawkach i niekontrolowanie odpowiednio często efektów leczniczych poprzez kontrolę czasu (...) należy traktować jako błąd lekarski decyzyjny. Ta opinia stała się zatem podstawą do sporządzenia w sprawie aktu oskarżenia. Jak ponadto wskazali biegli, podanie leku o nazwie S. w czwartym dniu pobytu w szpitalu nie było alternatywą dla podania dawki heparyny oraz podnieśli, że wstawanie i poruszanie się pokrzywdzonego mogło i w niniejszym przypadku prawdopodobnie miało wpływ na uwolnienie się zakrzepu i w związku z tym na powstanie zatoru płucnego. Również fakt odmowy przez pokrzywdzonego hospitalizacji w dniu 05.06.2002r. mógł mieć- zdaniem biegłych- niekorzystny wpływ na dalszy przebieg choroby /k. 64 i n., k. 890-893/.

W toku rozprawy biegli podtrzymali opinię pisemną, przy wydawaniu opinii powołali się na podręcznik „Zakrzepy i zatory” pod red. S. Ł. z 1996 roku. Wskazali, że jeżeli uzyskano by prawidłowy wskaźnik terapeutyczny dawki heparyny, to szansa na zapobieżenie zatorowi płucnemu byłaby większa, jednak nawet prawidłowe leczenie nie zapobiega takiemu powikłaniu /k. 531- 532/.

Prokurator wskazał zatem w treści aktu oskarżenia, jak się wydaje – właśnie w oparciu o treść tej opinii, że (1) pomimo nieskuteczności leczenia (brak istotnego wydłużenia wskaźnika (...)) 2) oskarżeni nie podjęli decyzji o zwiększeniu dawkowania leku o nazwie heparyna, co (3) doprowadziło do uwolnienia się skrzepu powstania zatoru skrzeplinowego tętnicy płucnych i w konsekwencji do zgonu pacjenta.

W toku postępowania sądowego /jeszcze przed uchyceniem pierwszego wyroku wyroku/ Sąd dopuścił dowód z opinii biegłego prof. Z. M. (1) z Katedry i Kliniki (...) w B., z uwagi na to, że do akt sprawy została dołączona dokumentacja z przeprowadzanego przez Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej postępowania w OIL w G.. W dniu 19.01.2004 roku Z. M. (1) bowiem ocenił postępowanie lekarzy /k. 43-45/ i stwierdził, że są podstawy do podejrzenia, że pierwotnie mierne zmiany zakrzepowe lewej kończyny dolnej trwały od marca 2002 roku i być może już w tym okresie doszło do mikrozatorów tętnicy płucnej. Włączenie heparyny niefrakcjonowanej w dniu 06.06.2003 roku w dawce 12 tys. /12 godzin było zdaniem biegłego prawidłowe. Wówczas wskaźnik (...) wyniósł 27,60 sek., co było dolną granicą normy. Dodatni wywiad pod kątem choroby wrzodowej stwierdzonej u pokrzywdzonego wymagał ostrożności w dawkowaniu heparyny w obawie przed krwawieniem z przewodu pokarmowego. Objawy kliniczne zakrzepicy cofały się, co było klinicznym dowodem skuteczności dawki heparyny, w dniu 09.06.2002 roku (...) wyniosło 38,90 sek., co było górną granicą normy. Jak wskazał biegły, można mieć zastrzeżenia wobec oskarżonych do zbyt długiego odstępu badania (...), gdyż normalnie wykonuje się je co 6 godzin, również można mieć wątpliwości, czy właściwa była decyzja utrzymania dawki heparyny przy umiarkowanym wydłużaniu czasu krzepnięcia. Jednak ostatecznie biegły wskazał, że kliniczne parametry ustępowania zakrzepicy po dawce 12 tys. Jednostek/12 godzin, wydłużenie (...) o 11 sek., choroba wrzodowa w wywiadzie mogły usprawiedliwiać takie postępowanie. U chorego z wieloletnią cukrzycą wpływającą na czynność wątroby należało się bowiem liczyć z niedoborem antytrombiny, co mogło mieć wpływ na wydłużanie (...). Niewątpliwie odroczenie leczenia na skutek braku zgody chorego, chodzenie przy zaleceniu leżenia były elementami przyspieszającymi oderwanie skrzepliny. Biegły podkreślił, że nawet najlepiej prowadzone leczenie zgodnie z międzynarodowymi standardami nie zabezpiecza przed zatorowością płuc u około 2-8% chorych. Reasumując, w postępowaniu lekarzy biegły nie dopatrywał się błędu w sztuce lekarskiej i opierając się na tej opinii, rzecznik odpowiedzialności zawodowej umorzył postępowanie wyjaśniające prowadzone wobec oskarżonych /k. 43 i n. akt odpowiedzialności zawodowej/.

W dniu 27.10.2006 roku opinię ustną- już w sprawie- wydał ponownie Z. M. (1) /k. 593-596, powołany już jako biegły w sprawie/. Biegły podtrzymał wcześniejszą opinię wydaną w ramach postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej /k. 598/. Jak wskazał przy tym biegły, w sytuacji gdy nastąpiło pogorszenie stanu pacjenta, winno być u niego wykonane, o ile jest to możliwe, badanie ultrasonograficzne obrazujące stan dużych żył, w omawianym przypadku biodrowej. W konkretnym przypadku nawet bez usg należało podać większą dawkę heparyny nawet przy zagrożeniu krwawieniem, jednak, jak wskazał biegły, nie znaczy to, że zapobiegłoby to zatorowości. Zdaniem biegłego, biegli z Ł. nie uwzględnili w pełni przeciwwskazań do podania dużej dawki heparyny.

Podczas rozprawy w dniu 22.12.2006 roku /k. 606-608/ biegły Z. M. (1) podtrzymał swoje dotychczasowe opinie. Jak podkreślił, różnica między jego opinią, a opinią biegłych z Ł. wynikała z tego, że biegły Z. M. uwzględnił przeciwwskazania do podawania heparyny w postaci choroby wrzodowej.

Podczas rozprawy w dniu 24.11.2009 roku biegły Z. M. (1) wydał ponownie opinię ustną /karty 860-863/ i podtrzymał wcześniejsze wydanie opinii. Podał, że jeżeli po tej dawce heparyny, którą podano, nastąpiła zdecydowana poprawa kliniczna, ustąpił obrzęk, chory nie odczuwał bólu, to można domniemywać, że dawka jest wystarczająca, nawet jeśli wskaźnik (...) nie wzrósł odpowiednio. Jak stwierdził, dawka heparyny zastosowana przez lekarzy była na granicy dawki terapeutycznej.

Obie opinie sporządzone przez biegłych tj. zarówno przez biegłych z Zakładu Medycyny Sądowej (...) w Ł., jak również przez biegłego Z. M. (1), pomimo oczywistych sprzeczności między nimi, wskazują zatem jednoznacznie, że standardem metody leczenia dla takiego przypadku, z jakim zetknęli się oskarżeni w kontakcie z pokrzywdzonym, było podawanie leku heparyny niefrakcjonowanej i tę okoliczność także należy uznać zatem za bezsporną. Ponadto, wszyscy biegli wskazali, że działanie leku o nazwie „Heparyna niefrakcjonowana” nie polegało na rozpuszczaniu istniejących już skrzeplin, a jedynie zapobiegało powstawaniu nowych skrzeplin. /Błędne jest zatem już prima facie stwierdzenie i zarzut Prokuratora w akcie oskarżenia, że oskarżeni „nie podjęli decyzji o zwiększeniu dawkowania leku o nazwie heparyna, co doprowadziło do uwolnienia się skrzepu powstania zatoru skrzeplinowego tętnic płucnych”/.

Jeżeli jednak w sprawie zachodzi konieczność stwierdzenia okoliczności mających istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy, które wymagają wiadomości specjalnych, sąd nie może- jak wskazał Sąd Odwoławczy w swych orzeczeniach- zanegować wydanej opinii biegłego bez powołania innego biegłego. Sąd jest, bowiem uprawniony wprowadzić do swobodnej oceny przeprowadzonych dowodów, ale nie do pominięcia przy tej ocenie uwzględnienia wskazań wiedzy specjalistycznej, zastępując je własną oceną zdarzeń, które wymagają opinii biegłego (por. wyrok SN z dnia 07.10.2009 r., III KK 122/09, LEX nr 532391). Z tego względu, mając na względzie wskazane sprzeczności w treściach obu przedstawionych powyżej opinii, Sąd zdecydował się dopuścić dowód z trzeciej opinii- tym razem biegłych z (...) w B. /k. 1025 i n./.

Po przeanalizowaniu materiału aktowego sprawy dotyczącej oskarżonych została wydana opinia sporządzona przez dr n.med. I. S. – specjalistę medycyny sądowej oraz dr med. J. O. (1) – specjalistę chirurga /k. 1049 i n./.

Biegli wskazali również, że przyczyną zgonu pokrzywdzonego J. J. (1) był zator tętnic płucnych, w następstwie którego powstała niewydolność krążeniowo-oddechowa. Podkreślili w pierwszej kolejności, że rozpoznanie choroby przez lekarza prowadzącego pokrzywdzonego J. J. na Oddziale (...) Szpitala św. W. w G. było prawidłowe. Co do dawek heparyny, a zatem, jak wynikało z opinii wydawanej przez pozostałych biegłych, co do kwestii rozsądzającej o ocenie sposobu zachowania oskarżonych- dawki zalecone i stosowane przez oskarżonych wobec pokrzywdzonych były prawidłowe /24 tys.j./ dobę/. Jest to bowiem- jak wskazali biegli- dawka zalecana w wytycznych profilaktyki i leczenia żylnych chorób zakrzepowozatorowej z 2002 i 2009r. Wynosi ona 80 j.m./kg wagi ciała w dawkach 2-3 razy dziennie podawanej w ciągłym wlewie dożylnym za pomocą pompy infuzyjnej, przy czym kontrola czasów (...) nie ma istotnego znaczenia w leczeniu heparyną.

Biegli podnieśli również, że trombektomia żylna jest rzadko stosowanym zabiegiem operacyjnym, co spowodowane jest niezbyt zadowalającymi wynikami operacyjnymi, a także dużą ilością powikłań wynikających ze stosowania tego

typu leczenia. Powikłania są następstwem obecności dużej ilości zastawek żylnych na poszczególnych poziomach układu żylnego – podudzie, udo, żyły biodrowe. T. wiąże się ze zniszczeniem tych zastawek, co w przyszłości skutkuje przewlekłą niewydolnością żylną oraz możliwością powstania śródoperacyjnie zatorów płucnych. Stąd ten sposób leczenia nie jest preferowany i ten sposób leczenia w tym konkretnym przypadku nie był wskazany. W tym zakresie opinia omawiana jest zatem zgodna z opiniami wydanymi przez poprzednich biegłych.

W leczeniu zakrzepicy żyłnej, zdaniem biegłych z UM w B., można stosować również leczenie trombolityczne, które jest obarczone licznymi powikłaniami /krwawienia / i w praktyce jest ono równoznaczne z leczeniem środkami p/krzepliwymi /heparyna/. Leczenie heparyną jest jednak metodą bezpieczniejszą, ponieważ czas działania heparyny podanej dożylnie ustępuje po 3-4 godzinach od zaprzestania podawania tego leku. Co do zastosowania trombektomii u w/w chorego biegli mają również zastrzeżenia z powodu współistniejącej choroby wrzodowej żołądka grożącej krwawieniem. We wskazanym zakresie opinia biegłych jest również zgodna z opiniami poprzednich biegłych.

Biegli podkreślili także, że leczenie operacyjne jest stosowane rzadko z powodu groźących powikłań. Leczenie trombolityczne jest praktycznie równoznaczne z leczeniem heparyną i bezpieczniejsze. Nie wydaje się, aby inny sposób leczenia /operacja. Leczenie trombolityczne/ był skuteczny.

Biegli zastrzegli, że wdrożenie leczenia środkami p/krzepliwymi w określonych dawkach nie gwarantuje wyleczenia. Zawsze istnieje możliwość propagacji zakrzepu i oderwania się skrzepliny. Jednak, jak ostatecznie wskazali biegli, lekarze leczący chorego działali zgodnie z zaleceniami konsultantów medycznych i -według biegłych- nie ma w postępowaniu lekarzy błędu w sztuce lekarskiej. Zatem biegli z UM w B. nie zgodzili się z opinią biegłych z Ł. odnośnie istnienia błędu medycznego w postępowaniu lekarzy, podkreślając, że biegli z Ł. oparli się przy wydawaniu opinii na monografii o zakrzepach i zatorach z 1996r., której głównym autorem jest S. Ł., gdy tymczasem biegli z B. oparli się na nowszej literaturze wytycznych profilaktyki i leczenia żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej z 2 (...) i 2009r. Biegli już w opinii pisemnej wskazali, że zgadzają się z opinią wydaną przez biegłego Z. M. (1).

Wobec powyższego (sprzeczności w ujawnionych opiniach) i wytycznych Sądu Odwoławczego, Sąd przesłuchał na rozprawie oboje biegłych. Było to tym bardziej konieczne, albowiem- jak wydawało się po pierwszej, wstępnej lekturze opinii biegłych- zachodzić mogły sprzeczności między opinią biegłych z UM w B. a opinią biegłego Z. M., z którą to opinią przecież mieli się biegli zgodzić /jak to wprost napisali w swej opinii/. O ile bowiem biegli z UM w B. wskazali, że dawki zalecone i stosowane przez oskarżonych wobec pokrzywdzonych były prawidłowe, o tyle biegły Z. M. pierwotnie wskazywał, iż „można mieć zastrzeżenia wobec oskarżonych do zbyt długiego odstępu badania (...), gdyż normalnie wykonuje się je co 6 godzin, również można mieć wątpliwości, czy właściwa była decyzja utrzymania dawki heparyny przy umiarkowanym wydłużaniu czasu krzepnięcia”.

Wszelkie wątpliwości co do treści opinii w tym zakresie zostały jednak rozwiane po przesłuchaniu biegłych z UM w B. na rozprawie w obecności stron postępowania.

Słuchani na rozprawie w dniu 22.10.2012 r. /k. 1427 i n./ biegli podtrzymali bowiem pisemną opinię; wskazali przy tym, że zasadę jest, że przy leczeniu stanów zakrzepowych istniejących już, poziom heparyny wynosi ok. 5 tys. jednostek na kilogram ciała, średnio wychodzi to ok. 35 tys. jednostek. W tym przypadku- a zatem wobec pokrzywdzonego J. J. (1)- ilość heparyny była nieco mniejsza i wyniosła 24 tys. jednostek na dobę w dawkach podzielonych i ta ilość stosowanego leku była właściwa. Biegli swój wniosek uzasadnili tym, że pokrzywdzony miał inne poważne schorzenia, które ograniczały podanie pełnej dawki przewidywanej zgodnie z wytycznymi. Te że ta dawka heparyny, która była stosowana w leczeniu chorego w takiej nie innej wysokości, należy rozważyć w oparciu o elementy, wpływające na szybkość krzepnięcia, mając na uwadze stan zdrowia chorego. Jak wprost i obrazowo wskazał biegły J. O., gdyby pokrzywdzony „nie był tak chory”, to znaczy nie miał uszkodzonej wątroby, nie miał cukrzycy, to wtedy ilość heparyny powinna być podawana w ilościach wskazanych w wytycznych. „Gdyby ten chory było „normalnym”- chorym, z tą jedną jednostką chorobową tzw. z zakrzepicą, bez współistnienia choroby wrzodowej, cukrzycy, to wtedy jest sens badania co 6-8 godzin, gdyby należało zwiększyć dawkę heparyny. W oparciu jednak o stwierdzony stan zdrowia tego konkretnego chorego, dawka by dawka była odpowiednia. Zatem wskazana ilość leku

była maksymalnie duża do stanu chorego i stąd nie było potrzeby wykonywania tych badań (...) co 6 godzin. Tak, jak podkreślili biegli, należy rozumieć opinię Z. M., który wskazał (w opinii powoływanej powyżej), że dawka heparyny zastosowana przez lekarzy była na granicy dawki terapeutycznej. Jak podkreślił biegły J. O., „ta ilość dawki heparyny była maksymalna, którą można było stosować u tego właśnie chorego, stąd też nie było potrzeby wykonywania badań co 6 godzin, czy nawet częściej”. Na co wskazali zgodnie Z. M. i biegli z UM w B., podawanie heparyny było przecież skorelowane z obserwacją chorego, konkretnie tej kończyny i jego ogólnego stanu zdrowia. Z dokumentacji lekarskiej wynika, że stan zdrowia pokrzywdzonego się poprawiał, więc ilość tego leku była właściwa. W obydwóch opiniach biegli wyjaśnili sens i mechanizm podawania heparyny mając na uwadze pozostałe schorzenia pokrzywdzonego, czego, jak wynika z przedstawionych opinii, w stopniu wystarczającym nie wzięli pod uwagę biegli z Ł..

Mając na względzie treść przedstawionych rozważań, nie można przyjąć, jak wskazał to Sąd Rejonowy w uchylonym wyroku z dnia 25.02.2010 r. /k. 899 i n./, iż „jedynym błędem” jaki można rozważać przy ocenie zachowania oskarżonych, jest zbyt długi czas badania (...). Zdaniem Sądu wydającego orzeczenie w tej sprawie, mając na względzie treść opinii biegłych z UM w B. nie można zarzucić oskarżonym żadnego błędu w zakresie wskazanym aktem oskarżenia.

Kryteria oceny wyników pracy biegłego opierają się na weryfikacji wiedzy, kompetencji i rzetelności biegłego oraz jasności i zupełności jego opinii (zob. wyrok SN z dnia 12 listopada 2002 roku, V KKN 333/01, Lex nr 56854). Z samej istoty rzeczy - odpowiednio usankcjonowanej w art. 193 § 1 k.p.k. - wynika, że ocena i wartościowanie opinii biegłych może przebiegać wyłącznie w płaszczyźnie jej analizy logicznej, a nie z pozycji wyboru metodologii badań oraz trafności poglądów reprezentowanych w danej dziedzinie wiedzy. Strona procesu żądająca powołania innych biegłych (por. wyrok SN z dnia 14.05.2003 r., III KKN 420/01, LEX nr 78383).

Nie ulega wątpliwości, że w sprawie wydano różne opinie, zaś ostatecznych wniosków, do których doszli ich autorzy, nie można ze sobą pogodzić, zatem pomiędzy opiniami zachodzi sprzeczność. W ocenie Sadu jednak nie ma żadnych racjonalnych podstaw do kwestionowania opinii wydanych w sprawie przez biegłego Z. M. oraz biegłych z UM w B.. Opinie te są niezmiernie logiczne, przekonujące. Obie opinie biegłych nie mogą budzić wątpliwości co do poprawności, fachowości wykonania. Biegli w sposób bardzo szczegółowy przedstawili wnioski, rozumowanie, które go do takich, a nie innych wniosków doprowadziło. Obie opinie są przy tym sporządzone językiem- na ile to było możliwe- prostym, zrozumiałym. W obydwóch opiniach biegli wykazali również, dlaczego nieprawidłowe wnioski zawarte zostały w opinii sporządzonej przez biegłych z UM w Ł..

Należy podkreślić, że żaden z uczestników postępowania po przesłuchaniu biegłych z UM w B., nie zgłaszał nowych wniosków dowodowych, nawet w zakresie uzupełniającego przesłuchania biegłych wydających inne, odmienne opinie w sprawie. Pełnomocnik oskarżyciela posiłkowego Prokurator po prostu, w mowie końcowej, podtrzymali swoje stanowiska wyrażone już wcześniej w sprawie, nie powołując jakichkolwiek nowych argumentów, jakby abstrahując od opinii wydanej przez biegłych z UM w B..

Mając na względzie wskazane opinie, należy wskazać przy tym, iż są zgodne z tym, co wyjaśniali oskarżeni odnośnie przyjętego przez nich sposobu leczenia pokrzywdzonego i uzasadnienia przyjętego sposobu leczenia /już w pierwszych swoich wyjaśnieniach oraz w zastrzeżeniach pisemnych do treści opinii biegłych z UM w Ł. k. 168-170/.

Jak wskazano na wstępie, narażenie człowieka na niebezpieczeństwo, o którym jest mowa w art. 160 § 1-3 k.k., zachodzić będzie w wypadku naruszenia przez sprawcę opartych na naszej wiedzy i doświadczeniu reguł postępowania w stosunku do drugiego człowieka, reguł wykształconych dla określenia tolerowanego, ze względu na wagę podejmowanej czynności, stopnia zagrożenia. **Sprawca musi naruszyć tę regułę postępowania, która chroni bezpieczeństwo życia lub zdrowia ludzkiego przed zagrożeniem na tej drodze, na której sprawca je w rzeczywistości sprowadził.** Oskarżeni spełnili należycie swoje obowiązki gwaranta opieki lekarskiej, zaś w niniejszej sprawie **żadna z reguł postępowania**, do których przestrzegania zobowiązani byli oskarżeni, będąc lekarzami sprawującymi opiekę nad pokrzywdzonym, nie została naruszona. Z tego względu konieczne było uniewinnienie oskarżonych od popełnienia zarzucanych im przestępstw.

Należy podkreślić zatem, że nieprawidłowe jest przyjęcie, jak wskazał choćby w uzasadnieniu uchylonego wyroku z dnia 25.02.2010 r. Sąd Rejonowy Gdańsk- Północ w Gdańsku , jakoby oskarżonym nie można było zarzucić, że zachowanie oskarżonych było zawinione; skoro bowiem oskarżeni nie wyczerpali swoim zachowaniem przedmiotowych znamion przestępstwa, niemożliwym (albo czysto hipotetycznym) jest w ogóle rozsądzać, czy takie zachowanie było zawinione. Również bezprzedmiotowym jest naturalnie rozsądzenie /jak miało to miejsce w uzasadnieniu opisanego powyżej wyroku/, zagadnienia skutku należącego do znamion strony przedmiotowej przestępstwa. Wreszcie, nie miało zatem znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy, kluczowa- jak się wydaje w poprzednich sprawach- kwestia przestrzegania bądź nie- reżimu łóżkowego przez pokrzywdzonego /choć oczywiście mogło mieć to wpływ na stan zdrowia pokrzywdzonego, czy też pozostawało w związku przyczynowym ze śmiercią pokrzywdzonego. Istotne jest dla rozstrzygnięcia sprawy to, że pokrzywdzony miał zalecony taki reżim łóżkowy właśnie /także/ przez oskarżonych, a to nie było kwestionowane w toku postępowania.

Mając na względzie powyższe rozważania należy wskazać jednak, że jedną z konsekwencji zasady domniemania niewinności jest tzw. materialny ciężar dowodu. Według zasad obowiązującej procedury karnej to nie oskarżony musi udowodnić swoją niewinność, ale należy udowodnić jego winę.

W określonych aktem oskarżenia granicach, z poważaniem zasady zakazu reformationis in peius, Sąd dokonał nie tylko zestawienia oraz przeciwstawienia sobie dowodów przemawiających za tezą oskarżenia i obrony, ale oceny zebranych w sprawie dowodów. (...) winę oskarżonego oznacza wykazać tę winę sposób nie budzący wątpliwości wiarygodnymi dowodami - bezpośrednimi lub pośrednimi. Taka sytuacja w niniejszej sprawie nie zachodzi. (M. Cieślak, Polska procedura karna, Warszawa 1984 s. 359). W myśl zatem zasad ciężaru dowodowego w postępowaniu karnym, teza oskarżenia musi upaść.

Nie ma też podstaw do uznania, przy ustalonych przez oskarżyciela granicach oskarżenia, by zachowanie oskarżonego można by kwalifikować z jakiegokolwiek innego przepisu ustaw karnych.

Uniewinniając oskarżonego od popełnienia zarzucanego mu przestępstwa, kosztami postępowania, zgodnie z powołanymi wyroku przepisami, Sąd obciążył Skarb Państwa kosztami postępowania.