

# UZASADNIENIE

## ***Na podstawie całokształtu materiału dowodowego ujawnionego w toku przewodu sądowego Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny.***

W dniu 21 grudnia 2008 roku J. O. (1) zachorował na ospę wietrzną. W dniu 23 grudnia 2008 roku zaczął skarżyć się na ból w prawej kończynie dolnej. W związku z tym, w dniu 24 grudnia 2008 roku matka pacjenta, A. K. (1) zamówiła wizytę domową lekarza w Centrum Medycznym (...). J. O. (1) został zbadany przez lekarza pediatrę M. T., która stwierdziła u niego ospę wietrzną oraz orzekła, że ból w kończynie dolnej może wynikać z powikłania przebiegu ospy. Lekarz pediatra zlecił wykonanie morfologii krwi oraz RTG stawów a dalsze postępowanie medyczne uzależnił od wyników zleconych badań. Ustalił też, że badania będzie można wykonać w dniu 24 grudnia 2008 roku, podczas gdy – faktycznie – ich wykonanie w tym terminie nie było możliwe. Przepisał Heviran 400 mg oraz Calpol Plus (**dowód:** zeznania świadka A. K. (1) k. 2-8 /tom I./, k. 603-604 /tom IV/, k. 1093-1106 /tom VI./, k. 1109-1117 /tom VI./; zeznania świadka M. T. k. 270-273 /tom II./, k. 999-1007 /tom V./).

A. K. (1) aplikowała synowi przepisane leki zgodnie z zaleceniami lekarza pediatry. W dniu 25 grudnia 2008 roku u J. O. (1) wystąpiła gorączka – 40,2 stopnia Celsjusza. W związku z wystąpieniem gorączki A. K. (1) podała dziecku Nurofen oraz zadzwoniła na pogotowie. Dyspozytor odmówił przysłania karetki twierdząc, że gorączka u dziecka nie uzasadnia przyjazdu karetki a pomocy medycznej należy szukać w przychodni przy ul. (...), która wówczas pełniła dyżur. Kiedy A. K. (1) skontaktowała się z rejestracją Przychodni (...) uzyskała informację, że lekarz nie przyjedzie z wizytą do jej dziecka ze względu na dużą ilość wcześniej zgłoszonych wizyt domowych. Jednocześnie poinformowano ją, że pomocy medycznej może szukać w (...) Szpitalu dla Dzieci przy ul. (...) w W.. W tej jednostce udzielono jej jednak informacji, że nie ma ona możliwości przeprowadzenia badań. W takiej zaś sytuacji pomocy medycznej należy szukać w Szpitalu (...) przy ul. (...) w W.. Kiedy A. K. (1) skontaktowała się z tą jednostką, osoba urzędująca w izbie przyjęć tejże, poinformowała ją, że najrozsądniejszą rzeczą w sytuacji, kiedy ta jednostka również nie ma możliwości przeprowadzenia badań, będzie zamówienie wizyty domowej. A. K. (1) ponownie zatelefonowała do przychodni przy ul. (...) i kategorycznie zażądała wizyty domowej (**dowód:** zeznania świadka A. K. (1) k. 2-8 /tom I./, k. 603-604 /tom IV/, k. 1093-1106 /tom VI./, k. 1109-1117 /tom VI./).

Po około trzech godzinach do J. O. (1) z wizytą domową przybył lekarz M. K., który po zbadaniu J. O. (1) i ustaleniu, że ma on zaordynowane leki przez badającego go w dniu 24 grudnia 2008 roku pediatrę oraz zlecone badania, polecił A. K. (1) wykonanie tych badań oraz kontynuowanie podawania leków w sposób określony przez tegoż lekarza (**dowód:** wyjaśnienia oskarżonego M. K. k. 576-579 /tom III./, k. 719 /tom IV./, k. 730-733 tom /IV./).

W dniu 26 grudnia 2008 roku stan zdrowia J. O. (1) ustabilizował się. Temperatura ciała wynosiła od 38 do 39 stopni Celsjusza. W dniu 27 grudnia 2008 roku A. K. (1) wykonała badania zlecone w dniu 24 grudnia 2008 roku przez lekarza pediatrę M. T. oraz umówiła wizytę u lekarza chirurga dziecięcego I. M.. W czasie wizyty u tego lekarza dysponowała wynikiem RTG. Nie dysponowała wynikami badania laboratoryjnego krwi. Lekarz I. M. po zbadaniu J. O. (1) i zapoznaniu się z wynikiem RTG stwierdziła, że obraz stawu biodrowego jest prawidłowy, i że można wykluczyć zapalenie kości. Poleciała A. K. (1) po otrzymaniu wyników badań krwi skonsultowanie się z lekarzem pediatrą. Wystawiła skierowanie do szpitala na wypadek, gdyby z morfologii krwi wynikało podejrzenie bakteryjnego stanu zapalnego stawu. Wystawiła również skierowanie na badanie USG stawów biodrowych. Skierowanie do szpitala dotyczyło jakiegokolwiek szpitala dziecięcego – oddziału ortopedii/chirurgii dziecięcej i zawierało rozpoznanie odczynowego zapalenia lewego stawu biodrowego w przebiegu ospy (**dowód:** zeznania świadka A. K. (1) k. 2-8 /tom I./, k. 603-604 /tom IV./, k. 1093-1106 /tom VI./, k. 1109-1117 /tom VI./; kopia skierowania do szpitala k. 19 /tom I./; zeznania świadka I. M. k. 252-255 /tom II./, k. 1250-1259 /tom VII./).

Po tym jak A. K. (1) uzyskała wyniki badania krwi J. O. (1), przedstawiła je w rozmowie telefonicznej lekarzowi – I. M., która w oparciu o ich wartości - poleciła A. K. (1) natychmiastowe udanie się z dzieckiem do (...) im. Prof. Dr J. B. w W. przy ulicy (...) zgodnie z wystawionym skierowaniem. Wskazanie na tę placówkę uzasadniła dominującą jednostką chorobową – w postaci odczynowego zapalenia lewego stawu biodrowego, którą stwierdziła na podstawie samego

badania klinicznego J. O. (1), przy jednoczesnym stwierdzeniu wycofywania się ospy i jej niezakaźności (**dowód:** zeznania świadka A. K. (1)k. 2-8 /tom I./, k. 603-604 /tom IV./, k. 1093-1106 /tom VI./, k. 1109-1117 /tom VI./; zeznania świadka I. M.k. 252-255 /tom II./, k. 1250-1259 /tom VII./; kopia wyników badań z Centrum Medycznego (...)z dnia 27.12.2008 r. k. 18 /tom I./).

Tego samego dnia – 27 grudnia 2008 roku J. O. (1)– zgodnie z zaleceniem lekarza I. M.– został przewieziony przez rodziców do (...)im. Prof. Dr J. B.w W.przy ul. (...). O godzinie 15.40 został przyjęty w izolacie przez lekarza - pełniącego dyżur w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (...)im. Prof. Dr J. B.w W.( dalej: SOR) – M. C., która stwierdziła u niego utrzymujący się od 23 grudnia 2008 roku ból w stawie biodrowym lewym oraz od 27 grudnia - w prawym stawie kolanowym, w przebiegu ospy wietrznej. W dokumentacji medycznej wpisała wyniki badania USG: lewy staw biodrowy: w szparze stawowej 2,5 mm, w zachyłku podtorebkowym do 3 mm; prawy staw biodrowy i oba stawy kolanowe prawidłowe w badaniu USG; leukocytoza z /nieczytelne/ 4,6; CRP 133; niewielki obrzęk i wzrost ucieplenia prawego stawu kolanowego; ograniczenie ruchomości w lewym stawie biodrowym. Wskazując na powyższe w karcie informacyjnej SOR w rubryce; „rozpoznanie” wpisała M65 – według ICD10 – zapalenie błony maziowej i pochewki ścięgna, zalecając kontrolę w SOR następnego dnia. W tym dniu występujące u J. O. (1)objawy wskazywały na bakteryjne zapalenie stawów w przebiegu ospy wietrznej i konieczność natychmiastowego wdrożenia antybiotykoterapii (**dowód:** zeznania świadka A. K. (1)k. 2-8 /tom I./, k. 603-604 /tom IV./, k. 1093-1106 /tom VI./, k. 1109-1117 /tom VI./; zeznania świadka T. O.k. 73-79 /tom I./, k. 1168-1177 /tom VI./; wyjaśnienia oskarżonej M. C.k. 377-379 /tom II./, k. 737-745 /tom IV./; kopia karty informacyjnej (...)im. Prof. Dr J. B.w W.k. 31 /tom I./; opinia zespołu biegłych z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Akademii Medycznej im. (...)we W.(obecnie: Zakład Medycyny Sądowej (...)im. P.we W.) k. 311-329 /tom II./, k. 496-512 /tom III./, k. 1711-1731 /tom IX./, k. 1742-1762 /tom IX./, k. 1898-1910 /tom X./, k. 2029-2033 /tom XI./).

W dniu 28 grudnia 2008 roku A. K. (1) i T. O. wraz z J. O. (1)– zgodnie z zaleceniem lekarza M. C.- ponownie udali się do SOR, gdzie dyżur pełnił lekarz chirurg dziecięcy M. Z.. J. O. (1)został przyjęty o godzinie 10.35 i przebywał w tym oddziale do godziny 13.35. Przebywał na sali ogólnej, ponieważ badający go lekarz stwierdził, iż ospa jest w stanie zejściowym i pacjent nie zakaża. J. O. (1)był w stanie ogólnym dobrym, wydolny krążeniowo i oddechowo. Lekarz dyżurny SOR po zebraniu wywiadu zlecił ponowne wykonanie badań laboratoryjnych krwi oraz USG. Po zapoznaniu się z wynikami wykonanych badań potwierdził rozpoznanie dokonane poprzedniego dnia przez lekarza M. C.– odczynowe zapalenie stawu biodrowego. Jego wątpliwości wzbudziły jednak wyniki badań laboratoryjnych krwi, w których stwierdził znaczący spadek ilości płytek krwi w stosunku do wyników z dnia poprzedniego oraz podwyższoną wartość leukocytozy, znaczną leukopenię. Ten obraz badań laboratoryjnych nie korespondował ze stanem ogólnym pacjenta, w związku z czym – po konsultacji z lekarzem pediatrą – zdecydował o przekazaniu J. O. (1)do Kliniki (...)przy ul. (...)stwierdzając o niego ogólnie „zespół hematologiczny” wymagający dalszej, specjalistycznej diagnostyki. Postępowanie lekarza M. Z.wynikało z niewłaściwej interpretacji wyników badań. O godzinie 13.35 J. O. (1)opuścił SOR. A. K. (1) i T. O.– zgodnie z zaleceniami – udali się wraz z nim własnym środkiem transportu do (...)przy ul. (...), do Kliniki (...). W tym czasie u J. O. (1)dominowały cechy toczącego się zapalenia. Stwierdzona małopłytkowość była wynikiem procesu wykrzepiania śródnaczyniowego w przebiegu uogólniającej się infekcji bakteryjnej. J. O. (1)wymagał pilnej hospitalizacji i niezwłocznego wdrożenia antybiotykoterapii. Skierowanie go Kliniki (...)przy ul. (...)w W.wydłużyło ścieżkę diagnostyczną. Całość danych klinicznych i wyników badań J. O. (1)w czasie udzielania mu pomocy przez lekarza M. Z.pozwalała podejrzewać uogólniający się bakteryjny proces zapalny z zajęciem stawów kończyn dolnych (**dowód:** zeznania świadka A. K. (1)k. 2-8 /tom I./, k. 603-604 /tom IV./, k. 1093-1106 /tom VI./, k. 1109-1117 /tom VI./; zeznania świadka T. O.k. 73-79 /tom I./, k. 1168-1177 /tom VI./; wyjaśnienia oskarżonego M. Z.k. 382-386 /tom II./, k. 719, k. 750-761, k. 767-773 /tom VI./, opinia zespołu biegłych z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Akademii Medycznej im. (...)we W.(obecnie: Zakład Medycyny Sądowej (...)im. P.we W.) k. 311-329 /tom II./, k. 496-512 /tom III./, k. 1711-1731 /tom IX./, k. 1742-1762 /tom IX./, k. 1898-1910 /tom X./, k. 2029-2033 /tom XI./).

Po opuszczeniu SOR A. K. (1) i T. O.udali się z J. O. (1)do (...)przy ul. (...). W tym czasie M. Z.wykonał telefon do izby przyjęć tej placówki. Dyżur w tym czasie, w tej placówce pełnił lekarz A. P. (1). M. Z.poinformował ją, że w celu konsultacji hematologicznej skierował do niej pacjenta pod koniec ospy wietrznej z podejrzeniem problemu

hematologicznego – stwierdzoną małopłytkowością i zapaleniem stawów. W tym czasie w izbie przyjęć przebywali inni pacjenci (...) przy ul. (...). A. K. (1), zgodnie z ustaleniami poczynionymi z lekarzem M. Z., udała się z dokumentacją z SOR z ul. (...) do izby przyjęć. J. O. (1) – zgodnie z tymi ustaleniami – pozostał w samochodzie. Nie wchodził do izby przyjęć, ponieważ – według wspomnianych ustaleń – taki sposób postępowania miał być dla niego dogodniejszy. Lekarz z izby przyjęć miał go skierować na właściwy oddział. A. P. (1) po otrzymaniu informacji, że w izbie przyjęć stała się A. K. (1) wyszła do niej i po zapoznaniu się z dokumentacją medyczną J. O. (1) przedstawioną jej przez A. K. (1), bez przeprowadzenia badania przedmiotowego J. O. (1), podjęła decyzję o skierowaniu pacjenta do (...) w W. przy ul. (...) w celu przeprowadzenia konsultacji w zakresie stwierdzenia zakaźności ospy wietrznej, mimo iż dysponowała możliwością osobistego zbadania pacjenta w izolatce i dokonania oceny zakaźności ospy. Nie zleciła przetransportowania pacjenta karetką ze względu na kwestie proceduralne oraz stan zdrowia pacjenta, który oceniła jako nie stanowiący przeciwwskazań do transportu samochodem osobowym ze względu na dotychczasowy sposób przetransportowania go z SOR przy ul. (...). Po przeprowadzeniu konsultacji, w przypadku wykluczenia zakaźności ospy, pacjent miał on wrócić do (...) przy ul. (...), gdzie miał zostać skierowany na oddział hematologiczny. W tym czasie u J. O. (1) nadal postępował uogólniający się bakteryjny proces zapalny wymagający natychmiastowego wdrożenia antybiotykoterapii (**dowód:** wyjaśnienia oskarżonej A. P. (1) k. 373-375 /tom II./, k. k. 719, k. 774-781, k. 784-793 /tom IV./; zeznania świadka A. K. (1) k. 2-8 /tom I./, k. 603-604 /tom IV./, k. 1093-1106 /tom VI./, k. 1109-1117 /tom VI./; zeznania świadka T. O. k. 73-79 /tom I./, k. 1168-1177 /tom VI./; zeznania świadka M. K. (1) k. 297-298 /tom I./, k. 1290-1298 /tom VII./), opinia zespołu biegłych z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Akademii Medycznej im. (...) we W. (obecnie: Zakład Medycyny Sądowej (...) im. P. we W.) k. 311-329 /tom II./, k. 496-512 /tom III./, k. 1711-1731 /tom IX./, k. 1742-1762 /tom IX./, k. 1898-1910 /tom X./, k. 2029-2033 /tom XI./).

A. K. (1) i T. O. zgodnie ze skierowaniem wystawionym przez lekarza z izby przyjęć (...) przy ul. (...) udali się z J. O. (1) do (...) w W. przy ul. (...). W tym czasie dziecko oddało luźny stolec. Zaniepokojona stanem syna A. K. (1) wykorzystując posiadane kontakty osobiste uzyskała informację, że J. O. (1) z deklarowaną przez nią ilością płytek krwi nie powinien być transportowany samochodem osobowym lecz transportem sanitarnym. A. K. (1) próbowała zamówić specjalistyczny transport. Dyspozytor poinformował ją, że na karetkę trzeba oczekiwać do momentu zwolnienia się karetki, co może zająć niestabilny okres czasu. Informacja ta spowodowała, że rodzice zaczęli przemieszczać się bardzo ostrożnie, co znacznie wydłużyło czas przejazdu. O 16.30 J. O. (1) w (...) przy ul. (...) został przyjęty przez lekarza – S. D., która stwierdziła, że w momencie badania J. O. (1) znajdował się w stanie ogólnym średnim. Był cierpiący. Na skórze i na śluzówkach - pojedyncze wybroczyny i wykwyty ospowe całkowicie wyschnięte o miernym wysiewie; szmer pęcherzykowy prawidłowy, akcja serca – 120/min, ciśnienie tętnicze 95/65 mmHg; wątroba + 1; śledziona pod łukiem. Nie stwierdziła obecności objawów oponowych. Stwierdziła obrzęk i bolesność stawów: kolanowego prawego, łokciowego i barkowego prawego. Pozostałe stawy były tkliwe. Zdiagnozowała u J. O. (1) stan po ospie wietrznej, małopłytkowość, zapalenie stawów. Orzekła, że pacjent jest już niezakaźny. Jednak z uwagi na stan dziecka zleciła przewiezienie go do (...) przy ul. (...) przy użyciu karetki. W tym czasie objawy stwierdzone u J. O. (1) jednoznacznie wskazywały na uogólnioną infekcję bakteryjną będącą powikłaniem ospy wietrznej. Zaburzenia obrazu krwi w postaci małopłytkowości, wysokiego CRP wynikały z rozwoju uogólnionego zakażenia (**dowód:** kopia karty informacyjnej k. 21 /tom I./; wyjaśnienia oskarżonej S. D. k. 367-369 /tom II./, k. 719, k. 793-796 /tom IV./; zeznania świadka A. K. (1) k. 2-8 /tom I./, k. 603-604 /tom IV./, k. 1093-1106 /tom VI./, k. 1109-1117 /tom VI./; zeznania świadka T. O. k. 73-79 /tom I./, k. 1168-1177 /tom VI./; opinia zespołu biegłych z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Akademii Medycznej im. (...) we W. (obecnie: Zakład Medycyny Sądowej (...) im. P. we W.) k. 311-329 /tom II./, k. 496-512 /tom III./, k. 1711-1731 /tom IX./, k. 1742-1762 /tom IX./, k. 1898-1910 /tom X./, k. 2029-2033 /tom XI./; zeznania świadka M. M. (1) k. 1486-1493 /tom VIII./).

Około godziny 16.50 J. O. (1) wraz z rodzicami pojawił się na terenie izby przyjęć (...) przy ul. (...). Wcześniej lekarz dyżurny tej izby otrzymał informacje od lekarza konsultującego J. O. (1) w szpitalu zakaźnym, że pacjent nie jest źródłem zagrożenia epidemiologicznego, ponieważ ospa wietrzna nie znajduje się w stanie zakaźności. W związku z tą informacją J. O. (1) został przyjęty przez lekarza dyżurnego poza kolejnością. A. P. (1) zebrała wywiad lekarski, wciągnęła jego treść do dokumentacji medycznej. Po zbadaniu J. O. (1) skierowała go do oddziału hematologii. W czasie badania przedmiotowego stwierdziła, że stan J. O. (1) jest średni; był on przytomny, w kontakcie słownym.

Jej uwagę zwróciły nasilone dolegliwości bólowe ze strony zajętych stawów; pacjent był płaczący; przyjmował przymusową pozycję ciała; w stawach widoczny był przykurcz. W skórze stwierdziła widoczne przyschnięte wykwity ospowe; na nadgarstku lewym były pojedyncze wybroczyny. W rozpoznaniu wstępnym wpisała małopłytkowość, wieloogniskowe zapalenie stawów i stan po przebytej ospie wietrznej (**dowód:** wyjaśnienia oskarżonej A. P. (1) k. 373-375 /tom II./, k. k. 719, k. 774-781, k. 784-793 /tom IV./; zeznania świadka A. K. (1) k. 2-8 /tom I./, k. 603-604 /tom IV./, k. 1093-1106 /tom VI./, k. 1109-1117 /tom VI./; zeznania świadka T. O. k. 73-79 /tom I./, k. 1168-1177 /tom VI./; opinia zespołu biegłych z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Akademii Medycznej im. (...) we W. (obecnie: Zakład Medycyny Sądowej (...) im. P. we W.) k. 311-329 /tom II./, k. 496-512 /tom III./, k. 1711-1731 /tom IX./, k. 1742-1762 /tom IX./, k. 1898-1910 /tom X./, k. 2029-2033 /tom XI./).

W dniu 28 grudnia 2008 roku dyżur w oddziale hematologii pełnił lekarz P. Ł.. Po umieszczeniu J. O. (1) na oddziale, w drodze wywiadu z A. K. (1) ustalił okoliczności związane z dotychczasowym procesem diagnostycznym pacjenta. Po odebraniu wywiadu od matki dziecka zbadał je. W badaniu przedmiotowym stwierdził, że stan J. O. (1) jest ciężki, co było związane ze wstępnym rozpoznaniem podejrzenia białaczki. W badaniu tym stwierdził cechy odwodnienia. Stwierdził również pojedyncze wybroczyny na całym ciele, podskórne wylewy oraz stare, przyschnięte zmiany po ospie. Przy badaniu palpacyjnym jamy brzusznej stwierdził nieznaczne powiększenie wątroby i śledziony. Badając układ kostno-stawowy stwierdził obrzęk i bolesność w stawie łokciowym i kolanowym prawym. Z tym dolegliwościami było związane przymusowe ułożenie. Zlecił badania w kierunku opracowania septycznego: posiew krwi, oznaczenie grupy krwi, badania wątrobowe – głównie czas amidazy, badania jonowe – sód, potas, wapń, magnez; zlecił również badania stanu krzepnięcia – APTT, czas protrombinowy, czas fibrynowy oraz morfologię z zabezpieczeniem rozmazu w kierunku choroby nowotworowej, oznaczenie CRP. Zlecił wykonanie RTG oraz podanie płynu Ringera. Przed godziną 19.00 otrzymał wstępne wyniki badań zleconych przez niego o godzinie 17.46. Po otrzymaniu tych wstępnych wyników zlecił podanie antybiotyków o maksymalnym spektrum działania: netromycynę i claforan oraz leku antywirusowego – acyclovir. O godzinie 19.00 wpisał w dokumentacji medycznej pacjenta opis jego stanu określając go jako średnio-ciężki. O godzinie 20.15 dowiedział się, że mimo zlecenia antybiotyki nie zostały jeszcze podane. Ponownie nakazał ich podanie. O 21.00 poinformował A. K. (1) i T. O. o potrzebie konsultacji stanu J. O. (1) z anestezyjologami. W dokumentacji medycznej w rubryce rozpoznanie wstępne uzupełnił wpisał: „sepsis”, „małopłytkowość”, „zapalenie stawów”. Stan ogólny pacjenta był wówczas ciężki. O godzinie 21.40 J. O. (1) przyjęty do Oddziału Intensywnej Terapii z powodu wstrząsu septycznego (**dowód:** wyjaśnienia oskarżonego P. Ł. k. 401-403 /tom III./, k. 404-406 /tom III./, k. 540-544 /tom III./, k. 879-896, k. 980-992, k. 997-999 /tom V./; zeznania świadka A. K. (1) k. 2-8 /tom I./, k. 603-604 /tom IV./, k. 1093-1106 /tom VI./, k. 1109-1117 /tom VI./; zeznania świadka T. O. k. 73-79 /tom I./, k. 1168-1177 /tom VI./).

W czasie transportowania do OIT J. O. (1) reagował na bodźce zewnętrzne, był jednak zamroczoney. Nastąpiła u niego centralizacja krążenia. Po przyjęciu był intensywnie nawadniany, dokonano intubacji dotchawiczej, podłączono go do respiratora. Włączono wlewy katecholamin, leki rozszerzające naczynia obwodowe. Kontynuowano podawanie claforanu. Dodano antybiotyk o szerokim spektrum działania. Wykonano zdjęcia klatki piersiowej. Na zastosowane leczenie organizm J. O. (1) początkowo zareagował pozytywnie. Następnie mimo stosowania leków nie udało się utrzymać prawidłowego ciśnienia tętniczego. Doszło do zwolnienia akcji serca i krążenia. J. O. (1) zmarł (**dowód:** zeznania świadka W. R. k. 266-269 /tom II./, k. 1016-1026 /tom VI./; zeznania świadka M. R. k. 98-101 /tom I./, k. 1270-1282 /tom VII./).

**Oskarżony M. K.** w toku postępowania przygotowawczego nie przyznał się do popełnienia zarzucanego mu czynu. Ze złożonych przez niego na tym etapie postępowania wyjaśnień wynika, że kojarzy J. O. (1). To był pacjent – dziecko, u którego był na wizycie domowej w 2008 roku. Wyjaśnił, że w tamtym czasie pracował w przychodni przy ul. (...) jako tzw. lekarz wyjazdowy. Tamtego dnia na numer telefonu przychodni dzwoniła mama dziecka; wezwała lekarza do dziecka. Oskarżony wyjaśnił, że w tym czasie był już w karetce – na wyjeździe. Informację o wezwaniu telefonistka przekazała kierowcy karetki. Oskarżony wyjaśnił, że wiedział, iż jedzie do gorączkującego dziecka w czasie ospy. Informację tę potwierdziła na miejscu matka dziecka, która jednak – wedle wyjaśnień oskarżonego – nie podawała mu informacji, że chłopiec skarżył się na bóle kończyn i stawów. Cała rozmowa i cel wizyty były skoncentrowane na

gorączce dziecka w czasie ospy; na tym jak tę gorączkę zwalczać. Nie było ani procenta wątpliwości aby zachodziła konieczność leczenia szpitalnego dziecka. W ogóle nie wiedział o zapaleniu stawów; to co zaś diagnozował to ospa i gorączka, które nie stanowią podstawy do kierowania dziecka do szpitala; sama ospa nie jest wskazaniem do szpitala. Oskarżony w swoich wyjaśnieniach wskazał również na przesłankę celowości kierowania dziecka do szpitala, skoro ospę i gorączkę może leczyć w domu z rodziną. Z wyjaśnień oskarżonego wynika, iż w tym dniu był jedynym lekarzem w trzech dzielnicach. W jego ocenie to nie był jeszcze czas na interwencję szpitalną. Nie stwierdził bowiem bólu podudzia u dziecka, zarówno w wywiadzie u matki dziecka, jak i badaniu dziecka. Wyjaśnił, że z charakteru jego wizyta domowa była interwencyjna, ponieważ nie był uprawniony do zlecenia żadnych dodatkowych badań. W razie konieczności był uprawniony do wystawienia skierowania do szpitala. Wyjaśnił również, że mogło być i tak, że w ogóle nie wiedział, że ze stawami u dziecka coś jest nie tak (k. 576-579 /tom III./).

W toku postępowania sądowego nie przyznał się do popełnienia zarzucanego mu czynu i wyjaśnił, że w dniu 25 grudnia 2008 roku pełnił dyżur wyjazdowy. Informacje o zgłoszeniu wizyty domowej u chorego J. O. (1)otrzymał od pielęgniarki z przychodni przy ul. (...), która przekazała mu jedynie informację o gorączce i ospie wietrznej. Powołał się na przyjętą w tej przychodni praktykę, zgodnie z zasadami, której w związku z wizytą domową wypełnia się dwie karty; kartę wyjazdową – na wyjeździe oraz kartę stanowiącą wkładkę do historii choroby, która pozostaje w przychodni, i która jest częściowo wypełniana przez pielęgniarkę przyjmującą wezwanie. Na tej karcie, której nie widział – jak wyjaśnił – że pielęgniarka wpisała gorączkę i ból podudzia. Nie dysponował tą kartą w czasie wizyty domowej. Na karcie, która jest zostawiona w przychodni na ul. (...)odnotował fakt zbadania dziecka poprzedniego dnia przez lekarza. Naniósł w niej wzmianki o czynnościach jakie przeprowadził ten lekarz. Na wizycie zastał dziecko, które miało objawy charakterystyczne dla ospy wietrznej – wykwity na skórze. Wyjaśnił, że obecnie nie pamięta jakie to były wykwity i ich ilości. Od matki dziecka dowiedział się, że dziecko miało gorączkę około 40 stopni Celsjusza, która spadła po podaniu leków przeciwgorączkowych. Oskarżony wyjaśnił, że zaordynował Paracetamol, który też był zalecony przez lekarza, który badał dziecko poprzedniego dnia, a który również zapisał Nurofen. W związku z tym zalecił to samo, czyli podawanie na przemian Paracetamolu i Heviranu w połączeniu z lekiem przeciwwirusowym przeciwko ospie wietrznej. W dokumentacji wizyty opisał, że dziecko było w dobrym stanie ogólnym – serce i płuca bez zmian; opisał zmiany charakterystyczne dla ospy wietrznej – zmiany i wykwity na tułowiu. Nie stwierdził objawów niepokojących. Od matki dowiedział się, że poprzedni lekarz, w dniu 24 grudnia 2008 roku, zlecił badania: morfologię, OB, CRP oraz RTG i USG stawu biodrowego. Badania były zlecone na cito. Zlecił zrobienie tych badań. Chodziło mu o to, by po uzyskaniu wyników tych badań lekarz prowadzący dziecko ocenił te wyniki i konsultował dziecko dalej. Wyjaśnił, że wydając własne zalecenia uwzględniał te uprzednio wydane przez jego poprzednika. Wskazał również, że uzyskane informacje o konsultowaniu dziecka przez specjalistę i wydane przez niego zalecenia traktował jako istotne, zwłaszcza że sam był lekarzem na pierwszym roku stażu. Wyjaśnił, że jeśli przeprowadzenie badań zlecił specjalista to zapewne będzie chciał się zapoznać z ich wynikami. Mając na uwadze okoliczności dobrego stanu, w jakim znajdowało się dziecko i brak niepokojących objawów oraz gorączki, która spadła po lekach, a nadto uwzględniając fakt prowadzenia dziecka przez specjalistę pediatrę w kierunku diagnostyki bólu nogi, za logiczną uznał konieczność wykonania tych badań, zwłaszcza że nie miał narzędzia, które pozwalałoby mu odróżnić septyczne zapalenie stawów od zapalenia nie septycznego. Kończąc wizytę domową był przekonany, że badania zostaną zrobione i dziecko zostanie zbadane przez specjalistę pediatrę. Wyjaśnił, że nigdy nie traktował pacjenta w sposób niegrzeczny. Nigdy nie używał słów obrażających mających wskazywać, że zwraca mu on głowę. Zawsze zwraca się do pacjenta w godny sposób. Odpowiadając na pytania Przewodniczącego wyjaśnił, że na jego etapie nie było jeszcze wiadome – tak jak w momencie składania wyjaśnień – że chodziło o septyczne zapalenie stawów. Według jego wyjaśnień na podstawie badań laboratoryjnych można odróżnić stan zapalny o charakterze septycznym od stanu zapalnego o charakterze wirusowym. Takie badania w momencie wizyty domowej zostały już zlecone lecz nie były jeszcze wykonane. Oskarżony wyjaśnił, że jego postępowanie może byłoby inne gdyby dysponował wynikami CRP. Podkreślił jednak, że na etapie jego wizyty były wskazania do dalszej diagnostyki, która była już prowadzona. W toku dalszych wyjaśnień wskazał, że gdyby dziecko nie zostało skierowane na badania diagnostyczne – to wówczas wystawiłby skierowanie do szpitala (k. 719 /tom IV./, k. 730-733 tom /IV./).

**Oskarżona M. C.** w toku postępowania przygotowawczego nie przyznała się do popełnienia zarzucanego jej czynu. Ze złożonych przez nią na tym etapie postępowania, wyjaśnień wynika, że po zbadaniu dziecka postawiła prawidłową diagnozę; nie stwierdziła bowiem objawów bakteryjnego zapalenia stawów biodrowych a jedynie progresję w leczeniu odczynowego zapalenia stawu biodrowego, o czym świadczy widoczna w badaniu USG zmniejszająca się ilość płynu, nie świadcząca o bakteryjnym zapaleniu stawów. W związku z tym pacjent nie wymagał hospitalizacji w oddziale ortopedycznym szpitala przy ul. (...). Wyjaśniła, że proponowała mamie chłopca hospitalizację dziecka w oddziale dziecięcym szpitala zakaźnego, ta jednak odmówiła. Rodzice bardzo chcieli, żeby dziecko zostało w domu. Antybiotyku nie podaje się na odczynowe zapalenie stawu (k. 377-379 /tom II./).

W postępowaniu sądowym nie przyznała się do popełnienia zarzucanego jej czynu. Ze złożonych przez nią wyjaśnień wynika, że badanie pacjenta przeprowadziła w izolatce szpitala przy N., ponieważ przy zgłoszeniu do szpitala rodzice powiadomili, że są z dzieckiem z ospą. Badanie pacjenta polegało na tym, że przyszła do gabinetu, poprosiła żeby dziecko usiadło, bo leżało na kozetce. Szczegółów nie pamięta z uwagi na upływ czasu. Odebrała wywiad od rodziców. Informacji udzielała mama dziecka. Mama powiedziała, że dziecko jest w trakcie choroby – ospy wietrznej. Dziecko przyszło ze skierowaniem – ropne zapalenie stawów, albo bakteryjne zapalenie stawów, nie pamięta jak to brzmiało. Skierowanie wystawiła doktor M., która jest chirurgiem dziecięcym. Nie miało dla niej znaczenia, kto wystawił zaświadczenie. Znaczenie miało rozpoznanie. Jest ono ważne, ponieważ lekarz, który wystawia skierowanie ma jakieś podejrzenia, do którego lekarz ponownie badający pacjenta powinien się odnieść. To rozpoznanie było przez nią weryfikowane. Mama mówiła, że dziecko gorączkuje, że bolą je nóżki i pokazała dwa wykwity nieprzyschnięte na rączce i mówiła, że dziecko gorączkuje wysoko. Nie pamięta jak to wyglądało dokładnie. Nie pamięta, czy mówiła ile czasu utrzymuje się gorączka. Nie pamięta, czy pytała o to rodziców. Rodzice posiadali wyniki badań krwi i wynik badania USG stawu lewego biodrowego. Zleciła badanie USG dużych stawów kolanowych i biodrowych. Postępowała tak, ponieważ dziecko skarżyło się na bóle nóg, miało wysokie czynniki zapalne we krwi, musiała zatem zweryfikować jak wyglądają stawy dziecka. Dane dotyczące stawów były jej potrzebne, żeby ocenić, czy w stawach jest płyn i jak wygląda błona maziowa. Chciała wykluczyć ropne zapalenie stawów. Według jej wyjaśnień, u dzieci mniej więcej od drugiego do piątego roku życia jest dosyć gruba, szeroka chrząstka nasadowa, która stanowi barierę dla przechodzenia bakterii do stawów z krwi. Jest to nazwane regułą Truety, bo nie ma takiego pojęcia jak bakteryjne zapalenie stawów u dziecka w takim wieku. Zlecając dodatkowe badania chciała potwierdzić mechanizm działania reguły. Z wiekiem chrząstka stawowa robi się coraz bardziej cieńsza. Wykluczyła ropne zapalenie stawów na podstawie wiedzy i wyników badania USG. Wysokie wskaźniki stanu zapalnego we krwi dziecka wskazywały na zakażenie, które się toczy u dziecka. Jakiego rodzaju jest to zakażenie nie była w stanie w tym momencie wskazać, stąd z jej strony padła propozycja leczenia szpitalnego. Uznała, że jest konieczność hospitalizacji w szpitalu na W. z uwagi na wysoki wskaźnik czynników zakażenia. Była potrzeba umieszczenia tam dziecka, ponieważ to była końcowa faza zakaźności ospy wietrznej. Kierowała dziecko do szpitala ustnie rozmawiając z rodzicami. Rodzice nie chcieli umieszczenia dziecka w szpitalu. W jej ocenie w tamtym okresie konieczne było umieszczenie dziecka w szpitalu, ponieważ były wysokie czynniki zapalne. Była duża niewspółmierność pomiędzy wyglądem dziecka, a wysokimi czynnikami zapalnymi we krwi. Wyjaśniła, że znaczna wysokość czynników zapalnych zawsze powoduje zagrożenie. W tym momencie chodziło jej o to, aby stwierdzić jakiego typu jest to zakażenie. Od określenia typu zakażenia uzależnione jest przecież dalsze leczenie. Wyjaśniła, że każdy z lekarzy wie, że każde nawet najmniejsze zakażenie może przerodzić się w sepsę, choć nie musi. Na temat sepsy nie rozmawiała z rodzicami. Wyjaśniła, że rodzice nie chcieli skierowania dziecka do szpitala z uwagi na święta. Musiała się zgodzić ze stanowiskiem rodziców z uwagi na treść art. 32 ustawy o zawodzie lekarza. Rozmowa z rodzicami wyglądała w ten sposób, że oni chcieli, aby podała antybiotyk doustnie. Wyjaśniła, że starała się tłumaczyć rodzicom, że nie da się podać „wszystko jednego antybiotyku, na wszystko jedno”. Tłumaczyła tacie dziecka, że trzeba zrobić posiew krwi i podać antybiotyk dożylnie. Mówiłam to przed samym wyjściem. W momencie kiedy rodzice opuszczali gabinet dokumentacja medyczna była uzupełniona. Wyjaśniła, że nie zastanawiała się nad tym, czy zachowanie rodziców nie jest sprzeczne z dobrem dziecka, czy nie jest dla niego niebezpieczne. Nie można było powiedzieć, że nie zastanawiała się, czy takie zachowanie rodziców w postaci odmowy na hospitalizację może być niebezpieczne, bo była pewna, że rodzice rozumieją sytuację – to znaczy, że wygląd dziecka jest niewspółmierny do wyników badań. Rodzicom na podstawie wyglądu dziecka wydawało się, że wystarczy podanie doustnego antybiotyku,

podczas gdy czynniki zapalne świadczyły o tym, że dziecko powinno być hospitalizowane. Wydawało jej się, że rodzice powinni rozumieć, że dziecko powinno być hospitalizowane. Rozmawiała z rodzicami dłużej niż dwie minuty. Starła się wytłumaczyć, że istnieje pewne zagrożenie, że są czynniki zapalne, i że dziecko trzeba leczyć. W ówczesnej jednak sytuacji dziecko nie było w takim stanie, żeby zwracać się do sądu opiekuńczego o udzielenie zgody na leczenie w szpitalu. Nie potrafiła jednak odpowiedzieć na pytanie, dlaczego tych informacji o konieczności hospitalizacji nie wpisała do dokumentacji medycznej. Pisała ją na bieżąco. Było dużo pacjentów. Wyjaśniła, że na pewno badała nóżki dziecka. Nie stwierdziła przymusowego ułożenia dziecka. Stwierdziła ograniczenie ruchomości w stawach, dlatego zleciła badanie USG. Nie pamięta, czy na przeprowadzane badanie dziecko reagowało bólowo. Stwierdziła odczynowe zapalenie stawów w przebiegu ospy wietrznej wpisując wysoki czynnik zapalny na karcie. Wskazała, że ropne zapalenie od odczynowego różni się większą ilością płynu w stawie, jest inna przejrzystość płynu, jest to płyn mętny, hyperechogenny i często dochodzi do obrzęku błony maziowej, choć często do obrzęku błony maziowej dochodzi też w odczynowym zapaleniu stawów. W badaniu dziecka nie stwierdziła obrzęku stawów. Stwierdziła bolesność stawu biodrowego lewego, natomiast na prawej nóżce była zmiana zakażenia na nóżce tzn. był obrzęk skóry, zaczerwienienie i wyglądało to tak jak nadkażona zmiana ospowa. Była ona umiejscowiona w okolicy podkolanowej, po stronie prawej, o ile dobrze pamięta. Można powiedzieć, że było to w okolicy stawu podkolanowego. Ślad wskazywał na możliwość nadkażenia wykwitów ospowego. Taka zmiana może skutkować tym, że w następstwie może być zakażenia organizmu, o czym świadczą wskaźniki zakażenia – wskazujące na obecność bakterii w organizmie. W przypadku stwierdzenia wysokich wartości czynników zapalnych we krwi należy zrobić posiew i podać antybiotyki dożylnie. Nie zrobiła posiewu krwi, ponieważ w szpitalnym oddziale ratunkowym nie ma takiej możliwości. Stąd jej kierowanie dziecka do szpitala. Dziecko przyjmowała na terenie szpitala. W szpitalu na ul. (...) jest laboratorium. W SOR tego typu badań nie wykonuje się. Na oddziałach szpitalnych są przeprowadzane takie badania. Nie skierowała dziecka na oddział szpitalny na ul. (...), ponieważ dziecko było w końcowej fazie zakaźności ospy, dlatego zamierzała skierować je do szpitala na ul. (...). Bakteryjne zakażenie, które można wyczytać z posiewu krwi to nie jest sepsa. Sepsa to zespół objawów niewydolności wielonarządowej w przebiegu zakażenia. To nie tak, że stwierdzenie bakterii może spowodować rozwinięcie się sepsy. Zakażenie może spowodować sepsę, ale nie musi. Wiedziała, że jest zakażenie bakteryjne, ponieważ na nie wskazywały wysokie czynniki zapalne. Liczyła się z tym, że mogła wystąpić sepsa. Z tym każdy lekarz się liczy. W momencie badania przez nią dziecka objawów sepsy nie było. Objawy sepsy pojawiają się, kiedy dochodzi do niewydolności wielonarządowej. Wyjaśniła, że trudno jest jej odpowiedzieć na pytanie, czy stwierdzone symptomy wskazujące na obecność bakterii, mogły w efekcie wskazywać na rozwój sepsy. Wiedziała, że jest zakażenie bakteryjne. Stąd jej propozycja skierowania dziecka do szpitala, na którą nie zgodzili się rodzice. Nie można jednoznacznie odpowiedzieć na pytanie jak długo rozwija się sepsa. Rozwój może trwać zarówno 2 godziny jak i 4 dni. Rozwój sepsy jest szybki. Wyjaśniła, że jeśli stwierdza potrzebę hospitalizacji, to wydaje rodzicom skierowanie, o którym wzmiankę czyni w karcie informacyjnej. Istnieje praktyka współpracy szpitali między sobą w zakresie przekazywania pacjenta tzn. przekazywania karetką etc. Na leczenie w szpitalu zgodę muszą wyrazić rodzice, jeżeli takiej zgody nie wyrażą, nie może zamawiać karetki i uzgadniać przyjęcia dziecka do innego szpitala. Powinna w takiej sytuacji, jaka miała miejsce w niniejszej sprawie, odebrać od rodziców i wpisać w karcie oświadczenie, że nie wyrażają zgody na leczenie dziecka w szpitalu. Nie wzięła tego oświadczenia i nie wpisała do karty. Nie potrafiła wytłumaczyć dlaczego. Nie wypisała skierowania do szpitala, ponieważ rodzice nie wyrazili zgody. W związku z tym postąpiła zgodnie z praktyką stosowaną w szpitalu i zaleciła kontrolę dnia następnego, a w razie niepokojących objawów - natychmiast. Wynik badania laboratoryjnego, który przywieźli rodzice zwrócił jej uwagę, stąd zaleciła dodatkowe badania i postępowała uwzględniając wartość tych wyników. W jej odbiorze CRP było bardzo wysokie. Nie mogła odpowiedzieć na pytanie, w jakim celu, w święta rodzice przyjechali z J. do szpitala. Wyjaśniła, że po pomoc. Gdyby uspokajała rodziców, że nic się nie dzieje, to nie proponowałyby leczenia szpitalnego. Dziecko nie mogło pozostać na N., ponieważ znajdujące się w szpitalu izolatki były zajęte. W czasie kiedy badała dziecko nie było wolnych miejsc pediatrycznych. Końcowy okres ospy to jeszcze faza zakaźności. W sytuacjach zagrożenia dla życia dziecka organizowane są warunki udzielenia pomocy tj. potrzebna jest zgoda dyrektora, konieczne też jest przemieszczenie innych pacjentów. To są problemy o charakterze technicznym. Wcześniej w szpitalu przy ul. (...) był oddział obserwacyjny – zakaźny, ale został zlikwidowany. Wyjaśniła, że karty pobytu dziecka na N. nie wypełniła prawidłowo, ponieważ nie wpisała odmowy rodziców na leczenie szpitalne. Nie było w niej informacji o skierowaniu dziecka do szpitala. W swojej praktyce spotkała się raz z odmową zgody rodzica na leczenie. Zna swoje obowiązki w tym zakresie wynikające z ustawy o

zawodzie lekarza. Rodzice przywieźli USG stawu biodrowego, wyniki badań krwi i skierowanie. Zakażenie bakteryjne skóry w okolicy podkolanowej nie obligowało jej do podania antybiotyku doustnego z tego względu, że nie wiadomo jaka bakteria była w organizmie. W tej chwili badanie posiewu krwi jest jedyną możliwością stwierdzenia z jakiego typu bakterią jest związane zakażenie. Nie miała podejrzenia jakiego typu patogen mógł spowodować zakażenie. Wyjaśniła, że nie może odpowiedzieć pytanie, jakiego rodzaju bakterie wywołują takie nadkażenie ospowe, ponieważ nie posiada wiedzy w tym zakresie. W szpitalu nie ma możliwości wykonania szybkiego testu paciorkowcowego. W czasie kiedy badała dziecko takiej możliwości na nie było. W jej ocenie ilość płynu 3mm i płyn niehyperechogenny świadczą o odczynowym zapaleniu stawów. Można stwierdzić, że takie rozpoznanie oznaczało, że jest podejrzenie obecności bakterii w organizmie, ale jej siedliskiem nie były stawy. Wyjaśniła, że sugerowała konieczność leczenia szpitalnego z uwagi na brak ustalenia bakterii odpowiedzialnej za zakażenie. Wskazała również, że pomna doświadczeń, w dniu dzisiejszym wpisałyby adnotację, że rodzice nie wyrażają zgody na leczenie. Jedynym jej błędem – wyjaśniła – było to, że nie wzięła podpisów rodziców o odmowie leczenia szpitalnego. Wydawało się jej, że rodzice rozumieją sytuację. Matka dziecka pytała ją dlaczego dziecko nie otrzymuje antybiotyków. Wy tłumaczyła, że odczynowego zapalenia nie leczy się antybiotykiem. Nadto brak było podstaw do podania antybiotyku doustnie z tego względu, iż nie wiadomo było – na ówczesnym etapie – jaka jest bakteria. Jeżeli dziecko dostaje lek przeciwwirusowy w przebiegu ospy wietrznej i ma jakieś zakażenie bakteryjne, to nie jest „wszystko jedno jaki antybiotyk dostaje”. Heviran jako silny lek antywirusowy osłabia dziecko więc podanie „wszystko jedno jakiego antybiotyku” nie uważała za słuszną. Wyjaśniła, że wiadomym jest jej fakt pojawienia się rodziców w szpitalu następnego dnia. Wskazała, że wynika to z wykonywania przez nich zaleceń lekarskich. Wiedze o tym fakcie czerpała zaś z rozmowy z doktorem Z.. Wyjaśniła również, że objawy, które zauważyła u J. nie uzasadniały podejrzenia zakażenia paciorkowcem. Każde zakażenie bakteryjne może spowodować wysoki wzrost wskaźnika CRP i niski wskaźnik płytek krwi. Takiego typu objawy mogły powodować też gronkowce. Te objawy jednoznacznie wskazywały na zakażenia bakteryjne. Jeśli było tak wysokie CRP jak w tym przypadku, to bezwzględnie jest wdrożenie antybiotykoterapii, stąd konieczność hospitalizacji i podanie antybiotyków dożylnie w warunkach szpitalnych. W toku rozprawy nie była w stanie wskazać, jakiego rodzaju i w jaki sposób przekazała rodzicom informacje o potrzebie hospitalizacji dziecka. Tłumaczyła, że wysokie czynniki zapalne krwi nie korelują z wyglądem dziecka, i że gdyby nie przeprowadzone badania, nikt by nie przypuszczał, że J. ma rozwijające się zakażenia bakteryjne. Nie umiała opisać jak wyglądało wtedy dziecko. Wyjaśniła, że w czasie badania J. był przytulony do taty, odpowiadał na jej pytania „tak” lub „nie”. Trudno powiedzieć, czy był apatyczny. Z tego co pamięta nie miał gorączki. Wyjaśniła też, że zaleciła przewiezienie dziecka na badanie USG przy zastosowaniu wózka inwalidzkiego, ponieważ odciążanie stawów w przebiegu odczynowego zapalenia stawów jest jednym z zaleceń. Rozmaz jest pomocny w odróżnieniu wirusowego zapalenia stawów od bakteryjnego, ale nie pozwala na ustalenie rodzaju bakterii. Nie przypomina sobie słów, jakim pożegnała rodziców J.. Wyjaśniła, że wskazała szpital (...) jako właściwy dla dalszego leczenia. Nie wypisała antybiotyku, ponieważ przy ospie, przy podawaniu H.i przy zmianach we krwi, uznała, że podanie antybiotyku doustnie nie jest korzystne dla dziecka, dlatego, że jeszcze bardziej obciążałoby dziecko, a nie leczyło. Zostało stwierdzone zapalenie odczynowe lewego stawu biodrowego. Mówiąc o stawach cały czas miała na myśli to rozpoznanie. Przyjęcie w trybie nagłym jest w szpitalu na N.stosowane w przypadku bezpośredniego zagrożenia życia. W kategorii „bezpośredniego zagrożenia życia” mieści się każdy stan uzasadniający możliwość zaistnienia niewydolności krążeniowo – oddechowej, może być odwodnienie, wypadek samochodowy. W momencie kiedy badała dziecko nie było u niego bezpośredniego zagrożenia życia. Wyjaśniła, że badając dziecko zakładała, że może być ono jeszcze zakażone. Na decyzję o hospitalizacji w szpitalu zakaźnym wpływ miała zakaźność ospy. Gdyby nie było ospy, J. mógłby zająć się każdy szpital pediatryczny. Zakaźność ospy determinowała wskazanie na szpital zakaźny. Analizując wyniki badań nie szła w kierunku rozpoznania choroby hematologicznej. Nie szła w tym kierunku, ponieważ wyniki CRP wskazywały na zakażenie bakteryjne. Kontaktowała się z doktorem Z. w sprawie J.. Nie potrafiła jednak wskazać czy miało to miejsce przed wizytą następnego dnia, czy już po niej. Wyjaśniła też, że przekazując pacjentów nie mówi kolejnemu lekarzowi, co ten konkretnie ma zrobić, chyba że chodzi o problem diagnostyczny. Informuje jedynie o fakcie skierowania pacjenta. Wyjaśniła, że nie pamięta już jakimi konkretnie wynikami badań dysponowała, ani kto zlecił badania krwi. Na zakaźność ospy wskazuje okres 7-8 dni i nieprzyschnięte wykwity. Wyjaśniła, że widziała dwa nieprzyschnięte wykwity, które pokazała mi mama, bo sama bym nie zauważyła, ponieważ w większości wykwity były przyschnięte. Odpowiadając na pytania zadawane przez oskarżyciela publicznego wskazała, że można podać antybiotyk o szerokim spektrum działania po pobraniu materiału do posiewu, mimo że u dziecka



był stosowany Heviran. Wyjaśniła również, że jest wiele szczepów bakteryjnych odpowiedzialnych za zakażenie. Najbardziej popularne to gronkowce i paciorkowce. Na pewno jest antybiotyk, który działa na oba te rodzaje, może to być Augmentin, Delacin (k. 737-745 /tom IV./).

**Oskarżony M. Z.** w postępowaniu przygotowawczym nie przyznał się do popełnienia zarzucanego mu czynu. Skorzystał z przysługującego mu prawa do złożenia wyjaśnień. Z wyjaśnień tych wynika, że był kolejnym lekarzem, do którego zgłosili się rodzice chłopca. Poprzedniego dnia dziecko było diagnozowane w tym samym szpitalnym oddziale ratunkowym, gdzie postawiono diagnozę zwiewnego zapalenia stawu biodrowego jako formy zejściowej ospy wietrznej. Chłopiec poprzedniego dnia był badany w izolatce z uwagi na ostatnie dni ospy. Sam badał chłopca na oddziale. Uznał, że dziecko jest już niezakażne. Dziecko było w stanie średnim; wydolne oddechowo i krążeniowo; z czystą skórą bez objawów wynaczynienia. Skarżyło się na bóle stawów. Nie było świeżych wykwitów ospowych. Wykonał badanie USG stawów biodrowych, które wykazało stan zapalny – zwiększoną ilość płynów. Zapoznał się z wynikami morfotycznymi przyniesionymi przez rodziców. Wywołały one jego zaniepokojenie obrazem krwi. Zlecił ponowne wykonanie morfologii i określenia CRP – czynników zapalnych. Wyniki wskazywały na duże przesunięcia w obrazie krwi i podwyższone czynniki zapalne oraz małą ilość płytek. Konsultował te wyniki z lekarzem pediatrą. Razem doszli do wniosku, że ogólny stan dziecka i wyniki badań wymagają dalszej diagnostyki w oddziale specjalistycznym hematologii. Nie pamięta czy konsultacja ta znalazła swoje odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej. Uznał, że żaden z oddziałów szpitala przy ul. (...) nie nadaje się do takiej diagnostyki; że wymaga to szpitala o wyższych referencjach. Oddział pediatryczny szpitala przy N., który w dziewięćdziesięciu procentach jest obłożony dziećmi z biegunkami i zapaleniami płuc nie wydawał się właściwym do leczenia tego dziecka. Konsultacja z pediatrą „szła” w kierunku dalszej diagnostyki hematologicznej w kierunku wykluczenia ostrego napadu białaczki. Wyjaśnił, że telefonicznie porozumiał się ze szpitalem przy ul. (...). Rozmawiał z lekarzem hematologiem będącym w izbie przyjęć na temat badań tego chłopca i jego historii choroby. Uzgodnił przewiezienie dziecka do szpitala przy ul. (...) uzyskując akceptację tamtego lekarza. Zaznaczył, że w rozmowie z hematologiem potwierdził, że dziecko jest niezakażne, ponieważ nie stwierdził obecności świeżych wykwitów. Uzgodnił z rodzicami, że przewiozą dziecko własnym transportem, dlatego że będzie to sprawa kilkunastu minut. Nie brał pod uwagę przewozu karetką pogotowia, którą nie dysponuje szpital z uwagi na czas oczekiwania sięgający nawet kilku godzin. Rodzice na to przystali. Chłopiec był wydolny oddechowo i krążeniowo. Jedyne skargi jakie zgłaszał były związane z bólami stawów biodrowych. Dziecko znajdowało się pod jego opieką półtorej godziny. Wyjaśnił, że w tym czasie wykonał wszystkie procedury, które mógł wykonać w SOR. SOR nie dysponuje antybiotykami takiego leczenia tam się nie prowadzi. Wyjaśnił, że lekarz z Litewskiej w rozmowie z nim stwierdził konieczność dalszej diagnostyki hematologicznej i zgodził się przyjąć dziecko. Miał tylko wątpliwości związane z ospą – czy jest ona zakończona, czy nie. Wyjaśnił, że kierując dziecko do szpitala o wyższych referencjach miał na uwadze potrzebę przeprowadzenia szerokiej diagnostyki. Objawy występujące u chłopca nie pasowały do sepsy. Diagnozę sepsy odsuwały przesunięcia w obrazie krwi oraz objawy bólów w stawach. Obraz sepsy był też zaciemniony przez fakt, że dziecko chorowało na ospę wietrzną (k. 382-386 /tom II./).

W toku postępowania sądowego nie przyznał się do popełnienia zarzucanego mu czynu. Wyjaśnił, że dziecko zgłosiło się do niego w dniu 28 grudnia 2008 roku, do szpitala na ul. (...), gdzie pracował i miał dyżur. Wyjaśnił, że wiedział, że takie dziecko do niego się zgłosi, ponieważ było poprzednio badane w oddziale. Powołując się na niepamięć wyjaśnił, że o tym fakcie informowała go doktor J. albo otrzymał w tym zakresie informację z rejestracji. Poprzedniego dnia dziecko było oglądane z powodu odczynowego zapalenia stawów biodrowych jako powikłania po ospie wietrznej. Tam były wątpliwości, czy ta ospa jest w trakcie zakażenia, czy już jest zakończona. Zdecydował, że dziecko będzie badane i oglądane na sali ogólnej a nie w izolatce, ponieważ nie stwierdził świeżych wykwitów ospowych, co miało świadczyć o tym, że sprawa ospy jest zakończona. W wywiadzie rodziców i w przeprowadzonym badaniu potwierdziły się objawy bolesności stawów. Dziecko było w ogólnym stanie dobrym, wydolne krążeniowo i oddechowo. Zlecił kontrolne badanie USG, które wykazało rzeczywiście trwające zapalenie stawu biodrowego o charakterze odczynowym, jednakże z mniejszą ilością płynu w stawie biodrowym. Zapaleniu temu towarzyszyło zapalenie błony maziowej. Płyn opisywany w badaniu był wysiękowy, nieropowiczy. Wyjaśnił, że przejrzał wyniki morfotyczne, które przynieśli rodzice. Były to badania sprzed dwóch, trzech dni. Były one oczywiście niepokojące, gdyż wskazywały one na wzrost czynników zapalnych i obniżoną ilość płytek - chyba leukopenia miernego stopnia. Zlecił wykonanie kontrolne badań, co

oczywiście trwało jakiś czas. Po fakcie dowiedział się, że krew była pobierana dwukrotnie, przy czym nie było mu wiadome z jakich przyczyn. Wyjaśnił, że nie wiedział czy były jakieś zanieczyszczenia w probówce, czy błąd pobierania, czy błąd komputerowy. Wynik otrzymał po godzinie. W tym czasie dziecko leżało w sali obserwacyjnej pod opieką rodziców i nic w jego stanie ogólnym się nie zmieniało. Ponieważ wynik tego badania krwi był bardzo niepokojący tzn. znacznie spadła ilość płytek krwi w stosunku do dnia poprzedniego, była podwyższona leukocytoza, znacznego stopnia leukopenia – wszystko było na tyle niepokojące, że zdecydował się skierować dziecko do leczenia szpitalnego. Wyjaśnił, że jako lekarz SOR nie ma żadnego wpływu na rodzaj oddziału, w jakim dziecko się znajdzie w wyniku skierowania, może jedynie kierować je do izby przyjęć danego szpitala. Uznał, że w tym wypadku najlepszym miejscem, gdzie dziecko może się znaleźć, będzie któryś ze szpitali klinicznych mogących prowadzić dalszą diagnostykę i leczenie. Do wyboru miał właściwie trzy szpitale w W.: Centrum (...), Instytut (...), Klinika Akademii Medycznej przy ul. (...). Wybrał tę trzecią klinikę ze względu na bliskość i czas przejazdu, i oddziały tam istniejące. Bliskość i czas przejazdu był czynnikiem dla niego istotnym przy wyborze placówki, z uwagi na czas trwania choroby dziecka i możliwości diagnostyczne szpitala. Dziecko wymagało szybkiej interwencji z uwagi na wyniki badań, czas trwania choroby i diagnostykę. Wygląd dziecka nie zmienił się. Wygląd dziecka i stan był zupełnie nieadekwatny do wyników badania morfotycznego. Wynik badań i stan dziecka nie pozwalały mu stawiać jakiejś dokładnej diagnozy, dlatego uznał, że skieruje dziecko z ogólnym rozpoznaniem jako „zespół hematologiczny”. Wyjaśnił, że tym rozpoznaniem mieściły się wszystkie niepokojące go objawy, które stwierdził w oparciu o badanie dziecka, wywiad rodziców, wyniki badań i stan ogólny dziecka. Sprawdził możliwość przewozu dziecka karetką pogotowania. Dowiedział się, że jest taka możliwość, iż czas oczekiwania na karetkę będzie wynosił 3 godziny, ale będzie to karetka transportowa tylko z ratownikiem, bez lekarza. Poprosił rodziców o rozmowę, gdzie jasno przedstawił swoje wątpliwości i cały niepokój. Zaproponował przewóz dziecka - tak jak przyjechało do szpitala - to jest samochodem rodziców, ponieważ w takim wypadku byłoby to tylko kwestią przejazdu przez W.; czas przejazdu wynosiłby około dziesięciu minut. Badania morfotyczne konsultował z dyżurnym pediatrą, który poparł decyzję skierowania dziecka do szpitala przy ul. (...). W czasie pobytu dziecka w szpitalu jego stan się nie zmienił. Opuściło SOR i pojechało do szpitala na ul. (...) w takim samym stanie, w jak przybyło. O śmierci tego dziecka dowiedział się następnego dnia. Kierując dziecko na Litewską wykonał telefon do izby przyjęć informując, że takie dziecko zaraz tam dotrze, że badania są niepokojące, i że prosi i informuje, że dziecko nie powinno czekać na izbie i powinno być szybko przyjęte, by trafiło na właściwy oddział. Wyjaśnił, że zazwyczaj nie praktykuje się tego postępowania - dzwonienia do innego szpitala; chyba, że jest to uzasadnione danym przypadkiem, niepokojem o stan zdrowia. Wyjaśnił, że nie miał możliwości leczenia dziecka antybiotykami. Dożylnie leczenie, a tylko takie wchodziło w grę, jest domeną oddziałów szpitalnych; nie prowadzi się go ambulatoryjnie. Kiedy badał dziecko widział konieczność wdrożenia antybiotykoterapii i tego byłem w pełni świadomy, i to był powód skierowania dziecka do oddziału szpitalu na ul. (...). Dokąd by dziecko nie skierował, powinno ono antybiotyk otrzymać. Wyjaśnił, że pod rozpoznaniem „zespół hematologiczny” kryje się wiele jednostek chorobowych począwszy od wszelkiego rodzaju niedokrwistości, białaczek, również chorób nowotworowych dzieci, do sepsy włącznie; białaczka to ostry zespół objawów prowadzących do zmian morfotycznych w obrazie krwi; do zmian morfotycznych w obrazie krwi mogą prowadzić chociażby powikłania po ospie wietrznej. W wyjaśnieniach swoich wskazał dalej, że powikłania po ospie wietrznej nie można jednak utożsamiać z białaczką. Sepsa to posocznica - inaczej rozwój bakteryjny we krwi, który daje konsekwencje w ropnych stanach zapalnych stawów, który prowadzi do niewydolności krążenia, niewydolności oddechowej. Może to być proces trwający kilka godzin, jak i kilka dni. Charakterystycznym objawem jest wykrzepianie naczyń, czyli wybroczyny na skórze, które w ogólnym obrazie dają podstawy do rozpoznania sepsy. Nie można jednoznacznie definiować sepsy jako zespołu objawów reakcji organizmu szczególnie u dzieci. Wyjaśnił, że zapoznał się z kartą pacjenta z poprzedniego dnia i nie było w niej wzmianki o braku zgody rodziców na hospitalizację. Odmowę rodziców na wyrażenie zgody rodziców na hospitalizację dokumentuje się podpisem składanym na karcie wypisowej w SOR, która również służy za skierowanie do szpitala, gdyby taka zgoda była. Musi być złożony podpis opiekuna prawnego. Nie zwracał uwagi na rozbieżność między informacjami przekazanymi mu przez poprzednika a zapisami w karcie pacjenta. Wyjaśnił, że ważne dla niego było dziecko a nie papiery. Ważne było, by trafiło ono do diagnostyki. Diagnoza, którą postawił poprzednik – odczynowe zapalenie stawów – była powiązana z rozpoznaniem „zespołu hematologicznego”, który był powikłaniem dotychczasowego procesu chorobowego – ospy wietrznej. Wskazał również, że w „zespołach hematologicznych” jednym z czynników są też odczyny stawowe. Często w białaczkach występują bóle w stawach. Mając na uwadze te kryteria oraz wynik badania morfotycznego, a nadto

badanie kliniczne dziecka dokonał rozpoznania „zespołu hematologicznego”. Wyjaśnił, że w badaniu klinicznym nie stwierdził podstawowego objawu sepsy – wykrzepień. Brał pod uwagę, że dziecko było po ospie; że miało uogólnione bóle stawowe. Brał również pod uwagę wynik badania krwi i USG. Te wszystkie czynniki dały asumpt do stwierdzenia konieczności przeprowadzenia dalszej diagnostyki w warunkach szpitalnych. Po przedstawieniu całej sytuacji rodzice nie oponowali przyjęciu dziecka do szpitala. Przy podejmowaniu decyzji o skierowaniu dziecka do szpitala uwzględniał sepsę. Wyjaśnił, że - przecież – w „zespole hematologicznym” sepsa jest również uwzględniona. Zastrzegł jednak, że na etapie, w którym miał styczność z dzieckiem, nie miał na myśli sepsy – jako takiej, ponieważ na ówczesnym etapie nie miał podstaw do jej rozpoznania. O podejrzeniu wskazującym na możliwość - w konsekwencji - rozwoju sepsy, mogła świadczyć również gorączka. W czasie badania dziecko nie miało podwyższonej ciepłoty ciała. Z tego, co mu było wiadomo, dwa dni przed, wystąpił epizod podwyższonej ciepłoty ciała, jednak w czasie badania dziecko nie miało temperatury. Te wszystkie informacje czerpał od rodziców oraz karty. Wyjaśnił, że potrzebę konsultacji z lekarzem pediatrą dostrzegł po analizie wyników badania krwi. Potrzeba ta wynikała z konieczności podjęcia decyzji, co do miejsca, w którym miałyby być prowadzona dalsza diagnostyka. Było zagrożenie pogłębiającej się choroby. Wątpliwości pojawiały się w sytuacji porównania wyników badań dziecka i jego stanu ogólnego. To należało w kolejnych badaniach diagnostycznych wyjaśnić. Dziecko powinno być diagnozowane w oddziale specjalistycznym. W SOR nie było takiej możliwości. Hipotetycznie – na potrzeby składanych wyjaśnień – wskazał, że gdyby okazało się, że w czasie badania w warunkach SOR rozpoznałby początki reakcji organizmu na zakażenie - sepsę, wówczas skierowałby pacjenta do leczenia szpitalnego w oddziale. Mógłby to być również oddział szpitala na ul. (...). Mając tego typu wątpliwości wiedział, na co może liczyć w zakresie diagnostyki w szpitalu na (...)i w szpitalu na (...). Dziecko wymagało specjalistycznych badań, których na N.by nie zrobiono. Odpowiadając na pytania oskarżyciela publicznego wyjaśnił, że rodzice przekazali mu, że byli poprzedniego dnia w oddziale, że mieli zaleconą kontrolę w dniu dzisiejszym, że dziecko leczone jest z powodu zapalenia stawów, że dziecko ma napadowe bóle stawów, że bolą je stawy biodrowe. W czasie badania dziecko pozostawało w kontakcie słownym. Było spokojne. Momentami było płaczące, zwłaszcza kiedy badał stawy; była bolesność stawów. Poza bolesnością stawów dziecko nie zgłaszało innych bólów. W tym wieku kontakt z dzieckiem jest ograniczony. Istotne jest, że dziecko nie wrywa się, nie krzyczy, że dziecko daje się zbadać. Nie pamięta, co mówili rodzice na temat gorączki. Nie umiał powiedzieć, czy w czasie pobytu w SOR dziecko miało badaną gorączkę. Tym już zajmują się pielęgniarki. W ogólnym badaniu nie czuł podwyższonej temperatury. Poza wykwitami ospowymi przyschniętymi nie stwierdził żadnych zmian skórnych; żadnych wybroczyn u dziecka nie było. Dziecko w czasie pobytu w SOR było przez niego zbadane jednokrotnie. Przed opuszczeniem przez dziecko SOR obserwował je. Był moment kiedy ono spało. Widział moment jak siedziało na kolanach u któregoś z rodziców. Nie zaordynował podania dziecku leków. Poprzednio wydane diagnozy miały znaczenie dla jego rozpoznania. Był to proces przebiegający jako powikłanie schorzenia, którego istoty na podstawie przeprowadzonych badań, nie był w stanie określić. Dlatego też dziecko kierował do specjalistycznego oddziału szpitalnego. Wyniki kliniczne i morfologiczne nie wskazywały na jedną konkretną jednostkę chorobową, wręcz były rozbieżne w zakresie złych wyników morfologicznych a ogólnym wyglądem dziecka. Żeby wygląd był adekwatny do wyników, to potrzebny byłby pierwszy objaw: wysokiej temperatury, drugi objaw: wybroczyny, wreszcie: zaburzenie świadomości przy wysokiej temperaturze tzn. dziecko musiałoby łać się przez ręce. Wyjaśnił, że typowy przebieg ospy to wysypka i niezbyt wysoka temperatura. Odczyny stawowe w ospie są jej nietypowym objawem ale się zdarzają. Nie rozmawiał z żadnymi lekarzami, którzy wcześniej mieli styczność z dzieckiem, oprócz doktor J.. Doktor J.mówiła tylko, że dziecko wróci i będzie do obejrzenia. Mówiąc o specjalistycznych badaniach miał na myśli badania szpiku, krzepliwości. Według jego oceny dziecko nie mogło trafić do oddziału pediatrycznego na ul. (...), bo w tym okresie czasu leżały tam głównie biegunki i zapalenia płuc. Szpital nie dysponuje konsultantami, zwłaszcza w niedziele na ogół na oddziałach dyżurują stażyści. Niemożność przeprowadzenia badań na ul. (...)wynikała bardziej z braku personelu. Niemniej jednak z uwagi na podejrzenia hematologiczne, do diagnozy dziecka potrzebni byli specjaliści w tej dziedzinie. Wyniki morfologiczne krwi były bardzo niepokojące ale w jego ocenie nie stanowiły zagrożenia dla życia dziecka. Dziecko wymagało dalszej diagnostyki i podjęcia leczenia m.in. tej antybiotykoterapii, która przy tych podwyższonych czynnikach zapalnych była konieczna. Wiek pacjenta miał znaczenie dla rozwoju sepsy. Im młodsze dziecko, tym przebiega ona gwałtownie. Na etapie badania dziecka nie miał wątpliwości, co do zakaźności ospy; przyschnięte pęcherzyki wskazywały na zakończenie tego okresu zakaźności. Informacja o zgonie pacjenta, którą otrzymał następnego dnia była dla niego zaskakująca. Zapoznał się z dokumentacją pacjenta. Badanie USG wykazywało lepszy stan stawu. Nie widział zmian

wskazujących na gorszy stan zdrowia. Wyjaśnił, że bez wykrzepień można podejrzewać sepsę, ale wykrzepianie jest momentem decydującym dla stwierdzenia sepsy - jako rozpoznania ostatecznego. Żaden ze stwierdzonych przeze niego objawów nie wskazywał na podejrzenia sepsy. Wyjaśnił również, iż patrząc retrospektywnie, może przychylić się do opinii, że była to narastająca sepsa. Na etapie, kiedy badał dziecko, miał tylko jedno badanie, które wymagało dalszych dociekań. Sepsę leczy się antybiotykiem, głównie antybiotykiem. Jeżeli stwierdza się sepsę postępowanie zazwyczaj jest takie, że pobiera się posiew. Po dwudziestu czterech godzinach zazwyczaj jest wynik antybiogramu, ale na ogół podaje się natychmiast antybiotyk o szerokim spektrum działania i o tym decydują już lekarze zgodnie ze swoim doświadczeniem. Odpowiadając na pytania pełnomocnika oskarżycieli posiłkowych wyjaśnił, że wyniki badań, jakimi dysponowali rodzice były wynikami tzw. starymi. Jako takie wymagały więc ich zweryfikowania. Dysponując nowymi wynikami porównywał poszczególne wskaźniki ze starymi i to właśnie różnica pomiędzy nimi wzbudziła jego niepokój. Pamiętał, że kilkukrotnie wzrosło CRP i spadła liczba płytek krwi w porównaniu do poprzednich badań. Wzrost wartości CRP ze 123 do 263 jest znaczący. Spadek płytek krwi z 62.000 do 10.000 jest niepokojący. Taki spadek wskazuje o rozwoju różnych chorób. Jest to jedno z badań szcążkowych. Taki spadek płytek krwi też może wskazywać, że postępuje wykrzepianie. Jeśli chodzi o badanie USG to pamiętał, że wynik tego badania był lepszy niż z poprzedniego dnia. Płyn był przejrzysty, nie ropny. To badanie niczemu nie pomagało, ani nie przeszkadzało w dalszym procesie postępowania medycznego. Ilość płynu znajdująca się w stawie nie była niepokojąca, była typowa dla odczynowego zapalenia. Nie pamiętał, czy poprzedniego dnia były badane dwa stawy. Nie pamiętał wyniku pierwszego badania USG. Skupił się na stawie biodrowym. W tym zakresie, o jakim mówił, wynik był lepszy. Zaatakowanie kolejnych stawów nie miało znaczenia dla dalszej diagnostyki, potwierdzało tylko, że jest odczyn stawowy. Obrzęk i ból stawów wskazuje na infekcję stawów. SOR nie dysponuje antybiotykiem o szerokim spektrum działania. Taki antybiotyk podaje się dożylnie w warunkach oddziału szpitalnego. Podanie antybiotyku o szerokim spektrum działania wymaga obserwacji dziecka. Taka obserwacja jest potrzebna ze względu chociażby na ryzyko wstrząsu. Dziecko wymagało dalszej diagnostyki, bo ta sepsa była jedną z wielu rzeczy, które mogły u dziecka się dziać. Do tego potrzebne były warunki szpitalne na ul. (...). Oba szpitale dzieliło dziesięć minut drogi. W razie przyjęcia na ul. (...), w ramach SOR, również mógł skierować pacjenta tylko na izbę przyjęć. Wyjaśnił, że w czasie swojej kariery zawodowej stykał się z sepsą, którą stwierdzano zazwyczaj w trakcie leczenia – w szpitalach. Rozwój sepsy może trwać zarówno kilka godzin jak i kilka dni. Dynamika narastania i rozwoju jest zależna od różnych czynników: odporności dziecka, wieku dziecka, rodzaju bakterii. Rodzaj głównej choroby też wpływa na rozwój sepsy, ponieważ determinuje rodzaj bakterii, jej rozwój, osłabienie odporności. Dziecko przebywało na SOR tyle, ile wymagało badanie. Wyjaśnił, że nie mógł brać pod uwagę czy proces chorobowy będzie postępował, czy nie. Nie miałem meldunku ze strony pielęgniarek, że temperatura jest podwyższona; że coś jest nie w porządku. Wyjaśnił, że nie pamięta czy zwracał się do pielęgniarek z pytaniem o temperaturę ciała dziecka. W kartach wpisywane są na ogół odchylenia od normy. Nie pamięta, czy rodzice mówili mu, że podają leki obniżające gorączkę, ale wiedział, że takie leki są podawane, ponieważ zazwyczaj są podawane w odczynowym zapaleniu stawów. W czasie trzech i pół godziny nie zanotował takiej sytuacji, która wskazywałaby, że stan dziecka się pogarsza. Nie pamięta, czy dowiedział się od rodziców, że w czasie jego nieobecności dziecko zwymiotowało, oddało stolec. Nie pamięta, czy dziecko oddało stolec, bo to jest normalna sytuacja, jeżeli chodzi o dzieci; zmienia się pieluchę. Nie miało to charakteru biegunki. Rodzice nie mówili czy dziecko często oddaje stolec. Nie oglądał tego stolca. Wyjaśnił, że nie pamięta czy rodzice mówili o tym. Pamiętał, że na pewno nie oglądał stolca. Porównując wszystkie dane źródłowe: wywiad rodziców i wyniki badań, stan ogólny dziecka nie budził jego niepokojem tak, jak wyniki. Dziecko było wydolne krążeniowo i oddechowo. Nie ma granicy pomiędzy stanem dobrym a złym. Można mówić jeszcze o stanie średnim. Jeżeli określamy, że stan jest zły może wchodzić zagrożenie życia. W stanie średnim raczej nie można mówić o zagrożeniu życia. Bardziej o chorobie wymagającej leczenia. Każde dziecko czy jest w złym, czy w dobrym stanie jeśli jest chore, wymaga leczenia. Informacje o temperaturze, stolcach nie muszą znajdować się w karcie chyba, że jest to istotna zmiana w pogorszeniu stanu ogólnego. Ta karta jest właściwie wstępem do dalszej diagnostyki. Wskazaniem na istotne rzeczy; o pewnych odchyleniach od normy. Pojawienie się wybroczyn nie jest ostatnim etapem sepsy. Wtedy może być już za późno na podanie antybiotyku. Tym bardziej, że podaje się antybiotyk o szerokim spektrum działania, który może nie zadziałać. Wyjaśnił, że w ramach SOR nie podawał leków przeciwbólowych, ponieważ miał świadomość, że dziecko najprawdopodobniej dostało takie leki z uwagi na proces leczenia odczynowego zapalenia stawów. Nie podał leku przeciwbólowego z uwagi na potrzebę dalszej diagnostyki i możliwość zamazania obrazu chorobowego. Odpowiadając na pytania pełnomocnika oskarżycieli

posiłkowych wyjaśnił też, że doktor J. przekazała mu, że rodzice odmówili zgody na pozostawienie dziecka w szpitalu. W jego ocenie rodzice zaakceptowali hospitalizację na ul. (...). SOR na N. przyjmuje dzieci i podejmuje dalsze decyzje co do skierowania dziecka do dalszej placówki. Jest odrębną od szpitala jednostką organizacyjną. Jeżeli rodzic przyjeżdża ze skierowaniem do szpitala to powinien udać się na Izbę Przyjęć, a jeśli przyjeżdża do (...) to jest tam przyjmowany. Wyjaśnił, że myślał, iż rodzice zgłosili się na SOR, ponieważ dziecko wymagało konsultacji z powodów nie do końca mu znanych. Jego koleżanka - jeżeli dziecko nie trafiło do oddziału - prosiła o obejrzenie go jeszcze raz. Rodzice nie sprawiali wrażenia jakby byli zagubieni w strukturze służby zdrowia. Nie rozmawialiśmy na ten temat, po prostu przyjechali na konsultacje do SOR. Struktura jest jaka jest. Często się zdarza, że na SOR rodzice przyjeżdżali ze skierowaniami szpitalnymi. Jeżeli dziecko przychodzi na SOR to musi zostać zbadane, nie można tego zaniechać. Oczywiście skierowanie jest jakąś wskazówką mówiącą o tym, co mu dolega, ale dziecko, które przekracza próg SOR musi być obejrzone bez względu na papiery, które ma ze sobą. Wyjaśnił, że posiadana specjalizacja medyczna nie ograniczała go w możliwości podjęcia decyzji co do leczenia dziecka. W tym bowiem zakresie skorzystał z konsultacji z lekarzem pediatrą, który stwierdził konieczność natychmiastowego leczenia szpitalnego. Wyjaśnił też, że pacjent nie trafił bezpośrednio do dyżurującego w tym dniu lekarza pediatry z uwagi na rozpoznanie odczynowego zapalenia stawów. Odnośnie wyboru środka transportu wyjaśnił, że z uzyskanych od rejestratorki informacji wynikało, że karetka z ratownikiem mogłaby przyjechać po upływie trzech godzin. Dziecko jechałoby tą karetką na kolanach rodziców, tak jak i samochodem. Nie analizował możliwości zaparkowania prywatnego pojazdu przed wyjazdem do szpitala na ul. (...). Nie było takiej sytuacji, żeby kazał zostawić dziecko w samochodzie. Dziecko miało trafić do izby przyjęć. Podkreślił, że właśnie w tym celu kontaktował się z lekarzem ze szpitala przy ul. (...). Odpowiadając na pytania oskarżycielki posiłkowej powtórzył, że nie kierował do matki dziecka polecenia, żeby udała się z wynikami do lekarza na izbę przyjęć, a dziecko oczekiwało w samochodzie. Z lekarzem z Litewskiej kontaktował się bezpośrednio przed wyjazdem rodziców dziecka z N. albo w chwili ich wyjazdu. W rozmowie z lekarzem z ul. (...) powiedział mu, że będzie potrzebny hematolog. Brał pod uwagę, że gorączka jest zbita lekami przez rodziców i dlatego skierował dziecko do dalszego leczenia szpitalnego. Nie ma określonych standardów transportowania pacjentów z małą ilością płytek krwi. Podejmując decyzję o transporcie nie zakłada się sytuacji nadzwyczajnych. Mała ilość płytek krwi nie powinna skutkować tym, że w razie nadzwyczajnego szarpnięcia, wypadku, dziecko może zginąć. SOR działa jako samodzielna jednostka na terenie danego szpitala. Szpital zapewnia etaty, sprzęt. Ten oddział ma diagnozować kiedy ma leczyć, albo kierować do właściwego oddziału szpitalnego. Pani doktor J. - C. jest zastępcą ordynatora od kilku lat. Została powołana do pełnienia tej funkcji jeszcze przed zdarzeniem. Bezpieczeństwo w karetce transportowej jest podobne do bezpieczeństwa w samochodzie w foteliku. Pacjent wysłany karetką trafia na izbę przyjęć. Nie ma reguły o pierwszeństwie przyjęcia pacjenta z uwagi na transport karetką. Odpowiadając na pytania oskarżyciela posiłkowego wyjaśnił, że nie kierował dziecka do oddziału hematologicznego, bo nie miał takich uprawnień. Wskazał tylko na problem dotyczący pacjenta. Decyzję podjąć powinien lekarz z izby przyjęć. Na wybór szpitala na ul. (...) wpływ miały wyniki badań krwi. W jego ocenie dziecko wymagało konsultacji hematologicznej. Nie ma uprawnień do kierowania na konkretny oddział. Z uwagi na wyniki badań uważał, że dziecko powinno trafić do specjalistycznego szpitala w zakresie nefrologii i hematologii. Doktor K. jest pracownikiem SOR. Towarzyszący jego konsultacji lekarz P. S. był na rezydenturze. Nie można mówić o pilności antybiotykoterapii. Dziecko powinno trafić na oddział i tam powinno się podać antybiotyk. W momencie badania dziecka była to jedna z ewentualności, co do dalszego postępowania. Przy tak wysokim czynniku stanu zapalnego antybiotyk taki powinien być podany. Nie rozważał tego, czy może mieć pewność podania takiego antybiotyku na oddziale we właściwym szpitalu. To są decyzje lekarza, który dziecko obejmuje i który dziecko prowadzi. Będąc na miejscu lekarza w oddziale, taki antybiotyk by podał, ale są to suwerenne decyzje lekarza pracującego w oddziale. Jest taki zespół jak inwazyjne zapalenie paciorkowcowe. Nie posiada wiedzy na temat jego objawów. Objawy tej jednostki mogą być różne, łącznie nawet z tym zapaleniem stawów, zapaleniem płuc. Pytanie o możliwość rozpoznania przez niego takiej jednostki uznał za teoretyczne, ale nawet gdyby je rozpoznał, to i tak zobowiązany był skierować dziecko do właściwego szpitala. Tego typu schorzenia nie brał jednak pod uwagę. Dziecko musiało trafić do właściwego szpitala, ponieważ w ramach SOR jako lekarz nie przewidywał i nie rozpoznał inwazyjnego zapalenia paciorkowcowego. Wyniki dziecka mogły wskazywać na takie rozpoznanie. Wyniki dziecka mogły wskazywać na zakażenie bakteryjne, ale to wymagało diagnozy i właściwego postępowania we właściwym oddziale szpitalnym. Wyjaśnił, że nie pamięta tego typu rozmowy z ojcem dziecka, że dziecko oddało wolny stolec i zwymiotowało. Nie pamiętał, czy ojciec dziecka pytał go o kwestie bezpieczeństwa dziecka w czasie transportu do

innego szpitala. Pewnie dziecku w czasie pobytu zbadano ciśnienie, ale nie pamięta jakie były jego wartości. Nie potrafił powiedzieć ile razy zaglądał do pacjenta. Sala, w której leżało dziecko, to sala obserwacyjna na terenie SOR. Nawet jakby skierował dziecko na N.to nie miałyby wpływu na decyzje lekarza. Odpowiadając na pytania swojego obrońcy wyjaśnił, że stan dziecka od momentu przybycia do szpitala na ul. (...)do momentu wysłania go na ul. (...)nie zmienił się. Odpowiadając na pytania obrońców pozostałych oskarżonych wskazał, że rozpoznając „zespół hematologiczny” miał na myśli szerokie spektrum chorób nowotworowych. Według jego wiedzy w literaturze fachowej jest taka nazwa jak „zespół hematologiczny”. W skład „zespołów hematologicznych” wchodzi takie jednostki chorobowe jak: choroby nowotworowe, zespoły wykrzepiania, zespoły niedokrwistości. Ogólnie „zespołów hematologicznych” nie leczy się antybiotykami. Wyjaśnił, że dziecko wymagało antybiotykoterapii z uwagi na wysokie czynniki zapalne i dlatego kierował dziecko do kliniki. Na oddział hematologiczny nie można przyjąć dziecka z toczącym się zakażeniem bakteryjnym. Stąd jego decyzja o skierowaniu dziecka do izby przyjęć. Nie sugerował żadnego oddziału, na który dziecko miałoby być przyjęte. Ta decyzja została pozostawiona lekarzowi z izby przyjęć. Miał ją podjąć na podstawie wyników, które otrzymał. Wpisanie w karcie informacyjnej rozpoznania „zespołu hematologicznego” nie sugeruje oddziału, na który dziecko ma być przyjęte. Sugeruje na pewno konieczność oceny stanu dziecka przez hematologa. Wyjaśnił, że nie umie odpowiedzieć na pytanie, jakie badania można było wykonać na ul. (...), których nie można było wykonać na N.w niedzielę. Kierując dziecko w niedzielę nie sugerował się tym, jakie badania będzie można wykonać na ul. (...). Być może w poniedziałek można było je wykonać. Rozmawiając z lekarzem na ul. (...)na pewno mówił, że ma przy sobie wyniki hematologiczne wskazujące na wysokie czynniki zapalne. Nie musiał podejmować decyzji na jakim oddziale dziecko powinno być hospitalizowane, to już nie należało do niego. Decyzja w tym zakresie jest bardzo trudna. W szpitalu na oddziale ratunkowym nie ma możliwości podejmowania takich decyzji. Kierując dziecko na ul. (...)kierował się tym, że na N.nie ma oddziału hematologicznego. To była podstawowa sprawa. Brał też pod uwagę możliwości i rangę szpitala na ul. (...). Wybrał najbliższy szpital z wysokimi referencjami. Wyjaśnił, że zna realia szpitala na ul. (...). Przeprowadzona diagnostyka na ul. (...)doprowadziłaby do tego, że i tak w poniedziałek proszono by o konsultację hematologiczną. Był zatem przekonany, że są to tak pilne rzeczy, które trzeba jak najszybciej wykonać. W jego ocenie, w momencie badania dziecka nie było ono odwodnione. Nie rozmawiał z rodzicami dziecka o tym, czy dziecko jest odwodnione, czy też nie. Podczas pobytu na oddziale dziecko nie było nawadniane dożylnie. Nie wiedział czy rodzice poili dziecko. Nie interesował się czy dziecko przyjmowało płyny. Nie miał takich meldunków, że dziecko ma biegunkę, że dziecko wymiotuje. Żeby podstawić diagnozę, że dziecko ma sepsę potrzebne są: badania krwi, ogólne badanie dziecka, gdzie może być ciepłota, gdzie mogą być biegunki; decydującym czynnikiem jest wykrzepianie wewnątrznaczyniowe. Żeby rozpoznać sepsę w badaniu krwi, musi być stwierdzona leukocytoza, obniżone płytki krwi, limfopenia. W pewnej części to badanie krwi mówiło o sepsie, ale te wyniki nie były adekwatne do wyglądu dziecka. Żeby wykryć sepsę w badaniu krwi należałoby znaleźć bakterie. Lecz w SOR takich badań się nie wykonuje. Pobranie posiewu zajmuje od 24 do 48 godzin, kiedy dziecko może być już w innej jednostce albo nie przebywać w SOR. Do rozpoznania sepsy powinna być stwierdzona obecność bakterii we krwi. Czytał w literaturze o przypadkach powikłań ospy w postaci białaczki. Choć nie pamiętał już gdzie. W swoim badaniu nie stwierdził wykrzepiania. Jeśli stwierdzone jest wykrzepianie to konieczne jest podanie antybiotyku, który w pewnych przypadkach pomaga, a w pewnych nie. Skuteczność działania antybiotyku zależy od organizmu dziecka. Jego stanu. W przypadku stwierdzenia wykrzepiania podaje się antybiotyk o szerokim spektrum działania jeszcze przed uzyskaniem wyniku posiewu. Wyjaśnił również, że badając dziecko nie widział świeżych, nieprzyschniętych wykwitów. W historii choroby, którą widział była wzmianka z dnia poprzedniego, która dotyczyła jakiegoś drobnego, świeżego wykwitu w okolicy stawu kolanowego. Wyjaśnił, że nie pamięta, jaką informację dotyczącą ospy zamieścił w karcie informacyjnej. Informacja o 8. – 9. dobie ospy nie niesie ze sobą wskazania o zakaźności. Gdyby ospa nosiła takie znamiona to wpisałby, że są świeże wykwyty. Ta informacja o dobie ospy nie wskazuje jednoznacznie na zakaźność ospy. W jego ocenie sprawa ospy była zakończona z uwagi na brak świeżych wykwitów. Ocena czy ospa nie zakaża to jest bardzo indywidualna ocena. Każdy lekarz stykający się z tą kwestią musi ją dalej wyjaśnić, jeżeli dziecko ma być dalej leczone i diagnozowane. W jego ocenie lekarz z izby przyjęć decydujący o przyjęciu dziecka musi tę pewność mieć. Była możliwość pozostawienia dziecka na ul. (...)i przeprowadzenia konsultacji hematologicznej, ale dopiero w poniedziałek. To zbyt poważna sprawa by konsultować ją telefonicznie. Konsultacja polega na ogólnym badaniu dziecka. Nie można konsultować dziecka bez zbadania dziecka. Wyjaśnił, że nie widział możliwości przesłania rozmazu do konsultacji hematologicznej. Jako lekarz SOR takiej możliwości nie miał. Każdy lekarz na swoim stanowisku podejmuje decyzje indywidualnie. Ze względu na

wyniki badań, które pacjent miał ze sobą zawarł w karcie zapis o konsultacji. Jego rozpoznanie to ogólne rozpoznanie wstępne, a nie rozpoznanie końcowe. Była to pewna sugestia, która wymagała wyjaśnienia. Decyzje o skierowaniu dziecka do odpowiedniego oddziału są trudne. Powinny być poparte dodatkowymi badaniami. Nie rozważał trudności z przyjęciem dziecka zakażającego na ul. (...), ponieważ wiedział, że dziecko będzie konsultowane. Decyzje o przyjęciu podejmuje lekarz. Gdyby przyjął, że jest zakaźność ospy to najprawdopodobniej kierowałby dziecko do szpitala zakaźnego. Ważniejsze dla niego były wyniki morfotyczne, niż sprawa ospy, którą ostatecznie uważał za zakończoną. Powiedział rodzicom, że na Litewskiej mają się zgłosić z dzieckiem na izbę przyjęć z kompletem badań. Nie podawał takich informacji lekarzowi, że stan dziecka może być ciężki i zagrażać życiu. Jego informacja była bardzo krótka, że kieruje dziecko mając takie badania a nie inne. Telefon wykonał albo w momencie wyjazdu lub tuż przed wyjazdem rodziców z N.. Wyjaśnił, że nie pamięta czy informował lekarza ze szpitala przy ul. (...) o tym, czy pacjent jedzie karetką, czy transportem własnym. Nie informował lekarza o możliwości podania antybiotyku. Nie miał możliwości podania antybiotyku. W czasie pobytu dziecka w oddziale znajdowało się ono w logicznym kontakcie, reagowało przy badaniu na ból. Rozmawiał z hematologiem przypadkowo, ponieważ jego intencją było skontaktowanie się z lekarzem z izby przyjęć. Nie odsyłał dziecka tylko kierował do właściwego leczenia – w ośrodku o wysokich referencjach. Kierując dziecko na Litewską miał na myśli zakres diagnostyki hematologicznej, na której konieczność przeprowadzenia wskazywały wyniki badania, które miał w rękach. Dalsza diagnostyka pozostawała już w gestii właściwego lekarza. Nie rozważał konieczności możliwości leczenia i diagnostyki chirurgicznej. Stan dziecka i dolegliwości, na które się uskarżało nie wymagały interwencji chirurgicznej. Przyczyną małopłytkowości może być białaczka. Pojawia się też ona w zespołach wykrzepiania, w zespołach nowotworowych. Nie zauważył u dziecka żadnych wybroczyn. Wyjaśnił, że tylko ocenił sprawę wykwitów starych i świeżych. Jeśli są świeże wykwitospa jest w stanie zakaźności; jeśli są stare – zakaźności ospy już nie ma. Każdy lekarz potrafi ocenić sprawę starości lub świeżości wykwitów. Nie widział, żeby dziecko wymiotowało. Oczekując na wyniki badań dalej pracował. Zaglądał na salę. W tym czasie – wyjaśnił – oglądał jeszcze kilkanaścioro dzieci. Wyjaśnił, że należało przeprowadzić kolejne badanie krwi, rozmaz, badanie szpiku. Badania te – według wyrażonego w wyjaśnieniach przekonania – należało wykonać w szpitalu specjalistycznym, w oddziale hematologicznym. Wynik badania krwi uzasadniał konieczność szybkiego przetransportowania dziecka na ul. (...). Dziecko było wydolne krążeniowo. Wygląd dziecka nie był adekwatny do wyników. W jego ocenie dziecko nie znajdowało się w stanie zagrożenia życia. Dziecko było chore, co oznacza, że zagrożone było jego zdrowie ale wskutek choroby, a nie wskutek transportu. Wyjaśnił również, że ujawniona w wywiadzie ospa zaciemniała rozpoznanie. Odnosząc się do odczytanych wyjaśnień z postępowania przygotowawczego wyjaśnił, że na ówczesnym etapie postępowania pewne okoliczności po prostu pamiętał lepiej. Na pewno mówił lekarzowi z Litewskiej, że dziecko jest w dziewiątej lub dziesiątej dobie ospy. Sprawdzał możliwość przetransportowania dziecka karetką. Trzeba było oczekiwać ok. 3 godzin na karetkę transportową. Karetka specjalistyczna, reanimacyjna jest zazwyczaj z lekarzem anestezjologiem. Można sprowadzić taką karetkę w sytuacji zagrożenia życia dziecka. Jeżeli dziecko jest płacziwe, pokazuje przyczyny choroby to jego stan można określić jako średni. Wyniki nigdy nie mówią o zagrożeniu życia. Nie można na podstawie samych wyników ustalać stan zagrożenia życia lub zdrowia. Doktor K. zapoznała się z wynikami badania USG aktualnym i wynikami badań krwi. Ona nie badała dziecka. Zapamiętał, że rodzice zgłaszali miernie podwyższoną ciepłotę ciała. Nie było mowy o jakichś skokach temperatury w ostatniej dobie. Wyjaśnił, że nie pamięta już czy lekarz z ul. (...) miała jakieś wątpliwości, co do przyjęcia dziecka z uwagi na przebytą ospę. W rozmowie z nim na pewno zgodziła się przyjąć dziecko. Wskazał, że jeśli dziecko jedzie ze skierowaniem to musi zostać przyjęte. Tak samo jak każde dziecko, które kierowane jest do SOR, gdzie musi zostać przebadane i muszą zostać podjęte decyzje. Podkreślił, że na pewno przyjęła do wiadomości, że dziecko za kilka minut będzie na Litewskiej. Dalej wyjaśnił, że lekarz musi widzieć dziecko, żeby móc podjąć jakąkolwiek decyzję; że same wyniki bez badania dziecka mogły wskazywać, że coś jest nie w porządku; były one niepokojące. Gdyby otrzymał takie wyniki, jakie były w sprawie niniejszej, żądałby pokazania dziecka. W rozmowie z lekarką na Litewskiej nie stwierdzał choroby rozrostowej układu krwiotwórczego. Chodziło mu o wskazanie szpitala, gdzie dziecko miałoby dobre warunki. Jego zadaniem był wybór najlepszej opcji leczenia. Wybór szpitala na ul. (...) wynikał z wyższej referencyjności, z posiadania oddziałów specjalistycznych, lepszej diagnostyki laboratoryjnej. Zdecydował o skierowaniu dziecka na Litewską, bo pozostawienie dziecka na ul. (...) wiązałoby się z taką samą procedurą przejścia przez Izbę Przyjęć jak na Litewskiej. Wiazałoby się z takim samym czasem jak po przejechaniu na ul. (...). Nie ma możliwości ominięcia Izby Przyjęć. Dziesięć minut przejazdu w procesie choroby nie odgrywało roli. Na podejmowane decyzje nie miał

wplywu fakt, że zdarzenia działy się w okresie świąt Bożego Narodzenia. W tej części wyjaśnił, że nie pamięta, lecz nie wyklucza, że rodzice mówili mu, że dziecko ma biegunkę, i że szukali pampersów. Dalej wyjaśniał, że informacja przekazana drugiemu lekarzowi nie jest wiążąca. Lekarz jest zobowiązany zbadać dziecko jeśli ma wątpliwości, ponieważ będzie dalej leczył dziecko. Lekarz ma obowiązek zbadania dziecka. Gdyby takie dziecko trafiło do niego i miałby on wątpliwości, to konsultowałby je z „zakaźnikami”. Wyjaśniał również, że nic nie stwierdzał ostatecznie. Kierował jedynie dziecko do izby przyjęć, gdzie takie decyzje mogły zapadać. Przekazywał wyniki badań, które miał w rękę i kierował dziecko do szpitala, który mógł je leczyć. Takie były sugestie, że dziecko powinno być leczone w oddziale hematologii. Nie prowadził diagnostyki różnicowej. Na oddziale na który dziecko by trafiło, na pewno trzeba było rozważać możliwość leczenia antybiotykami. Nie potrafił wyjaśnić dlaczego mimo, że stwierdził problem hematologiczny, rozważał celowość podania antybiotyku. Nie potrafił wskazać reguł swojego rozumowania. Skupił się na wynikach. Spontanicznie wyjaśnił, że jeśli dziecko z chorobą zakaźną znajdzie się na oddziale hematologii, to przenosi się to dziecko na oddział zakaźny. Nie można leczyć jednocześnie choroby zakaźnej i hematologicznej. O położeniu dziecka z chorobą zakaźną na oddział hematologiczny decyduje lekarz. Nie położyłby dziecka z sepsą lub ospą wietrzną na oddział hematologii. W każdym szpitalu istnieją izolatki i każdy oddział jest w stanie stworzyć taką izolatkę. Jeżeli jest taka potrzeba to albo się ją tworzy na terenie oddziału, szpitala, albo przenosi się dziecko do innego szpitala lub oddziału. To nie dezorganizuje pracy szpitala. w nagłych przypadkach, kiedy jest potrzeba utworzenia izolotki wyłącza się jedną salę z obiegu, zamyka do niej dostęp do osób postronnych, wieszka się odzież ochroną, zapewnia się lekarzom maski, odpowiednie płyny do mycia rąk. Spełnia takie pomieszczenie w pewnym sensie warunki izolotki. Stworzenie takiej izolotki zajmuje kilkanaście minut. O jej utworzeniu podejmuje decyzję lekarz prowadzący dziecko w oddziale. Jeżeli stwierdza taką konieczność, to stwarza się takie warunki do izolacji pacjenta. Nie jest to decyzja ordynatora. Trudno jest mi powiedzieć, czy NFZ płaci za to. NFZ za jedne świadczenia płaci, za inne nie. Zresztą w takiej sytuacji nikt się nad tym nie zastanawia. Jeśli dziecko jest leczone w oddziale ogólnym albo w izolotce to koszty leczenia są takie same (k. 719, k. 750-761, k. 767-773 /tom VI/).

**Oskarżona A. P. (1)** w toku postępowania przygotowawczego nie przyznała się do popełnienia zarzucanego jej czynu i odmówiła składania wyjaśnień (k. 373-375 /tom II/).

W toku rozprawy głównej nie przyznała się do popełnienia zarzucanego jej czynu. Ze złożonych przez nią wyjaśnień wynika, że w dniu 28 grudnia 2008 roku pełniła dyżur w izbie przyjęć szpitala na ul. (...). Rozpoczęła dyżur około godziny 8.30. Trwał on do godziny 20.30. Około godziny 13.45 otrzymała telefon od lekarza dyżurnego SOR z ul. (...)z takim anonsem, że wysłał do niej pacjenta z podejrzeniem problemu hematologicznego, że pacjent jest pod koniec ospy wietrznej i stwierdza małopłytkowość, i zapalenie stawów, że kierowany jest w celu konsultacji hematologicznej. Zapytała doktora, dlaczego, skoro mogą być powikłania po ospie wietrznej i że jest ryzyko zakaźności ospy wietrznej, pacjent nie został skierowany wprost do szpitala zakaźnego jako miejsca właściwego do leczenia chorób zakaźnych. Na co otrzymała odpowiedź, że jest już za późno, bo pacjent jest w drodze do szpitala. Po około 15 minutach otrzymała informacje z rejestracji izby przyjęć, że jest w izbie przyjęć mama pacjenta, w sprawie którego był telefon z N.. Wyszła z gabinetu przyjęć do mamy. Dziecka nie było. Na pytanie gdzie jest pacjent – usłyszała, że dziecko przebywa poza szpitalem, prawdopodobnie czekało w samochodzie. Biorąc pod uwagę telefon od doktora Z., informacje zawarte w karcie informacje SOR, że pacjent jest w 8-9 dobie ospy i pozyskane z rozmowy z mamą, gdzie zapytała czy dziecko nie ma żadnych świeżych wykwitów, a mama odpowiedziała, że według niej jest jeden świeży wykwit na nadgarstku, miała wątpliwości, co do możliwości wprowadzenia pacjenta do izby przyjęć. Było tam około dziesięciu pacjentów. Mama powiedziała, że pacjent został w samochodzie z tego względu, że istnieje obawa, że pacjent może zarażać. Zapoznała się z badaniami z ul. (...), z karta SOR z N.. Uznała, że pacjent wymaga leczenia i diagnostyki szpitalnej. Kwestią był wybór, na którym oddziale, którego szpitala pacjent powinien być leczony. Przy aktywnym zarażaniu ospy wietrznej taka diagnostyka powinna być wykonana w szpitalu zakaźnym. Przy braku zakaźności diagnostyka może być w wykonana na oddziale hematologicznym. Pacjent nie miał skierowania na oddział hematologiczny. Jedynie na karcie z SOR była informacja, że pacjent jest skierowany w celu konsultacji hematologicznej. W związku z tym, wykorzystując sytuację, że jeszcze dziecko nie pojawiło się na izbie przyjęć, uznała za racjonalne wykonanie wprost konsultacji w szpitalu zakaźnym zanim przyjmie pacjenta na oddział. Wyłumaczyła swój tok rozumowania mamie dziecka. Zanim odbyła rozmowę z mamą, po rozmowie z doktorem Z., wykonała telefon do kliniki hematologii,



do pana doktora Ł., żeby upewnić się, czy będzie miejsce na oddziale w razie przyjęcia tego pacjenta z uwagi na to, że ta konsultacja nie była z nim wcześniej ustalana. Po uzyskaniu odpowiedzi, że takie miejsce się znajdzie, rozmawiała z mamą dziecka. Z izby przyjęć zadzwoniła do szpitala zakaźnego. W rozmowie z lekarzem tłumaczyła jej, że zgłosiła się mama pacjenta na izbę przyjęć w końcowej fazie ospy wietrznej, z małopłytkowością, z zapaleniem stawów. Wskazała, że dzwoniła z prośbą konsultacji. Chodziło o stwierdzenie zakaźności ospy. Powiedziała, że pacjenta nie ma w izbie przyjęć. Natomiast z powodu warunków lokalowych w izbie przyjęć ma problem z przyjęciem pacjenta na izbę. Pani doktor - jak wyjaśniła - wyraziła zgodę na tę konsultację i wyraziła się, że jak zostanie stwierdzone, że pacjent już nie znajduje się w fazie zakaźności, to zostanie przesłany na ul. (...). Mama nie posiadała skierowania do naszego szpitala. Jedyne skierowanie jakie posiadała było do Kliniki (...)z dnia 27 grudnia 2008 roku. Wyjaśniła, że na tym skierowaniu dopisała wzmiankę o prośbie konsultacji w szpitalu zakaźnym. To wszystko zajęło jej około 15 minut. Poinformowała mamę o takiej możliwości, że dziecko albo pozostanie w szpitalu zakaźnym, albo też wróci do szpitala i będzie przyjęte na oddział hematologii. Padło pytanie ze strony mamy, czy nie można tego leczyć w domu, na które odpowiedziała, że należy to leczyć w warunkach szpitalnych i diagnostycznie. Państwo pojechali do szpitala na ul. (...). Około godziny 16.00 zadzwoniła pani doktor ze szpitala zakaźnego z informacją, że nie stwierdza zakaźności ospy i tym samym pacjent będzie przekazany z powrotem do szpitala. Rodzice już tym razem z dzieckiem weszli na izbę przyjęć. Było około 16.45-16.50. Zostali przyjęci poza kolejnością. Po zebraniu jeszcze raz wywiadu lekarskiego, który opisała w dokumentacji oraz zbadaniu pacjenta, skierowała go do kliniki hematologii. W badaniu dziecko było w stanie ogólnym średnim, przytomne, w kontakcie słownym. Zwracały uwagę nasilone dolegliwości bólowe ze strony zajętych stawów. Na pewno były to stawy łokciowe i któryś ze stawów: łokciowy lub kolanowy. W związku z tymi dolegliwościami było płaczące i marudne – jeśli jest to adekwatne słowo. Przyjęło też taką przymusową pozycję ciała. W stawach był widoczny przykurcz. W skórze widoczne były przyschnięte wykwity ospowe. Na nadgarstku lewym były pojedyncze wybroczyny. Głównie zlokalizowane były na kończynach dolnych. Akcja serca dziecka była miarowa - około 100 uderzeń na minutę; nie stwierdziła osłuchowo zmian nad płucami. Nie pamięta, czy wątroba była powiększona. Śledziona nie była powiększona. Przy odchyleniu pampersa w celu oceny narządów moczowo płciowych w pampersie stwierdziła luźny stolec. Na pytanie, czy dziecko gorączkuje, uzyskała informację, że jest stan podgorączkowy ale dziecko otrzymuje leki przeciwbólowe, które również w swoim działaniu mają działanie przeciwgorączkowe. Po uzupełnieniu wszystkich formalności dziecko zostało zaprowadzone przez pielęgniarkę izby przyjęć na oddział hematologii. Zaproponowała przewiezienie wózkami leżącym lub wózkami na kółkach, ale dziecko nie chciało, wołało żeby zanieśli je rodzice. Więcej kontaktu z pacjentem nie miała. W rozpoznaniu wstępnym napisała, że pacjent ma małopłytkowość, wieloogniskowe zapalenie stawów i stan po przebytej ospie wietrznej. Poinformowała rodziców, że dziecko należy leczyć w warunkach szpitalnych z uwagi na małopłytkowość. Taka liczba płytek 10.000 – wskazuje, że należy ją leczyć w warunkach szpitalnych. Wymaga to diagnostyki rozszerzonej. Jeżeli chodzi o przyczyny małopłytkowości, to można pogrupować je na trzy grupy: pierwsza – zaburzenia produkcji szpiku kostnego, druga – niszczenie płytek, trzecia – nadmierne zużycie. Żeby te 3 grupy zdiagnozować pacjent wymaga rozszerzonych badań diagnostycznych. Sama w sobie małopłytkowość nie jest zagrożeniem dla życia i zdrowia pacjenta. Małopłytkowość może być skutkiem wykrzepiania wewnątrznaczyniowego, a nie przyczyną. Większość informacji zebrała od pana doktora ze szpitala z ul. (...). Od mamy zebrała informacje w jakiej formie jest dziecko, czy wydaje się jej czy stan dziecka się zmienił, czy jest bardziej niepokojący niż wcześniej. Zapytała się również, bo było wiele wątpliwości co do stanu ospy wietrznej, czy według niej - są świeże wykwity ospy wietrznej. Z drugiej strony wytłumaczyła plan postępowania. Nie zbadała dziecka wówczas, bo nie było go w izbie przyjęć. Według tego, co podała mama, zostało ono w samochodzie w obawie przed zakażaniem innych dzieci. Wyjaśniła, że nie wie, dlaczego matka była taka zapobiegliwa względem innych dzieci. Przypuszcza, że mogła otrzymać taką sugestię od innych lekarzy. Nie powiązywała stwierdzonych u dziecka objawów jako świadczących w sumie o sepsie. Badania które zostały jej przedstawione: morfologia - CRP – były na karcie informacyjnej. Nie pamięta czy oglądała w wydruki badań laboratoryjnych. Jeżeli chodzi o wskaźnik CRP jest to wskaźnik stanu zapalnego, który ulega podwyższeniu w wielu sytuacjach klinicznych np.: zakażenia lub też nieswoistych stanach zapalnych niezwiązanych z zakażeniem, np.: choroba reumatologiczna. Jeżeli chodzi o małopłytkowość, to biorąc pod uwagę dane z wywiadu, najczęstszym powikłaniem hematologicznym wirusowych chorób zakaźnych jest małopłytkowość immunologiczna pierwotna. Mogło dojść do jakiegoś stanu współistnienia stanu zapalnego i tej małopłytkowości. Dziecko mogła ocenić około godziny 16.50 na podstawie badania, analizy badań i konsultacji ze szpitala zakaźnego. Nie diagnozuje się

sepsy o badanie laboratoryjne i badania kliniczne. Odpowiadając na pytania oskarżyciela publicznego wyjaśniła, że pierwszy wywiad z matką przeprowadziła o godzinie 14.00, który następnie uzupełniła około godziny 16.40-16.50. Nie pamięta czy przy pierwszym wywiadzie otrzymała informacje o gorączce. Nie otrzymała informacji o wymiotach, biegunce dziecka. Nie pamięta czy na ten temat zadawałam pytania matce. Wyjaśniła, że na pewno zapoznawała się z kartą informacyjną SOR z ul. (...)z dnia 28 grudnia 2008 roku. Być może mama pokazywała jej kartę z dnia poprzedniego – tj. 27 grudnia 2008 roku. Widziała skierowanie z dnia poprzedniego kierujące dziecko do Kliniki (...), na którym dopisała notatkę o konsultacji w szpitalu zakaźnym. Być może widziała wyniki badań przepisane na kartę informacyjną z ul. (...). Ta dokumentacja i wywiad nie pozwalał na ustalenie stanu pacjenta. Nie podjęła decyzji, co do dalszego leczenia pacjenta na tej podstawie. Podjęła decyzję o dalszej konsultacji w szpitalu zakaźnym i stwierdziła, że pacjent wymaga leczenia szpitalnego. Kwestią było to, w jakim szpitalu i oddziale pacjent powinien się znaleźć. Decyzję o konieczności konsultacji i - o niezwiązanej z tym narażeniem pacjenta na niebezpieczeństwo w czasie przejazdu własnym transportem - podjęła po rozmowie z lekarzem z N., który zlecił przewiezienie pacjenta własnym transportem, co świadczyło o braku stanu zagrożenia życia, jak również na podstawie dokumentacji medycznej, którą otrzymała od mamy i na podstawie rozmowy z mamą. Rodzice nie zgłosili się z pacjentem do izby przyjęć, tak więc nie był on pacjentem izby przyjęć. Nie podjęła żadnych działań diagnostycznych. Ustaliła tylko konsultację medyczną, by podjąć decyzję o hospitalizacji dziecka. Wskazała, że naniesienie na dokumentację medyczną notatek jest jej działaniem ale nie jest to działanie diagnostyczne ani terapeutyczne. Jest to działanie przyjęte w zależności od sytuacji. Wyjaśniła, że nie wystawia się dokumentów na podstawie konsultacji telefonicznej. Jedyną sytuacją, kiedy wykonuje się takie rzeczy, to sytuacja, w której pacjenci przynoszą papiery do ZUS. Wówczas na podstawie dokumentacji pacjenta wystawiamy dokumenty medyczne potrzebne do świadczeń. Wówczas nie jest wymagany kontakt z pacjentem. W przypadkach klasycznego przebiegu ospy byłaby w stanie rozpoznać jej zakaźność, a kiedy ospa przebiega niecharakterystycznie, wówczas wspomaga się konsultacjami w szpitalu zakaźnym. Objawem decydującym o niezakaźności ospy jest przyschnięcie wszystkich wykwitów i brak pojawiania się nowych (świeżych). Wykwity pojawiają się nieregularnie w odstępach kilkugodzinnych. Trudności diagnostyczne wywoływała np.: informacja doktora Z., który nie określił jednoznacznie czy pacjent już przebył ospę wietrzną i rozmowa z mamą, z której wynikało, że jest świeży wykwit. W przypadku ospy wietrznej o zakaźności nie decyduje doba, w której znajduje się ospa w jej przebiegu, tylko świeże wykwity. Ospa jest zakaźna do momentu, kiedy są świeże wykwity. Mogą to być 3 dni jak i 2 tygodnie, w zależności od pacjenta – zwłaszcza u pacjentów hematologicznych ten okres zakaźności wynosi do 2 tygodni. Izba przyjęć na ul. (...)jest zorganizowana w ten sposób, że miejsce które zostało wyznaczona na izolatkę, znajduje się pod koniec izby przyjęć. Nie ma do niej oddzielnego wejścia, które uniemożliwiałoby kontakt pacjenta zakaźnego z innymi pacjentami. Pacjent przechodzi przez recepcję i poczekalnię do izolatki. To jest ta trudność. Wyjaśniła, że świadomie wtedy naraża pacjentów niezakażonych na kontakt z pacjentem zakaźnym. Nie korzystamy z tej izolatki w celu badania pacjentów dla zdiagnozowania choroby zakaźnej. Wyjaśniła, że jeżeli w czasie badania w izbie przyjęć stwierdzi, że pacjent jest chory zakaźnie, wówczas izba przyjęć jest zamykana. Ci pacjenci, którzy byli na izbie przyjęć zostają, ten pacjent zakaźny jest badany i jest kierowany do domu lub kierowany do szpitala. Pozostali pacjenci też są badani – i kierowani tak samo. Następnie izba przyjęć jest zamykana, czyszczona, napromieniowana, dezynfekowana. Ten proces czyszczenia trwa 2 godziny. W dniu 28 grudnia 2008 roku z uwagi na ilość pacjentów oczekujących w izbie przyjęć naraziłabym ich na możliwość zarażenia. W szpitalu na oddziałach nefrologii, hematologii, są leczeni immunosupresyjnie. Dla nich kontakt z ospą wietrzną mógłby się skończyć ciężkimi powikłaniami, ze zgonem włącznie. Ocenę o nadawaniu się dziecka do transportu oparła na danych otrzymanych od lekarza z N., danych z karty informacyjnej, danych z wywiadu od matki. Jedyną możliwością transportu pacjenta karetką jest przyjęcie pacjenta do szpitala. Przeszkodą do przyjęcia pacjenta do szpitala była kwestia zakaźności ospy wietrznej oraz to, że nie został przyprowadzony do izby przyjęć. W swoich wyjaśnieniach wskazała hipotetyczne modele postępowania w przypadku, gdyby do izby przyjęć zostało wprowadzone zakaźne dziecko. Wyjaśniła, że w takiej sytuacji pacjent byłby zbadany w najbliższej sali przy drzwiach wejściowych, co nie uchroniłoby innych pacjentów od zarażenia się ospą wietrzną, zakażenie jest bardzo lotne. Jeżeli, z całą pewnością potrafiłaby stwierdzić, że dziecko nie zakaża, może zostałoby przyjęte na oddział hematologii po konsultacji z lekarzem oddziału hematologii. Gdyby miała wątpliwości czy pacjent jeszcze zakaża, byłby odesłany na konsultacje do szpitala na ul. (...). A potem, po rozstrzygnięciu tej kwestii, leczenie mogłoby być prowadzone zgodnie ze wskazanymi procedurami. Wyjaśniła, że w związku z dużym podejrzeniem, że ospa wietrzna jest w stanie zakażenia było bardziej racjonalne skierowanie

dziecka do szpitala zakaźnego. Badanie dziecka na izbie przyjęć wydłużyłoby procedurę przyjęcia dziecka do szpitala. Decyzję o transporcie pacjenta samochodem osobowym do szpitala podjęła wspólnie z rodzicami, tzn. z mamą. Taką decyzję podejmuje się w zależności od sytuacji. Wyjaśniła, że nie pytała o to czy dziecko może zostać doprowadzone na izbę przyjęć, ponieważ mama dziecka przysłała w celu konsultacji dziecka. Nie zdziwił jej fakt nieobecności dziecka, ponieważ wcześniej miała informację od doktora Z.. Od matki usłyszała, że dziecko pozostało w samochodzie z uwagi na obawę zarażenia innych dzieci. Nie była w stanie odpowiedzieć na pytanie czy tę decyzję (o pozostawieniu dziecka w samochodzie i nie wprowadzaniu go do izby przyjęć) rodzice podjęli sami, czy po konsultacji z lekarzami. W tej sytuacji uznała, że najbardziej racjonalne będzie wyjaśnienie sytuacji ospy wietrznej. Nie mówiła mamie, żeby nie doprowadzała dziecka z uwagi na posiadane przez siebie informacje o ospie. Uznała, że CRP i ilość płytek krwi nie stanowi zagrożenia dla życia dziecka w wyniku transportu. Biorąc pod uwagę swoje 21-letnie doświadczenie – wyjaśniła – że, nie jest to przyczyna do obawy o życie dziecka. W przypadku takiej ilości płytek krwi 10.000 lub niższej, dzieci przebywają w domu. Sama liczba płytek krwi obniżona nie stanowi zagrożenia dla życia dziecka. Jedynie transport lotniczy może być zagrożeniem. Odpowiadając na pytania pełnomocnika oskarżycieli posiłkowych wyjaśniła, że podjazd od ul. (...) jest wyjściem ewakuacyjnym. Prowadzi do tego samego korytarza, choć skraca drogę do izolatki. W przypadku zakaźności ospy nie odległość do izolatki ma znaczenie, tylko sposób zakaźności. Prowadzenie pacjenta tym samym korytarzem nawet krótszym nie ma znaczenia. Na dyżurze przyjęła 41 pacjentów. W tym czasie, kiedy zgłosiła się mama było na izbie przyjęć dziesięcioro pacjentów. Jest lekarzem od 1991 roku - doktorem nauk medycznych. Cały czas pracuje w szpitalu pediatrycznym. Potrafi rozpoznać zakaźność ospy przy standardowym przebiegu, przy innych - wysyła pacjentów na konsultacje. Nie można stwierdzić, czy przebieg ospy jest typowy, czy nie, nie widząc pacjenta. Chciała zaznaczyć, że tutaj przebieg ospy nie był typowy. Wystąpiło zapalenie stawów, małopłytkowość. To wszystko świadczy o nietypowym przebiegu ospy. Nie sporządziła notatki z rozmowy telefonicznej z doktorem z N.- czego żałuje. Korzystając z możliwości zaznajomienia się z aktami, wie że doktor z N.to doktor Z.. Wtedy rozmawiała po prostu z lekarzem. Nie miała pewności z kim na pewno rozmawiała. Słownictwo i przedstawienie problemu klinicznego wskazywało, że rozmawiała z lekarzem. Karta informacyjna jest dokumentem medycznym. Były tam wpisane wyniki badań. Ta karta nie budziła wątpliwości co do swojej wiarygodności. Są różne rodzaje kart informacyjnych. To była karta z SOR. Były badania, które były tam wpisane. Było stwierdzenie okresu ospy wietrznej. Były to informacje kluczowe dla lekarza, który podejmuje decyzje o dalszej konsultacji. Ze sformułowań zawartych w karcie wynikało, że pacjent kierowany był na konsultację. Lekarz kierujący na konsultację liczy się z tym, że pacjent może do niego wrócić. Nie było informacji o konieczności hospitalizacji, ani innych sugestii, które wskazała. Uznała, opierając się na badaniach, że pacjent wymaga leczenia szpitalnego. Kwestią było tylko gdzie. W jej wywiadzie nie odnotowała badań, bo na izbie przyjęć nie wykonywała żadnych badań, poza konsultacją w szpitalu zakaźnym. Nie miała zatem co pisać. Różne są zasady postępowania z chorobami zakaźnymi w zależności od szpitala. U nas dziecko w takim stanie nie powinno być przyjęte. Lekarz z N.nie mówił, że dziecko jest już po ospie. Informacji, o których mówił doktor Z.(na rozprawie) jej nie przekazywał. Doktor Z.nie przekazywał informacji, że ospa nie jest zakaźna. Dosłownie brzmiało to w ten sposób, że pacjent jest pod koniec ospy wietrznej i różnie może być z jego zakaźnością. Telefon był wykonany już po wysłaniu pacjenta na ul. (...). Udzielił jej informacji przez telefon o wskaźnikach CRP, o zapaleniu stawów, małopłytkowości i podwyższonej leukocytozie. Nie mówił, że dziecko wymaga bezwzględnej hospitalizacji. Cały czas rozmowa dotyczyła konsultacji. Nie było skierowania pacjenta do oddziału szpitala. Wiedziała, że pacjent jedzie do szpitala. Potem nie kontaktowała się ze szpitalem na N.. Pierwsze spotkanie z matką było około godziny 14.00 po telefonie doktora Z.. Nie wie, o której godzinie doktor Ł.wykonywał badanie, ponieważ po skierowaniu pacjenta na oddział nie jest jej już wiadome, co się z nim dzieje. Przy każdej ilości płytek poniżej 50.000 mogą się pojawić wybroczyny i wylewy podskórne (skaza krwotoczna) niezależnie od przyczyny małopłytkowości. Wysoki wskaźnik CRP nie ma związku ze skazą krwotoczną. Wysokość CRP może być zależna od przyczyny będącej przyczyną skazy krwotocznej. Jako badanie laboratoryjne te wskaźniki są od siebie niezależne. CRP wysokie może być wynikiem innych schorzeń i nie stanowi przeciwwskazania do leczenia na oddziale hematologicznym. Takie objawy, które stwierdziła u pacjenta mogą występować również w zespole hemofagocytarnym z limfohistocytozą, młodzieńczym idiopatycznym zapaleniu stawów, zespole aktywacji makrofagów w przebiegu chorób reumatologicznych, toczenia rumieniowatego układowego, chorób hematologicznych – białaczki. W tych zespołach, jeżeli liczba płytek krwi jest poniżej 50.000 mogą pojawić się wykrzepienia. Również w tych objawach mieści się sepsa. Nie obserwowała wymiotów dziecka. Był jeden luźny stolec w pampersie. W wywiadzie ustaliła, że dziecko pokrwawiało z nosa, co jest wpisane w wywiadzie.

Nie słyszała o innych stolcach. Nie pamięta czy pytała matkę, który jest to luźny stolec, czy drugi, czy kolejny. Nie pytała matki o każdy pojedynczy objaw. Pytała ogólnie co się wydarzyło niepokojącego w tym dniu. Wszystkie choroby, które wymieniła wchodzi w grę również w przypadku trzylatka. Odpowiadając na pytania oskarżycieli posiłkowych wyjaśniła, że w przebiegu tych chorób, w powikłaniu paciorkowcowym pojawia się to w wyniku ASO. Nie widziała takiego wyniku. W tej chwili nie pamięta, które badanie oglądała, nie widziałam wyniku ASO. Dopóki pojawiają się świeże wykwyty ospa ma takie same stopnie zakaźności. Jak otrzymała informacje od lekarza specjalisty, że pacjent jest niezakaźny, to ten jeden wykwit nie zaniepokoił jej. Odpowiadając na pytania obrońcy wyjaśniła, że wskaźnik ASO wskazuje na obecność przeciwciał przeciwko streptolizynie produkowanej przez paciorkowca z grupy A świadczy o zakażeniu przebyłym. Jego miano wzrasta mniej więcej około 3-4 tygodnia po infekcji paciorkowcowej. Utrzymuje się również długo, czasami kilka miesięcy. Jednorazowe badanie pokazuje tylko jaka jest wielkość tego wskaźnika. Powinno się wykonywać kilka badań, żeby sprawdzić jaka jest natura wskaźnika, czy on się obniża. Co jest naturalne w jakimś okresie czasu. Największe wartości ten wskaźnik przyjmuje po przebyciu szkarlatyny i anginy paciorkowcowej. Wskaźnik ten świadczył o przebytej jakiś czas temu infekcji paciorkowcowej. Na dany czas nie był to wskaźnik istotny do postawienia diagnozy. Mógłby być uwzględniony przy diagnostyce zapalenia stawów jako powikłania infekcji paciorkowcowej. Użyła określenia o racjonalności swoich działań, ponieważ analizując wszystkie informacje, jakie miała na temat pacjenta - od lekarza, który badał dziecko, oraz od mamy i z karty informacyjnej - wskazywały one na konieczność leczenia, diagnostyki w oddziale hematologii a także na wątpliwości, co do stanu ospy wietrznej. Podjęła taką decyzję o skonsultowaniu najpierw pacjenta w szpitalu zakaźnym, gdzie pacjent ma być leczony. Kierowała się tym, że odległość szpitala zakaźnego przy ul. (...) od szpitala przy ul. (...) wynosi 7 km. Miała na uwadze to, że konsultacja była już umówiona, że lekarz był przygotowany na zbadanie pacjenta. Szacowała, że konsultacja zabierze około jednej godziny. Pozostawienie pacjenta przy ul. (...), oczekiwanie na konsultację hematologiczną i przyjęcie na oddział hematologiczny będzie dłuższy. Izba przyjęć funkcjonowała w sposób przez nią opisany już jakiś czas. Nie była to organizacja chwilowa. Rozkład pomieszczeń w izbie przyjęć funkcjonował już jakiś czas. Zmieniło się od zeszłego roku to, że zostały wydzielone dwie sale dla pacjentów hematologicznych. Nie muszą się kontaktować z pacjentami z izby przyjęć. Zastępczą izolatkę można by było przygotować w sali reanimacyjnej. Odpowiadając na pytania obrońcy oskarżonego P. Ł. wyjaśniła, iż uznała, że problem J. jest ściśle hematologiczny na podstawie ilości płytek krwi. W szpitalu na N. nie ma oddziału obserwacyjnego. Mogą istnieć małopłytkowości śródinfekcyjne, które mogą być leczone na oddziale hematologicznym. Również po telefonie od doktora z N. rozmawiała z doktorem Ł. i uzgodniła, że na pacjenta będzie czekało miejsce w oddziale. Nie pamięta co dokładnie przekazała. Przekazała na pewno informacje, że pacjent ma małopłytkowość, zapalenie stawów, czy bóle stawów. Dokładnie nie pamięta jakiego słowa użyła. I że trzeba wyjaśnić sprawę ospy wietrznej. Wyjaśniła, że nie pamięta, czy dziecko w momencie przyjęcia do szpitala było odwodnione. Wskazała jednak, że jeśli nie wpisała tego w karcie informacyjnej to znaczy, że takiego stanu nie stwierdziła. Według jej wiedzy białaczka nie może być powikłaniem ospy wietrznej. Może być zwykły zbieg okoliczności: przechorowanie ospy wietrznej i dodatkowo rozwój białaczki. Nie spotkała się w fachowej literaturze z takim stwierdzeniem „zespół hematologiczny”. Jeśli chodzi o szpital na ul. (...), to w niedziele nie wykonuje się ściśle hematologicznych procedur. Można przygotować pacjenta do badań w dniu następnym. Rzadko się zdarza, żeby na dyżurze byli praktykanci, którzy wykonają badania rozmazu. Można wykonać USG. Nie można wykonać badania szpiku kostnego, badań genetycznych. Badań specjalistycznych poza oddziałem nie wykonuje się. W wyjątkowych sytuacjach wykonywane są badania szpiku kostnego np. w P.. Mało szpitali ma możliwość wykonania takiego badania. Nie intubowała dziecka na oddziale hematologii. Jeśli chodzi o umieszczenie dziecka na intensywnej terapii, to lekarz oddziałowy prosi o konsultacje lekarzy z OIT i oni ustalają wskazania do przeniesienia pacjenta na ten oddział. Po konsultacji anesteziologicznej o czasie przeniesienia dziecka na OIT decydują anesteziolodzy. Intubacji dziecka na Litewskiej dokonują anesteziolodzy. W czasie intubowania pacjenta może dojść do nagłego pogorszenia stanu zdrowia pacjenta. Doktor Z. nie informował jej, że dziecko przechodziło konsultację pediatryczną. Doktor Z. w rozmowie raczej użył sformułowania o konsultacji hematologicznej. Samej białaczki nie leczy się antybiotykami. Antybiotykami leczy się infekcję, która może wystąpić w trakcie białaczki jako powikłanie leczenia białaczki. Zdarza się czasami, że w czasie leczenia dziecka z powodu infekcji wykonuje się badania dodatkowe, z których okazuje się, że dziecko ma białaczkę. Wtedy zawieszają się procedurę leczenia choroby nowotworowej do czasu wyleczenia infekcji. Wiedziała tylko o jednej konsultacji, która odbyła się na ul. (...). Były dwie karty informacyjne, które rodzice pokazali jej dopiero po powrocie z ul. (...). Z rozmowy z doktorem Z. wiedziała tylko o jednej konsultacji z dnia 28 grudnia 2008 r. Nie

pamięta czy rodzice informowali ją o wcześniejszej konsultacji. Odpowiadając na pytania obrońcy oskarżonego M. Z. wyjaśniła, że jedyne skierowanie jakie zostało jej przedstawione to było skierowanie do Oddziału (...)z powodu zapalenia stawów. Jeżeli pacjent posiada skierowanie do szpitala to ma się zgłosić do szpitala i jest przyjęty na oddział. Nie pamięta kto wystawiał skierowanie i jakiej był specjalności. O ile pamięta data skierowania była z dnia 26 lub 27 grudnia. Nie był to dzień bieżący kiedy ja miała dyżur. Nie rozmawiała z nikim, dlatego to skierowanie nie zostało zrealizowane. Ważność skierowania zależy od tego czy jest ono wystawiane w trybie nagłym, czy planowym. Zgodnie z planem skierowania w trybie pilnym mają ważność 1-2 dni. Nie pamięta, żeby na tym skierowaniu było „pilne”, żeby było napisane CITO. Według procedur pacjent powinien mieć skierowanie na oddział hematologii. Jeśli lekarz myśli o skierowaniu pacjenta do konkretnego oddziału to powinien to zaznaczyć w skierowaniu. Skierowanie było do oddziału chirurgii. Zdecydowała, że są wskazania do położenia pacjenta na oddziale hematologicznym. Jako lekarz izby przyjęć mogła podjąć samodzielnie decyzję, do jakiego oddziału pacjenta można przyjąć. Odpowiadając na pytania obrońcy oskarżonej M. C. wyjaśniła, że decyzję o pozostawieniu pacjenta w szpitalu podjęła już na pierwszym etapie, to jest w momencie skontaktowania się z matką i wcześniejszym anonsem lekarza z N.. Na Litewskiej nie istnieje SOR, więc to do niej należała decyzja o przyjęciu, bądź nie na oddział. Zawsze, jeśli istnieją równocześnie dwie choroby ich objawy mogą się nakładać na siebie, diagnostyka może być niejednoznaczna. W przypadku ospy wietrznej była to małopłytkowość, zapalenie stawów charakterystyczne dla powikłań ospy wietrznej. Wyjazd pacjenta na ul. (...)miał służyć zasadności przyjęcia go do szpitala i leczenia zakaźności ospy. Jeżeli pacjent nie miał tam zostać, uważała, że zasadne będzie przyjęcie go na oddział hematologii. Odpowiadając na pytania obrońcy oskarżonej S. D. wyjaśniła, że w rozmowie telefonicznej przekazała, że jeśli okaże się, że pacjent nie jest zakaźny, to wraca do szpitala na Litewską. Wyjaśniła, że nie wie, o której godzinie dziecko dotarło do szpitala na ul. (...). O godzinie 16.00 otrzymała jednak informację, że dziecko przeszło konsultację. Nie posiadała bezpośredniej wiedzy na temat środka transportu, którym dziecko powróciło na Litewską. Rodzice sami przyprowadzili dziecko na izbę przyjęć. Z rozmowy z doktor D. wiedziała, że ospa nie jest zakaźna. Dolegliwości stawowe nie są charakterystyczne dla przebiegu ospy. Mogą sugerować inną etiologię niż powikłanie po ospie wietrznej. Doktor D. nie sugerowała jakiegokolwiek drogi diagnostycznej. Oskarżona wyjaśniła, że po powrocie oceniła stan dziecka jako średni, ponieważ miało ono duże dolegliwości zmienionych stawów, przymusowe ułożenie ciała. Było płaczące, cierpiące. Te czynniki wskazywały za tym, że dziecko jest w stanie średnim. Z tego, co pamięta z karty informacyjnej szpitala zakaźnego, wnioski badania, które zostało przeprowadzone, pokrywały się z jej wnioskami. Wyjaśniła, że była tylko lekarzem izby przyjęć. O tym zaś jakie badania trzeba przeprowadzić decyduje lekarz oddziału. Zajmując się dzieckiem na izbie przyjęć kilka minut trudno jest zaplanować diagnostykę. Szpital przy Litewskiej dysponuje lekarzami o specjalnościach - chirurg onkolog dziecięcy, nie ma reumatologa. W niedzielę jest możliwość przeprowadzenia konsultacji chirurgicznej dziecka. Przy ospie i przy zakażeniu bakteryjnym będzie występowała gorączka; mogą występować nadkażone wykwity. Klasyczny wykwit ospowy wygląda tak, że jest czerwona grudka z przezroczystą treścią na jej szczycie, która po jakimś czasie przysycha i pojawia się strupek. W przypadku nadkażenia płyn ten może stać się mętny. Może pojawić się rumień i bolesność. Wybroczyny to są takie małe punkciki w kolorze czerwonym, wiśniowym, które występują na skórze i nie znikają po naciśnięciu. Wybroczyny mogą występować rozproszone po całym ciele, jak i w skupiskach. Wybroczyny i zmiany ospowe mają odmienną strukturę i budowę. Na żadnym etapie nie mają takich znamion, które wskazywałyby na podobieństwo i uniemożliwiałyby jednoznaczne odróżnienie. Każdy lekarz jest w stanie je odróżnić. Już mówiłam, że wybroczyny są charakterystyczne dla małopłytkowości. Zmiany skóry, które występują w sepsie świadczące o rozszerzonym wykrzepianiu wewnątrznaczyniowym to są zmiany zatorowo-zakrzepowe, martwicze, większe od wybroczyn. Mogą być pęcherze. Sepsa nie ma żadnych charakterystycznych zmian skórnych. Jeżeli w sepsie występują zmiany skórne to mogą być one efektem wykrzepiania wewnątrznaczyniowego. Sepsa jest to zapalna reakcja organizmu, uogólniona, na czynnik zakaźny. Na początku musi dojść do zakażenia pacjenta: wirusowego, bakteryjnego bądź grzybiczego. Ten czynnik zakaźny stymuluje organizm do produkcji komórek zapalnych. Komórki zapalne nie są czynnikami zapalnymi. Zwalczają infekcję ale jednocześnie mogą być działaniem uszkadzającym komórki organizmu. Potwierdzeniem podejrzenia sepsy jest wykonanie badań diagnostycznych, przede wszystkim posiewów i obserwacja kliniczna pacjenta. Na tym etapie, na którym badała dziecko, nie widziała znamion, które wskazywałyby na uogólnione zakażenie. Małopłytkowość immunologiczna pierwotna powstaje w wyniku produkcji przez organizm przeciwciał skierowanych przeciw własnym płytkom krwi. U dzieci najczęstszymi przyczynami małopłytkowości są szczepienia ochronne, choroby zakaźne. Czasami nie można stwierdzić czynnika, który mógłby to

spowodować. Nie ma żadnej konkretnej choroby, dla której wyniki badania krwi przeprowadzonego na N.w dniu 28 grudnia byłyby charakterystyczne. Białaczki nie rozpoznaje się na podstawie jednej morfologii pacjenta. Takie wyniki mogą występować w przebiegu ospy wietrznej lub sepsy. Takie wyniki krwi kwalifikują pacjenta do diagnostyki na oddziale szpitalnym. Te wyniki są alarmujące i według jej wiedzy wymagają diagnostyki na oddziale. Nie pamięta czy w momencie zgłoszenia się mamy dziecka do izby przyjęć pacjenci w izbie przyjęć byli rozproszeni. Najczęściej siedzą przed gabinetem lekarskim. Niezależnie, od której strony pacjent byłby wprowadzony, spowodowałby on zagrożenie dla pacjentów znajdujących się w izbie przyjęć. Wyjaśniła, że przy ocenie rozprzestrzeniania się wirusa ospy nie ważna jest tyle odległość, co cyrkulacja powietrza. Nie posiada wiedzy ile czasu żyją wirusy ospy. Jeśli skierowanie jest nagłe to pisze się CITO. Najczęściej jest to skierowanie sprzed kilku godzin. Jeżeli nie zawiera takiego wskazania, to jeśli jest miejsce na oddziale, to pacjenta przyjmuje do szpitala. Zakażenia wykwitów mogą pochodzić od bakterii paciorkowców normalnie bytujących w skórze. W posiewach również wychodzą grzyby. W posiewach nie wychodzą wirusy. Lekarz może podejrzewać sepsę bakteryjną po pobraniu posiewu. Jeśli u pacjenta są wskaźniki stanu zapalnego to należałoby zrobić posiew. Po przyjęciu na oddział hematologiczny zrobienie posiewu jest standardowe. Jako lekarz izby przyjęć nie mogła zlecić wykonania posiewu. Jedyny posiew, który mogła zrobić w warunkach izby przyjęć, to był posiew moczu. Zawsze można dyskutować na temat pacjenta, konsultować się. Może lekarzowi zasugerować zrobienie badania. To jest naturalne. W tym przypadku nie zasugerowała zrobienia posiewu, bo liczyła, że zajmie się pacjentem na oddziale lekarz. W przypadku sepsy wirusowej by stwierdzić jej podejrzenie, wykonuje się badania serologiczne i genetyczne na stwierdzenie obecności wirusa we krwi. Badania genetyczne trwają kilka dni. Badania przeciwciał trwają około doby. By rozpoznać sepsę bez badań pacjent musiałby być we wstrząsie septycznym. Jeżeli przyszedłby do niej pacjent i miałby podejrzewać sepsę na pierwszy rzut oka, to pacjent musiałby być we wstrząsie. Nigdy nie jesteśmy w stanie rozpoznać sepsy. W przypadku podejrzenia sepsy zalecenia, co do postępowania są takie, że prosi się konsultanta z OIT. U pacjentów z białaczką jeśli jest wysokie CRP i podejrzenie zakażenia, stosuje się antybiotyki. Białaczka nie jest powikłaniem po ospie. Paciorkowiec jest naturalną florą dróg oddechowych u ludzi. Wyjaśniła, że nie zajmuje się pacjentami z powikłaniami. Zastanawiając się nad hipotetycznym modelem postępowania wyjaśniła, że wykonałaby własne badania. Powtórzyłaby morfologię, CRP i pobrałaby posiewy, badania biochemiczne, i jeżeli byłyby wskazania - to włączyłaby antybiotyki. Badania te wykonuje się w ciągu pierwszych 30 minut od przyjęcia pacjenta na oddział. Na wyniki czeka się drugie 30 minut. To wszystko zależy od obciążenia laboratorium. Na CITO zajmuje to około 10 minut. Nie wszystkie badania da się wykonać w takim tempie. Leczenie pacjenta nie polega tylko na podaniu antybiotyku. Trzeba też przeprowadzić dodatkowe badania na podstawie, których należy określić, których antybiotyków nie należy podawać. Gdybym nie dysponowała tymi wszystkimi wynikami to takie leczenie byłoby tzw. leczeniem empirycznym. Jeżeli wyniki by to uzasadniały, to włączyłaby antybiotyki. Zastrzegła jednak, iż słowa te są teoretyzowaniem, ponieważ każdy pacjent jest inny. Przychodzi z innymi dolegliwościami, nawet jeśli choroba tak samo się nazywa, to jej przebieg u każdego pacjenta jest inny. Postępowanie medyczne jest związane z każdym indywidualnym przypadkiem. Są pewne ogólne standardy postępowania ale należy zawsze podejmować decyzje indywidualnie. Intubacja na siłę może spowodować uszkodzenie krtani. Odpowiadając na pytania oskarżycieli posiłkowych wyjaśniła nadto, że jeżeli ma podane normy i jednostki, w których badanie jest przeprowadzone w innym szpitalu, to jest w stanie zinterpretować ich wyniki. Na pewno na badaniach dowiedzionych z N.takie normy były. Nie jest w stanie odnieść się teraz do samej liczby wskazanej przez pełnomocnika, ponieważ nie zna norm, w jakich te badania zostały przeprowadzone. Kiedy zetknęła się z wynikiem CRP mogła stwierdzić, że jest podwyższone. Groźniejsze dla pacjenta jest nieopanowanie infekcji niż przerwanie na czas jego leczenia chemioterapii. Tak byłoby najlepiej, żeby na czas chemioterapii dziecko nie było narażone na kontakt z bakteriami. Nie odpowiada za to, co działo się na oddziale hematologii. Za to odpowiada lekarz na oddziale. W rzeczywistości jest tak, że dzieci leżą na salach wieloosobowych i nie ma możliwości izolacji dziecka, które tego wymaga. W momencie przyjęcia do szpitala pacjent nie wymagał konsultacji z lekarzami z OIT. Stan pacjenta, który miałby wstrząs septyczny byłby ciężki. Byłby bez kontaktu. Miałby zapadnięte gałki oczne, miałby zimne kończyny wskutek zmian krążenia w obwodzie, skóra byłaby marmurkowa. Te objawy byłyby widoczne. Wówczas – wyjaśniła – mogłaby podejrzewać sepsę i wtedy prosiłaby lekarza z OIT. Są to objawy ciężkiej sepsy i wstrząsu septycznego. To byłyby objawy, na podstawie których można podejrzewać, że pacjent ma sepsę. Dziecko z takimi objawami ma małe szanse. Są one zależne od organizmu. Istotne jest również, jaki drobnoustrój powoduje te objawy. Wyjaśniła również, że w izbie przyjęć przyjmuje pacjenta do szpitala jak również weryfikuje możliwość

jego przyjęcia ze skierowania. Najczęściej pacjentów ze skierowaniami przyjmuje do szpitala. To zależy od stanu klinicznego. Zdarza się, że pacjent ma w skierowaniu zapalenie płuc, trafia do szpitala, wykonuje się badania: RTG płuc i wówczas po analizie wyników okazuje się, że nie stwierdza się objawów i pacjent nie jest przyjmowany do szpitala. Hipotetycznie w przypadku skierowania pacjenta z bólem stawów zarządziłaby konsultację chirurgiczną i decyzję pozostawiłaby lekarzowi z oddziału. Jeżeli na skierowaniu jest wzmianka CITO kieruje do konsultacji do danego lekarza, do którego jest skierowanie. J. O. (1) był badany już przez chirurga na ul. (...) dlatego stwierdziła, że konsultacja chirurgiczna nie jest konieczna. Skierowała go na oddział hematologii. Dzieci z sepsą są leczone na oddziale, na który trafiają. Nie powinno się używać określenia „dzieci z sepsą”. Dzieci z chorobami zakaźnymi nie są leczone na ul. (...). Czasami zdarzają się skierowania pacjentów z zakażeniem, niekoniecznie z sepsą. Na Litewskiej nie ma oddziału ogólnopediatrycznego. Na Litewskiej takim oddziałem, który przyjmuje dzieci z chorobami zakaźnymi, jest oddział endokrynologiczny, bo nie ma tam dzieci z obniżoną odpornością. Żaden oddział, który leczy pacjentów immunosupresyjnie nie przyjmuje dzieci z sepsą. Jest zasada, że na te oddziały nie kierujemy dzieci (k. 719, k. 774-781, k. 784-793 /tom IV./).

**Oskarżona S. D.** w postępowaniu przygotowawczym nie przyznała się do popełnienia zarzucanego jej czynu i skorzystała z prawa do odmowy złożenia wyjaśnień (k. 367-369 /tom II./).

***W toku postępowania sądowego podtrzymała swoje stanowisko procesowe; nie przyznała się do winy i skorzystała z prawa do odmowy złożenia wyjaśnień. Odpowiadając na pytania własnego obrońcy wyjaśniła, że J. O. (2) poznała 28 grudnia 2008 roku jak pełniła dyżur jako lekarz pediatra w szpitalu na ul. (...). Pełniła obowiązki od godziny 8.00 do 20.00. Około godziny 14.00 otrzymała telefon od doktor O.-P.- lekarza w szpitalu na ul. (...), która zwróciła się do niej z prośbą o skonsultowanie dziecka, które było w ósmej dobie ospy wietrznej, u którego wystąpiła dodatkowo małopłytkowość i zapalenie stawów. Doktor P. poprosiła ją o konsultację z tego powodu, że chciała opinii co do stopnia zakaźności ospy i miała w zamierzeniu hospitalizację na ul. (...) w oddziale hematologii. Z uwagi na fakt, że w oddziale tym leżą dzieci z chorobami nowotworowymi na immunosupresji chciała mieć pewność, że pacjent ten nie będzie stanowił zagrożenia dla innych dzieci. W rozmowie tej dowiedziałam się również, że pacjent trafił do niej ze szpitala na N., po konsultacji chirurgicznej, której powodem było zapalenie stawów. W wyniku tej konsultacji a także w związku z wynikami badań, które zostały wykonane u dziecka, została poproszona o konsultację, jako lekarz hematolog, ponieważ istniało podejrzenie choroby hematologicznej. Wyjaśniła, że odpowiedziała twierdząco, że taką konsultację wykona. Ustaliły, że w sytuacji, kiedy pacjent nie będzie stanowił zagrożenia - ospa nie będzie zakaźna, wówczas prześle pacjenta z powrotem na ul. (...). Wiedziała już wtedy, że pacjent ma zapewnione miejsce na oddziale hematologii. Około godziny 16.00 odebrała telefon od portiera - z uwagi na specyfikę szpitala. Portier poinformował ją, że idą rodzice z dzieckiem, które było wcześniej anonsowane ze szpitala na ul. (...). Oczekiwała na dziecko w izbie przyjęć w punkcie konsultacyjnym. Dziecko zostało wniesione na rękach przez tatę. W dalszej kolejności zaczęła zbieranie wywiadu, przeprowadziła badanie przedmiotowe i zapoznała się z wynikami badań. Od rodziców dowiedziała się, że pierwsze wykwity ospy pojawiły się 21 grudnia, że od 23 grudnia dziecko zaczęło się skarżyć na bolesność stawu biodrowego. Rodzice powiedzieli, że korzystali kilkakrotnie z opieki pediatrycznej i specjalistów, i dziecko miało wykonywane badania obrazowe i morfologię krwi w szpitalu przy ul. (...). Rodzice potwierdzili również, że dziecko ma zapewnioną hospitalizację przy ul. (...) i jej opinia będzie decydująca czy dziecko zaraża. Zbadala dziecko szczegółowo. Dziecko w czasie badania było w stanie ogólnym średnim; było z kontaktem logicznym; odpowiadało na pytania; reagowało na badanie bólem - na próby dotykania kończyn. Okresowo płakało. Sprawiało wrażenie dziecka cierpiącego. Czynności lekarskie sprawiały mu ból. W skórze stwierdziła przyschnięte wykwity ospy wietrznej. Wysiew ospy oceniła jako mierny i nie stwierdziła innych zmian, odczynów zapalnych w obrębie wykwitów świadczących o miejscowym zapaleniu skóry. Nie stwierdziła zmian zatorowo-zakrzepowych. Stwierdziła pojedyncze wybroczyny na śluzówkach***

*jamy ustnej i w skórze. Dziecko było wydolne krążeniowo i oddechowo. Akcja serca wynosiła około 120 uderzeń na minutę i była nieznacznie przyspieszona, co wiązało się z niepokojem i dolegliwościami bólowymi, które dziecko zgłaszało. Ciśnienie tętnicze było prawidłowe. Nie stwierdziła zmian osłuchowo nad polami płucnymi. Narządy wewnętrzne - wątroba i śledziona nie były powiększone. Nie stwierdziła również obecnych objawów oponowych. Ponieważ rodzice przedłożyli jej dokumentację medyczną dotychczas zgromadzoną, zapoznała się z wynikami badań, w których stwierdziła małopłytkowość rzędu 10.000 i podwyższone CRP. Wiedząc, że dziecko nie musi być izolowane i ma zapewnioną hospitalizację w szpitalu ogólnopediatrycznym podjęła decyzję, że prześle pacjenta do szpitala przy ul. (...). Zamówiła dla dziecka karetkę. Podejmując decyzję, co do wyboru środka transportu wyjaśniła, że kierowała się niskim poziomem płytek krwi u dziecka oraz tym, że dziecko cierpiało. Zdecydowała zatem, że transport karetką będzie bardziej bezpieczny i szybszy. Następnie wykonała telefon do pani P.i przekazała jej, że dziecko nie wymaga izolacji, i zgodnie z wcześniejszymi ustaleniami, przesyła je do jej placówki. W czasie rozmowy opisała krótko, co stwierdziła w badaniu i zasugerowała tj. przekazała swoje przemyślenia, że rzadko w jej praktyce zdarzały się małopłytkowość i zapalenie stawów, pomimo że obydwie te stany mogą być powikłaniami po ospie wietrznej. Zasugerowałam, że dziecko wymaga szerszej diagnostyki tzw. opracowania septycznego. Sporządziła dokumentację z tej wizyty. Wyjaśniła, że rodzice nie mówili jej o żadnych nietypowych zachowaniach dziecka w tym dniu. Nie zauważyła zmian martwiczych. Stwierdziła całkowicie przyschnięte wykwyty ospy wietrznej i pojedyncze wybroczyny. Według jej oceny dziecko nie zarażało. Przez opracowanie septyczne rozumie się jako szereg czynności i procedur diagnostycznych u pacjenta, u którego podejrzewa się infekcję w szczególności są to wymazy, posiewy krwi i innych płynów ustrojowych oraz badania obrazowe. Ma ono pomóc w ustaleniu miejsca i źródła czynnika etiologicznego stanu zapalnego. Można było postawić diagnozę, że dziecko jest po ospie wietrznej, ma małopłytkowość, zapalenie stawów i każda z tych jednostek chorobowych wymaga diagnostyki w celu postawienia ostatecznej diagnozy. Oceniała stan dziecka jako średni, ponieważ dziecko miało duże dolegliwości bólowe. Było cierpiące. To był główny fakt, który zważył, że stan dziecka oceniała jako średni. Jej zdaniem ze względu na złożony obraz kliniczny dziecko powinno mieć wykonaną szeroką diagnostykę różnicową w celu postawienia ostatecznego rozpoznania. W jej ocenie pacjent powinien mieć powtórzone badanie krwi; powinien mieć rozszerzone badanie krwi w kierunku oceny wydolności innych układów i narządów: nerek, wątroby, badania układu krzepnięcia. Pacjent powinien mieć wykonaną diagnostykę obrazową: RTG, USG jamy brzusznej oraz USG stawów - bo zmiany zapalne dotyczyły wielu stawów. Według niej pacjent wymagał konsultacji lekarzy specjalistów: chirurga, hematologa i badań bardziej szczegółowych tzn. biopsji szpiku. W tej szerokiej diagnostyce należało poprosić o konsultację reumatologiczną. W tym dniu w szpitalu zakaźnym nie było możliwości wykonania RTG klatki piersiowej oraz żadnych badań obrazowych. W sytuacji, kiedy zaistniała taka potrzeba, pacjenci byli kierowani do pracowni diagnostycznych innych szpitali - najczęściej na ul. (...), na ul. (...), (...). Nie mogła wykonać badań laboratoryjnych oznaczenia grupy krwi, ponieważ jest to niemożliwe w szpitalu, w którym jest zatrudniona. Badanie to jest odsyłane do laboratorium poza szpitalem. W tamtym czasie był to chyba szpital przy ul. (...). W tym dniu była jedynym pediatrą pracującym w szpitalu zakaźnym i jej obowiązkiem była opieka nad pacjentami hospitalizowanymi w szpitalu zakaźnym. Jednocześnie była jedynym lekarzem, który konsultował przyjęcia do szpitala. Szpital nie posiada specjalistów: chirurga, hematologa onkologa dziecięcego. Nie zapewnia zaplecza OIOMowego i w przypadku konieczności szybkiego umieszczenia dziecka na takim oddziale, nie mogła tego zapewnić. Nie mogła na miejscu skorzystać z konsultacji tych specjalistów. W szpitalu przy ul. (...), co wie z własnego doświadczenia, była możliwość wykonania badań obrazowych. W tym szpitalu są oddziały, w których pracują lekarze specjaliści; jest również oddział OIOM. Stan dziecka pozwalał na umieszczenie dziecka na oddziale w szpitalu na ul. (...). W punkcie konsultacyjnym nie mogła przeprowadzić opracowania septycznego, w tym celu musiałaby pacjenta przyjąć do*



*oddziału, a ponieważ pacjent nie zarażał i była pewna, że pacjent ma zapewnioną hospitalizację w szpitalu ogólnopediatricznym wieloprofilowym, uznała, że nielogiczne i nieracjonalne byłoby przyjęcie pacjenta na oddział a potem wysyłanie go na badania do innych szpitali. Wyjaśniła, że w jej praktyce zdarzają się takie konsultacje, o które proszą lekarze z innych szpitali, kiedy mają problem z rozpoznaniem choroby zakaźnej lub z oceną zakaźności lub oceną zarażenia epidemiologicznego. Najczęściej są to konsultacje chorób wysypkowych, wśród których jest ospa wietrzna. Wiemy, że może ona przebiegać nietypowo np. wśród pacjentów hematologicznych na immunosupresji. Odbywa się to tak, że pacjenci są badani w punkcie konsultacyjnym. Nie wykonujemy żadnych badań, kiedy stwierdzimy, że pacjent nie zaraża i ma zapewnioną hospitalizację w innym szpitalu. Wraca do tego szpitala. Często celem tych konsultacji jest ocena nie tylko samego pacjenta ale również wydanie opinii, jak lekarze powinni się zachować wobec innych pacjentów, z którymi chory miał kontakt. Dziecko po konsultacji wróciło do szpitala na Litewską – do miejsca, z którego przyjechało. Oskarżona wyjaśniła, że od samego początku, od momentu telefonu od pani doktor miała świadomość, że celem wizyty jest konsultacja pacjenta w celu określenia stopnia zakaźności ospy wietrznej. Wszystkie czynności wykonała możliwie najszybciej. Pacjent nie czekał na konsultację. Po zbadaniu pacjenta i stwierdzeniu, że nie zaraża, wezwała karetkę i wykonała telefon do doktor P.i sporządziła dokumentację medyczną z tej konsultacji (k. 719, k. 793-796 /tom IV./).*

**Oskarżony P. Ł.** będąc przesłuchiwanym po raz pierwszy w toku postępowania przygotowawczego nie przyznał się do popełnienia zarzucanego czynu i odmówił składania wyjaśnień (k. 401-403 /tom III./).

W toku kolejnego przesłuchania, w postępowaniu przygotowawczym nie przyznał się do popełnienia zarzucanego mu czynu. Złożył wyjaśnienia, z których wynika, że dziecko zostało przyjęte na oddział hematoonkologii o godzinie 17.30, co jest zgodne z raportem pielęgniarek. Dziecko trafiło na oddział z rozpoznaniem małopłytkowości, obrzęków stawowych i białaczki. Było wcześniej konsultowane w szpitalu na ul. (...) oraz w szpitalu zakaźnym na ul. (...) w W.. Z konsultacji przeprowadzonej w szpitalu na ul. (...) wynikało, że dziecko nie jest już zakaźne w związku z czym mógł je położyć na oddział białaczkowy. Dziecko trafiło do niego w stanie ciężkim, ten zaś wynikał z rozpoznania białaczki. O 17.45 po zbadaniu dziecka zlecił podstawowe badania plus biochemia, układ krzepnięcia i grupa krwi. Z uwagi na odwodnienie zlecił podanie w szybkim wlewie płynu Ringera. Był problem z otrzymaniem prawidłowych wyników badania krwi z uwagi, że wskutek odwodnienia chłopca, była ona skrzepła. Według standardów postępowania chłopca należało wpięrow nawodnić a następnie poddać badaniom. Parametry, na które wskazywał pulskoksymetr były prawidłowe. Po nawodnieniu stan pacjenta się poprawił. Zgłaszał mniejsze dolegliwości bólowe ze strony stawów. Dziecko było zmęczone bo cały dzień bez jedzenia i picia jeździło po całej W.. O 19.00 została pobrana krew do kolejnych badań. Po otrzymaniu wstępnych wyników i zleceniu kolejnych badań, o godz. 19.00 zlecił dwa antybiotyki: Claforan i Netromycynę i leki antywirusowe Acyklowir. Z uwagi, że dziecko dzień wcześniej było konsultowane na N., poprosił o konsultację ortopedę, który stwierdził, że stawy chłopca nie wymagają interwencji chirurgicznej. O godzinie 21.00 otrzymał wyniki badań krzepnięcia krwi. Po otrzymaniu tych wyników poinformował rodziców o ich treści i planach dalszego leczenia. Poinformował ich, że u chłopca jest uogólnione zakażenie, i że będzie prosił o konsultację anesteziologiczną. Parametry życiowe chłopca w tym czasie były w normie. Saturacja wynosiła 100% bez tlenu, co miało odzwierciedlenie w raporcie pielęgniarek. O godz. 21.09 odebrał wyniki gazometrii – pH 7,3. Widząc, że dziecko jest stabilne, po rozmowie z rodzicami z wynikami badań udał się na OIOM. Była godzina 21.15. O 21.30 do pacjenta przyszli anesteziolodzy, zbadali go, spojrzeli na parametry na kardiomonitorze i stwierdzili, że zabierają pacjenta na OIOM, i że zaraz po niego przyjdą. Są trzy sposoby postępowania anesteziologów: albo konsultują pacjenta, albo zabierają go na oddział planowo, albo też – jeżeli stan jest ciężki – zabierają go natychmiast na OIOM. Wyjaśnił, że nie wolno mu inkubować dziecka. To należy do kompetencji anesteziologów. Wyjaśnił również, że zgodnie z obowiązującymi standardami przed podaniem antybiotyku należy pacjenta bezwzględnie nawodnić. W przypadku tego pacjenta zlecił więcej badań niestandardowych, ponieważ chciał się upewnić, czy wstępna diagnoza jest prawidłowa. Chłopiec miał podstawowe objawy białaczki: obrzęk stawowy i małopłytkowość. Zlecił podanie antybiotyków o godz. 19.00 jeszcze przed uzyskaniem wszystkich wyników badań. Przy rozpoznaniu białaczki podane

innych leków z grupy sterydów mogłoby zamazać obraz szpiku w białaczce. Przez cały proces leczenia dziecko pozostawało w kontakcie, bez zaburzeń świadomości (k. 404-406 /tom III./).

W toku trzeciego przesłuchania w postępowaniu przygotowawczym nie przyznał się do popełnienia zarzucanego mu czynu. Ze złożonych przez niego na ówczesnym etapie postępowania wyjaśnień wynika, że pacjent został przyjęty na pediatryczną izbę przyjęć o godzinie 17.06. Został przekazany na oddział znajdujący się na drugim końcu szpitala, stąd ta różnica czasu pomiędzy godziną 17.06 a 17.30. Na oddział hematologii pacjent wszedł o 17.30. Do tego czasu ponosi za niego odpowiedzialność izba przyjęć. Nie było miejsca na oddziale dlatego przeniósł pacjenta na salę onkologiczną. Wcześniej sprawdził, że dziecko nie zaraża. Zebrał wywiad od matki dziecka. W dokumentacji było rozpoznanie małopłytkowości i podejrzenie białaczki. Wstępne rozpoznanie i stan pacjenta mógł sugerować podejrzenie choroby rozrostowej. Po zbadaniu pacjenta wrócił do gabinetu, żeby wprowadzić do systemu zlecenia badań. W karcie zleceń wpisał płyn Ringera, polecając pielęgniarce, że po pobraniu badań krwi i założeniu dojścia podała ten płyn. Pielęgniarki zabrały pacjenta, żeby wykonać zlecenia. O 19.00 otrzymał wstępne wyniki badań. Zbadał jeszcze raz pacjenta. Jego stan był średnio-ciężki. Na podstawie otrzymanych wyników badań zlecił dwa antybiotyki. Zlecił też dodatkowy płyn dożylny a nadto lek antywirusowy. O 19.00 zostały też pobrane dodatkowe badania. Wcześniej zostały zleczone badania na grupę krwi pacjenta. Wynik tych badań przyszedł o godzinie 21.00. O 19.00 dziecko było wydolne krążeniowo i oddechowo, i z kontaktem. Tak też było o godzinie 20.00 i 21.00. O 17.47 zlecono badania rentgenowskie. Wykonano je o 18.28. O 18.00 stan pacjenta się poprawił, dlatego pielęgniarki poszły z nim na badania. O 21.00 otrzymał wyniki pozostałych badań, z których wynikało, że są zaburzenia krzepnięcia a obraz choroby może odpowiadać uogólnionemu zakażeniu. O 21.00 pacjent był wydolny oddechowo i krążeniowo a saturacja wynosiła 100 procent. Pacjent nie znajdował się w stanie agonalnym. Rozmowa z rodzicami dotyczyła podejrzenia zakażenia i zamiaru przeniesienia pacjenta na OIOM. Anestezjolog przyszedł na konsultację o godz. 21.30. Trwała ona do 21.35. Wtedy saturacja wyniosła 86 procent. Anestezjolog nie podjęli natychmiastowej decyzji o przeniesieniu pacjenta na OIOM. Nie widzieli też podstaw do sztucznej wentylacji pacjenta. O 21.45 pacjent został przeniesiony na OIOM. Saturacja wynosił 78 procent. Wyjaśnił, że był uczony, iż w przypadku posiadania wykwalifikowanego anestezjologa powinien zaniechać samodzielnej intubacji z uwagi na bezpieczeństwo zdrowia dziecka i pacjenta przekazać w ręce profesjonalisty. O 21.00 był pewien, że u pacjenta jest uogólnione zakażenie. Takie podejrzenie pojawiło się po pierwszych badaniach. Pierwszym objawem, jaki pacjent przedstawiał były cechy odwodnienia. Z uwagi na to, że było podwyższone CRP zlecił ponowne badania w celu wykluczenia błędu. Zasadą jest bowiem weryfikowanie wyników z innych szpitali. Wynik CRP 26 nasunął podejrzenie, że jest to białaczka z uogólnionym zakażeniem. Pacjent miał robione OB. Wynik wskazywał na wartość 18 – niskie przekroczenie normy. Mając wyniki badań rentgenowskich można dojść do wniosku, że do pogorszenia stanu zdrowia pacjenta doszło na OIOM. W tamtym czasie sytuacja na oddziale była trudna. Wynik badania 10.000 płytek i całość badań: bóle stawów były charakterystyczne dla białaczki (k. 540-544 /tom III./).

W toku postępowania sądowego nie przyznał się do popełnienia zarzucanego mu czynu i złożył wyjaśnienia, z których wynika, że w dniu 28 grudnia 2008 roku stan pacjentów, na dwóch oddziałach, na których pełnił dyżur wynosił czterdziestu trzech. Byli to pacjenci głównie onkologiczni i hematologiczni w stanie ogólnym albo ciężkim, albo średnim. Większość pacjentów była powikłana chemioterapią. Jeden pacjent był we wstrząsie septycznym. O godz. 17.30, tak wynika z raportu pielęgniarskiego pielęgniarek dziennych, na Oddział Hematologii został przyjęty chłopczyk J. O. (1) w wieku 3 lata i 4 miesiące. Ze względu na to, że oskarżony nie miał miejsc na oddziale, w części oddziału małych dzieci, wstawił łóżko na salę w oddziale dużych dzieci. Na tej sali leżało dwóch pacjentów. Pacjent z zaburzeniami układu krzepnięcia, masywnym wylewem do stawu jak i również pacjent chory na białaczkę otrzymujący cytostatyk - to jest ten blok, gdzie pacjent musi go zacząć z dobrymi wynikami krwi. Musi spełniać pewne kryteria. Żaden z tych pacjentów nie miał infekcji i żaden z tych pacjentów nie miał w tym momencie zaburzeń odporności. Po wstawieniu łóżka i po położeniu pacjenta do łóżka, przeprowadził wywiad główny z matką dziecka. Wynikało z niego, że dziecko od kilku dni jest badane i diagnozowane; również, że było w tym dniu rano w szpitalu na N., później było na W. w Oddziale Chorób Zakaźnych i badane w tym kierunku. Po przejściu i wstępnym rozpoznaniu choroby białaczki rozrostowej został przyjęty na oddział. Po zebraniu krótkiego wywiadu zbadał pacjenta. W badaniu przedmiotowym pacjent był w stanie ciężkim. Ciężkość wynikała głównie z wstępnego rozpoznania, czyli podejrzenia białaczki. Następnie w badaniu stwierdził cechy odwodnienia. Z wywiadu wynikało, że pacjent cały dzień jeździł na różne konsultacje. Był

wyziębiony. To była zima, grudzień. Oddawał wolne stolce, co świadczyło, że jest pacjentem odwodnionym, może mieć przednerkową niewydolność nerek. W badaniu przedmiotowym skóry stwierdził pojedyncze wybroczyny na całym ciele, podskórne wylewy, jak i również stare przyschnięte zmiany po ospie. W badaniu przedmiotowym gardło było przekrwione, płuca osłuchowo czyste, szmer płucny prawidłowy. Przy badaniu palpacyjnym jamy brzusznej stwierdził nieznaczne powiększenie wątroby i śledziony. Badając układ kostno-stawowy stwierdził obrzęk i bolesność w stawie łokciowym i kolanowym prawym. Ułożenie pacjenta było przymusowe przez te dolegliwości bólowe, które zgłaszał z tych dwóch stawów. Po zbadaniu pacjenta pielęgniarki wypełniły kartę gorączkową i kartę zleceń, wpisując imię i nazwisko pacjenta, wagę. W tym czasie poszedł do pokoju lekarskiego, wpisując w system badania, które zaplanował do pobrania u pacjenta. To są dwa dokumenty: karta gorączkowa pacjenta i karta zleceń. W karcie gorączkowej pacjenta wpisał wstępne rozpoznanie: małopłytkowość - jest to objaw. Nie jest to rozpoznanie choroby, tylko objaw obniżonej liczby płytek, ponieważ pacjent miał wybroczyny na skórze. Również nie wpisał rozpoznania podejrzenia białaczki lub choroby rozrostowej z czym dziecko zostało do niego przysłane, gdyż według standardów, które istnieją już od 20 lat w tej klinice nie wpisuje się takiego rozpoznania jeszcze niepotwierzonego. Tylko wtedy, kiedy mamy już potwierdzone rozpoznanie na papierze można powiedzieć, że jest wpisywane potwierdzone rozpoznanie, a nie podejrzwane, gdyż np. były przypadki, że koledzy wpisywali wstępnie podejrzenie białaczki, a podczas pobytu stwierdzono inne rozpoznanie i później ciążyło na tym pacjencie w wywiadzie, że miał w przeszłości podejrzenie białaczki, co myliło dalszych lekarzy, co do rozpoznania. Jedynym dowodem potwierdzającym, że myślał o chorobie nowotworowej i białaczce jest obliczenie powierzchni ciała na tej karcie gorączkowej. Żaden lekarz innej specjalizacji nie oblicza powierzchni ciała dziecka. Ta powierzchnia jest głównie potrzebna dla obliczania cytostatyków w chemii dla dzieci. Do karty gorączkowej wpisał również wszystkie badania, które chciał zlecić u pacjenta i przystąpił do wpisywania tych badań do systemu. Godziną wpisania ich do systemu była godzina 17.46. Badania zlecone były przeprowadzone również w kierunku opracowania septycznego. Były to m.in.: posiew krwi, grupa krwi dziecka, badania wątrobowe, głównie czas amidazy, badania jonowe, sód, potas, wapń, magnez, również badania stanu krzepnięcia głównie dotyczące homeostazy wtórnej - APTT, czas protrombinowy zwany IRN, czas fibrynowy. Następnie pobrał morfologię z zabezpieczeniem rozmazu w kierunku choroby nowotworowej. Wyjaśnił, że nie jest to normalny rozmaz tylko specjalny do poszukiwania komórek blastycznych. Następnie pobrał CRP. Skończył te badania i zlecił rentgen klatki piersiowej o godz. 17.47. Następnie wziął kartę zleceń lekarza, wpisał płyn Ringera 500 ml, dobór tego płynu był związany z tym, że jest to płyn krystalitowy, który ma na celu utrzymanie ciśnienia u dziecka. Jest to we wszystkich standardach. W takim stanie, w jakim znajdował się pacjent, powinno się podać taki płyn a nie inny jak np. sól normalną. Oddał te dokumenty pielęgniarkom. Pielęgniarki wzięły dokumenty, przygotowały próbki, opisały próbki do pobierań i poszły zabrać pacjenta i pobrać mu te badania. Standard jest taki, że jeżeli zleca płyn, oznacza to, że musi być założone dożycie obwodowe tzw. wenflon, przez który będzie podawany wlew płynu. Dwie pielęgniarki zabrały dziecko i poszły pobierać badania. W tym czasie przeszedł się jeszcze po oddziale. Poszedł na salę numer 1, z tego co pamięta, leżało tam dziecko z dość dużą dusznością. Wiedząc, że pielęgniarki będą zajęte pacjentem, przeszedł i zobaczył czy wszystko jest w porządku. Ten pacjent na sali nr 1 został przeze niego oklepny, odessany. Później miał wypis pacjenta ze swojego oddziału. To był wypis o godz. 18.28. Musiał przygotować papiery. Przyznał, iż wie, że pobieranie badań trwało dość długo. Wynikało to z tego, że pacjent był kłuty dość często. Wie, że pielęgniarka jedna kłula dwa razy i jej się nie udało. Później dowiedział się, że druga od razu założyła wenflon i pobrała badanie. Przed godz. 19.00 przyszły wstępne wyniki badań pobranych na jego zlecenie o godz. 17.46, z których wynikało, że może być to zakażenie. Ponownie zabrał kartę zleceń, wpisując dodatkowy płyn. Wpisał paracetamol ale nie ze względu na wysoką temperaturę, pacjent przy przyjęciu na oddział miał 38,1 stopni gorączki, lecz ze względu na dolegliwości bólowe ze stawu łokciowego i kolanowego. Dowiedział się jeszcze wcześniej, że pacjent oddał mocz. To było przed godz. 19.00. Wpisałem dwa antybiotyki o maksymalnym spectrum działania: Netromycyna i III generacji Claforan. Następnie wpisał leczenie i lek przeciwwirusowy Acyclovir. Po zostawieniu pielęgniarkom karty zleceń wpisał do dokumentacji pod godz. 19.00 stan ogólny pacjenta średnio-ciężki. Pacjent po nawodnieniu się poprawił. Ogrzał się. Był ciepły obwód. Pacjent oddał mocz. W tym czasie przyszły też wyniki badania układu krzepnięcia, które przyszły przed godz. 19.00. Były one wydłużone czasem. W tym czasie mogło być to związane z trudnościami w pobieraniu krwi, gdyż ta krew była wyciskana. Największą ilość błędów przy określaniu układu krzepnięcia popełnia się przy pobieraniu materiału. Jeszcze raz pobrał badania w późniejszym etapie, kiedy dziecko się dobrze nawodniło o 19.49. Powracając do obserwacji to wpisał cechy odwodnienia, że dodatkowo jest potrzebne 1000

ml płynu Ringera. Dziecko było nadal cierpiące. Zgłaszało ból kończyn. W badaniach były stwierdzone zaburzenia jonowe. Zatem słuszne było, że zleciłem płyn Ringera, który ma największą ilość jonów w swojej zawartości. Wpisał również, że pobrał posiewy i że po posiewach, o godz. 19.00 były zlecone antybiotyki i lek przeciwwirusowy. Czego nie wspominałem to to, że o godz. 18.00 poprosiłem o konsultację chirurgiczną naszego doktora, żeby spojrzął na te stawy: staw łokciowy i kolanowy, czy nie wymagają one interwencji. Również pytanie moje było takie, czy nie wykonać np. longetek, które by spowodowały, że ten ból by się zmniejszył. Czasami u pacjentów głównie z zaburzeniami krzepnięcia z tzw. skazą wrodzoną wykonujemy gipsową longetę, żeby pacjent nie napinał mięśni. Chirurg nie stwierdził konieczności interwencji w tych stawach i stwierdził, że nie ma sensu wykonywać w tych stawach longetek. Po dokonaniu wpisu o godz. 19.00 został wezwany na oddział onkologii, gdyż wrócił pacjent z przepustki. Musiał go zbadać. Kiedy go zbadał i zaczynał robić obchód to okazało się, że tamten pacjent ma niedrożne dojsście centralne. Został przez pielęgniarki poproszony podczas obchodu, aby zobaczył co dzieje się z tym pacjentem na onkologii. Po kilkunastu próbach udrożnienia tego dojsścia, niestety nie udało mu się go udrożnić. Zleciłem, żeby pacjent miał założony obwód. Opuścił oddział hematologii i poszedł na oddział onkologii. Po założeniu dojsścia wrócił na obchód. Miał pacjenta z powikłaną cukrzycą, którego musiał ustawić. Również miał pacjenta z grzybiczym zapaleniem mózgu, którego musiał odwodnić. Po godz. 20.00 powrócił na oddział hematologii. Dowiedziałem się od pielęgniarek, że po przekazaniu raportu pielęgniarka z dyżuru dziennego poszła o godz. 19.30 na rentgen z dzieckiem. Powróciła po 15-20 minutach. W tym czasie poszedł sprawdzić wynik rentgena i rentgen był prawidłowy. Nie było żadnych zmian. Wynik rentgena dotyczył pacjenta J. O. (1). Nie było zmian zapalnych, jak i również guza w śródpiersiu. Pod tym kątem było to badanie robione. Przystąpił do obchodu na oddziale hematologii. To była godzina 20.15-20.20. Dochodząc do sali numer 3 sprawdził stan pacjenta J. O. (1). Pacjent był stacjonarny, skoncentrowany. Spytał pielęgniarki, jakie pacjent dostaje płyny, na jakim etapie leczenia jesteśmy. Dowiedział się, że do tej pory pacjent nie dostał antybiotyku. Zlecił szybkie jego podanie, tym bardziej, że pacjent już był nawodniony. Antybiotyk został podany przez godzinę. Z tego co pielęgniarki mówiły podawanie antybiotyku zaczęło się o godz. 20.30. Skończył obchód. Poszedł na dół przed godziną 21.00, piętro niżej do laboratorium, gdzie zebrał wyniki badań, które były zlecone po godz. 20.00: wyniki stanu krzepnięcia – zlecone o 19.00 oraz jony – zlecone o 19.20. To wszystko było zlecone pod kątem nawodnienia pacjenta. Przed godziną 21.00 zszedł na dół piętro niżej odbierając wyniki badań. Osobiście, ponieważ pielęgniarki były bardzo zajęte. Oddział był ciężki. Pacjenci, którzy leżeli na oddziale byli w stanie ciężkim. Były 3 pielęgniarki w godzinach rannych. Jedna młoda, która się uczyła i dwie pielęgniarki od godziny 19.00 do 7.00 rano. Rano były trzy pielęgniarki do godz. 19.00. Po godz. 19.00 były dwie pielęgniarki. Jak miał te wszystkie wyniki badań, to poprosił rodziców na rozmowę do pokoju pielęgniarskiego przy oddziale. Wspomniał, patrząc się na zaburzenia krzepnięcia, tzn. powiedział, że podejrzewa u dziecka uogólnione zakażenie. Ta rozmowa miał miejsce o godz. 21.00. Wpisał to również na karcie historii pacjenta, że rodzice są powiadomieni o stanie zdrowia, podejrzenie sepsy meningokokowej i w tym czasie uzupełnił rozpoznanie wstępne wpisując sepsis, małopłytkowość, zapalenie stawów. Również poinformował rodziców, że wybiera się na oddział anestezjologii w sprawie konsultacji z anestezjologami. Wówczas pacjent był wydolny oddechowco z saturacją 100 procent bez żadnych zaburzeń świadomości i innych rzeczy. Pozbierał tę dokumentację i z wynikami badań poszedł na oddział anestezjologii. Zszedł około godz. 21.09, gdyż odebrał jeszcze gazometrię w tym czasie, żeby mieć pełen komplet badań i udał się na oddział anestezjologii. Był tam doktor R., któremu przedstawił objawy, przedstawił wyniki badań, które do tej pory otrzymał. Zapoznał się i powiedział, że przyjdzie do mnie na oddział zbadać i obejrzyć pacjenta. Powróciłem na oddział. Poszedłem do pacjenta. Zobaczyłem, że stan jego jest stacjonarny i przystąpiłem do innego pacjenta. W tym czasie przyszło dwóch anestezjologów. Było to około godz. 21.20-21.30. Zbadali dziecko, obejrzyli pacjenta i powiedzieli, że zabierają je na oddział do siebie po wcześniejszym telefonie. Wyjaśnił, że istnieje taki zwyczaj przekazywania pacjenta na OIT w ten sposób, że dzwoni się telefonicznie i mówi się, że pacjent jest w stanie ciężkim i prosimy o wsparcie. Wtedy oni (anestezjologowie) wiedzą, że muszą wziąć walizkę i leki, albo przychodzi na konsultację sam anestezjolog, który podejmuje decyzję, w którym momencie zabiera pacjenta na OIT. Może to być od razu; może to być po 15-20 minutach. Może również być, że wpisze, że przyjdzie za trzy godziny i wtedy podejmie decyzję, czy zabiera pacjenta, czy nie. Anestezjologowie musieli przygotować stanowisko. Nie prosili o ponowny telefon. Powiedzieli, że zadzwonią i powiedzą, kiedy mam im dziecko przekazać. Po upływie około piętnastu do dwudziestu minut zadzwonili, żeby przekazał im dziecko. W tym czasie przygotował papiery, przygotował pacjenta do przewozu i zabezpieczenie przewozu pacjenta na oddział IT. Poprosił również ojca dziecka o pomoc podczas przewozu. Również zabrał pielęgniarkę z oddziału i razem przekazali pacjenta na oddział IT. W tym czasie

podczas przewozu pacjent był wydolny oddechowo i krążeniowo, pytał się gdzie jedzie. Był pacjentem przytomnym. Po oddaniu pacjenta z pielęgniarką, w szybkim tempie wrócili na oddział, żeby nie opuszczać żadnego oddziału. W tym czasie dokończył obchód na hematologii. Miał jeszcze dwa przyjęcia. Około godz. 1.00 w nocy jak miał stabilny oddział, poszedł na oddział IT dowiedzieć się o stan pacjenta. Usłyszałem od pielęgniarki, że pacjent jest w stanie stabilnym, pacjent był zaintubowany. Odpowiadając na pytania oskarżyciela publicznego oskarżony wyjaśnił, że o godz. 19.00 po otrzymaniu wyników badań zlecił antybiotyki. Na pewno o godz. 21.00 jak rozpoznał sepię, to było to wskazania do niezwłocznego podania antybiotyków. Takie podstawy do antybiotykoterapii nie istniały przy przyjęciu pacjenta na oddział i bezpośrednio potem. Dziecko przyszło do niego z podejrzeniem choroby nowotworowej. Weszło na oddział szpitalny o III stopniu preferencji. Przeszło przez poprzednio konsultujących go lekarzy mając objawy białaczki takie jak: temperatura, gorączka, objawy małopłytkowości, skazy krwotocznej co stanowi 80% wszystkich rozpoznań białaczki, powiększenie narządów co stanowi 60-70% wszystkich rozpoznań białaczki, bóle stawowe – 40% wszystkich rozpoznawanych białaczek. Te informacje statystyczne podał w oparciu o ogólnie dostępną wiedzę medyczną. W tym momencie, kiedy pacjent przybył na oddział, zbadał go i podejrzewał chorobę rozrostową. Pierwsze było podejrzenie, miał wykluczone podejrzenie zakaźne. Pacjent był badany w szpitalu o niższym stopniu referencji na ul. (...). Był też badany przez lekarza na izbie przyjęć szpitala na ul. (...), który podejrzewał, że też również istnieje podejrzenie, że jest to podłoże rozrostowe. Jeżeli przychodzi pacjent na oddział onko-hematologii po takim wywiadzie, to zawsze podejrzewa podłoże rozrostowe. Również pobrał badania w kierunku diagnostyki różnicowej u tego pacjenta. Wyjaśnił, że leczenie to nie proces, w którym wystarczy podać antybiotyk. Jeśli pacjent jest odwodniony to wpierv trzeba go nawodnić aby utrzymać ciśnienie, gdyż w przeciwnym razie mogłoby dojść do niewydolności krążeniowo-oddechowej. O 21.00 podejrzewał sepsę meningokokowi i wiedząc, że pacjent dostaje antybiotyk poszedł do oddziału anestezjologicznego z prośbą o wsparcie. Główną informacją dla anestezjologów było, że ma takiego pacjenta na oddziale. Jeżeli by nie widział o 19.00 sensu zlecenia antybiotyku, to by go nie zlecał. O 19.00 przyszły wyniki badań, które wskazywały na podejrzenie, że może to być zakażenie. Samo zakażenie a nie zakażenie ogólnoustrojowe. Podejrzewał zakażenie i próbował ustalić jego źródło. O 19.00 były podstawy do włączenia antybiotyku. Pacjent oddał mocz, więc mógł zlecić antybiotyk. Opóźnienie w podaniu antybiotyku wynikało z tego, że pielęgniarki musiały przekazać sobie dyżur, jak również z uwagi na długi czas podania antybiotyku, który podaje się przez wlew a nie doustnie, oraz udanie się pacjenta na badanie RTG. To wszystko spowodowało, że podanie antybiotyku zostało w czasie wydłużone - z tego co mu powiedziały pielęgniarki. Nie ma w zwyczaju sprawdzania tego, co wykonują pielęgniarki, gdyż mają pełne zaufanie do siebie. Jeżeli ja zleca cytostatyki, leki onkologiczne to nigdy nie sprawdza czy zostały one rozpuszczone, czy nie, bo ma zaufanie. Tak samo było w tym przypadku. Ja zlecił, dał karty zleceń i dalej się tym nie interesował. Jest to specyficzny oddział. Jeżeli ja zleca cytostatyki, nie sprawdza czy pielęgniarka poda właściwą ilość. Ich dawkowanie jest obliczane odnośnie powierzchni ciała pacjenta. Błąd w tym przypadku ma szeroko idące konsekwencje dla stanu zdrowa pacjenta. Dawki, które my obliczamy u dzieci dla osób dorosłych byłyby zabójcze. Mamy coraz to bardziej nowotwory złośliwe i zwiększamy dawki. Pielęgniarki wykonują zlecenia wtedy, kiedy mogą je wykonać. Nie pamięta, by w czasie jego pracy miały miejsce jakieś pomyłki w tym zakresie. Nie zastanawiał się nad tym, kto ponosi odpowiedzialność za niewykonanie zlecenia lekarza. Wyjaśnił, że pomiędzy lekarzami a pielęgniarkami istnieje pewne zaufanie. Wskazał jednak, że chyba odpowiedzialność ponosi pielęgniarka. Odpowiadając na pytanie, o której godzinie zostałyby podany antybiotyk, gdyby nie pojawił się na oddziale, wyjaśnił, że z tego, co jest mu wiadome, były rozpisane inne godziny. Pielęgniarki miały w planach podanie antybiotyku lecz nie wyrobiły się czasowo. Gdyby nie pojawił się na oddziale i nie zapytał czy został podany antybiotyk, to zostałyby on podany o godzinie 20.00. O godzinie 20.00 antybiotyk nie był podany. Przy rozpoznaniu uogólnionego zakażenia podanie antybiotyku czas jest bardzo ważny. Jeżeli mamy pacjenta z podejrzeniem uogólnionego zakażenia antybiotyk niewiele zdziała. Wyjaśnił, że musi mieć wypełnione naczynie łożyskowe, żeby utrzymać ciśnienie, żeby móc podać antybiotyk. We wszystkich standardach postępowania jest napisane, że w takim wypadku konieczna jest płynoterapia, pilna płynoterapia. Wtedy można podać antybiotyk. Z antybiotykiem jest tak, że jeżeli pacjent ma niewydolność nerek to również lekarz powinien na to zwracać uwagę by nie doszło do uszkodzenia nerek. Przed godziną 19.00 pacjent oddał mocz. Nie wie czy gdyby nie podał płynu, to czy nie doszłoby u pacjenta do zatrzymania krążenia. W tym przypadku miał jedno dojscie. Miałem dojscie obwodowe. Nie mógł łączyć płynu i antybiotyku. Gdyby podał antybiotyk we wlewie godzinnym nie patrząc na stan nerek – oddanie moczu, mogłoby dojść do uszkodzenia nerek. Jak pacjent przyszedł do niego – o 17.30 - to nie podejrzewał u niego zakażenia. Podejrzewał chorobę rozrostową. Wyjaśnił również, że na oddziale hematologii

oraz na oddziale onkologii był sam. Był jedynym lekarzem na dwa oddziały. Pacjenta konsultował chirurg doktor P.. Na oddziale hematologii nie było wystarczającej ilości pielęgniarek. Nie zgłaszał nikomu tego problemu. Po wyniki badań najczęściej schodzi personel, jednak w przypadku kiedy jest on zajęty, wyjaśnił, że nie widzi problemu, by samodzielnie zejść po wyniki. Przyczyną przyjęcia dziecka na OIOM była sepsa meningokokowa. O godzinie 21.00 podejrzewał sepsę meningokokową. PO przyjęciu dziecka podejrzewał zakażenie. O 19.00 zlecił antybiotyk ponieważ podejrzewał istnienie zakażenia. Na podstawie badań nie mógł jednoznacznie określić, że jest to zakażenie. Zlecił o 19.00 antybiotyk, bo podejrzewał zakażenie. Zlecając antybiotyk dysponował wynikami wszystkich badań. Miał te, które pobrał o godz. 17.00. Wyjaśnił, że krew była wyciskana. Jeżeli pacjent jest odwodniony przy założeniu dojścia krew swobodnie do próbki nie napływa. Pielęgniarki czasami wyciskają krew z naczynia, żeby próbkę napęczyć. Jeżeli pacjent jest odwodniony i ma zaburzenia jonowe, wyniki badań są nieadekwatne do stanu obecnego, w którym jest pacjent. Dlatego trzeba pacjenta nawodnić i ponownie sprawdzić, czy tak jest. Pacjent był wyziębiony. Otrzymał wyniki badań, które zlecił, ale zlecił również kolejne badania gdy stan pacjenta będzie wyrównany, czyli gdy będzie nawodniony. Nie otrzymał jedynie wyników z posiewów. Grupę krwi otrzymał przed godziną 21.00. Posiewy krwi były dostępne następnego dnia. Podczas pobytu pacjenta na oddziale hematologii nie było podstaw do intubacji. Pacjent o godz. 21.00 - według notatek pielęgniarskich - miał 100% saturacji. Podjęcie decyzji o intubacji należy do anestezjologa. Anestezjolog, który przyszedł o godz. 21.20 nie podjął decyzji o intubacji pacjenta, co oznacza, że do tego momentu nie było żadnych wskazań do intubacji. Intubowanie dziecka w tym wieku jest bardzo trudne. Mogło spowodować zatrzymanie krążenia, uszkodzenie naczyń i mnóstwo innych powikłań. Nigdy w życiu nie podjąłby się próby intubowania pacjenta. To nie jest zabieg, który wykonuje się w czasie jednej sekundy. Prawidłowa częstość oddechu dziecka to 20-30 oddechów na minutę. Odwodnienie bardzo wpływa na czynność serca i na oddech. Sama ilość oddechów nie jest miarodajna do podjęcia decyzji o tlenoterapii. Dla podjęcia decyzji w tym zakresie adekwatne są wyniki saturacji. Jeżeli saturacja utrzymywała się na poziomie 100 – to nie interweniował. O 21.00 nastąpił spadek saturacji. O godz. 21.30 wynosiła ona 86 według zapisów pielęgniarek. W tym czasie pacjent znajdował się na oddziale hematologicznym. Taki wynik świadczy o tym, że jest spadek saturacji. O godz. 21.45 poziom był 78 – wtedy byliśmy już przy przekazywaniu pacjenta na oddział IT. Odnośnie stwierdzenia istnienia podstaw do intubacji dziecka o godz. 21.45 wyjaśnił, iż takowe istniały, jak i nie istniały; spadek saturacji mógł wynikać z poruszenia czujnika, który się osunął. Według wyjaśnień oskarżonego pacjent był z nim skontaktowany; pytał gdzie jadą. Intubowanie dziecka około godz. 1.00 na oddziale IT wynikało z niewydolności krążeniowo – oddechowej. Przy wykonaniu rentgena nie było żadnych wskazań do intubowania pacjenta. Stan pacjenta ocenia się według pewnych norm. Według norm pediatrycznych można mówić o stanie dobrym, średnio-dobrym, średnim, ciężkim, średnio-ciężkim i bardzo ciężkim. Stwierdzenie przez niego stanu średnio-ciężkiego wynikało z tego, że pacjent był wydolny krążeniowo i oddechowo oraz reagował na bodźce z zewnątrz. W momencie przyjęcia dziecka na OIT anestezjolog stwierdził jego stan jako agonalny. Jest to stan, w którym dochodzi do niewydolności krążeniowo – oddechowej. Anestezjolog posługiwali się chyba skalami Apache – dotyczącymi osób dorosłych. Chyba też skalą Glasgow. Do tej skali trzeba wykonać badania. Nie wie, w którym momencie skala G. była wykonywana. Była też skala dotycząca zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Stan średnio-ciężki przechodzi w stan ciężki, bardzo-ciężki i agonalny. W tym zbiorze cech charakteryzujących poszczególne stany nie ma części wspólnych. Wyjaśnił, że nie wie co się działo z pacjentem, po przekazaniu go do anestezjologów. W momencie przekazania na inny oddział nie ma wpływu na leczenie pacjenta. Przetransportowanie pacjenta trwało 5 minut. Anestezjolog przejął opiekę nad dzieckiem w momencie wjechania na OIT. Odpowiadając na pytania pełnomocnika oskarżycieli posiłkowych wyjaśnił, że dziecko trafiło do niego na oddział o godz. 17.30 – co wynika z raportu pielęgniarskiego, a nie o godz. 17.06. Nie potrafił wyjaśnić przyczyny, dla której w dokumentacji medycznej pojawia się godzina 17.06. Może wynikać ona z tego, że lekarz na izbie przyjęć wpisał tę godzinę a następnie przystąpił do badania pacjenta. Oskarżony wyjaśnił, że pacjent stawiał się na oddział o godz. 17.30. Wskazał również, że nie patrzy na zegarek każdorazowo gdy na oddział zostaje skierowany pacjent. Opiera się na wpisie pielęgniarskim, bo dlaczego pielęgniarki miałyby wpisać inną godzinę. Od razu wyszedł do pacjenta, więc uważa, że godzina 17.30 jest odpowiednią. Nie spojrzął na własny zegarek. Patrząc na czas, który jest wskazany w systemie uważa, że godzina 17.30 była adekwatna. Godz. 17.06 jest godziną wpisania pacjenta na izbę przyjęć. Jest to moment, w którym pacjent trafił na izbę przyjęć. Nie posiada wiedzy na zasadzie pewności kiedy konkretnie, co miało miejsce. Wie, że o godz. 17.30 pacjent był u niego na oddziale. Uważa, że czas który wpisały pielęgniarki jest właściwy. Nie wie, gdzie dziecko przebywało między opuszczeniem izby przyjęć a pojawieniem się u niego na oddziale.

Nie podejrzewał, że raport pielęgniarek może być w tym zakresie nieprecyzyjny. Przeprowadzenie godziny podania antybiotyku nie podważa jego zaufania do rzetelności raportu. To jest odruch pielęgniarki wpisywania godziny. Jak bada pacjenta zabiera kartę zleceń i kartę gorączkową; pielęgniarki wypełniają status dziecka. Wpisuje się dane według schematu: data, nazwisko pacjenta, datę urodzenia, badanie przedmiotowe, masa ciała, stan ogólny. Stan ogólny wpisał ciężki. Stan ciężki wysnuł na podstawie rozpoznania wstępnego białaczki, która zawsze jest stanem ciężkim plus odwodnienie. Następny punkt to skóra i zaznaczył wybroczyny, wylewy podskórne, zamiany poospowe, węzły chłonne, gardło, płuca – napisał, że gardło jest przekrwione; następnie płuca i czynność serca, wątroba, śledziona. Na tym etapie skończył pisanie. Nie wpisał nic w rubryczce „rozpoznanie wstępne”. Rozpoznanie wstępne – wyjaśnił – wpisał na karcie gorączkowej. Gdyby chciał wypełnić ten punkt, to powinien wpisać chorobę nowotworową, czego nie chciał czynić ze względu na wolę nieobciążania pacjenta podejrzeniem choroby nowotworowej. Wpisał je o godz. 21.00, bo wtedy miał podejrzenie sepsy i wtedy wpisał sepsę. Wpisał w karcie gorączkowej rozpoznanie wstępne. Dane zawarte w karcie przyjęć są nieadekwatne do danych w karcie gorączkowej. Nie miał czasu by je wypełniać. Chodziło o to, żeby były szybko pobrane badania. Wyszedł z założenia, że jeżeli będzie miał badanie, to wtedy będzie mógł wpisać to rozpoznanie. Nie jest ściśle określony czas kiedy ma obowiązek to badanie wpisać. Wpisał to, co było dla niego najważniejsze - zlecenie badań. W danym momencie nie miał obowiązku wpisania wstępnego rozpoznania. Musiał się zastanowić, co ma wpisać. Dane zawarte w karcie gorączkowej uczynił w jednym czasie. Wpisał rozpoznanie o godz. 21.00. Z tego, co sobie przypomina, to nie zapytał się rodziców o grupę krwi dziecka, ponieważ rzadko się zdarza, żeby ta grupa była właściwa. Na podstawie szpitalnej grupy krwi nie może podać żadnego leku. Na oznaczenie grupy krwi potrzeba od godziny do czterech godzin. Jeżeli są przeciwciała nawet dwa dni. Na jego oddziale dziecko było w stanie ciężkim. Stan ciężki determinowany był podejrzeniem choroby nowotworowej i odwodnieniem. Po godz. 19.00 stan dziecka był średnio-ciężki. Jego stan się poprawił. Wynikałoby z tego, że na jego oddziale od godz. 19.00 do przekazania, pacjent nie uległ pogorszeniu. Stan średnio ciężki to było to, że dziecko było przytomne. Pacjent przyszedł o godzinie 17.30 i opuścił oddział ok. godz. 21.40. Na Oddziale IT byli o godz. 21.45. Dziecko zostało podłączone do monitora o godz. 20.00. Wcześniej miało założony pulsometr. W oddziale nie jest tak, że każde łóżko jest wyposażone w monitor. Podłącza się monitor wówczas, kiedy jest to celowe. Kiedy jest sens podłączenia. Wyjaśnił, że miał do dyspozycji trzy-cztery monitory na oddziale hematologicznym. Nie widział sensu wcześniejszego monitorowania, ponieważ jak pacjent przyszedł trzeba było wykonać badania, podać płyny. Monitorowanie pacjenta jest celowe wtedy kiedy może dojść do zaburzeń oddychania, może dojść do pogorszenia się stanu pacjenta; wtedy kiedy pielęgniarki nie ma cały czas przy pacjencie; kiedy pacjent otrzymuje chemię w nocy. Do podłączenia monitora nie jest potrzebny komplet badań. Miał na uwadze dolegliwości zgłaszane ze strony dziecka. Na początku był podłączony pulsometr. Nie zakładał, że może dojść do pogorszenia stanu zdrowia pacjenta, bo po nawodnieniu był on wydolny oddechowo i krążeniowo. Pielęgniarka nocna była cały czas przy dziecku. Od godziny 19.30 pielęgniarka została przy dziecku, gdyż rodzice opuścili dziecko. Były dwie pielęgniarki. Jedna z pielęgniarek została wyłączona z pracy, żeby była przy dziecku. To było małe dziecko, które mogło wyrwać sobie dojście. Nie wydawał polecenia pielęgniarce, że ma siedzieć przy dziecku. Widział pielęgniarkę siedzącą przy dziecku, więc nie widział sensu wydawania jej polecenia w tym zakresie. Wyjaśnił, że używając określenia „rodzice opuścili dziecko” miał na myśli obiektywną okoliczność nieobecności rodziców w danym momencie przy dziecku. Nie zna przyczyn nieobecności rodziców. Pierwsze badania zostały zlecone o godzinie, która jest wskazana w systemie komputerowym, którego zapisów nie da się obejść. Stąd godzina wskazana w systemie komputerowym jest adekwatna. Zlecając badanie wpisuje je do komputera a komputer podaje godzinę zgodną z czasem rzeczywistym. Z tego, co wie, w tamtym czasie system wpisywania pacjenta był tożsamy, jednakowy dla wszystkich oddziałów. W czasie pobytu dziecka na oddziale był u niego minimum cztery razy. Był ze dwa razy, kiedy nie widział rodziców przy dziecku. Nie wiedział rodziców dziecka w czasie konsultacji anestezjologicznej. Poprosił rodziców na rozmowę na trzy minuty przed godz. 21.00. Powiedziałem, że podejrzewam zakażenie. Na pytanie, czy przed rozmową z rodzicami podał antybiotyk wyjaśnił, że – jak już było to powiedziane – około 20.30 był zlecony antybiotyk. Kończąc rozmowę powiedział rodzicom, że udaje się na OIT. O godz. 21.00 wpisał podejrzenie, opisał rozmowę, pobierał wyniki i z wynikami poszedł na konsultację. Spotkał rodziców na korytarzu, poprosił o rozmowę, trwało to 3 minuty. Konsultacja anestezjologiczna wynikała z treści uzyskanych badań. Chciał ich poinformować, że podejrzewa takie rozpoznanie, jak podejrzewa i być może będą mu potrzebni do pomocy. Anestezjolog, którzy przyszedli później o godz. 21.20 nie ocenili stanu dziecka jako agonalny. Gdyby tak było, to by je od razu zabrali na oddział IT. Dziecku był podawany paracetamol, który zlecił. Sądzi, że zlecił podanie leków

przeciwbólowych o godz. 19.00. Tak jest wpisane. Paracetamol był wpisany o godz. 19.00. Dziecko było wychłodzone. Było dzieckiem cierpiącym. Było dzieckiem, które zgłaszało dolegliwości bólowe odnośnie stawów. Wcześniej nie zlecił podania środka przeciwbólowego, ponieważ miał inne rzeczy do wykonania. Musiał nawodnić dziecko. Nie mógł podać leku bez nawodnienia. Wyjaśnił, że dziecku, które ma biegunkę nie podaje się doustnie leków. Wskazując na powodu braku założenia drugiego dojsścia wyjaśnił, że były duże problemy ze znalezieniem żyły. Pacjent miał bolesność stawu łokciowego. W tym momencie w takiej sytuacji nie chciał dziecku zadawać następnego bólu i szukać następnego dojsścia. Bolesność przy założeniu kolejnego dojsścia może trwać do 20 minut. Prosił od razu o założenie wenflonu. Wtedy na to nie patrzył. Gdyby miał zakładać dojsście na paracetamol to uważa, że nie byłoby to w stosunku do dziecka fair. Wenflon był przez cały czas używany. W drugiej rączce był obrzęk i była bolesność. Były zaburzenia krzepnięcia, małopłytkowość. Mógł powstać krwiak w tym miejscu. Wywołanie krwiaka wiąże się w następstwie z wylewem do kończyny. Krwawi z tego miejsca. Jeśli nie rozważał założenia drugiego dojsścia w górnej kończynie, to tym bardziej nie uczynił tego, co do kończyny dolnej, gdzie bolesność była większa niż na kończynie górnej. Na podstawie zapisów raportu pielęgniarskiego posiadam wiedzę, że o godz. 20.00 został podany pacjentowi lek przeciwbólowy. Najczęściej jest tak, że jeżeli jest to pacjent, który jest po raz pierwszy w szpitalu i nie wie gdzie ma się udać, to na badanie RTG idzie pielęgniarka. Czasami pielęgniarki wysyłają pacjenta na rentgen i on wie, gdzie to jest i dlatego idzie sam. W momencie przyjęcia pacjenta podejrzewał białaczkę, objawy wskazywały na białaczkę. W jego karierze nie zdarzyło się, żeby pacjenta z rozpoznaniem onkologicznym nie przyjął na oddział. Nie było tego pacjenta gdzie przesunąć. Jeżeli przychodzi taki pacjent to zapewnilem mu miejsce. O godz. 21.00 miał podejrzenie uogólnionego zakażenia. Nie ma miejsca w szpitalu, żeby takiego pacjenta przenieść. Nadto w takim wypadku pacjenci, którzy pozostali na sali już zostali z takim pacjentem skontaktowani. Wybrał salę z pacjentem po chemioterapii ze względu na to, że umieszczeni w niej pacjenci nie mieli zaburzeń odporności. Kontakt z pacjentem, który był zakażony nie stanowił zagrożenia dla tych pacjentów. Pacjent został położony z jednym pacjentem po chemii i jednym pacjentem, który miał masywny wylew. Wstępno rozpoznania białaczki nigdzie na zapisał, ponieważ nie zapisuje się tego typu rozpoznania, dopóki nie ma jednoznacznego potwierdzenia takiego rozpoznania. Wyjaśnił, że mając podejrzenie choroby nowotworowej zlecił badania w kierunku diagnostyki różnicowej o godz. 17.46. Wyjaśnił również, że jest mnóstwo powikłań po ospie wietrznej: zapalenie opon, infekcje gronkowcowe, infekcje paciorkowcowe. Pacjent był konsultowany przez trzech lekarzy. Jego celem było przygotowanie pacjenta i prowadzenie pacjenta jako onkologicznego. Opierałem się na poprzednich konsultacjach. Poprzednio badający pacjenta lekarze wykluczyli pediatryczne przyczyny jego stanu - to znaczy infekcyjne i inne. Druga konsultacja wykluczyła zakaźność. Trzecia konsultacja wykluczyła inne jednostki chorobowe kierując dziecko na oddział onkologiczny. Wdrożył diagnostykę różnicową, bo choć zawsze ma zaufanie do poprzedników, to oceniam stan pacjenta od innej strony. Najczęściej powikłaniami po ospie są infekcje gronkowcowe, paciorkowcowe. Nie myślał o powikłaniach w tym momencie, tylko o tym, by pomóc dziecku. Opierał się na konsultacjach poprzednich lekarzy, ale również i sam badał dziecko. Wielokrotnie spotkał się z rozwojem sepsy. Wyjaśnił, że na początku mamy zakażenie. Potem zakażenie udokumentowane posiewem i tzw. współistniejący zespół systemowej odpowiedzi na zakażenie, czy to jest sepsa, czy uogólnione zakażenie. Musimy mieć potwierdzony czynnik, czy jest on wirusowy, bakteryjny czy grzybiczy. Potem następny punkt to tzw. ciężka sepsa i wstrząs septyczny. Mamy taki podział. Jeżeli mówimy o sepsie, czyli mamy czynnik zakażający, nie wiemy jaki on jest i gdzie on jest to dążymy do tego, żeby odczyn zapalny za szybko nie postępował. Wyjaśnił, że wielokrotnie widział sepsę i wstrząs septyczny. Według piśmiennictwa przebieg może być różny. Szczególnie niebezpieczna jest sepsa meningokokowa. W momencie przyjęcia dziecka nie miało ono żadnych objawów, które świadczyłyby, że jest to sepsa. Obraz opiera się na badaniach krwi. W tym momencie nie dysponował wynikami badań krwi. Musiał wykonać własne badania. Miał w karcie gorączkowej, w historii pacjenta badanie USG i morfologię. Zapoznał się z tymi wynikami. Z tego co pamięta miał morfologię, o której wynikach każdy lekarz powiedziałby co innego. Pamięta, że w tych badaniach były podwyższone neutrofile. Nie pamięta o ile. Miał trzech własnych pacjentów, którzy mieli jeszcze wyższy poziom. U jeden dziewczynki, która miała 4 lata to był chłoniak, u chłopczyka dwuletniego - chłoniak blastyczny. Wyjaśnił, że to nie jest tak, że na podstawie morfologii może powiedzieć, że jest to białaczka. Sam podwyższony wskaźnik CRP nic nie daje. Trzeba mieć własne badania. Wielokrotnie zdarzało się, że były mylne wyniki badań między szpitalami. 70% badań wykonanych w W. jest źle wykonane. Są 4 podstawowe objawy białaczki: gorączka, powiększenie narządów wewnętrznych: wątroby i śledziony, bóle stawowe są typowymi objawami białaczki. Mogą wskazywać na sepsę, ale mogą również wskazywać na inne choroby. Nie można stawiać pytania czy rozwija się szybciej białaczka, czy



sepsa. Przekazanie na dany oddział determinuje sposób leczenia. Było czterech lekarzy, którzy wykluczyli swoje rozpoznania. Oni skierowali dziecko z podejrzeniem białaczki. Dlatego szedł tym torem. Nie mógł całej diagnostyki różnicowej zrobić na jednym dyżurze. Jak wyjaśnił - bo by dziecku wiele krwi utoczył. Białaczka jest to zagrożenie życia dla dziecka, bo w każdym momencie może ono umrzeć. Nawet za godzinę czy dwie. Sepsa różnie przebiega, ale też tak może być. Na podstawie badania przedmiotowego nie miał żadnych objawów, które wskazywałyby na to, że dziecko ma sepsę. Kryteria diagnostyczne sepsy są następujące: posiew bakteryjny i SIRS, parametry nerkowe, badania wydolności wątroby, czy jest wydolna, parametry dotyczące układu krzepnięcia. Odpowiadając na pytania przewodniczącego wyjaśnił, że w przypadku podejrzenia sepsy proces postępowania powinien być taki, że pobieramy badania - niektóre posiewy mamy w 24 godziny; powinniśmy utrzymać ciśnienie w naczyniach, utrzymywać funkcje nerek. Punkt drugi, jeżeli podejrzewamy sepsę to włączamy antybiotyki po wypełnieniu łożyska naczyniowego. Po nawodnieniu oceniamy czy stan pacjenta się poprawił, jeżeli się poprawił - to włączamy antybiotyki; jeśli nie to ewentualnie podajemy katecholaminę. Pacjent nie oddaje moczu, jest bez kontaktu - podajemy katecholaminę. W tym momencie informujemy IT, że mamy pacjenta na katecholaminach. Jeżeli w tym momencie pacjent nie opowiada na katecholaminę, to powinien być przeniesiony na IT. Dlatego podaje się antybiotyki o najszerszym spectrum działania. Nie interesuje nas w tym momencie czy pacjent miał ospę, czy miał powikłania po ospie, bo trzeba podać antybiotyki na wszystko. Wszystko wymaga czasu, żeby nie zrobić krzywdy. Za szybka antybiotykoterapia może spowodować nieodwracalne szkody. O godz. 19.00 kiedy J. O. (1) oddał mocz był to dla niego sygnał, że dziecko ruszyło, że organizm jest nawodniony. Za pięć siódma przysły wyniki badań, z których wynikało, że może być białaczka, lub że może być nadkażenie. Mogło być nadkażenie. Musiał zrobić rentgen, żeby zobaczyć czy nie ma zapalenia płuc. Antybiotyk zlecił o godz. 19.00. Zlecił podejrzewając, że może być zakażenie, a nie sepsa. Jak wpisuje antybiotyk przekazuje to pielęgniарce. Ona ma go podać o tej godzinie, o której będzie mogła podać najszybciej. Wyjaśnił, że w takim przypadku zleca czynność i biegnie dalej. Po zleceniu antybiotyku mniemał, że to zlecenie zostanie wykonane najszybciej za piętnaście lub dwadzieścia minut. Miał pełne zaufanie do pielęgniarki i nie pilnuje jej. Poszedł na oddział onkologiczny. Sepsę podejrzewał o godz. 21.00. Do tej pory podejrzewał, że jest to idące zakażenie przy białaczce. Obraz białaczki mógł zamazać obraz zakażenia. Otrzymując wyniki badań o godz. 19.00 mogło być zakażenie lub mogło być coś innego. Jeśli chodzi o kryteria diagnostyczne sepsy, to jest podwyższenie temperatury powyżej 38,5 stopni lub jej obniżenie poniżej 36,5 stopni. Takim kryterium jest też tętno. Każde dziecko odwodnione ma szybkie tętno. Takim kryterium jest zwiększona częstotliwość oddechu, zaburzenie świadomości, może być obrzęk, wskaźnik stężenia białka w osoczu również może być takim kryterium, może być obniżone ciśnienie, może być małopłytkowość - poniżej 50 tysięcy płytek - mówi się, że może być to sepsa; mogą być również wybroczyny skórne, leukocytoza. Zaburzenia krzepnięcia również występują; tachykardia. Część tych wskaźników była u J. O. (1). Te parametry, które zostały przedstawione to część z nich wstępowała: małopłytkowość wiąże się z wybroczynami - jest to jedyny objaw małopłytkowości, druga sprawa tam było tętno - dziecko odwodnione ma najczęściej szybkie tętno, gdy dziecko gorączkujące ma szybkie tętno. Dziecko nie miało obrzęków kończyn. Miało bóle związane ze stanem zapalnym. Te wszystkie objawy, które były, mogłyby świadczyć o sepsie, mogły świadczyć również o białaczce, bo są takie same. Dziecko było już konsultowane wcześniej i te sprawy zapaleń, zakażeń były już rozwiązane. Dostał pacjenta z podejrzeniem choroby nowotworowej. Jedynym objawem, który by świadczył, że idzie to w kierunku sepsy to byłaby zatorowość skórna, która jest typowa dla sepsy. Pacjent miał wybroczyny. Nie stwierdził, że może mieć zatorowość bądź wykrzepianie wewnątrznaczyniowe. Dziecko było odwodnione. Widział te wybroczyny. Podejrzewał małopłytkowość. Obniżenie płytek poniżej 20 wiąże się z tym, że pojawiają się wybroczyny. Wiązał to z białaczką lub ostrą małopłytkowością. Wybroczyny jest to ewidentny objaw obniżonej liczby płytek. Kiedy pacjent do niego trafił miał zapalenie stawu. Szukał przyczyny. Podejrzewał, że to jest białaczka. Dziecko trafiło do niego z podejrzeniem choroby nowotworowej. Podejrzewał też inne przyczyny tego stanu, że jest reumatoidalne zapalenie stawów, że jest to kolagenowe zapalenie stawów. Przyczyn zapalenia jest cała lista. Przede wszystkim myślał o białaczce, ponieważ z tym podejrzeniem dziecko do niego trafiło. Zastanawiał się nad plamicą alergiczną. Wyniki badań, które otrzymał o godz. 19.00, mogły być związane z przebiegiem reumatoidalnego zapalenia stawów. Przed przyjęciem do instytutu pacjenci przyjeżdżają na punkcję szpiku. Reumatoidalne zapalenie stawów najczęściej należy wiązać z zapaleniem odczynowym. Otrzymał od rodziców wyniki badań, lecz nie może o nich powiedzieć, że były to wyniki kompletne. Wyjaśnił, że widział wyniki USG, CRP i RTG. Podobne wyniki miał u pacjentów, którzy mieli wcześniej chłoniaka. Skonfrontował te wyniki ze stanem dziecka, czy są adekwatne do stanu dziecka. Rozszerzył badania o diagnostykę krwi oraz o dodatkowe badania radiologiczne. Na podstawie

tych dwóch badań nie można na 100 procent stwierdzić, że stan dziecka jest związany z infekcją, a nie z białaczką. Tym bardziej, że te same wyniki widziało przed nim trzech lekarzy i podjęli decyzję, że stan dziecka może mieć podłoże onkologiczne i dlatego dziecko zostało przyjęte na oddział. Specjalizuje się w leczeniu powikłań stawowych u dzieci z hemofilią. W swojej pracy naukowej powoływał się na podręczniki dotyczące hematologii klinicznej. Nie pamięta wszystkich pozycji wskazanych w bibliografii. Jeśli chodzi o sepsę to mechanizm jej powstawania jest taki, że w pierw musi zaistnieć zakażenie – wniknięcie drobnoustroju: bakterii, wirusa, pierwotniaka do organizmu. Wówczas w danym miejscu zaczynają rozmnażać się bakterie. Dochodzi do przełamania bariery ochronnej. Przy tym przełamaniu dochodzi do przedostania się bakterii do krwiobiegu. Dochodzi do namnażania się bakterii. Wówczas mówimy już o sepsie; SIRS – czyli o uogólnionej odpowiedzi organizmu na zakażenie. W następnym etapie dochodzi do ciężkiej sepsy, czyli stanu, w którym do sepsy dochodzi hipoperfuzja – czyli spadek przepływu krwi przez naczynia do poszczególnych narządów. Jeśli następuje spadek przepływu krwi do mózgu, wówczas dochodzi do zaburzeń świadomości; jeśli do nerek – wówczas pacjent przestaje oddawać mocz; jeśli do płuc – następuje spadek utlenienia krwi. Od tempa perfuzji zależy od tego, czy od razu ciężka sepsa przejdzie do stanu wstrząsu septycznego, czy po pewnym czasie. W większości standardów postępowania nie oddziela się tych stanów, ponieważ przejście między nimi jest bardzo płynne. Zarówno w standardach z 2008 roku, jak i z 2012 roku mowa jest o takim samym postępowaniu, czyli podaniu antybiotyku w ciągu 6 godzin. Dziecko przyjechało w stanie ciężkim. Stan ciężki wynikał z podejrzenia rozpoznania choroby nowotworowej. Stwierdzono u niego również odwodnienie. Było obwodowo zimne. To wynikało z tego, że pacjent jeździł cały dzień z biegunką. Wyjaśnił, że nie zgadza się ze stwierdzeniem lekarza z OIOM, że w chwili przyjęcia na tamten oddział dziecko było w stanie wstrząsu. Dziecko było skontaktowane. Nie miało zaburzeń świadomości, które są podstawowymi objawami wstrząsu. Wyjaśnił, że przecież 15 minut wcześniej anestezjolog, którzy konsultowali dziecko pozostawili je na oddziale. Widząc dziecko we wstrząsie septycznym powinni zareagować inaczej. Anestezjolog jak widzą dziecko we wstrząsie to biorą je od razu. Gdyby widzieli, że dziecko jest w stanie wstrząsu septycznego to wówczas towarzyszyłoby transportowi na OIOM. Tego nie regulują żadne standardy. To wynika z reguły postępowania w takim przypadku. Przekazanie dziecka na OIOM mogło trwać od 3 do 4 minut. Zostawił przecież pusty oddział. Nie pamięta jaka była reakcja anestezjologów. Nie był w tym czasie na OIOM, więc nie wie, czy anestezjolog szybko organizowali transport dziecka. Przedstawił w jakim stanie przekazał pacjenta na OIOM. Nie wie, w którym momencie pobytu na tamtym oddziale doktor R. postawił swoją diagnozę co do stanu dziecka. Był obecny przy konsultacji pacjenta przez anestezjologów. Powiedzieli, że podejrzewali sepsę meningokokową i powiedzieli, żeby czekał na telefon, kiedy zabiorą dziecko na OIOM. Minęło 15 minut. O godz. 21.00 podejrzewał sepsę, co wpisał do dokumentacji. Żeby mieć rozpoznanie sepsy trzeba mieć wynik posiewu, żeby wiedzieć że jest to sepsa danej bakterii. Podejrzenie zaś to taki stan, w którym na podstawie otrzymanych badań krwi stwierdził, że ich wyniki zasugerowały mu, że może dochodzić do początków sepsy ale nadal ją podejrzewał. Na podstawie analizy układu krzepnięcia można ustalić, że dochodzi do DIC czyli zespołu wykrzepiania śródnaczyniowego. W ustaleniu czy mamy do czynienia z podejrzeniem sepsy pomocne też jest badanie fibrynogenu i d-dimerów. O godz. 19.00 fibrynogen był w normie. Pobrał kolejny raz układ krzepnięcia i wynik który uzyskał był nieoznaczalny. Może to świadczyć o początku wykrzepiania. Wyjaśnił, że „poleciał” z tymi wynikami do anestezjologów. Od momentu godz. 19.00, gdzie wpisał, że stan pacjenta się poprawił, do godz. 21.00 stan pacjenta był stacjonarny – tzn. stały. Jedynie to badanie fibrynogenu i d-dimery wskazywały na to, że możemy mieć do czynienia z wykrzepianiem i sepsą. Wtedy zamówił osocze, kazał je natychmiast rozpuszczać. Zamówił o godz. 21.05 płytki krwi. Dlatego udał się na OIOM- pokazując te wyniki. Miał wówczas podejrzenie sepsy. Dziecko nie było w stanie wstrząsu septycznego. Wynik z godz. 17.46 był w normie, a badanie zlecone o godz. 19.49 – gdzie wyniki przyszły przed godz. 21.00, gdzie były już zaburzenia krzepnięcia, nie były w normie. Stan agonalny to taki stan, w którym dziecko znajduje się we wstrząsie septycznym; jest przy braku świadomości, leży nieprzytomne, nie reaguje na żaden bodziec; ma zaburzenia oddychania, spada saturacja poniżej wartości 40-50. Serce przestaje pracować. Stwierdzenie, że dziecko było w stanie agonalnym nie jest prawdziwe. Nie jest również prawdą to, że dziecko było zamroczone. Wyjaśnił, że nie zgadza się z twierdzeniem, że skóra dziecka znajdowała się w stanie obniżonego napięcia, że była zasiniona i były na niej plamy. Nigdzie w dokumentacji nie wpisał, że pacjent był z białaczką limfoblastyczną. Wpisujemy rozpoznanie a nie podejrzenie. U pacjenta mógł być chłoniak, mięsak. Zastrzegł, iż cały czas mówi o podejrzeniach. Żeby je potwierdzić bądź wykluczyć należy wykonać cały szereg badań specjalistycznych. Nie dysponował wtedy wynikami tych badań. Podejrzał wiele innych chorób, które przebiegają w podobnym obrazie. Zaczął przeprowadzać badanie krwi – kazał

wykonać posiewy. Przeprowadził badanie w ramach diagnostyki różnicowej. Z tego względu zlecił pobranie krwi. Na pierwszym miejscu w tych hipotezach stawał jednak na podejrzenie choroby nowotworowej. Z wydruku badań zleconych wynika, że materiał do diagnostyki pobrał o godz. 17.45. Wyjaśnił, że rozwój białaczki jest różny. Trwa od paru minut do kilkunastu dni w zależności od typu i stanu pacjenta. W tym celu przeprowadził diagnostykę RTG, żeby zobaczyć czy nie ma guza. Zdarza się, że guz rośnie w ciągu paru godzin. Wyjaśnił, że nie wie, co przebiega szybciej: białaczka czy sepsa. Bardzo szybko przebiega sepsa meningokokowa. Są typy białaczek, które również szybko przebiegają. To zależy od stanu pacjenta. Ważne jest, by nie zamazać obrazu białaczki. Jest to ważne w diagnostyce bo zdarzało się, że duży guz w śródpiersiu po podaniu jednej dawki sterydu zniknął i nie można było pobrać biopsji. Zlecił gazometrię krwi. Wynik uzyskał dopiero o godz. 21.00. Stan odwodnienia powodował, że krew krzepła w kapilarach. Nie nadawała się do diagnostyki. Po otrzymaniu wyników badań o godz. 21.00 podejrzewał sepsę. To zgłosił anestezjologom. Nie wykonywał już potem badań. Konsultował się z anestezjologami. Zlecił kontrolę układu krzepnięcia sprawdzając, czy przypadkiem nie dochodzi do wykrzepiania. Były widoczne wybroczyny ale one świadczyły o małopłytkowości, która jest objawem innych chorób hematologicznych. Pierwszym badaniem, które nasunęło mu podejrzenia sepsy był nieoznaczalny fibrynogen i wysokie d-dimery. Na podstawie tych dwóch wyników badań podejrzewał wykrzepianie śródnacyniowe, które musi mieć czynnik, który je wywołuje. Czynnikiem tym może być infekcja bakteryjna, wirusowa, czy grzybicza. W momencie przyjęcia pacjenta na oddział nie było u niego objawów zatorowości na skórze. W DIC pojawiają się zatory na skórze a w konsekwencji dochodzi do martwicy tkanek mięśniowych, ponieważ nie dochodzi do nich tlen. Nie widział takich objawów u pacjenta. Podstawowym objawem DIC jest wykrzepianie śródnacyniowe. Dotyczy ono również narządów wewnętrznych. W środku występuje krwawienie np. krwawienie do nadnerczy od razu prowadzi do śmierci. Krwawienie do płuc może spowodować zatorowość płucną. Układ krzepnięcia człowieka jest tak skonstruowany, że jedno jego czynniki są odpowiedzialne za proces krzepnięcia krwi. Nadmiar trombiny powoduje, że w jednym miejscu powstaje czop i objawy zatorowe, zaś w drugim miejscu krwawienia. W czasie pobytu pacjenta na oddziale nie było u niego zmian na skórze ani nie miał objawów krwawienia do jam ciała – krwotoków wewnętrznych. W przypadku krwotoków wewnętrznych mamy spadek ciśnienia. W przypadku krwotoku do płuc pacjent się dusi. W przypadku krwawienia do centralnego układu nerwowego – pacjent ma napady drgawek i następuje śmierć. U dziecka tych objawów nie widział. Jego stan był stabilny. W przypadku zaburzeń krzepnięcia w postaci krwawienia następuje ono do czasu, aż naczynie się nie wypełni. Nie można powiedzieć, że to słychać. W przypadku krwawienia do płuca jest ono głuche. Nie słychać szmeru pęcherzykowego, ponieważ wskutek zalania płuca krwią nie ma w nim miejsca na tlen. Sączenie krwi może być słyszalne. W tym miejscu, gdzie jest płyn nic nie słyszymy. Granica płuca jest podwyższona i wtedy wiemy, że coś w nim jest. W badaniu RTG płuc widać, że płuco jest zalane. Następuje też spadek saturacji krwi, choć zdarza się to rzadko. Krwawa wydzielina z nosa nie świadczy o krwawieniu z płuca. Jeśli pacjent ma ślad krwi z nosa, to świadczy o krwawieniu z nosa. Krwawienie z nosa może świadczyć o małopłytkowości. Żeby postawić katygoryczne rozpoznanie sepsy musiałby dysponować dodatnim wynikiem posiewu krwi. Rozpoznanie wskazane w epikryzie z OIOM w postaci: rżenia, szmerów, krwawej wydzieliny z nosa może świadczyć o niewydolności krążenia. Zlecił RTG klatki piersiowej o godz. 19.30. Opis przyszedł o 20.00. Obraz był prawidłowy. Nie było objawów niewydolności oddechowej. Pogorszenie się stanu wydolności oddechowej dziecka na OIOM mogło wynikać z faktu jego intubowania. Z opisu wynika, że na OIOM dziecko było intubowane. W czasie intubacji na moment dochodzi do niedotlenienia - na chwilę wprowadzenia rury intubacyjnej. Dlatego intubacja zawsze pogarsza stan oddychania dziecka. Czas wprowadzenia rury u dziecka jest różny. Zmiany w postaci rżenia świadczą o niewydolności krążenia, krwawa wydzielina z nosa o zaburzeniach krzepnięcia. Te zaś świadczą o małopłytkowości i DIC. Nie był obecny na OIOM po oddaniu dziecka na ten oddział. U niego na oddziale dziecko nie miało cech wstrząsu kardiogenego. Zna objawy tego wstrząsu. Na całym etapie, kiedy pacjent przebywał pod jego opieką, nie miał cech wstrząsu kardiogenego. Podjąłby wtedy wszelkie możliwe w świetle wiedzy medycznej działania. 15 minut wcześniej pacjent był pod opieką anestezjologów, którzy również nie rozpoznali tego wstrząsu. Przy białaczce jako jednostce chorobowej nie ma powikłań. Istnieją powikłania chemioterapii – po leczeniu. Chemioterapia polega na – mówiąc kolokwialnie – wybiciu wszystkich komórek nowotworowych, przy czym wybiciu niestety ulegają też komórki zdrowe. Wówczas odporność pacjenta spada do zera i własne bakterie powodują infekcje na szeroką skalę. Najczęstszym powikłaniem po białaczce jest posocznica, ale nie po samej chorobie, lecz po jej leczeniu – chemioterapii. Objawy posocznicy są różne w zależności od patogenu, który ją wywołuje. Nie można wkładać do jednego pudełka posocznicy, że tak samo przebiega u wszystkich pacjentów. Przy chemioterapii

mamy pacjenta wyjałowionego, po intensywnym leczeniu, którego stan jest inny niż pacjenta dotychczas zdrowego. W chorobach nowotworowych spadek płytek krwi jest gwałtowny. Również przy małopłytkowości autoimmunologicznej następuje szybki spadek płytek krwi. Patofizjologia jest oparta na przeciwciałach, które niszczą płytki. Obrazy w obu przypadkach są podobne do siebie. Po ospie wietrznej mamy często małopłytkowość immunologiczną, gdzie czynnik zakaźny wytworzył przeciwciała niszczące własne płytki krwi. W ciągu godziny od rozpoznania wstrząsu septycznego powinniśmy podać antybiotyki. W 2008r w standardach było napisane, że w ciągu godziny mamy podać antybiotyki. W ciężkiej sepsie i wstrząsie septycznym powinniśmy podać antybiotyk w ciągu godziny. Wyjaśnił, że podejrzewał chorobę autoimmunologiczną. Nie zapisywał tych podejrzeń w dokumentacji medycznej, gdyż musiałby zapisać kilka stron. Nie ma zwyczaju pisania, tego co podejrzewa. Diagnostyka różnicowa nie jest standardem postępowania. Wdraża się ją w szczególnych przypadkach. Objawy małopłytkowości nasuwały mu podejrzenie choroby autoimmunologicznej. Wielokrotnie przekazywałem dzieci na OIOM. Nie wie ile czasu zajmuje przygotowanie łóżka dla dziecka. Najczęściej odbywało się to tak, że anestezjologdy podejmowali próby natychmiastowego zabrania dziecka na oddział. Wówczas to oni obstawiają przejazd pacjenta na OIOM. Zlecił paracetamol. Jest to lek najczęściej stosowany na oddziale onkologii. Zleciłem go dożylnie. Jest wpisany do karty zleceń. Po jego podaniu zmniejszyły się dolegliwości bólowe u dziecka. W trakcie pobytu pacjenta na oddziale był u niego około 4 do 5 razy. Robił to w tym celu, żeby sprawdzić jak pacjent się ma i jak się czuje. Były to klasyczne obchody. Był obecny przy dwóch konsultacjach. Skaza krwotoczna dzieli się na trzy rodzaje: płytkową, osoczną, naczyniową. Jest to związane z patomechanizmem. Pacjent miał wylewy podskórne – tzw. siniaki. To też jest objaw małopłytkowości. Pacjenci kierowani do jego oddziału leczenia hematologicznie mają płytki krwi na poziomie „0”. Ocena jaki poziom płytek jest bezpieczny odbywa się poprzez przyzmat oceny możliwości przeprowadzenia zabiegów u tych pacjentów. Ocenę tego bezpieczeństwa odnosi się indywidualnie do konkretnego pacjenta. Żeby podać osocze potrzebna jest grupa krwi pacjenta. Nie można podać osocza, kiedy pacjent wytwarza przeciwciała niszczące płytki krwi, bo to spowodowałoby ich zniszczenie. Miał oznaczoną grupę krwi dziecka około godz. 21.00. Nie toczy się krwi kiedy pacjent nie krwawi. W przypadku J.nie było takiej potrzeby, bo dziecko nie krwawiło. Zawsze może zaistnieć kolizja i wówczas transportowanie pacjenta z obniżoną ilością płytek krwi może spowodować krwawienie. To krwawienie będzie bardziej intensywne. To, czy zespół wykrzepiania jest niebezpieczny dla zdrowia lub życia pacjenta, zależy od tempa przebiegu DIC. Zależy to od patomechanizmu. W świetle wiedzy medycznej nie wiemy dlaczego proces zwiększa swoją szybkość lub zatrzymuje się. To jest medycyna. Na podstawie wyników tych badań, którymi dysponował, podejrzewał DIC. Nie miał obrazu zamian skórnych. To bardziej było rozpoznanie niż podejrzenie. Na cito kazał rozpuszczać osocze, zamawiał płytki. Czas rozpuszczenia osocza wynosi ok. 30 minut. Jest ono zamrożone w temperaturze -20°C. DIC to kaskada następujących po sobie reakcji. Domino zaburzeń krzepnięcia. Może w nim dojść do zakrzepicy kończyn, do zatoru płucnego. Najczęściej DIC jest widoczne w zmianach na skórze. Sepsa może być związana z DIC jako wspólna przyczyna powodująca wstrząs septyczny. Te dwa czynniki się spotykają i dochodzi do wstrząsu. DIC może być wywołany przez sepsę. Koagulopatia ze zużycia to stara nazwa DIC. Jego hipoteza co do przyczyny spadku płytek była spowodowana podejrzeniem choroby nowotworowej. To nie było dziecko, które przyszło „z ulicy” - przyszło po raz pierwszy. Było w tym dniu badane przez innych lekarzy. Dlatego przyjął je z podejrzeniem choroby hemoimmunologicznej. Wiedział, że żaden szpital w województwie mazowieckim go nie przyjmie. O godz. 21.00 poinformował rodziców, że jak będzie miał jakieś wyniki badań to je przekaże. Potwierdził uogólnione zakażenie, i że w tym celu udaje się do oddziału intensywnej terapii przekazać lekarzom, że taki pacjent znajduje się na oddziale. W 2000 roku był współautorem opracowania na temat powikłań sepsy. Nie pamięta też zawartych w tym artykule. Główną przyczyną zgonu na oddziałach hematologicznych w Polsce są powikłania po leczeniu chemioterapii w postaci infekcji i krwawień. W czasie kiedy dziecko było na jego oddziale nie dysponował wynikami większości zleconych badań. Nie miał wyników posiewu. Gdyby miał wynik posiewu swoje stanowisko mógłby zmodyfikować. Postępował zgodnie z posiadaną wówczas przez siebie wiedzą. Z tego co wie, wstępne wyniki były między godz. 7.00 a 8.00 rano z posiewu. Każdy przypadek uczy nas nowych rzeczy. Zdecydował się w pierw porozmawiać z rodzicami zanim udał się na OIOM, ponieważ zaraz po odebraniu wyników natknął się na nich. Rozmowa zajęła 2 minuty. Uznał, że ta chwila wystarczy, zwłaszcza że zamówił płytki, osocze i „leciał” do anestezjologów. Najczęstszym powikłaniem po leczeniu chemioterapią są ciężkie infekcje, ponieważ wskutek chemioterapii układ odpornościowy pacjenta jest wyjałowiony, wystawiony na infekcje własne pacjenta, jak i te z zewnątrz. Posiada wersję oryginalną standardów postępowania w ciężkiej sepsie i we wstrząsie septycznym z 2008 roku, na które powołują się oskarżyciele posiłkowi. Chciał powiedzieć, że te wytyczne dotyczą

standardów postępowania u osób dorosłych. Na stronie 5 są wskazania ogólne dotyczące rozpoznania. Dziecko nie miało gorączki. Nie występowały u niego zaburzenia świadomości. Nie stwierdził obrzęków. Dziecko było odwodnione. O godz. 19.00 stan się poprawił na – średnio ciężki. Występowały objawy, które są tożsame dla odwodnienia i dla sepsy. Trzeba patrzeć na całokształt pacjenta. Nie tylko podejrzenie sepsy dawało objawy takie jak: tachykardia, przyspieszony oddech. Ten pacjent nie miał takich objawów przy przyjęciu na oddział. Mogą one być charakterystyczne dla odwodnienia. Odwodnienie może wynikać chociażby z infekcji rotawirusami. Nie pamięta imion i nazwisk pielęgniarek na oddziale. To jest do sprawdzenia w raporcie pielęgniarstwie. Wówczas na oddziale były dwa zespoły pielęgniarek. Mamy zmianowy tryb pracy po 12 godzin tj. od 7.00 do 19.00. W klinice przyjęty jest standard, że w razie rozpoznania choroby rozrostowej po wykonaniu badań spotykamy się u szefa kliniki, gdzie jest przedstawiane mu pełne rozpoznanie. To on przekazuje rodzicom informacje i prosi rodziców o zgodę na leczenie.

Nie wpisał „ cito” na zleceniach badań dla pacjenta, ponieważ jest taki zwyczaj, że badania świąteczne i dyżurowe są wykonywane najszybciej jak to możliwe. Zastrzeżenie „ cito” jest potrzebne na normalny dzień. W dni świąteczne i dyżurowe badania są wykonywane szybko. Obowiązuje niepisana praktyka, że badania z oddziału hematologii i OIOM są wykonywane w pierwszym rzucie. Parokrotnie schodziłem i pytałem o te wyniki. O tym, że dziecko trafia na OIOM decyduje wyłącznie anestezjolog. Zdarzały się sytuacje, w których anestezjolog intubował pacjenta na oddziale hematologii. To zależało od stanu pacjenta. Oskarżony wyjaśnił, że jeśli pacjent zatrzyma się na oddziale hematologii tzn. zatrzymaniu ulegną jego funkcje życiowe, to on reanimuje pacjenta a pielęgniarka dzwoni na czerwoną linię, przychodzi wówczas anestezjolog z torbą i intubuje pacjenta. Może się zdarzyć, że anestezjolog stwierdzi, że w wypadku przewiezienia na OIOM stan dziecka ulegnie pogorszeniu, to wówczas anestezjolog intubuje go na miejscu, a następnie wraz z pielęgniarką anesteziologiczną przewożą go na OIOM. W przypadku J. O. (2) taka sytuacja nie miała miejsca. Jeżeli anestezjolog stwierdziłby, że należy natychmiast intubować pacjenta na miejscu, to by to zrobili. Jeśli chodzi o nadzór nad pielęgniarkami, to ma nad nimi nadzór, przecież zleca pobrania, podanie leku i one muszą to wykonać. Nie biega za każdą pielęgniarką. Zwłaszcza w sytuacji, kiedy miał 40 pacjentów. Od tego są obchody z pielęgniarką, która referuje mu to, co zostało wykonane. Od tego ma też raporty. To są właśnie funkcje obchodu. Przechodzi się po oddziale i zbiera informacje. Ustala podanie płynów, bilanse i podawanie leków. Ilość obchodów zależy od długości dyżuru. Na początku dyżuru ustala, co się dzieje na oddziale, a potem bada pacjentów. Informacje o pacjentach przekazuje mu pielęgniarka przed zejściem z dyżuru. Jeżeli nie zdąży przekazuje je swojej zmiennicze. Ostatni obchód jest wieczorem około godziny 23.00. Cytostatyki mogą rozpuszczać pielęgniarki, które mają ukończony kurs rozpuszczania cytostatyków. Nie ma fizycznej możliwości sprawdzenia, czy cytostatyk został rozpuszczony zgodnie z jego zaleceniem, ponieważ jego dawka jest rozpuszczana w pompie, w różnych płynach i podawany jest przez 12 godzin. Jest w stanie sprawdzić prędkość przepływu ale nie dawkę po rozpuszczeniu. W przypadku pacjenta w stanie agonalnym anestezjolog powinien przynieść dziecko na OIOM bez baczenia, czy ma miejsce, czy nie. Nie jest w stanie odpowiedzieć na pytanie, w jakim czasie postępował stan dziecka. Nie ma wskazanych godzin. Jest tylko wskazanie, że jest obrzęk płuc. Stwierdzenie stanu ogólnego pacjenta w opinii anestezjologów miało miejsce po wykonaniu RTG klatki piersiowej. Ten opis mógłby być wykonany 1-1,5h po przyjęciu na OIOM. Sepsa meningokokowa różni się od paciorkowcowej drobnoustrojem ją wywołującym oraz przebiegiem. W sepsie meningokokowej jej przebieg jest gwałtowniejszy od paciorkowcowej. Pediatrzy się sepsy meningokokowej z tego względu, że wówczas trzeba podać pacjentom immunoglobuliny. Stosuje się chemio-profilaktykę u osób, które miały kontakt z dzieckiem: lekarza, pielęgniarki. Podaje się antybiotyk o szerokim spektrum działania, który nie jest powszechnie stosowany w leczeniu otwartym. W sepsie paciorkowcowej nie ma chemio-profilaktyki. Podstawowym badaniem pozwalającym na rozpoznanie rodzaju sepsy jest posiew krwi. W sepsie meningokokowej występują zatry podskórne, DIC. Zatry powstają bardzo szybko od pierwszych objawów. Charakterystyczne też są stany gorączkowe, zaburzenia świadomości i zmiany skórne. W sepsie meningokokowej podaje się antybiotyk nie czekając na wynik posiewu. Zakażenie zwykle polega na wniknięciu patogenu i namnażaniu w nim bakterii. Zakażenie ogólne to przełamanie bariery ochronnej i wysiew bakterii do krwioobiegu. Podwyższony wskaźnik CRP może wskazywać na wiele innych chorób, w których toczy się proces zapalny, np. na zespół hemofagocytarny, na kolagenozę. To jest grube badanie tzn. że wskazuje, że w organizmie toczy się proces zapalny. CRP wskazuje na obecność czynnika zapalnego w organizmie. Białaczka nie jest powikłaniem ospy wietrznej. Skazy krwotoczne mogą być wrodzone albo nabyte. DIC można klasyfikować do skaz nabytych. Objawy obydwu rodzajów skaz mogą

być takie same. Skaza krwotoczna-maloplytkowosc jest skaza nabyta. Gdyby byla skaza krwotoczna pierwotna to w owczas szukalby defektow plytkowych u dziecka. Myslal o hemofilii na podstawie wylewu do stawu. W momencie przekazywania J. O. (2) na OIOM nie wykluczyl u niego bialaczki. Podstawowym badaniem umozliwiajacy takim wykluczenie jest pobranie szpiku kostnego od pacjenta. Laboratorium mieści się piętro niżej. Często tam schodzi. Pielęgniarki są zajęte, więc nie widzi problemu w tym, żeby samemu zejść po wyniki zwłaszcza, jeśli zajmie to około pół minuty. Nie było slychać rżenia i trzeszczenia w płucach. Gdyby w czasie badania takie trzeszczenia slyszal to od razu kazalby wykonać RTG. Nie był w tym czasie na oddziale intensywnej terapii. Moglo to nastąpić w dalszym przebiegu. Zamawia się osocze i płytki krwi, kiedy ma się grupę krwi i kiedy pacjent krwawi lub jest wynik, który może nam to nasunąć. Wynik o grupie krwi pacjenta dostal przed godz. 21.00. Raz rozmawial z dr A. P. (1), kiedy dziecko szlo do niego na oddzial. Byla to krótka rozmowa - informacja o tym, że pacjent z podejrzeniem choroby rozrostowej jest do niego przekazywany na oddzial z izby przyjec. Pracujac w szpitalu, zna warunki jakie panuja na izbie przyjec. Nie ma izolatki na izbie przyjec. Jezeli wiadomym jest, że dziecko jest zakażne to personel stara się, żeby inne dziecko nie bylo zarażone. Jezeli zdarzy się kontakt z dzieckiem zakażnym izba jest zamykana na pewien czas i dezynfekowana. Oddzial hematologii jest przewrazliwiony na infekcje ospy wietrznej u pacjentow onkologicznych. Powiklaniem po chemioterapii jest spadek odpornosci. Zakażenie ospa wietrzna może spowodowac pogorszenie stanu zdrowia takiego pacjenta nawet może prowadzić do zgonu. Podaje się owczas immunoglobuliny. Jezeli jest 40 pacjentow i polowa leczona jest cystostatykami - to nalezy u nich podac immunoglobuliny. Są one bardzo drogie i nier refundowane. Jezeli do oddzialu trafi pacjent zarażony ospa wietrzna to owczas przekazujemy go na ul. (...). Zdarza się, że lekarze z innych szpitali prosza o konsultacje. Najczesciej odbywaja się one telefonicznie. Jezeli zostanie stwierdzone, że może to być pacjent hematologiczny to przyjezdza na oddzial onkologiczny. Pacjent nie może trafic na oddzial bez przejścia przez izbę przyjec. Odpowiadajac na pytania obrońcy kolejnego z oskarżonych ponownie wyjasnil, że podejrzel zakażenie. Szukalem jego zrodla. Zlecil antybiotyki. Kazdy z antybiotykow ma swój okres trwania. Zalezy to od stanu pacjenta, nawodnienia, wydolnosc nerek i watroby. Trzeba to wszystko wiedziec, żeby wiedziec jak antybiotyk zadziala. Antybiotyki powinny zadzialac w przeciagu godziny od podania. Bardzo istotna jest kwestia nawodnienia. W tym przypadku etiologia byla paciorkowcowa. To byly dwie grupy antybiotykow na paleczki gram dodatnie i gram ujemne. Nie jest w stanie podac daty, godziny, kiedy dziecko zaczelo chorowac na sepsę. Napisal podejrzenie rozpoznania sepsy o godz. 21.00. Z opisu wynikało, że stan dziecka się nie zmienil. Musial się kierowac jakimś rozpoznaniem wstepnym, żeby pacjenta przygotowac następnego dnia do pobrania szpiku. Dopiero wskutek przeprowadzenia dalszych czynnosci diagnostycznych powzial inne podejrzenia. Wedlug jego wiedzy pacjent po intubacji mial zrobione RTG. Zawsze podchodzi do pacjenta tak samo. Różne mogą być stany. Na obchodzie obserwuje je dokladnie. Zawsze podchodzi indywidualnie do pacjenta. Po przekazaniu dziecka na OIOM myslal o pacjencie. Jego podejrzenia sepsy o godz. 21.00 byly sluszne i pojście na oddzial intensywnej terapii bylo - jego zdaniem - sluszne. Gwałtowny przebieg czyli przejście z etapu sepsy do wstrzasu septycznego jest bardzo szybki. Jego szybkość zalezy od konkretnego pacjenta. Pojawia się zatorowosc. Jedyna osoba, która podejmuje decyzje o przekazaniu pacjenta na oddzial jest lekarz z izby przyjec. O godz. 21.00 kiedy udal się na oddzial intensywnej terapii dziecko mialo saturacje, która wynosila 100%. Wedlug niego przy takim poziomie saturacji nie ma wskazan do intubacji. O godz. 21.30 saturacja wynosila 86%, co wynika z dokumentacji. Nie intubuje się pacjenta, jezeli nie ma on zaburzen oddychania. Decyzje w tym zakresie podejmuje anestezjolog, który bedzie dziecko intubowal, gdyz jest to zabieg medyczny. Jednym z podstawowych wskazan do intubacji jest niewydolnosc oddechowa. Wymagana jest sedacja - zwiotczenie, podanie pewnych lekow powoduje, że organizm pacjenta przestaje się bronie przed umieszczeniem w jego ciele rurki. Wprowadzamy do maszyny rurke i pacjent zaczyna oddychac. Anestezjologdy nie mieli ze soba sprzetu do intubacji. Nie byli wezwani do reanimacji, tylko zostali wezwani na konsultacje. Nie stwierdzili potrzeby intubacji. Zdarzaja się przypadki, że podany antybiotyk o szerokim spektrum dzialania może nie zadzialac. Dlatego pobiera się posiewy krwi, żeby sprawdzic, czy udalo się „wstrzelic” w dana bakterie. Ze statystyk wynika, że śmiertelnosc w sepsie jest 30-40%. Są przypadki, że samo podanie antybiotyku powoduje pogorszenie stanu pacjenta. W przypadku podania tego leku, może on zniszczyc sciane komorkowa bakterii i uwolnic endotoksyny z bakterii. Podtrzymal swoje wyjasnienia zlozone w toku postępowania przygotowawczego. Ciężkosc stanu dziecka wynikała z rozpoznania bialaczki; z podejrzen choroby nowotworowej. Jezeli mamy rozpoznana sepsę- czas podania antybiotyku jest bardzo wazny. Jest wiele mozliwosci, czy on zadziala czy nie. Za pozno podany antybiotyk może nie zadzialac. Na podstawie rozmowy i wywiadu uzyskanego od rodzicow wiedzial, że dziecko nie jadlo i nie pilo. Wiedzial, że dziecko oddalo

wolny stolec, ponieważ było to wskazane w dokumentacji medycznej na izbie przyjęć na ul. (...). Nie pamięta, czy dopytywał rodziców o to, czy dziecko było pojone; ale jego stan ogólny wskazywał na cechy odwodnienia. O godz. 19.00 stwierdził, że dziecko ma zakażenie, ale dopiero o godz. 21.00 stwierdził uogólnione zakażenie. Możliwość, że antybiotyk może nie zadziałać, nie ma znaczenia dla podjęcia decyzji o podaniu antybiotyku. Dlatego podaje się antybiotyki o szerokim spektrum działania. Podczas dyżuru bierze odpowiedzialność za cały oddział. Nie był obecny, gdy dziecko poszło na RTG klatki piersiowej. Nie widział tego naocznie, skoro uzyskał wynik wydedukował, że dziecko musiało być na badaniu. Najczęściej idzie rodzic z pielęgniarką na badanie. Powikłania po ospie wietrznej to są zmiany skórne – jeśli dojdzie do nadkażenia bakterią czy gronkowcem. Może dojść do spadku odporności, zapalenia płuc. Infekcja wirusowa może się przemienić w infekcję bakteryjną – czy do tego dojdzie, to zależy od stanu odporności pacjenta. Po każdej infekcji może dojść do sepsy. Nie spotkał się jeszcze z pacjentami, którzy zmarli na sepsę jako powikłanie po ospie wietrznej. Ospa wietrzna obniża odporność jak każda infekcja. Opracowania z 2008r odnośnie postępowania w sepsie i wstrząsie septycznym znał. Codziennie czyta parę publikacji, by być na bieżąco. Nie potrafił wskazać konkretnie, z jaką publikacją i w jakim czasie się zapoznawał (k. 879-896, k. 980-992, k. 997-999 /tom V./).

### **Sąd Rejonowy zważył, co następuje:**

#### **a) odnośnie ustaleń faktycznych;**

Okoliczności ustalone w akapicie pierwszym części uzasadnienia poświęconej ustaleniom stanu faktycznego stwierdzono w oparciu o zeznania świadków: A. K. (1) oraz M. T.. Zeznania wskazanych świadków co do zasady korespondują ze sobą a stwierdzona między nimi sprzeczność dotycząca możliwości wykonania zleconych badań RTG stawów biodrowych oraz badań krwi, nie ma na tyle istotnego charakteru, by którykolwiek z rzeczonych dowodów pozbawiać waloru wiarygodności. Rozstrzygając tę sprzeczność Sąd dał wiarę zeznaniom świadka A. K. (1). Należy bowiem zauważyć, iż pobranie materiału do badań oraz uzyskanie wyników badań to dwa odrębne od siebie elementy; nadto faktem notoryjnym jest ograniczenie dostępności badań w okresach świątecznych. Tym samym należało uznać, iż mówiąc o możliwości przeprowadzenia zleconych badań w dniu 24 grudnia 2008 roku świadek M. T. w istocie miała na myśli pobranie materiału do badań a nie uzyskanie wyników tych badań (k. 1102 /tom VI./). Tym samym sprzeczność jej zeznań z zeznaniami świadka A. K. (1) jest li tylko pozorna. Odnosząc się do oceny wiarygodności zeznań złożonych przez świadka A. K. (1) nie sposób zanegować ich prawdziwości, toteż Sąd w pełni podzielił ich treść. Świadek A. K. (1) podczas składania zeznań w postępowaniu sądowym w sposób jednoznaczny wskazała, że nie wykonała badań zleconych przez lekarza pediatrę ze względu na możliwość uzyskania wyników dopiero w sobotę. Za wiarygodnością jej zeznań przemawia fakt, że jako matka chorego dziecka poszukiwała dla niego skutecznej pomocy, stąd też – sprzeczne z zasadami prawidłowego rozumowania – byłoby wnioskowanie o jej zachowaniu sprzecznym z naturalną determinantą i odmowa przypisania waloru wiarygodności jej zeznaniom w tej części.

Okoliczności ustalone w akapicie drugim części uzasadnienia poświęconej ustaleniom stanu faktycznego stwierdzono w oparciu o zeznania świadka A. K. (1). Sąd obdarzył je walorem wiarygodności z powodów omówionych uprzednio. Świadek A. K. (1) nie ma żadnego interesu procesowego w tym, by przedstawiać przedsiębrane czynności w korzystny dla siebie sposób, toteż zeznania świadka w tym zakresie są szczerze i spontaniczne.

Okoliczności opisane w akapicie trzecim części uzasadnienia poświęconej ustaleniom stanu faktycznego stwierdzono częściowo w oparciu o wyjaśnienia oskarżonego M. K., częściowo w oparciu o zeznania świadka A. K. (1). Dowodom tym sąd dał wiarę w takim zakresie, w jakim nie były one dotknięte wewnętrznymi sprzecznościami. Zeznania złożone przez świadka A. K. (1) nie są spójne w zakresie wskazania na okoliczność zaniechania przeprowadzenia przez oskarżonego M. K. badania przedmiotowego J. O. (1). Wyjaśnienia oskarżonego nie wytrzymują zaś konfrontacji z przymiotami spójności w zakresie okoliczności świadomości oskarżonego, co do bolesności prawej kończyny dolnej J. O. (1).

Odnosząc się do zakwestionowanej części zeznań świadka A. K. (1) podkreślić należy, iż w toku postępowania sądowego utrzymywała ona, iż oskarżony M. K. nie zbadał pokrzywdzonego, ani go nie obejrzał (k. 1094 /tom VI./), podczas gdy składając zeznania po raz pierwszy nie zanegowała przeprowadzenia tej czynności przez oskarżonego. Z protokołu

przesłuchania A. K. (1) w charakterze świadka i osoby składającej zawiadomienie o przestępstwie z dnia 14 stycznia 2009 roku wynika bowiem, że oskarżony M. K. „zbadał i obejrzał” J. O. (1) (k. 12 verte /tom I./). Oceniając tę sprzeczność w treści zeznań świadka sąd uznał, że na prawdzie – w zakresie zakwestionowanej części - polegają zeznania złożone przez świadka na etapie inicjowania postępowania przygotowawczego. Za taką oceną przemawia przede wszystkim świeżość śladów pamięciowych oraz szczerść relacji. Zeznania składane przez świadka na kolejnym etapie postępowania karnego – w postępowaniu sądowym – nie były już tak spontaniczne. Oczywistym jest, iż taka ocena nie oznacza zanegowania szczerości zeznań świadka A. K. (1) składanych w toku rozprawy. Tym bowiem nie sposób odmówić rzeczonemu przymiotu /w niekwestionowanym zakresie/, zwłaszcza, że w istocie są powieleniem depozycji świadka pochodzących z postępowania przygotowawczego.

Odnosząc się do wyjaśnień złożonych przez oskarżonego nie można w prosty sposób zanegować ich wiarygodności w całości li tylko z tej przyczyny, że pochodzą one od osoby zainteresowanej wynikiem prowadzonego postępowania dowodowego. Wyjaśnienia oskarżonego M. K. w zasadniczym zakresie zasługują na danie im wiary. Sprzeczność, która w nich się pojawia nie ma zaś znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy. Sprzeczność ta dotyczy kwestii świadomości oskarżonego utrzymującej się u J. O. (1) bolesności kończyny dolnej, bądź jej braku. Wyjaśnienia oskarżonego złożone na etapie postępowania przygotowawczego nie zawierają w swojej treści wzmianki o stwierdzeniu bolesności kończyny dolnej. Oskarżony wskazał w wyjaśnieniach pochodzących z tego etapu, że nie stwierdził bolesności tej części ciała pokrzywdzonego, zarówno w wywiadzie od jego matki, jak i w czasie badania (k. 579 /tom III./). Kwestia „bólającej nóżki” zaistniała w wyjaśnieniach oskarżonego dopiero na etapie postępowania sądowego w ramach swobodnej wypowiedzi oskarżonego. Pozostaje zatem ustalić przyczynę, która spowodowała tę zmianę w treści dowodu z wyjaśnień oskarżonego M. K.. Niewątpliwie taką przyczyną – dającą się uzasadnić w świetle doświadczenia życiowego - był fakt zapoznania się przez oskarżonego z dowodami zgromadzonym w sprawie, w tym – opinią biegłych z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Akademii Medycznej im. (...) we W. (k. 311-329 /tom II./), w której biegli oparli swoje wnioski końcowe – dotyczące oceny prawidłowości postępowania oskarżonego M. K. - na podstawie przyjęcia wersji przebiegu zdarzenia z „zeznań rodziców”, z których wynikało, że pokrzywdzony skarżył się na ból kończyny dolnej (k. 325 /tom II./).

W tym miejscu podkreślić należy, iż biegli – choć dysponują wiadomościami specjalnymi – nie są władni wyręczać sądu z konstytucyjnie powierzonej kompetencji – rozstrzygnięcia sprawy w oparciu prawdziwe ustalenia faktyczne (art. 2 § 2 k.p.k.), których ten dokonuje poprzez ocenę dowodów przeprowadzonych w toku przewodu sądowego. Zgodnie z tym, co zostało zasygnalizowane powyżej w uznanych za wiarygodne zeznaniach świadka A. K. (1) nie ma wzmianki o tym, by przekazywała oskarżonemu, który badał pokrzywdzonego informacje o bólającej kończynie dolnej. Wzmianka o bolesności tej części ciała pojawia się w zeznaniach świadka T. O. złożonych jeszcze na etapie postępowania przygotowawczego, ale tylko na zasadzie relata refero (k. 73 verte /tom I./). Świadek nie był bowiem obecny w trakcie wizyty domowej oskarżonego M. K.. Swoją wiedzę o przebiegu wizyty czerpie z relacji świadka A. K. (1), w związku z czym nie można w oparciu o treść zeznań świadka T. O. czynić ustaleń, że oskarżony został poinformowany przez świadka A. K. (1) o bolesności tej części ciała pokrzywdzonego. Tym samym zeznania świadka T. O. nie mogą podważać wiarygodności wyjaśnień oskarżonego w zakresie przeprowadzenia badania lekarskiego pokrzywdzonego. Nie bez znaczenia dla oceny wiarygodności dowodów z zeznań wspomnianych świadków oraz wyjaśnień oskarżonego, pozostaje fakt, iż w karcie zlecenia wyjazdu pogotowia ratunkowego (k. 388-389 /tom II./) nie ma wzmianki o rzeczonej „bólającej nóżce”. W swoich wyjaśnieniach oskarżony M. K. wskazał, iż kartę tę wypełniał samodzielnie. Wprawdzie w tej karcie widoczna jest ingerencja w jej treść. Przekreślono bowiem zapisy godzin w rubryce 1.3 „czas przybycia 15.10” i 1.4 „czas zakończenia zlecenia 15.15” w ten sposób, iż przybrały one odpowiednio zapis: 1.3 „czas przybycia 15.15” i 1.4 „czas zakończenia zlecenia 15.45”. Okoliczność ta nie wpływa jednak na ocenę wiarygodności wyjaśnień oskarżonego i rzetelności tegoż dokumentu z tego względu, że dotyczy ingerencji w treść już nakreśloną. Gdyby bowiem godziny te nie zostały w ogóle wpisane do karty z powodu umyślnego zaniechania przez oskarżonego, nie byłoby potrzeby ich przeprawiania – abstrahując od motywu, jaki towarzyszył tej czynności. Podobnie, nie można wnioskować, że oskarżony umyślnie nie wpisał w dokumentacji wzmianki o bolesności kończyny dolnej, skoro w momencie wypełniania przez niego karty nie miał świadomości, iż dokument ten będzie stanowił dowód w prowadzonym przeciwko niemu postępowaniu karnym. Prawdą zatem jest, że oskarżony M. K. przybywając



do pacjenta nie miał świadomości, iż powodem wezwania są również dolegliwości bólowe dziecka, a zatem jego wyjaśnieniom w tym zakresie należy dać wiarę.

W tym miejscu należy odnieść się do kwestii czasu trwania wizyty domowej. Ustalenie jej przebiegu i atmosfery, w jakiej się odbywała ma znaczenie o tyle, o ile rzutuje na kwestię możliwości przypisania oskarżonemu sprawstwa zarzucanego mu czynu. W tym zakresie – o czym będzie mowa w dalszej części uzasadnienia poświęconej ocenie prawnej ustaleń faktycznych – okoliczności jej przebiegu nie mają znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy. W tej części Sąd nie dał wiary zeznaniom świadka A. K. (1), w których wskazuje ona, że wizyta trwała dwie minuty; że oskarżony oprócz tego, że nie zbadał dziecka, ani go nie obejrzał, to jeszcze nie zostawił żadnych zaleceń. Analiza zapisów karty wyjazdowej wskazuje bowiem, że oskarżony takie zalecenia pozostawił (k. 389 /tom II./). Kwestia zbadania dziecka została zaś omówiona powyżej, stąd też zbędne jest ponowne odnoszenie się do niej.

Z dużą ostrożnością należało podejść do wyjaśnień oskarżonego M. K. składanych w toku rozprawy głównej. Ich treść determinowana jest realizowaniem przyjętej linii obrony. Linia ta opiera się zaś na autoprezentacji oskarżonego jako starannego i uważnego lekarza, który wykonując swój zawód działa w sposób jak najbardziej sumienny i staranny. Za taką oceną przemawiają pojawiające się w ich treści odniesienia do faktów, co do których oskarżony nie miał wiedzy składając wyjaśnienia na etapie postępowania przygotowawczego, a które - po wydaniu opinii przez biegłych – stały się przedmiotem teoretycznych dywagacji oskarżonego. Takie cechy noszą wyjaśnienia w części dotyczącej kwestii bolesności kończyny dolnej dziecka. Oskarżony M. K. motywy swojego postępowania uzupełnił o element np. świadomości prowadzenia dziecka przez lekarza pediatrę w kierunku diagnostyki „ból nogi”; dalej wyjaśniając, iż wiedział, że „jest problem z nogą”(…), że „jest on w trakcie diagnostyki” (k. 730 verte, k. 731 /tom IV./), mimo, iż tej świadomości nie miał. Nie zmienia oceny wiarygodności wyjaśnień oskarżonego powoływanie się na fakt uczynienia wzmianki o „ból nogi” na karcie chorobowej przez dyspozytorkę przyjmującą zgłoszenie. Takiej wzmianki nie ma bowiem na karcie wyjazdowej. Nie ma również żadnego innego dowodu, który potwierdzałby prawdziwość wyjaśnień oskarżonego w tym zakresie. Na marginesie powtórzyć należy, iż do opinii biegłych wkraśl się błąd, który nie niweczy wartości dowodowej opinii, niemniej jednak nie mógł pozostać niezauważony. Biegli powołali się w opinii zbiorczo na zeznania rodziców, z których – według nich – wynika, że oskarżony M. K. miał powiedzieć w trakcie wizyty, że ból nogi jest typowym powikłaniem ospy (k. 325 /tom II./). W aktach sprawy, o czym była mowa, nie ma takich zbiorczych zeznań. Ta kwestia nie pojawia się też w pierwszych zeznaniach świadka A. K. (1).

Okoliczności stanu faktycznego opisane w akapicie czwartym części uzasadnienia poświęconej ustaleniom stanu faktycznego stwierdzono w oparciu o zeznania świadka A. K. (1) oraz zeznania świadka I. M.. Wiarygodność zeznań świadka A. K. (2) nie budzi wątpliwości. Zeznania złożone przez świadka korespondują z zeznaniami złożonymi przez I. M.. Te zaś należało obdarzyć walorem wiarygodności ponieważ znajdują potwierdzenie w obrazie klinicznym pokrzywdzonego aktualnym na moment przeprowadzania badania lekarskiego w dniu 27 grudnia 2008 roku. Nie można zatem uznać by ich treść determinowana była realizacją jakiegokolwiek interesu faktycznego. Świadek I. M. w swoich zeznaniach przedstawiła w rzeczowy sposób model przedsięwziętego postępowania i w klarowny sposób wyjaśniła jego motywy. Treść tych motywów koreluje zaś z zeznaniami A. K. (1). Świadek A. K. (1) zeznała bowiem, że powodem konsultacji lekarskiej, był stan zdrowia dziecka, który wywoływał jej zaniepokojenie: bolesność kończyny dolnej oraz gorączka.

Do wspomnianego stanu zdrowia w swoich zeznaniach odniosła się świadka I. M. wskazując, iż matka dziecka niezależnie od otwartości na leczenie, była skupiona na stanie dziecka (k. 1255 /tom VII./). Wiarygodności tych zeznań nie pozbawiają stwierdzone w nich sprzeczności, które nie uszły uwadze Sądu. Sprzeczności te dotyczą przede wszystkim oceny zakaźności ospy. W zeznaniach złożonych w postępowaniu przygotowawczym świadka I. M. zeznała, iż w badaniu stwierdziła, że ospa jest zakaźna (k. 254 /tom II./), podczas gdy w postępowaniu sądowym na okoliczność tę zeznała zupełnie odmiennie wskazując, iż stwierdziła, że ospa jest w wycofaniu; że już nie zakaża (k. 1255 /tom VII./). Wątpliwości Sądu wzbudziła również kwestia dokonanego przez świadka rozpoznania. Z zeznań złożonych przez świadka w postępowaniu przygotowawczym wynika kategorycznie, iż zwiewne zapalenie stawu biodrowego przerodziło w zapalenie bakteryjne (k. 254 /tom II./), podczas gdy w postępowaniu sądowym świadek zeznał, że rozpoznał zwiewne zapalenie stawu biodrowego (k. 1250 /tom VII./). Również z zeznań świadka złożonych

na etapie postępowania przygotowawczego wynikało, że wartość OB była trzycyfrowa (k. 254 /tom II./), podczas gdy w postępowaniu sadowym świadek odnosił się do wartości wskaźnika CRP.

Wskazane powyżej rozbieżności zostały wyjaśnione przez świadka w sposób jasny i stanowczy (k. 1258 /tom VII./), toteż nie mogą one skutecznie niweczyć możliwości przyznania zeznaniom świadka waloru wiarygodności.

Świadek I. M. w swoich zeznaniach wskazała na powody, dla których w wystawionym skierowaniu wskazała na rozpoznanie odczynowego zapalenia lewego stawu biodrowego w przebiegu ospy, a nie bakteryjnego, podając, iż do kategorycznego stwierdzenia zapalenia o charakterze ropowicznym niezbędne były wyniki badań laboratoryjnych, którymi w momencie wystawiania skierowania nie dysponowała (k. 1251 /tom VII./; k. 1255 /tom VII./). Abstrahując jednak od stwierdzenia w obrazie badania laboratoryjnego wykładników stanu zapalnego – według jej zeznań - pacjent wymagał hospitalizacji chociażby ze względu na konieczność unieruchomienia kończyny, co było konieczne w świetle aktualnego podówczas stanu jego zdrowia – niezależnie od rodzaju czynnika wywołującego reakcję zapalną w zajęтым stawie biodrowym (k. 1252 /tom VII./).

Zeznania świadka A. K. (1) korespondują zaś z zeznaniami I. M. w zakresie dotyczącym: stanu zdrowia J. O. (1), okoliczności wystawienia skierowania do szpitala oraz wskazania placówki przy ul. (...). Te dwa dowody znajdują swoje potwierdzenie w dowodzie z dokumentacji medycznej (k. 19 /tom I./, k. 131 /tom I./), która nie została zakwestionowana przez żadną ze stron.

Okoliczności wskazane w akapicie piątym części uzasadnienia poświęconej ustaleniom stanu faktycznego również stwierdzono na podstawie zeznań świadka A. K. (1) oraz zeznań świadka I. M.. Dowody te Sąd obdarzył walorem wiarygodności z powodów omówionych powyżej, stąd też ponowne ich przytaczanie należy uznać za niecelowe i w istocie – za stanowiące powtórzenie dotychczasowej oceny. Dość wskazać, że zeznania rzeczonych świadków w zakresie dotyczącym okoliczności związanych z wystawieniem skierowania do szpitala i dalszym postępowaniem medycznym, są przecież tymi samymi zeznaniami, które stanowiły podstawę do dokonania dotychczasowych ustaleń faktycznych. Sąd obdarzył również walorem wiarygodności dokument w postaci kopii wyników badań laboratoryjnych z Centrum Medycznego (...), do którego odwołują się osobowe źródła dowodowe. Wiarygodność tego dokumentu nie została zakwestionowana przez żadną ze stron.

Okoliczności wskazane w akapicie szóstym części uzasadnienia poświęconej ustaleniom stanu faktycznego stwierdzono na podstawie zeznań świadków: A. K. (1) oraz T. O. oraz częściowo w oparciu o wyjaśnienia oskarżonej M. C.. Na podstawie zeznań świadka A. K. (1) oraz wyjaśnień oskarżonej M. C. Sąd ustalił okoliczności przeprowadzenia badania J. O. (1) w warunkach izolatki. Taka konieczność wynikała z faktu przekazania przez A. K. (2) personelowi tego szpitala informacji o tym, że dziecko choruje na ospę wietrzną. Jak wynika zaś z zeznań świadka A. K. (1) – o potrzebie poinformowania personelu szpitala o tym fakcie – pouczyła ją świadek I. M. – lekarz, który wystawił skierowanie do szpitala (k. 1095 /tom VI./). W tym zakresie zeznania świadka A. K. (1) korespondują z zeznaniami świadka I. M., w których świadek ten wskazał wprost, że kierowała dziecko do szpitalnej izolatki, ponieważ w przypadku wystąpienia ospy bądź innej choroby zakaźnej, która wiąże się z ropnym stanem normą jest izolowanie pacjenta. Nadto, jej postępowanie wynikało również z woli dopełnienia wszystkich standardów. Chcąc ich dochować musiała uwzględnić zejściowe stadium ospy jako chorobę zakaźną (k. 1256 /tom VII./). Wobec takiego korespondowania ze sobą wspomnianych dowodów, jako niemające znaczenia dla oceny ich wiarygodności Sąd uznał rozbieżności pomiędzy tymi dwoma dowodami, w zakresie okoliczności sposobu przekazania informacji o potrzebie zorganizowania izolatki. Świadek I. M. w swoich zeznaniach zaprzeczyła bowiem, żeby wspominała rodzicom o konieczności przygotowania izolatki, jednakże wskazała, iż adnotację o takiej potrzebie zamieściła na skierowaniu (k. 1256 /tom VII./). Istotnie, analiza treści skierowania może czynić wiarygodnym tę depozycję świadka, zwłaszcza w świetle adnotacji o „przebiegu ospy” (k. 19 /tom I./). Tym samym podkreślić należy, że kwestionowanie wartości dowodowej poszczególnych dowodów w oparciu o tak błahy szczegół, byłoby wylewaniem dziecka z kąpielą.

Sąd jedynie w części obdarzył walorem wiarygodności wyjaśnienia złożone przez oskarżoną M. C., co do przebiegu badania lekarskiego i wskazania dalszego postępowania medycznego, uznając je za prawdziwe w takim zakresie, w

jakim nie stoją one w sprzeczności z wiarygodnymi zeznaniami świadka A. K. (1) oraz świadka T. O.. Jeszcze raz podkreślić należy, że nie można antycypować waloru dowodowego wyjaśnień oskarżonego z tej tylko przyczyny, że pochodzą one od tej strony postępowania karnego, która w sposób bezpośredni zainteresowana jest wynikiem prowadzonego postępowania dowodowego. Dopóki nie zostanie stwierdzone, że wyjaśnienia oskarżonego nie dają się pogodzić z pozostałymi dowodami w sprawie, ocenianymi zgodnie z zasadami logiki i doświadczenia życiowego, dopóty wyjaśnieniom oskarżonego należy dawać wiarę i przyjmować je za prawdziwe. W niniejszej sprawie, w ten właśnie sposób potraktowano wyjaśnienia złożone przez oskarżoną M. C.. Co do zasady Sąd dał im wiarę, to jest w zakresie, w jakim dotyczą one faktu przeprowadzenia badania pokrzywdzonego, postawionej diagnozy – w tej bowiem części nie popadają one w sprzeczność z zeznaniami świadka A. K. (1) oraz świadka T. O.. Sąd odmówił jednak tego waloru tej części wyjaśnień oskarżonej, w której wskazuje ona, że proponowała rodzicom J. O. (1) hospitalizację dziecka i tylko ze względu na postawę rodziców, nie skierowała dziecka do leczenia w warunkach szpitalnych.

Wyjaśnienia oskarżonej w tej części są sprzeczne z ich pozostałą treścią i dlatego nie zasługują na danie im wiary. Forsując w swoich wyjaśnieniach tezę o braku wyrażenia przez rodziców J. O. (1) zgody na jego leczenie w szpitalu, oskarżona traci z pola widzenia fakt, że to właśnie rodzice poszukiwali pomocy lekarskiej dla swojego dziecka i z tej przyczyny znaleźli się w szpitalu przy ul. (...). Nie przyjechali tam jedynie w celu skonsultowania dziecka przez lekarza. Przyjechali po to, by dziecko pozostawić w szpitalu. Dysponowali dokumentem w postaci skierowania do szpitala wystawionym w tym samym dniu przez lekarza chirurga – ortopedę I. M.. Zresztą, z przytaczanych zeznań świadka I. M. wynika, że A. K. (1) była otwarta na leczenie syna. W tych okolicznościach przypisywanie rodzicom dziecka braku akceptacji idei leczenia szpitalnego jest sprzeczne z zasadami doświadczenia życiowego, jako takie nie znajduje też uzasadnienia w świetle zasad logiki. A. K. (1) i T. O. poszukując pomocy medycznej dla swojego syna zachowywali się w sposób racjonalny – odpowiadający modelowi staranności zapobiegliwego rodzica – postępowali zgodnie z zaleceniami lekarskimi. Wyjaśnienia oskarżonej M. C., w których wskazuje ona na zachowanie rodziców sprzeczne z tym modelem, nie polegają zatem na prawdzie. Kreowana w zakwestionowanych wyjaśnieniach oskarżonej sytuacja „proponowania hospitalizacji” jest nadto niespójna z wytyczonym dotychczas przez oskarżoną kierunkiem postępowania medycznego względem J. O. (1) – a znajdującym swoje odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej - kopii karty informacyjnej SZPZOZ im. (...) w W.(k. 31 /tom I./). Tej oceny nie zmienia fakt potwierdzenia przez świadka A. K. (1) okoliczności „luźnej rozmowy” o hospitalizacji (k. 1105 /tom VI./), zwłaszcza, że w tych samych wyjaśnieniach oskarżona wskazała, że w momencie diagnozowania pacjenta chodziło jej o to, aby stwierdzić, z jakiego rodzaju zakażeniem w jego organizmie ma do czynienia. Konsekwentnie dalej zaś wskazała, że od określenia typu zakażenia uzależnione jest przecież dalsze leczenie (k. 738 /tom IV./). Przedstawionemu rozumowaniu nie sposób odmówić prawidłowości. Świadczy ono jednak również o tym, że w momencie badania J. O. (1) nie stwierdziła istnienia takiego zakażenia, które determinowałoby natychmiastową potrzebę hospitalizacji dziecka, w przeciwnym bowiem razie – określiłaby inną ścieżkę medyczną – adekwatną do rodzaju zakażenia.

We wspomnianej karcie informacyjnej, którą – jak wskazała w swoich wyjaśnieniach oskarżona – uzupełniała na bieżąco – vide k. 739 /tom IV./ - a której wiarygodności Sąd nie kwestionuje – w rubryce „rozpoznanie według ICD- 10” wpisała „M65”, czyli zapalenie błony maziowej i pochewki ścięgna niszczącego. Rzeczone rozpoznanie determinowało dalszy sposób leczenia: stosowanie leków przeciwwirusowych, przeciwgorączkowych i przeciwzapalnych oraz kontrolę następnego dnia rano w SOR.

Wobec tak obranego kierunku działania oczywistym jest, że oskarżona – wbrew temu, co usiłuje przedstawiać w swoich wyjaśnieniach – nie uczyniła przedmiotem analizy ewentualnej ścieżki postępowania leczniczego związanego z podaniem antybiotyku, ponieważ w ogóle nie wzięła pod uwagę zapalenia stawów o etiologii bakteryjnej; ten bowiem rodzaj zapalenia wykluczyła (k. 738 /tom IV./). Tym samym wszelkie twierdzenia o konieczności hospitalizacji – w świetle prezentowanego przez oskarżoną modelu postępowania – nie są związane z postępowaniem racjonalnym, z czego oskarżona – jako lekarz – doskonale zdaje sobie sprawę, o czym świadczy treść jej wyjaśnień, zgodnie z którą - antybiotyk podaje się w zakażeniach bakteryjnych a nie w przypadku odczynowego zapalenia stawu (k. 742 /tom IV./). Skoro zatem oskarżona nie rozpoznała u pokrzywdzonego bakteryjnego zapalenia stawów, to subiektywnie nie miała podstaw faktycznych do kierowania pokrzywdzonego do szpitala, abstrahując od tego, że – obiektywnie

– takie podstawy istniały i wynikały ze stanu, w jakim pokrzywdzony się znajdował. Warto podkreślić zdziwienie, jakie u świadka I. M. wywołał fakt braku przyjęcia J. O. (1) do szpitala. Będzie o tym mowa w dalszej części uzasadnienia dotyczącej oskarżonego M. Z.. W tym miejscu należy li tylko zasygnalizować tę - swojego rodzaju - kwestię determinizmu związanego z umiejscowieniem w strukturze organizacyjnej służby zdrowia szpitalnych oddziałów ratunkowych i jego wpływu na proces udzielania świadczeń zdrowotnych.

Powracając do oceny wartości dowodowej wyjaśnień oskarżonej M. C., wskazać należy, iż w zakresie, w jakim dotyczą one kwestii leczenia zakażenia bakteryjnego – nie polegają one na prawdzie. Stanowią realizację przyjętej przez oskarżoną linii obrony; na marginesie zaznaczyć należy – że nie zawsze prowadzonej w sposób konsekwentny. Z jednej bowiem strony oskarżona przedstawiając motywy swojego zachowania nawiązuje do rozpoznania wskazanego w dokumencie skierowania do szpitala, wystawionym przez lekarza I. M. – odczynowego zapalenia stawu, z drugiej zaś strony – odwołuje się do konieczności wykluczenia bakteryjnego zapalenia stawów, podczas gdy żadnej wzmianki na ten temat w skierowaniu nie ma. Należy zatem postawić pytanie, skąd w świadomości oskarżonej zrodziła się potrzeba wykluczenia bakteryjnego podłoża zapalenia stawu? Z lektury jej wyjaśnień można wskazać na wywiad lekarski - jako środek, który pozwolił jej dotrzeć do źródła informacji, z którego mogła pozyskać wiedzę na temat podejrzenia ropnego/bakteryjnego zapalenia stawów (k. 737 /tom IV./). W tym zakresie wyjaśnienia oskarżonej korespondują z zeznaniami świadka A. K. (1), która wskazała, że ze strony oskarżonej M. C. nie było mowy o kategorycznej potrzebie hospitalizacji pokrzywdzonego. Była jedynie „luźna rozmowa”, że jeśli już miałyby wejść w grę hospitalizacja, to w szpitalu zakaźnym przy ul. (...) (k. 1105 /tom VI./). O kwestii hospitalizacji nie wspomina w swoich zeznaniach świadek T. O., który był obecny w izolatce, w czasie badania J. O. (1) przez oskarżoną. W świetle reguł doświadczenia życiowego nie można uznać, że świadek nie usłyszał całości przebiegu rozmowy albo też – jak prezentuje to w wyjaśnieniach oskarżona – nie wyrażał zgody na pozostawienie syna w szpitalu, skoro tak samo jak A. K. (1) był uważny w kwestiach dotyczących stanu zdrowia pokrzywdzonego. Z jego zeznań wynika, że oskarżona po zapoznaniu się z wynikami USG określiła stan zdrowia dziecka – zapalenie stawów – jako typowe, niegroźne powikłanie po ospie i zaleciła kontynuowanie dotychczasowego leczenia przeciwko ospie (k. 1169 /tom VI./). Dla oceny wiarygodności zeznań tego świadka duże znaczenie ma względ na deklarowaną przez niego wolę ulżenia cierpieniom dziecka i gotowość podporządkowania się zaleceniom lekarskim – w tym i temu najdalej idącemu – w postaci skierowania pokrzywdzonego do szpitala. Znamienna w tym zakresie jest okoliczność zwrócenia się przez tego świadka z zapytaniem do oskarżonej, czy w sytuacji, w jakiej znalazł się J. O. (1), nie jest konieczne podanie antybiotyku (k. 1169 /tom VI./). Nie można zatem dać wiary wyjaśnieniom oskarżonej, co do okoliczności zaniechania przez rodziców wyrażenia zgody na hospitalizację J. O. (1), skoro cały czas byli oni zainteresowani stanem zdrowia dziecka i szukali dla niego adekwatnej pomocy. Za zanegowaniem waloru wiarygodności wyjaśnień oskarżonej w kwestionowanym zakresie przemawia również względ na treść karty informacyjnej, w której brak jakiegokolwiek wzmianki o konieczności leczenia szpitalnego i braku zgody rodziców na powyższe. Oskarżona sama przyznała, że w sytuacji, jaka miała miejsce w tej sprawie, powinna odebrać od rodziców i wpisać w karcie oświadczenie, że nie wyrażają zgody na leczenie dziecka w szpitalu. Nie odebrała go jednak i nie wpisała do karty informacyjnej. Nie potrafiła wytłumaczyć dlaczego (k. 740 /tom IV./).

Na podstawie opinii biegłych z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Akademii Medycznej im. (...) we W. /obecnie: Zakład Medycyny Sądowej (...) im. P. we W. / - zw. dalej: opinią – Sąd ustalił okoliczności dotyczące stanu zdrowia J. O. (1) w dniu 27 grudnia 2008 roku, w momencie jego kontaktu z oskarżoną M. C..

W ocenie Sądu opinia sporządzona w sprawie niniejszej jest jasna i pełna oraz nie zachodzą w niej sprzeczności, które dyskwalifikowałyby jej wartość dowodową. Z uwagi na fakt, iż jej treść dotyczy oceny prawidłowości postępowania różnych lekarzy mających kontakt z pokrzywdzonym na odrębnych etapach ścieżki postępowania diagnostycznego, dla zachowania porządku w strukturze wyводу, będzie ona omawiana każdorazowo odrębnie – indywidualnie względem każdego z oskarżonych oraz każdego z etapów, na którym pokrzywdzony przebywał pod ich pieczęcią.

Biegli wydali swoją opinię po zapoznaniu się z wyjaśnieniami złożonymi przez oskarżoną M. C. w postępowaniu przygotowawczym (k. 501 /tom III./) oraz w toku rozprawy (k. 1721-1725 /tom IX./). Odnieśli się w swojej opinii ustnej do pytań zadawanych im przez oskarżoną. Na podstawie analizy jej wyjaśnień oraz dokumentacji medycznej przez nią

sporządzonej wydali opinię, w której stwierdzili, że w dniu 27 grudnia 2008 roku istniały wskazania do hospitalizacji J. O. (1), o czym świadczą: wyniki badań laboratoryjnych oraz obraz choroby wynikający z badań diagnostycznych w SOR a nadto informacje uzyskane w drodze wywiadu o progresie choroby. Biegli wskazali, że dane te i wiedza o możliwych typowych, i groźnych powikłaniach przebiegu ospy wietrznej, decydowały o konieczności hospitalizacji i terapii antybiotykiem (k. 1721 /tom IX./).

Odnieśli się do kwestii podnoszonych przez oskarżoną, mianowicie – na jej zarzut, iż istnieją dwa rodzaje zapalenia stawów: reaktywne oraz bakteryjne, i których obrazy mogą nakładać się na siebie - wskazali, że o ile istotnie tak jest, to jednak w przypadku J. O. (1) było stosowane leczenie przeciwzapalne przeciwgorączkowe – adekwatne do zapalenia stawów o charakterze reaktywnym – które nie przyniosło rezultatów, zaś w sytuacji możliwości septycznego zapalenia – nie zastosowano antybiotyku. Biegli odnosząc się do kolejnej kwestii podnoszonej przez oskarżoną wskazali, że nie ma nieograniczonych powikłań przebiegu ospy wietrznej. Powikłania te ograniczają się, z jednej strony – do powikłań bakteryjnych, a drugiej strony – do powikłań neurologicznych, które są związane z samym wirusem. Biegli wskazali, że nie jest im znana podstawa, w oparciu o którą oskarżona M. C. twierdziła, że u dzieci w wieku 3 lat – zgodnie z zasadami rozprzestrzeniania się zakażenia – nie dochodzi do septycznego zapalenia stawów. Septyczne zapalenie stawów – jak wskazali biegli – jest możliwe u noworodka i każdego niemowlęcia. Wiedza o drodze rozprzestrzeniania się zakażenia jest normalną wiedzą o zakażeniach i immunologii (k. 1722 /tom IX./). Biegli wskazali, że w zakażeniach paciorkowcowych stawów mogą być zajęte reaktywnie lub septycznie (k. 1723 /tom IX./), przy czym wyjaśnili, że im młodsze dziecko, tym łatwiej dochodzi do przełamania barier naturalnej odporności. Podkreślili, że okoliczność, iż uogólnione inwazyjne zakażenia bakteryjne notuje się u dzieci do lat dwóch - nie oznacza, że grupą nie narażoną na skutki tego rodzaju zakażeń są dzieci do piątego roku życia. Biegli zanegowali rozumowanie oskarżonej oparte na tezie, że droga rozprzestrzeniania się zakażenia wiedzie częściej do zapalenia kości niż do zapalenia stawów. Swoją opinię w tym zakresie uzasadnili w sposób umożliwiający Sądowi zachowanie kontroli na treścią opinii pod względem jej rzetelności. Odnosząc się do podnoszonych przez oskarżoną kwestii wskazali, że fakt, iż zapalenie stawów bez zapalenia kości zdarza się rzadziej, nie oznacza, że nie jest ono możliwe (k. 1723 /tom IX./).

W oparciu o opinię Sąd ustalił, że sytuacja zdrowotna J. O. (1) w dniu, w którym oskarżona M. C. podejmowała decyzję, co do procesu jego leczenia, wymagała terapii antybiotykowej. Z punktu widzenia wiedzy i nauki medycznej oraz powszechnie przyjętej praktyki w czasie działań medycznych, zagrażające życiu pokrzywdzonego – w tamtym czasie – były bakterie. Kwestia obecności granulocytów w płynie – w tych okolicznościach – jest nieistotna.

Podnoszone zaś przez oskarżoną okoliczności potwierdzają – w opinii biegłych - że nie brała ona pod uwagę czegoś więcej ponad reaktywne zapalenie stawów, a powinna była (k. 1723 /tom IX./). Według biegłych oskarżona nie opierała się na rozpoznaniu lekarza radiologa, ponieważ w opisie nie ma żadnej wzmianki o charakterze płynu – a powinna ona się tam znajdować. Oskarżona M. C. – jak podali – opierała się na braku informacji, a nie na informacji. Niezależnie od tego wskazali, wynik USG nie jest różnicujący dla oceny zapalenia, a wyniku nie można oceniać w oderwaniu od stanu klinicznego pacjenta. Sytuacja J. O. (1) była klarowna; jak podali – wręcz typowa: istniały wysokie wykładniki stanu zapalnego – wysokie CRP; kolejny dzień choroby; wielokrotne zgłaszanie się po pomoc; silne dolegliwości bólowe. Te czynniki, wraz z uwzględnieniem przebiegu ospy wietrznej oraz wiedzy o jej typowych powikłaniach, pozwalały na stwierdzenie bakteryjnego powikłania ospy (k. 1724 /tom IX./).

Biegli odnosząc się do wyjaśnień złożonych przez oskarżoną, wskazali, iż jest w nich wzmianka o zakażonej zmianie na skórze nogi (vide opinia - k. 1724 /tom IX./; vide wyjaśnienia oskarżonej M. C. k. 739 /tom IV./), co świadczy o istnieniu punktu wejścia infekcji do skóry – wrót zakażenia aż do uogólnienia się zakażenia z zajęciem stawów. Biegli wyjaśnili również, iż postępowanie oskarżonej sprowadzające się do różnicowania obrazów choroby byłoby usprawiedliwione w sytuacji, gdyby wyjściowo nie było ospy wietrznej. Wskazali na możliwość współistnienia dwóch etiologii zapalenia stawów, jednakże istnienie małopłytkowości w tym czasie przemawiało również za rozwojem bakteryjnej ścieżki zakażenia. Przy zapaleniu stawów o charakterze reaktywnym małopłytkowość nie występuje (k. 1725 /tom IX./).

Mając na uwadze przedstawione powyżej elementy opinii Sąd uznał jej walor dowodowy. Opinia jest pełna – wyjaśnia wszystkie kwestie, które zostały przedstawione biegłym a nadto, udziela odpowiedzi na wszystkie pytania szczegółowe. Jako taka obejmuje więc całość jej przedmiotu oraz zakresu. W ocenie Sądu opinia spełnia również kryterium jasności. Biegli przedstawili zakres opinii oraz sprawozdanie z przeprowadzonej czynności analizy postępowania oskarżonej M. C. językiem czytelnym i zrozumiałym, zarówno z poziomu języka potocznego, jak i języka prawniczego. W swoich rozważaniach biegli nie pominęli żadnego z istotnych dowodów mających znaczenie dla opracowania opinii. Konkluzja opinii dotyczy istoty stawianego oskarżonej zarzutu i została przez biegłych należycie uzasadniona. Ustalenia opinii są stałe, spójne z ocenami i wnioskami końcowymi. Logiczność opinii i poprawność wnioskowania nie budzi jakichkolwiek wątpliwości.

Dlatego też opinię tę Sąd zaliczył w poczet materiału dowodowego i w oparciu o nią dokonał ustaleń faktycznych w zakresie prawidłowości postępowania medycznego oskarżonej M. C. oraz ustalił, iż w momencie konsultowania przez oskarżoną J. O. (1) znajdował się w stanie niebezpieczeństwa dla swojego życia i zdrowia (k. 1728 /tom IX./).

Okoliczności wskazane w akapicie siódmym części uzasadnienia poświęconej ustaleniom stanu faktycznego stwierdzono na podstawie zeznań świadków: A. K. (1) oraz T. O. a nadto - li tylko częściowo - w oparciu o wyjaśnienia oskarżonego M. Z..

Wyjaśnienia złożone przez oskarżonego nie zasługują na obdarzenie ich walorem wiarygodności w całości, ponieważ ich część, niezależnie od tego, iż pozostaje w sprzeczności z wiarygodnymi zeznaniami wyżej wymienionych świadków, jest wewnętrznie sprzeczna z pozostałą częścią wyjaśnień. W ocenie Sądu rzeczona wewnętrzna sprzeczność jest wadą charakterystyczną również dla wyjaśnień pozostałych oskarżonych a jej źródło tkwi w linii obrony przyjętej przez oskarżonych i konsekwentnie realizowanej również na etapie składania wyjaśnień. Oczywistym – w świetle zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego - jest to, że oskarżony M. Z. nie powiazał danych uzyskanych w drodze wywiadu od rodziców, danych wynikających z badania fizykalnego oraz danych z badań laboratoryjnych z postępującym u J. O. (1) uogólniającym się bakteryjnym procesem zapalnym, tym samym poza zakresem jego rozumowania w dniu 28 grudnia 2008 roku pozostawała kwestia wdrożenia antybiotykoterapii. Pojawiła się ona jednak w wyjaśnieniach oskarżonego. Rozstrzygając tę okoliczność należało uznać, iż treść wyjaśnień oskarżonego w tym zakresie determinowana jest realizowaną przez oskarżonego linią obrony. Jej pojawienie się dopiero na etapie składania wyjaśnień przez oskarżonego, po sporządzeniu opinii przez biegłych - w której biegli wskazali przecież na konieczność wdrożenia antybiotykoterapii - spowodowało, że wyjaśnienia oskarżonego M. Z. nie korespondują z zeznaniami świadków: A. K. (1) oraz T. O., a także z wyjaśnieniami oskarżonej A. P. (1) – lekarza z izby przyjęć (...) przy ul. (...) w W.. Zresztą, oskarżony sam przyznał w swoich wyjaśnieniach, że istota stawianego mu zarzutu dotyczy antybiotykoterapii – co stało mu się wiadome z lektury opinii biegłych (k. 752 /tom IV./).

Niemniej jednak sprzeczność ta wymagała krótkiego wyjaśnienia.

Z zeznań świadka T. O. wynika wprost, że oskarżony M. Z. wszelkie informacje dotyczące stanu zdrowia J. O. (1) interpretował pod kątem „schorzeń hematologicznych”, w tym sygnalizowane mu przez świadka – o oddaniu przez J. O. (1) luźnego stolca oraz o zwymiotowaniu (k. 1170 /tom VI./). Z zeznaniami świadka T. O. korespondują zeznania świadka A. K. (1) w zakresie, w jakim wskazują na okoliczność braku ukierunkowania czynności medycznych oskarżonego M. Z. pod kątem rozpoznania zakażenia bakteryjnego i podjęcia czynności zmierzających do podania J. O. (1) antybiotyku.

Świadek A. K. (1) zeznała, że dziecko przebywało na sali ogólnej; że oskarżony zlecił powtórne wykonanie badań laboratoryjnych oraz USG; że zapoznał się z wynikami badań znajdujących się dotychczas w jej dyspozycji; że w trakcie diagnozowania dziecko oddało luźny stolec; że zwymiotowało; że zaczął mu puchnąć łokieć; że zwiększyło się jego pragnienie; że zaistniała potrzeba powtórnego pobrania krwi do badań, ponieważ zaszło podejrzenie zanieczyszczenia próbki (k. 1036 /tom VI./). Wreszcie, że oskarżony poinformował o rozpoznaniu u J. O. (1) „jakiegoś problemu hematologicznego” i skierował go do (...) przy ul. (...) w W. (k.1036 /tom VI./). Z przyczyn przedstawionych we wcześniejszej części uzasadnienia brak jest podstaw do zanegowania prawdziwości zeznań świadka A. K. (1) w

tym zakresie. Jeszcze raz podkreślić należy, iż świadek będąc matką J. O. (1) całą swoją uwagę i determinowaną nią aktywność kierował na jego dobro. A. K. (1) działała w zaufaniu do czynności podejmowanych kolejno przez oskarżonych na poszczególnych etapach udzielania pokrzywdzonemu pomocy medycznej. Gdyby zatem – tak jak deklaruje to w swoich wyjaśnieniach oskarżony M. Z. – z jego strony w trakcie diagnozowania pacjenta padła chociażby wzmianka o podaniu antybiotyku, świadek A. K. (1) zarejestrowałaby ją w swojej pamięci. A jeśli nie ona – to świadek T. O., któremu również nie można odmówić baczenia na dobro własnego dziecka i wynikającą stąd zdolność do czynienia postrzeżeń stanowiących następnie treść składanych w toku niniejszego postępowania zeznań. Takie wnioskowanie jest uprawnione zwłaszcza w świetle deklaracji wypełniających treść wyjaśnień składanych przez oskarżonego, zgodnie z którymi miał on rozmawiać z rodzicami i jasno przedstawić swoje wątpliwości i swój cały niepokój (k. 752 /tom IV./).

Gdyby zatem podstawa skierowania J. O. (1) do szpitala rzeczywiście wynikała z przeprowadzonego przez oskarżonego M. Z. procesu analitycznego uwzględniającego potrzebę podania antybiotyku, to wówczas oskarżonemu nie można byłoby zasadnie zarzucać niewłaściwego zinterpretowania całościowego obrazu klinicznego pokrzywdzonego. Ten bowiem wymagał natychmiastowego wdrożenia antybiotykoterapii i takie zachowanie oskarżonego korespondujące ze stanem pacjenta byłoby prawidłowe.

Przeprowadzone w toku przewodu sądowego postępowanie dowodowe wykazało jednak przeciwieństwo tego, co prezentuje w swoich wyjaśnieniach oskarżony. Próba zracjonalizowania przez oskarżonego błędnego postępowania nie wytrzymuje zaś konfrontacji z przedsiębranymi przez tegoż oskarżonego czynnościami.

Należy zatem rozważyć możliwości dalszego postępowania, które otworzyłyby się przed oskarżonym, a co za tym idzie również – przed J. O. (1), pozostającym przez cały czas pobytu w SOR pod jego pieczę, gdyby oskarżony rzeczywiście rozważał podanie antybiotyku na dalszym etapie leczenia. Owa teoretyczna możliwość w rzeczywistości powinna przecież była zamienić się w konkretne działanie – adekwatne do czasu i stanu pacjenta. W tym przypadku nie miało to jednak miejsca.

Wyjaśnienia oskarżonego M. Z., w których tłumaczy on motyw skierowania J. O. (1) do (...) przy ul. (...) w W., nie zasługują na obdarzenie ich walorem wiarygodności, ponieważ w tym zakresie są wewnętrznie niespójne i labilne, a nadto stoją w sprzeczności z zapisami w dokumentacji medycznej oraz zeznaniami świadków: A. K. (1) i T. O..

W tym miejscu dla jasności wyводу koniecznym będzie odwołanie się do wyjaśnień oskarżonego. Jak wynika z ich treści, decyzję o skierowaniu J. O. (1) do (...) przy ul. (...), podjął w oparciu o niekorespondujące z wyglądem pacjenta wyniki badań morfotycznych. Wybór placówki uzasadniony był zakresem dostępnej w niej diagnostyki oraz stosunkowo niewielką odległością dzielącą ją od SOR przy ul. (...). Ostatnia przesłanka – przy uwzględnieniu „zapropozowanego” rodzicom wykorzystania własnego środka transportu – była istotnym kryterium ze względu na potrzebę szybkiej interwencji medycznej (k. 751-752 /tom IV./). W tym zakresie – w jakim wyjaśnienia oskarżonego odnoszą się do konieczności szybkiej interwencji ze względu na wyniki badań – stoją one w sprzeczności z zeznaniami świadka T. O., z których wynika, że oskarżony - na pytanie świadka o potrzebę przewożenia J. O. (1) do innego szpitala celem wykonania diagnostyki, skoro jest on już w szpitalu – odpowiedział, że czas przy schorzeniach hematologicznych nie gra roli, ponieważ schorzenia hematologiczne nie rozwijają się tak szybko (k. 1170 /tom VI./). W tym zakresie zeznania świadka korespondują z wnioskami opinii biegłych, którzy wskazywali, że zagrożenie dla życia J. O. (1) wynikało nie ze schorzenia hematologicznego ale z infekcyjnego (k. 1728 /tom IX./).

Nie zasługują również na wiarę wyjaśnienia oskarżonego M. Z., w których twierdzi on, że w momencie badania J. O. (1) był w pełni świadomy konieczności wdrożenia antybiotykoterapii, i że z tego powodu skierował go do szpitala przy ul. (...) (k. 757 /tom IV./). Oskarżony nie potrafił wyjaśnić, dlaczego stwierdzając problem hematologiczny rozważał celowość podania antybiotyku. Nie potrafił wskazać reguł swojego rozumowania. Choć w innej części wyjaśnień wskazał, że zespół hematologiczny również uwzględniał w sobie objawy sepsy. To zaś czyni niewiarygodnymi jego wyjaśnienia.

Wyjaśnienia oskarżonego niezależnie od opisanej powyżej zewnętrznej sprzeczności dotknięte są wewnętrzną sprzecznością oraz nie korespondują z podejmowanymi przez oskarżonego decyzjami w toku postępowania

medycznego. Skoro bowiem oskarżony decyzję o wyborze placówki, do której skierował J. O. (1), uzasadnia zakresem diagnostyki możliwej do przeprowadzenia w tej jednostce, to oznacza, że nie potrafił postawić samodzielnie diagnozy. Odesłał więc pacjenta do innej placówki z zamysłem, że lekarze zatrudnieni w (...) przy ul. (...), udzielą mu właściwej pomocy. Podążając tokiem rozumowania oskarżonego prezentowanym w jego wyjaśnieniach trzeba wskazać na pierwszą pojawiającą się niekonsekwencję, a mianowicie na celowość przeprowadzenia pilnie diagnostyki. Skoro chodziło o diagnostykę, to - jak wynika z zeznań świadka T. O., według informacji udzielonej mu przez oskarżonego - mogła ona poczekać. Szybkość w przekazaniu pacjenta do innej placówki - wbrew wyjaśnieniom oskarżonego M. Z. - nie była podyktowana stanem zagrożenia zdrowia J. O. (1), lecz wynikała z potrzeby szybkiego pozbycia się kłopotliwego pacjenta - tylko w ten kolokwialny sposób można oddać istotę postępowania oskarżonego, maskowaną następnie w jego wyjaśnieniach potrzebą wdrożenia antybiotykoterapii. W tym miejscu wskazać należy, że nie można arbitralnie negować prawidłowości postępowania polegającego na przekazaniu pacjenta do wysoko wyspecjalizowanej placówki, w której pracują lekarze z odpowiednim merytorycznym przygotowaniem, którzy mogą udzielić człowiekowi adekwatnej pomocy medycznej. Sąd z tytułu przekazania pacjenta do innej placówki medycznej nie czyniłby zarzutu oskarżonemu, gdyby rzeczywiście jego decyzja o przekazaniu pacjenta była podyktowana stanem zdrowia tego ostatniego i jego potrzebami wynikającymi z aktualnego stanu zdrowia. Chodzi o to, że zachowanie oskarżonego w tym zakresie jest sprzeczne z deklarowanymi w jego wyjaśnieniach intencjami - składowymi sfery motywacyjnej. Skoro stan zdrowia dziecka wymagał pilnej diagnostyki i jednocześnie podania antybiotyku - to oskarżony miał prawo i obowiązek zapewnić pokrzywdzonemu odpowiedni środek transportu medycznego (karetka) a nie zdawać się na środek transportu rodziców pacjenta. Tłumaczenie oskarżonego, że na karetkę trzeba byłoby czekać 3 godziny, w tych okolicznościach świadczy tylko o tym, że oskarżony nie miał żadnych argumentów medycznych, które uzasadniałyby pilne przewiezienie pacjenta do innej placówki medycznej. Wbrew wyjaśnieniom, za taki argument nie może być uznana potrzeba podania antybiotyku, ponieważ - jak wynika z przedstawionych powyżej wywodów - oskarżony w momencie podejmowania czynności medycznych wobec pokrzywdzonego - decydowaniu o odesłaniu do (...) przy ul. (...) - w ogóle nie zajmował się kwestią potrzeby zastosowania leczenia antybiotykami.

Nie polegają również na prawdzie wyjaśnienia oskarżonego, w których wskazuje on, że przy podejmowaniu decyzji o skierowaniu pokrzywdzonego do szpitala uwzględniał możliwość rozwoju sepsy - czemu dał wyraz twierdząc, że w „zespołe hematologicznym” sepsa jest również uwzględniona. O tym, że wyjaśnienia te składane są ad hoc świadczy chociażby to, że zaraz potem zastrzegł, iż na etapie, w którym miał styczność z dzieckiem, nie miał na myśli sepsy - jako takiej, ponieważ na ówczesnym etapie nie miał podstaw do jej rozpoznania (k. 754 tom IV.). Nadto, przy podejmowaniu decyzji nie mógł brać pod uwagę tego, czy proces chorobowy będzie postępował, czy nie (k. 757 /tom IV./).

Na podstawie wyjaśnień oskarżonego M. Z. Sąd mógł ustalić jedynie to, że „zespół hematologiczny” kryje w sobie wiele jednostek chorobowych od wszelkiego rodzaju niedokrwistości, białaczek, również chorób nowotworowych dzieci, do sepsy włącznie (k. 753 /tom II./). W tym rozpoznaniu - według wyjaśnień oskarżonego - które było powikłaniem dotychczasowego procesu chorobowego - ospy wietrznej, mieściły się wszystkie niepokojące go objawy, które stwierdził w oparciu o badanie dziecka, wywiad rodziców, wyniki badań i stan ogólny dziecka (k. 752 /tom IV.).

Oceniając kompleksowo przytoczone powyżej wyjaśnienia nie sposób nie zauważyć, iż ich treść jest ze sobą wzajemnie sprzeczna, a bezkrytyczne podążanie za tropem rozumowania przedstawionym w wyjaśnieniach oskarżonego prowadzi do swojego rodzaju dysonansu poznawczego. Na podstawie analizy tych wyjaśnień uprawniony byłby bowiem wniosek, że oskarżony przy całej świadomości istnienia u J. O. (1) zakażenia o podłożu bakteryjnym i możliwości przerodzenia się w zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej, skierował go szpitala dziecięcego z zasugerowaniem konieczności leczenia hematologicznego.

Li tylko na marginesie - z uwagi na potrzebę zachowania porządku w strukturze wyводу - zasygnalizować w tym miejscu należy konsekwencje procesowe związane z treścią takich wyjaśnień. Przyjmując na potrzeby tych hipotetycznych rozważań prawdziwość wyjaśnień oskarżonego w tym zakresie, należałoby z całą konsekwencją jego zachowanie rozpatrywać poprzez pryzmat umyślności - działania lub zaniechania popełnionego z zamiarem ewentualnym. Z uwagi na reguły gwarancyjne określone w normach ustawy - Kodeks karny - Sąd nie jest



władny karać za bezrefleksyjną obronę – a jedynie za czyn. W niniejszej sprawie czynem podlegającym prawno-karnemu wartościowaniu jest zaś zarzucone oskarżonemu M. Z. zachowanie zakreślone granicami skargi oskarżyciela publicznego.

Dlatego też do wyjaśnień złożonych przez oskarżonego należało podejść ze znaczną dozą wyrozumiałości. Skoro bowiem w jednej części wyjaśnień oskarżony twierdzi, że nie rozpoznał uogólnionej infekcji bakteryjnej, a w pozostałej ich części twierdzi, że tę uogólnioną infekcję uwzględnił przy kierowaniu pokrzywdzonego do szpitala, to jego twierdzenia są nie tyle niewiarygodne, co nieprzemysłane.

Powtórzyć zatem jeszcze raz należy, że treść wyjaśnień oskarżonego w zakwestionowanym zakresie znajduje uzasadnienie w fakcie powzięcia przez oskarżonego wiedzy o następstwach zdarzeń i jej przełożeniu na prezentowaną przed Sądem linię obrony.

Okoliczności dotyczące stanu zdrowia J. O. (1) w dniu 28 grudnia 2008 roku ustalono w oparciu o opinie biegłych z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Akademii Medycznej im. (...) we W. /obecnie: Zakład Medycyny Sądowej (...) im. P. we W./ - zw. dalej: opinią.

W zakresie oceny wartości dowodowej opinii aktualne pozostają rozważania natury ogólnej zawarte w treści uzasadnienia dotyczącej oskarżonej M. C.. Opinia sporządzona w sprawie niniejszej dotyczy oceny prawidłowości postępowania wszystkich lekarzy, z którymi zetknął się pokrzywdzony J. O. (1) w okresie od 24 grudnia 2008 roku do 29 grudnia 2008 roku. Nie może zatem w warstwie ogólnej być oceniana odmiennie ze względu na osobę danego oskarżonego.

Przechodząc do warstwy szczegółowej opinii – w części dotyczącej prawidłowości postępowania oskarżonego M. Z. – należy stwierdzić, że rzetelność opinii nie budzi wątpliwości. Biegli zaopiniowali, że całość danych klinicznych i wyników badań J. O. (1) w czasie udzielania mu pomocy przez oskarżonego pozwalała podejrzewać uogólniający się bakteryjny proces zapalny z zajęciem stawów kończyn dolnych. Przemawiały za tym następujące objawy: towarzysząca od początku choroby pokrzywdzonego wysoka temperatura ciała, narastające wskaźniki stanu zapalnego /CRP, leukocytoza/; nasilały się objawy ze strony stawów kończyn dolnych. W ocenie biegłych taki obraz kliniczny był wskazaniem do natychmiastowego skierowania pacjenta do oddziału pediatrycznego lub chorób zakaźnych dzieci (k. 509 /tom III./). Wyniki badania morfologii krwi z dnia 27.12.2008 roku /leukocyty 15,7 (neutrofile 86%, limfocyty 8,1%), krwinki czerwone 4,8; hemoglobina 13,4%, hematokryt 38%, MCHC 35, płytki krwi 10, CRP 263 mg/l) nie są charakterystyczne dla białaczki. Takie wyniki mogły wystąpić w sepsie lub w przebiegu ospy wietrznej jako objaw alarmowy.

Biegli wskazali, że dla postawienia prawidłowego rozpoznania lekarz powinien interpretować wyniki badań dodatkowych w powiązaniu z całością obrazu chorobowego. Oceniany w sposób kompleksowy obraz kliniczny J. O. (1), jak i wyniki badań dodatkowych wskazywały na przeważanie cech procesu zapalnego. Taki stan rzeczy uzasadniał raczej konieczność diagnostyki w kierunku schorzeń infekcyjnych a nie hematologicznych. Biegli wskazali, że skierowanie pacjenta do oddziału hematologicznego wynikało z niewłaściwej interpretacji wyników badań dodatkowych i było postępowaniem nieprawidłowym (k. 509 /tom III./).

Biegli wyjaśnili dlaczego postępowanie oskarżonego M. Z. było nieprawidłowe w sposób klarowny i obrazowy, mianowicie wskazali, że uzyskane w dniu 27 grudnia 2008 roku wyniki badania morfologicznego nie były charakterystyczne dla choroby hematologicznej. Wskazywały natomiast – w powiązaniu z danymi klinicznymi – na możliwość rozwoju sepsy z uwagi na stwierdzoną u pokrzywdzonego ospę wietrzną. Analiza tych wyników prowadzi do wniosku, że CRP narastało w takim stopniu, że pomiędzy kolejnymi badaniami podwoiło swoją wartość osiągając poziom 250, co świadczy o zakaźnej etiologii wymagającej interwencji, a nie nowotworowej. Biegli wykluczając w obrazie chorobowym elementy charakterystyczne dla białaczki wskazali, że w rozmazie nie występowały żadne nietypowe komórki, które wskazywałyby na podejrzenie białaczki – a tylko trombocytopenia i granulocytoza. Na podstawie takiego wyniku – wskazali - nie można rozpoznać białaczki, którą rozpoznaje się na podstawie badania biopsji szpiku, a podejrzewa na podstawie pewnych zmian w występowaniu atypowych limfocytów oraz wysokiej leukocytozy związanej

z limfocytozą a nie granulocytozą. Biegli wskazali, że ospa wietrzna nie jest im znana jako choroba, która wywołuje białaczkę. Gdyby tak było – wskazali biegli - to dzieci chorujące na ospę wietrzną, których jest dużo, chorowałyby na białaczkę; pomiędzy jedną a drugą jednostką chorobową nie ma związku czasowego. Biegli odnieśli się również do kwestii znaczenia „zespołu hematologicznego”. W oparciu o przedstawioną przez nich próbę zdefiniowania tego zespołu, Sąd ustalił okoliczności związane z brakiem umiejętności postawienia przez oskarżonego prawidłowego rozpoznania. Biegli w sposób lapidarny oddali istotę tego zagadnienia: w przypadku stanu zdrowia J. O. (1) „zespół hematologiczny” nie mógł być traktowany jako rozpoznanie; to był synonim nieprawidłowego badania wyników krwi (k. 1727 /tom IX.).

Mając na uwadze treść opinii Sąd ustalił, że J. O. (1) w dniu konsultowania go przez oskarżonego M. Z. znajdował się w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, zaś oskarżony nie postawił prawidłowego rozpoznania. Powtórzył jedynie rozpoznanie dokonane w dniu poprzedzającym przez oskarżoną M. C. (wg klasyfikacji ICD 10 zapalenie błony maziowej i pochewki ścięgna /65/), które – jak wynika z przeprowadzonego postępowania dowodowego – było w istocie powieleniem rozpoznania wpisanego do dokumentu skierowania do szpitala wystawionego przez lekarza I. M., następnie skierował pacjenta do (...) przy ul. (...).

Gwoli przypomnienia ze powodów przedstawionych we wcześniejszej części uzasadnienia, w której Sąd określił zasady oceny opinii, podkreślić należy, że opinia w zakresie, w jakim dotyczy oceny prawidłowości postępowania lekarskiego oskarżonego M. Z. jest jasna i pełna. Zawiera wskazanie dowodów, na których opierali się biegli przy formułowaniu wniosków końcowych opinii, jak również przedstawia sprawozdanie z analizy materiału dowodowego dokonanej przez biegłych. Tym samym opinia ta, w zakresie w jakim dotyczy oskarżonego M. Z., nadaje się do kontroli pod względem poprawności logicznej, rzetelności, zupełności i jasności.

Okoliczności stwierdzone w akapicie ósmym części uzasadnienia poświęconej ustaleniom stanu faktycznego stwierdzono w oparciu o zeznania świadków: A. K. (1) oraz T. O. oraz częściowo w oparciu o wyjaśnienia złożone przez oskarżoną A. P. (1), a nadto w oparciu o opinię sporządzoną przez biegłych.

Sąd dał wiarę wyjaśnieniom oskarżonej A. P. (1) w tej ich części, w której wskazuje ona na okoliczność zaanonsowania jej telefonicznie przez lekarza z SOR przy ul. (...) - M. Z. faktu skierowania do (...), w celu konsultacji hematologicznej, J. O. (1) z podejrzeniem problemu hematologicznego i wskazaniem na końcowy etap przebiegu ospy wietrznej, przy jednoczesnym stwierdzeniu małopłytkowości i zapalenia stawów (k. 774 /tom IV./). W tym zakresie bowiem, jej wyjaśnienia korespondują z zeznaniami świadka A. K. (1), wedle których po pojawieniu się w izbie przyjęć odczuła zirytywanie ze strony lekarza wywołane brakiem uprzedzenia go o przybyciu pacjenta (k. 1097 /tom VI./). Irytacja człowieka – jakkolwiek jest stanem emocjonalnym – mogącym przez osoby postronne być postrzegana subiektywnie, to – w tym przypadku – wobec wzmianki o niej uczynionej przez świadka – świadczy o prawdziwości wyjaśnień składanych przez oskarżoną, z których wynika, że była zaskoczona zachowaniem lekarza z ul. (...), który przy świadomości przebiegu ospy u pacjenta skierował go do szpitala pediatrycznego a nie do szpitala zakaźnego (k. 774 /tom IV./), a swego stanu irytacji nie omieszkła nie dać odczuć świadkowi. Z drugiej strony wzajemne korespondowanie ze sobą zeznań świadka A. K. (2) (występującej w sprawie jako oskarżyciel posiłkowy) i wyjaśnień oskarżonej A. P. (1) – antagonistów procesowych – świadczy o nieprawdziwości wyjaśnień oskarżonego M. Z. w zakresie, w jakim wskazują one na - dyktowane troską o życie i zdrowie pokrzywdzonego – uzgodnienie z oskarżoną A. P. (1) /lekarzem z izby przyjęć/ możliwości skierowania pacjenta do szpitala przy ul. (...) w celu konsultacji hematologicznej. Okoliczność ta nie ma znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy w zakresie zarzucanego oskarżonemu czynu, niemniej jednak wskazuje na prawdziwość wyjaśnień składanych w sprawie przez oskarżonego M. Z.. Gdyby bowiem oskarżony rzeczywiście uzgodnił konsultację, wówczas oskarżona A. P. (1) nie byłaby zaskoczona zgłoszeniem się matki J. O. (1) do izby przyjęć. Poza obszarem zainteresowania Sądu pozostaje kwestia, czy w takim wypadku w ogóle wyraziłaby zgodę na skierowanie J. O. (1) na „konsultację hematologiczną” – nawet hipotetycznie rozważana okoliczność – nie ma znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy ze względu chociażby na treść art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty w brzmieniu na dzień 27 grudnia 2008 roku – dalej: ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity – Dz.U. 2008, Nr 136, poz. 857 ze zm.). Niemniej jednak względ na szeroko pojmowaną rzetelność procesową nie pozwolił Sądowi na pominięcie tej kwestii i wynikającą

żeń potrzebę podkreślenie naganności zachowania oskarżonego M. Z. przejawiającą się w braku baczenia na zasady dobrych obyczajów oraz związaną z tym zachowaniem kwestię wpływu tej okoliczności na sferę motywacyjną kolejnego z lekarzy, z którym na swojej ścieżce diagnostycznej zetknął się J. O. (1). Okoliczności dotyczące stawienia się w izbie przyjęć samej A. K. (2), bez wprowadzania na teren izby J. O. (1) ustalono na podstawie zgodnych w tym zakresie zeznań świadka A. K. (1) oraz wyjaśnień oskarżonej A. P. (1). Sąd dał wiarę zeznaniom świadka A. K. (2), co do motywów stanowiących przyczynę zaniechania przyprawienia pokrzywdzonego do izby przyjęć szpitala. Brak jest podstaw do zakwestionowania wiarygodności tych zeznań. Świadek działała w pełnym zaufaniu do wiedzy i kompetencji lekarza M. Z.. Była skupiona na odnotowywaniu wszystkich zaleceń dotyczących postępowania z pokrzywdzonym, który przecież był jej dzieckiem. Sprzeczne zatem z zasadami doświadczenia życiowego byłoby uznanie, że świadek dobrowolnie i bez sugestii lekarza, zaniechałaby wprowadzenia swojego syna do budynku szpitala. Przeciwnie, przy poszukiwaniu pomocy lekarskiej, świadek oraz T. O., wykazali daleko idące zaufanie, co do umiejętności lekarzy, z którymi stykał się pokrzywdzony na każdym etapie swojej wędrówki po placówkach medycznych. Ze względu na to zaufanie stosowali się zatem do wszystkich zaleceń lekarskich. Toteż, Sąd dał wiarę zeznaniom świadka A. K. (1), w których wskazała ona, że oskarżony M. Z. mówił jej, że zawiadomi o ich przyjeździe lekarza izby przyjęć (...) telefonicznie, że nie zalecał żadnych środków ostrożności przy organizowaniu transportu pokrzywdzonego do tej placówki. Na podstawie zeznań świadka A. K. (1) Sąd ustalił również, iż to oskarżony M. Z. zasugerował rodzicom pokrzywdzonego, by jedno z nich wraz z dokumentacją udało się do izby przyjęć a drugie pozostało z pokrzywdzonym na zewnątrz, ponieważ będzie sprawniej jeśli pokrzywdzony zostanie doniesiony na właściwy oddział. Tym samym należało dać wiarę zeznaniom świadka A. K. (1), że z wypowiedzi M. Z. zrozumiała, że nie powinna wchodzić na teren izby przyjęć z dzieckiem chorującym na ospę bez uprzedzenia o pierwotnej chorobie. Twierdzenia przeciwne zawarte w wyjaśnieniach oskarżonego M. Z. nie zasługują zatem na danie im wiary.

Zeznania świadka A. K. (1) w powyżej omówionym zakresie korespondują z wyjaśnieniami oskarżonej A. P. (1), z których wynika, że istotnie pacjent nie stawił się w izbie przyjęć. Taki zaś stan rzeczy – zgodnie z treścią jej wyjaśnień – dał jej podstawy do wyciągnięcia wniosku, że jego stan nie może być tak zły, jak wynikało to z wyników badań przedstawionych w izbie przyjęć przez matkę pacjenta. Ta konkluzja dała jej następnie asumpt do podjęcia decyzji o skierowaniu pokrzywdzonego bez przeprowadzenia badania lekarskiego na konsultacje w szpitalu zakaźnym - co do wykluczenia bądź potwierdzenia zakaźności ospy.

Sąd dał wiarę zeznaniom świadka A. K. (1), wedle których oskarżona A. P. (1) arbitralnie orzekła, że z ospą nie może przyjąć dziecka na oddział hematologiczny (k. 1097 /tom VI./). W tym zakresie zeznania świadka korespondują z wyjaśnieniami złożonymi przez oskarżoną A. P. (1), która w wyjaśnieniach przyznała, że zwróciła uwagę M. Z. dlaczego dziecko z ospą kieruje na oddział hematologii. Wobec tych wiarygodnych wyjaśnień oskarżonej Sąd nie dał wiary wyjaśnieniom oskarżonego M. Z., że kierował dziecko ogólnie do szpitala, bez określania oddziału docelowego. W tym bowiem zakresie jego wyjaśnienia stoją w sprzeczności z wyjaśnieniami oskarżonej A. P. (1), która – jak wynika również z korespondujących z tymi wyjaśnieniami zeznań świadka A. K. (1) – była przekonana o konieczności przeprowadzenia leczenia na oddziale hematologii. O tym świadczy również wzmianka na karcie z SOR, na której oskarżony M. Z. uczynił wzmiankę o „konsultacji hematologicznej”.

Z zeznaniami świadka A. K. (1), w zakresie w jakim dotyczą one zaniechania przeprowadzenia badania fizykalnego J. O. (1) przez oskarżoną A. P. (1), korespondują wyjaśnienia złożone w sprawie przez tę oskarżoną. Nie zakwestionowała w nich odstępstwa od osobistego zbadania pacjenta, tłumacząc, że nie chciała jego wprowadzenia do izby przyjęć, z uwagi na obawę zakażenia innych pacjentów. Uznała, że w takim wypadku – kiedy pacjent znajdował się poza obrębem izby przyjęć, celowe będzie skierowanie go na konsultację do szpitala zakaźnego celem oceny zakaźności ospy, a następnie podjęcie właściwego leczenia na oddziale hematologicznym. O predestynowaniu tego oddziału jako oddziału docelowego świadczą wyjaśnienia oskarżonej, w których wskazała, że zanim odbyła rozmowę z A. K. (1), po rozmowie z M. Z., wykonała telefon do kliniki hematologii, do P. Ł., żeby upewnić się, czy będzie miejsce na oddziale w razie przyjęcia tego pacjenta, ponieważ ta konsultacja hematologiczna nie była z nim wcześniej ustalana. Po uzyskaniu odpowiedzi, że takie miejsce na oddziale hematologicznym się znajdzie, rozmawiała z A. K. (1) (k. 774 /tom IV./).

Okoliczności dotyczące ustalenia sposobu przewiezienia pokrzywdzonego do (...) w W. przy ul. (...) ustalono na podstawie korespondujących ze sobą w tym zakresie zeznań świadków: A. K. (1) i T. O. oraz wyjaśnień oskarżonej A. P. (1). W oparciu o te same dowody ustalono okoliczności dotyczące planów, co do strategii postępowania medycznego względem pokrzywdzonego. W tym zakresie dowody te wzajemnie ze sobą korespondują, co przemawia za prawdziwością wyjaśnień oskarżonej, że J. O. (1) po wykluczeniu zakaźności ospy wietrznej, miał być leczony w (...) przy ul. (...).

Okoliczności związane z ustaleniem możliwości przeprowadzenia badania dziecka z chorobą zakaźną na terenie szpitala, w którym pracowała oskarżona ustalono w oparciu o zeznania świadka M. K. (1) – dyrektora do spraw leczenia (...) przy ul. (...). Z zeznań tych wynika, że w przypadku przybycia na teren szpitala pacjenta z podejrzeniem choroby zakaźnej, wdrażane są procedury mające na celu izolację pacjenta i ograniczenie możliwości zakażenia innych pacjentów przebywających na tym samym terenie oraz zabezpieczenie personelu, a nadto procedury mające na celu zmniejszenie niemalże do zera ryzyka rozprzestrzeniania się zakażenia (k. 1290 /tom VII./). Zeznania tego świadka zasługują na obdarzenie ich walorem wiarygodności. Świadek odpowiada za koordynację całego procesu leczenia na terenie (...) przy ul. (...). Posiada zatem wiedzę dotyczącą organizacji pracy w poszczególnych jego oddziałach. Nie jest nadto zainteresowany wynikiem czynności postępowania dowodowego. Zeznania świadka zatem są obiektywną relacją na temat faktów. Na podstawie zeznań świadka M. K. (1) ustalono również, że w przypadku pacjenta z podejrzeniem choroby zakaźnej zasadą jest próba przeniesienia takiego pacjenta do szpitala zakaźnego. Ta zasada nie dotyczy pacjentów znajdujących się w stanie zagrożenia życia. W takim przypadku – jak wynika z zeznań świadka - pacjent jest przyjmowany do szpitala i umieszczany w oddzielnej sali albo z pacjentem cierpiącym na podobne schorzenie, a postępowanie z takim pacjentem jest podobne do postępowania z niezakaźnym pacjentem w stanie zagrożenia życia: jest on w trybie pilnym diagnozowany i hospitalizowany (k. 1290 /tom VII./).

Okoliczności stanu zdrowia J. O. (1) w momencie podejmowania przez oskarżoną A. P. (1) decyzji, co do dalszego postępowania z pokrzywdzonym ustalono na podstawie opinii sporządzonej przez biegłych. Poprawność wniosków końcowych opinii nie budzi wątpliwości Sądu. Biegli przeanalizowali zgromadzony w sprawie materiał dowodowy a z tej czynności sporządzili sprawozdanie zawarte w treści opinii, w którym wskazali na dowody będące przedmiotem ich analizy oraz na sposób dojścia do wniosków końcowych opinii. W ten sposób umożliwili Sądowi przeprowadzenie kontroli rzetelności tego dowodu pod kątem kryteriów: jasności i pełności a następnie dokonanie – w oparciu o tak oceniony dowód - ustaleń faktycznych w sprawie – istotnych z punktu widzenia odpowiedzialności karnej oskarżonej. Na tym etapie oskarżona nie wytworzyła żadnej dokumentacji medycznej. Uczyniła jedynie wzmiankę na dokumencie skierowania do szpitala wystawionym przez I. M. o uzgodnieniu wizyty konsultacyjnej i ewentualnym przyjęciu do oddziału w szpitalu zakaźnym przy ul. (...) (k. 19 /tom I./).

Okoliczności wskazane w akapicie dziewiątym części uzasadnienia poświęconej ustaleniom stanu faktycznego stwierdzono na podstawie wiarygodnych zeznań świadków: A. K. (1) i T. O., a nadto w oparciu o zeznania świadka M. M. (1). W zakresie ustaleń faktycznych wskazanych w tej części uzasadnienia, Sąd dał również wiarę wyjaśnieniom złożonym w sprawie przez oskarżoną S. D.. Wyjaśnienia oskarżonej korespondują bowiem z zeznaniami wskazanymi wyżej świadków, oraz znajdują potwierdzenie w dokumentacji medycznej, co przemawia za ich zgodnością z prawdą.

Sąd dał wiarę zeznaniom świadków: A. K. (1) i T. O. ze względów wskazanych szczegółowo we wcześniejszej części uzasadnienia, dlatego też by w tym miejscu nie przytaczać ich ponownie, odniesie się jedynie do stwierdzenia, iż świadkowie będąc rodzicami pokrzywdzonego aktywnie poszukującymi dla niego pomocy lekarskiej są wiarygodni w zakresie, w jakim w swoich zeznaniach wskazują na okoliczności towarzyszące transportowi pokrzywdzonego do szpitala na ul. (...). Sprzeczna z zasadami doświadczenia życiowego byłaby ocena odmawiająca zeznaniom świadków wiarygodności z powodu uznania, że sami wydłużyli czas przejazdu do szpitala zakaźnego, a następnie w sposób sztuczny w swoich zeznaniach uzasadniali celowość własnego postępowania. A. K. (1) i T. O. szukali pomocy dla swojego dziecka, nie mogli zatem podejmować czynności sprzecznych z jego dobrem. Tym samym ich zeznania zasługują na danie im wiary. Niezależnie od procesowej oceny zeznań należy wskazać, że ich treść świadczy o poczuciu bezradności świadków wobec sytuacji, w której się znaleźli. To poczucie bezradności i towarzyszącemu mu

odczuciu osamotnienie nie wpłynęło jednak negatywnie na zdolność świadków czynienia spostrzeżeń a następnie ich odtwarzania w toku procesu. W aktach sprawy brak jest dokumentacji medycznej, w której byłby wskazany czas, w którym J. O. (1) ruszył w drogę do szpitala zakaźnego. Z zeznań świadka A. K. (1) wynika zaś, że było to około godz. 15.00 (k. 6 /tom I./). Zatem czas przejazdu między szpitalem przy ul. (...) szpitalem zakaźnym przy ul. (...) zajął około co najmniej 90 minut. Z karty informacyjnej izby przyjęć (...) przy ul. (...) wynika, że J. O. (1) został przyjęty o 16.30. Jeśli chodzi o kryterium czasu jest to wersja korzystniejsza dla oskarżonej A. P. (1). Z jej bowiem wyjaśnień wynika, iż kontaktowała się z matką pacjenta około godz. 14.00 (k. 774 /tom IV./) – a zatem czas trwania konsultacji z czasem dojazdu wydłużonym słuszną obawą rodziców o stan dziecka wynosiłby 135 minut. Rozstrzygając tę sprzeczność Sąd uznał, że rzeczywistości odpowiadają zeznania świadka A. K. (1). Uwzględniają one bowiem czas, który rodzice stracili na zakup pieluch dla J. O. (1) oraz wody nim udali się w kierunku szpitala (...), toteż rzeczywiście mogła być to godzina 15.00.

Sąd dał wiarę wyjaśnieniom oskarżonej S. D., co do przeprowadzenia przez nią badania podmiotowego i przedmiotowego pokrzywdzonego. W tym zakresie bowiem jej wyjaśnienia korespondują z zeznaniami świadków: A. K. (1) i T. O.. Okoliczności związane z tym badaniem dotyczące rozpoznania lekarza kierującego, wywiadu i stanu przedmiotowego pacjenta, oskarżona S. D. wpisała do karty informacyjnej. Zapisy w tej karcie odpowiadają prawdzie. Wskazują na stan, w jakim wówczas znajdował się J. O. (1), a który to stan przejawiał się w bolesności i obrzęku stawów, małopłytkowości, przebiegu ospy wietrznej. Wyjaśnienia oskarżonej S. D. w zakresie, w jakim dotyczą zaplanowanego leczenia w warunkach oddziału hematologii szpitala przy ul. (...), korespondują z wyjaśnieniami oskarżonej A. P. (1). Toteż zasługują one na wiarę. W tym zakresie korespondują nadto z zeznaniami świadków: A. K. (1) i T. O.. Walorem wiarygodności Sąd obdarzył również zeznania świadka M. M. (1) – kierownika kliniki szpitala zakaźnego. Na podstawie zeznań tego świadka ustalił zasady praktyki postępowania z małoletnimi pacjentami przysyłanym do szpitala zakaźnego w celu konsultacji. Według tych zasad, w przypadku kiedy dziecko skierowane na konsultację znacznie się pogorszy, w takim stopniu, że można przewidywać, że będzie konieczne jego umieszczenie w ramach oddziału intensywnej terapii, wówczas – z uwagi na brak oddziału intensywnej terapii dla dzieci – jest ono kierowane do innego szpitala nawet w przypadku potwierdzenia zakaźności (k. 1487 /tom VIII./).

Okoliczności wskazane w akapicie dziesiątym części uzasadnienia poświęconej ustaleniom stanu faktycznego stwierdzono w oparciu o wyjaśnienia oskarżonej A. P. (1) oraz zeznania świadków: T. O. i A. K. (1). Poszczególne z wymienionych dowodów zasługują na danie im wiary, ponieważ w zakresie okoliczności uczynionych przedmiotem ustaleń faktycznych wskazanych w tej części uzasadnienia wzajemnie ze sobą korespondują.

Okoliczności wskazane w akapicie jedenastym części uzasadnienia poświęconej ustaleniom stanu faktycznego stwierdzono w oparciu o zeznania świadków: A. K. (1), T. O. oraz częściowo w oparciu o zeznania świadków pielęgniarek z oddziału hematologii: M. K. (2), I. L., K. B., U. R., I. K. (1), U. T.. W zakresie okoliczności ustaleń stanu faktycznego wskazanych w tej części uzasadnienia istotne były kwestie związane przede wszystkim ze zleceniami wydanymi przez oskarżonego P. Ł. w zakresie podania antybiotyku. Ta bowiem czynność determinowała prawidłowość całego postępowania medycznego prowadzonego przez oskarżonego. Spina bowiem poszczególne czynności medyczne w całość, którą można następnie oceniać w świetle aktualnej - na czas działania oskarżonego – wiedzy medycznej i powszechnie przyjętej praktyki w czasie działań medycznych.

Dokonując ustaleń faktycznych w tak zakreślonym obszarze Sąd dał wiarę zeznaniom świadka M. K. (2). Na podstawie zeznań tego świadka ustalił zasady wykonywania przez pielęgniarki z oddziału hematologii zleceń lekarskich. Przede wszystkim zasadą taką było podawanie leków, w tym również antybiotyków, zgodnie z poleceniem lekarza. Jednakże od tej zasady praktykowane były wyjątki uzasadniające opóźnienie w podaniu leków a usprawiedliwione sytuacją panującą w oddziale oraz stanem pacjenta. Świadek zeznał, że opóźnienia te nie były zazwyczaj dłuższe niż 10 minut. Jeśli zaś pojawiła się kolizja w możliwości jednoczesnego podania leków większej liczbie pacjentów, wówczas o pierwszeństwie decydował stan pacjenta: im cięższy tym wyższy status pierwszeństwa. Z zeznań tego świadka wynika również, że zeszyt iniekcji leków był dokumentem o walorze dokumentu prywatnego. Były w nim wpisywane informacje dla pielęgniarek mające na celu ułatwienie im zorientowanie się w stanie poszczególnych pacjentów przy sporządzaniu wpisów w książce raportów pielęgniarskich; w ten sposób nie musiały wertować dokumentacji każdego

z pacjentów (k. 1437 /tom VIII./). Świadek nie potrafił wyjaśnić rozbieżności polegającej na przekreśleniu godziny podania netromycyny z 20.00 i wpisania 21.00 – w zeszycie zleceń iniekcji (k. 1438 /tom VIII./). W składanych zeznaniach świadek wykazywał tendencje do formułowania własnych ocen odnośnie np. stanu ciężkiego, niemniej jednak ta swojego rodzaju akademicka naleciałość pozwoliła Sądowi w sposób krytyczny ocenić wyjaśnienia składane w sprawie przez oskarżonego P. Ł.. Skoro bowiem świadek M. K. (2) z jednej strony twierdzi, że określenie stanu pacjenta jako ciężki jest stanem względnym /a zatem otwierającym pole do interpretacji i uznaniowości/ a z drugiej strony wskazuje, że pacjentowi znajdującemu się w „stanie ciężkim” nigdy nie podano zleconych leków z opóźnieniem (k. 1438 /tom VIII./). Prowadzi to wprost do wniosku, że stan J. O. (1), mimo, iż był kwalifikowany jako ciężki – był bagatelizowany, skoro zleconych antybiotyków nie podano mu o godz. 19.00. Przyczyna takiego stanu rzeczy zostanie omówiona poniżej.

Pierwszy z antybiotyków zleconych przez oskarżonego P. Ł. – netromycyna – został podany o 21.11; kolejny – claforan – o 21.30. Taki zapis widnieje w książce raportów pielęgniarskich oraz – po części wynika z zeznań świadka I. K. (1) (k. 1458 /tom VIII./). Sąd nie dał wiary zeznaniom świadka, że pierwszy z antybiotyków podała o godz. 21.00. Przyjął godzinę 21.11 wskazaną w książce raportów pielęgniarskich – uznając ją za prawdziwą z przyczyn omówionych poniżej.

W zeszycie iniekcji lekarskich została przekreślona godzina 20.00 i wpisana godzina 21.00. jako pora podania netromycyny. Pomocne w rozwikłaniu tej kwestii było sięgnięcie do lektury raportu pielęgniarskiego. Analiza tego dokumentu pozwala stwierdzić, iż rzeczywiście przeprowadzenia zapisów w tym prywatnym dokumencie – zgodnie z zeznaniami świadka I. K. (2)- mają charakter pomyłek redakcyjnych. Spór o prawdziwość wpisów w tej sytuacji rozstrzyga bowiem treść historii choroby z OIT (k. 61 /tom I./), z której wyraźnie wynika, że o godz. 21.40 pokrzywdzony był już na OIT. Antybiotyki nie mogły zatem zostać podane w przedziale czasowym między godziną 22.00 a 22.59 – w tym bowiem czasie pacjent przebywał już na innym oddziale. Skoro zatem przeprowadzenie godzin z zakresu 22.00-22.59 na 21.00-21.59 było zgodne z intencjami świadka I. K. (1)– oznacza to, że antybiotyki zostały podane o godz. 21.11 – 110 mg netromycyny, a o 21.30 – claforan. W raporcie pielęgniarskim z dnia 28 grudnia 2008 roku jest wzmianka, że leki zostały podane według zlecenia. Sąd przyjął, że odwołanie to dotyczy zlecenia lekarskiego samej czynności podania antybiotyku a nie godziny jego podania – a to zgodnie z zasadą in dubio pro reo. Taki wniosek znajduje uzasadnienie w fakcie, iż do pogorszenia się stanu pokrzywdzonego doszło pomiędzy godz. 21.00 a 21.30, a zatem między godzinami wyznaczonymi podaniem antybiotyków. Co więcej – taki wniosek znajduje też uzasadnienie w wyjaśnieniach oskarżonego P. Ł., w których wskazał on, iż kontaktował się z rodzicami pokrzywdzonego, by przekazać im swoje rozterki /w ten sposób trzeba rzecz nazwać po imieniu/ (k. 882 /tom V./). Rozmowa ta miała również miejsce w przedziale czasowym wyznaczonym przez godziny: 21.00 i 21.30. W tym zakresie wyjaśnienia oskarżonego P. Ł.korespondują z zeznaniami świadków: A. K. (1) oraz T. O.. Z zeznań świadka A. K. (1) wynika, że oskarżony nie potrafił postawić diagnozy i wskazywał na ogromny problem hematologiczny oraz na uogólnioną infekcję organizmu. Dopiero sugestia ze strony T. O.o sepsie, zwróciła jego uwagę (k. 1099 /tom VI./). Z tymi zeznaniami A. K. (1) korespondują zeznania świadka T. O.. Za sprzeczną z zasadami logiki i doświadczenia życiowego należałoby uznać ocenę, iż owa zbieżność zeznań świadków wynika z uzgodnienia przez nich treści tych zeznań w celu skierowania przeciwko oskarżonemu P. Ł. postępowania karnego. Świadkowie nie mają żadnego interesu w tym, by obciążać oskarżonego. Przeciwnie, to oskarżony ma interes w tym, by przedstawiać najkorzystniejszą dla siebie wersję przebiegu zdarzeń.

Dokonując wartościowania wskazanych dowodów osobowych, Sąd dał wiarę zeznaniom świadków: T. O. i A. K. (1). Przyczyny, dla których dowody te uznał za wiarygodne zostały już parokrotnie omówione w niniejszym uzasadnieniu. Zatem jedynie dla zachowania jasności wyводу ponownie należy wskazać, iż świadkowie jako rodzice pokrzywdzonego na każdym etapie „ścieżki diagnostycznej” aktywnie poszukiwali adekwatnej pomocy medycznej dla swojego dziecka; byli skupieni na stanie zdrowia własnego dziecka oraz na procesie jego leczenia, na zaleceniach lekarskich. Ufali lekarzom i nie tracili c i e r p l i w o ś c i, która pozwoliła im również czynić właściwe spostrzeżenia relacjonowane następnie w procesowej formie zeznań.

Analiza zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego prowadzi do wniosku, że przedstawiona w zeznaniach świadka T. O. wzmianka o sepsie wyartykułowana przez niego w rozmowie z oskarżonym P. Ł. uolniona kaskadę

zdarzeń: natychmiastowe sprawdzenie, czy zostały podane antybiotyki; po skonstatowaniu, że nie – szybkie ich podanie. O szybkości postępowania świadczą wpisy w raporcie pielęgniarstwie: 21.11. – netromycyna a o 21.30 – claforan; konsultacja anestezjologiczna. Sąd przyjął godziny z raportu pielęgniarstwie ze względu na walor urzędowy tego dokumentu oraz treść zeznań świadka I. K. (1). W zapisach z zeszytu iniekcji zostało natomiast wskazane, że claforan miał być podany o 22.30 a następnie o 6.00 rano – 29 grudnia 2008 roku. Po przyspieszeniu działań medycznych został podany o 21.30. Przekreślenia w zeszycie iniekcji powstały zatem po godz. 21.00, to jest po zreflektowaniu się P. Ł., że pogorszenie stanu zdrowia pokrzywdzonego może wynikać z zasugerowanej przez T. O. – a nie rozpoznanej do tej pory sepsy. Z powyższego wynika zatem, iż antybiotyki – mimo, iż zostały zlecone przez oskarżonego o godz. 19.00 miały zostać podane odpowiednio o 20.00 - netromycyna i o 22.30 – claforan. Sprzeczne z tymi zapisami wyjaśnienia oskarżonego P. Ł. należało zatem uznać za niewiarygodne. Taki stan rzeczy wynika również z zeznań świadka I. K. (1), która w swoich zeznaniach wskazała, że o godzinie 20.00 podała paracetamol, o 21.00 – netromycyna a z podłączonym claforanem jechali już na OIOM (k.1458 /tom VIII./). W tym miejscu ze względu na stwierdzoną rozbieżność między godziną podania netromycyny wskazaną w zeznaniach świadka I. K. (1) a godziną wynikającą z zapisu w raporcie pielęgniarstwie – Sąd dał wiarę zapisowi w raporcie. Zapis w raporcie koresponduje bowiem z zeznaniami świadków: A. K. (1) i T. O.. Dopiero bowiem po godzinie 21.00 – po rozmowie z rodzicami pokrzywdzonego, oskarżony P. Ł. podjął stanowcze decyzje, co do kierunku strategii dalszego postępowania z pacjentem.

Sąd dał wiarę zeznaniom świadka I. L. – pielęgniarki z oddziału hematologii (...) przy ul. (...). Zeznania te w zakresie, w jakim odnoszą się do zasad wpisywania wzmianek w zeszycie iniekcji zasługują na danie im wiary (k. 1442 /tom VIII./). Korespondują bowiem z zeznaniami świadka M. K. (2). Zeznania świadka zasługują również na obdarzenie ich walorem wiarygodności w części dotyczącej wskazania podstaw faktycznych do dokonywania przekreśleń w godzinach podawania leków zapisanych w zeszycie iniekcji (k. 1444 /tom VIII./). Obdarzył również walorem wiarygodności zeznania świadka, w zakresie, w jakim zawierają one ocenę postawy zawodowej oskarżonego. Mają one jednak o tyle znaczenia o ile dotyczą oceny skuteczności działania oskarżonego, a nie stanowią subiektywnej oceny świadka osoby oskarżonego. Istotnie – tak jak wynika to z zeznań świadka – oskarżony P. Ł. zajął się pokrzywdzonym w momencie, gdy stan tego ostatniego pogorszył się. Sąd dał wiarę zeznaniom świadka również w tym zakresie, w jakim świadek wskazywał na zasady postępowania z pacjentem znajdującym się w stanie ogólnym określanym jako ciężki. Depozycje świadka, że takim pacjentem zajmuje się pielęgniarka indywidualnie, która również pilnie wykonuje wszystkie zlecenia, zasługują na wiarę o tyle, o ile – na podstawie analizy zapisów raportu pielęgniarstwie – można wysnuć wniosek, iż J. O. (1), któremu antybiotyk podano z opóźnieniem – nie był pacjentem uprzywilejowanym, a zatem - nie był również traktowany w sposób odpowiedni do przypisanego mu statusu pacjenta w stanie ciężkim; mimo, iż w dokumentacji medycznej oskarżony P. Ł. określił jego stan w ten właśnie sposób.

Sąd dał również wiarę zeznaniom świadka K. B., która również pełniła dyżur jako pielęgniarka w oddziale hematologii w dniu 28 grudnia 2008 roku. Z jej zeznań wynika, że wraz z I. K. (2) miała problem z założeniem wenflonu (k. 1446 /tom VIII./). Te zeznania korespondują z wyjaśnieniami oskarżonego P. Ł. w zakresie, w jakim ten ostatni powoływał się na potrzebę nawodnienia pacjenta. W pozostałym zakresie zeznania tego świadka również zasługują na wiarę. Ich treść w części dotyczącej formy, w jakiej były realizowane zlecenia lekarskie pozwala na stwierdzenie, że leczenie J. O. (1) w oddziale hematologii miało przebiegać standardowo, bez priorytetów czasowych, co – przy uwzględnieniu zeznań świadków A. K. (1) i T. O. – prowadzi do wniosku, że oskarżony P. Ł. nie dostrzegał symptomów sepsy i nie myślał o konieczności podejmowania szybkich decyzji. Z zeznaniami świadka korespondują również zeznania kolejnej pielęgniarki – U. R., która w swoich zeznaniach – jak poprzednio omówieni świadkowie – również opisała zasady intubacji i przenoszenia pacjentów z oddziału hematologii na OIT a nadto zasady obowiązujące przy wykonywaniu zleceń lekarskich i ustalanych priorytetach przy ich realizacji. Świadek ten wskazał, że opóźnienie w może być spowodowane na przykład niemożliwością jednoczesnego podania leków a o każdej sytuacji spóźnienia zawiadamiany jest lekarz (k. 1453 /tom VIII./). W tym zakresie zeznania świadka korespondują z zeznaniami I. K. (1) – świadka odpowiedzialnego za wykonanie zleceń dotyczących J. O. (1). Sąd dał wiarę tym zeznaniom ze względu na ów fakt wzajemnego ich korespondowania z pozostałymi dowodami. Na podstawie zeznań świadka I. K. (1) ustalił, że u J. O. (1) wystąpiły trudności z założeniem wenflonu a leki były podawane według kolejności. W

ten sposób świadek I. K. (1) wytłumaczyła zmiany i przekreślenia uczynione w zeszycie zleceń iniekcji w zakresie planowanej godziny podania netromycyny – 20.00 i jej przesunięcia na godz. 21.00. Zmiana ta mogła wynikać chociażby z potrzeby podania płynu. Zeznania świadka w tym zakresie korespondują z wyjaśnieniami oskarżonego, co tym samym przemawia za obdarzeniem tych ostatnich walorem wiarygodności. Zeznania świadka I. K. (1) świadczą zatem o pewnym luzie decyzyjnym co do czasu podania antybiotyku. Jest to zatem argument, który przemawia za ustaleniem, że w postępowaniu względem J. O. (1) nie było priorytetu czasowego. Za taką oceną przemawiają również wyjaśnienia oskarżonego P. Ł., w których uzasadnia on swoje postępowanie medyczne wobec pacjenta, potrzebą przeprowadzenia szerokiej diagnostyki ukierunkowanej na choroby hematologiczne – różne rodzaje białaczek. Przy tak ukierunkowanym procesie leczenia rzeczywiście oskarżony nie musiał baczyć na pilne wykonanie jego zleceń.

Za wiarygodne należało również uznać zeznania świadka U. T.. Na jej podstawie ustalono okoliczności pobytu J. O. (1) w oddziale hematologii. Zeznania te w zakresie ogólnych okoliczności stanu zdrowia pokrzywdzonego, podejmowanych czynności wobec niego korespondują z zeznaniami pozostałych świadków – pielęgniarek z oddziału hematologii. Jako takie jednak nie wnoszą nic nowego do sprawy.

Sąd nie dał wiary zeznaniom świadka I. K. (1) w zakresie w jakim w swoich zeznaniach opisywała ona stan dziecka czasie transportu na OIT. Jej zeznania stoją w sprzeczności z dokumentacją medyczną a nadto z zeznaniami świadków: W. R. i M. R. – lekarzy anestezjologów z OIT.

W tym miejscu dla porządku należy odnieść się do zeznań przesłuchanego w sprawie w charakterze świadka – D. P.. Analiza zeznań tego świadka prowadzi do stwierdzenia, że zeznania te nie mają żadnego znaczenia dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy. Dowód z zeznań świadka został dopuszczony na wniosek złożony przez obrońcę z wyboru oskarżonego P. Ł., jednak świadek nie pamiętał już okoliczności konsultacji J. O. (1). W istocie zatem jego zeznania sprowadziły się do rozważań immanentnych opinii biegłych. Jako takie nie mają zatem znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy (k. 1494-1496 /tom VIII./).

Dokonując ustaleń faktycznych w zakresie wskazanym w akapicie jedenastym Sąd – w zakresie wiadomości specjalnych – opierał się na opinii biegłych. Aktualność zachowuje ogólna ocena opinii dokonana przez Sąd w związku z prawno-karnym wartościowaniem czynów pozostałych oskarżonych, również w przypadku czynu oskarżonego P. Ł. opinia spełnia przymioty jasności i zupełności. Biegli opiniujący w sprawie w pisemnej opinii wskazali na zakres materiału dowodowego, który uczynili przedmiotem swojej analizy. Przedstawili wnioski końcowe opinii. Wreszcie, również w przypadku oskarżonego P. Ł. wskazali sposób sformułowania tych wniosków oraz przedstawili przesłanki swojego wnioskowania. Odnieśli się również do wszystkich wątpliwości podniesionych przez uczestników postępowania w zakresie postępowania oskarżonego P. Ł., w tym dotyczących zmian chorobowych w obrazie krwi wywołanych zarówno chorobami o podłożu hematologicznym, jak i tymi charakterystycznymi dla sepsy. Jako przykład wskazali mieloblasty, które występują w chorobach szpiku, ale które występować mogą również w sepsie jako efekt pobudzenia szpiku z powodu zakażenia, co oznacza że oprócz dojrzałych komórek układu krwiotwórczego, do krwi „wyrzucane” są formy niedojrzałe. Jest to spowodowane zużywaniem się komórek krwi. Mieloblasty mogą występować w chorobach hematologicznych, pierwotnych chorobach układu krwiotwórczego a mogą być zmianą wtórną towarzyszącą reaktywnemu pobudzeniu układu krwiotwórczego w licznych jednostkach chorobowych, w tym zakażeniach i sepsie. W przypadku J. O. (1) ich występowanie było związane z istniejącym od kilku dni zakażeniem, które nie było właściwie leczone. Biegli wskazali, że w zespole hemofagocytarnym, w zespole hemolityczno-mocznicowym oraz w zakrzepowej plamicy małopłytkowej występują objawy takie jak w sepsie, czyli: gorączka, wybroczyny, przyspieszona akcja serca, bolesność stawów. Wyjaśnili, że czynnikiem różnicującym w tym wypadku był ospa wietrzna – zakaźna choroba, która trwała od kilku dni. Zakażenie paciorkowcami może być związane z sepsą, jak i septycznym zapaleniem stawów, które w konsekwencji może prowadzić do stanu wstrząsu septycznego. Spośród możliwości leczenia powinien zostać wybrany ten plan, który byłby najbardziej istotny dla życia pacjenta. Zespół hemofagocytarny ustala się na podstawie parametrów krwi – stężenia hematyny. To jest bardzo ciężki stan, który wygląda jak zakażenie ale nie jest zakażeniem. Tutaj leczenie zakażenia powinno być leczeniem



podstawowym. Wstrząs septyczny wskutek rozwoju zakażenia prowadzi do nagłej śmierci. Jest to stan zagrożenia życia.

Dokonując ustaleń faktycznych opisanych w punkcie dwunastym części uzasadnienia poświęconej ustaleniom stanu faktycznego stwierdzono w oparciu o zeznania świadka M. R. oraz świadka W. R.. We wskazanym zakresie Sąd odmówił wiary wyjaśnieniom oskarżonego P. Ł. ze względu na fakt, iż stoją one w sprzeczności z dowodami z zeznań wskazanych świadków. Świadkowie: W. R. i M. R. – w przeciwieństwie do oskarżonego – nie są zainteresowani wynikiem przeprowadzonego w sprawie postępowania dowodowego, stąd nie mają żadnego interesu w tym, by swoimi zeznaniami kreować rzeczywistość. Tego zaś nie można powiedzieć o oskarżonym P. Ł., który przyjętą linię obrony realizuje poprzez forsowanie w wyjaśnieniach tezy o tym, że do pogorszenia stanu zdrowia J. O. (1) doszło na oddziale intensywnej terapii. Niemalym bowiem wysiłkiem procesowym oskarżony oraz zawnioskowani przez niego świadkowie: I. K. (1) oraz U. T., które wskazywały w toku postępowania dowodowego na fakt pozostawiania pokrzywdzonego w ostatnich minutach pobytu w oddziale hematologii i w czasie transportowania na OIT w logicznym kontakcie słownym (k. 1457 /tom VIII./), przytomne, rozglądające się po sali (k. 1534 /tom VIII./). Wyjaśnienia oskarżonego oraz zeznania świadków nie wytrzymały jednak konfrontacji z wiarygodnymi zeznaniami świadka W. R. oraz zeznaniami świadka M. R.. Z zeznań świadka M. R. wynika bowiem, że dokumentacja medyczna J. O. (1), którą przedstawił mu oskarżony P. Ł. wyglądała na alarmującą. Wynikała z niej: skrajna anemizacja, głęboka kwasica metaboliczna oraz praktyczny brak płytek krwi (k. 1271 /tom VII./). W tym miejscu należy zwrócić uwagę na ostrożność świadka przy ferowaniu kategorię ocen przejawiająca się w zastrzeżeniu, że dokumentacja li tylko – wyglądała – na alarmującą, a nie – że była alarmująca (k. 1271/tom VII./). Jest to o tyle istotne, że wskazuje pośrednio na metodykę lekarską świadka, który nie przesądza o sytuacji pacjenta w oparciu o samą analizę dokumentacji medycznej pacjenta. Dopiero po spojrzeniu na dziecko (k. 1271/tom VII./) dla świadka M. R. było oczywiste, że znajduje się ono w bezpośrednim stanie zagrożenia życia, na co wskazywało: praktyczny brak tętna obwodowego, szybka czynność serca, sino-blade zabarwienie powłok skórnych, zamroczenie (k. 1271/tom VII./). W takim stanie J. O. (1) znajdował się w momencie przeprowadzenia konsultacji anestezyjologicznej w warunkach oddziału hematologii. Stan J. O. (1) przedstawiony w zeznaniach świadka M. R. zupełnie nie koresponduje z optymistycznymi opiniami o tym stanie przedstawianymi w zeznaniach świadków: I. K. (1) i U. T.. Wartościując te sprzeczne relacje osobowe, Sąd dał wiarę zeznaniom świadka M. R. uznając, że za ich wiarygodnością przemawia fakt lekarskiego doświadczenia zawodowego świadka, z którym nie może się równać doświadczenie innego zawodu medycznego. Z drugiej strony świadek M. R. zajmuje w stosunku do oskarżonego P. Ł. pozycję niezależną, czego nie można powiedzieć o pielęgniarkach z oddziału hematologicznego. Z zeznań świadka M. R. wynika, że wygląd J. O. (1) nie zmienił się po przeniesieniu z oddziału hematologii na OIT (k. 1271/tom VII./), zaś w czasie konsultacji J. O. (1) był zamroczony – reagował na bodźce zewnętrzne, płakał, bronił się przed dotykiem ale nie był w pełni przytomny.

W zakresie ustalenia stanu, w jakim znajdował się J. O. (1) w momencie przeniesienia z oddziału hematologii na OIT, Sąd oparł się również na korespondujących z zeznaniami świadka M. R. – zeznaniami świadka W. R.. Z zeznań tego świadka wynika, że przyczyną zakwalifikowania J. O. (1) do leczenia w ramach OIT był bardzo ciężki stan dziecka przejawiający się w centralizacji krążenia, niskim ciśnieniu, wysokiej gorączce, dużych odchyleniach w oznaczeniach laboratoryjnych (k. 1017 /tom VI./).

#### **b) odnośnie kwalifikacji prawnej czynu zarzuconego każdemu z oskarżonych;**

Podstawowym źródłem obowiązku działania lekarza jest art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Treść art. 30 powoływanej ustawy stanowi, że lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki.

Oczywistym jest, że przepis ten nie daje wystarczającej podstawy dla przypisania lekarzowi odpowiedzialności karnej za skutek, jaki wyniknął z niepodjęcia przez niego działań polegających na udzieleniu pomocy lekarskiej. Stanowi on jedynie ogólną normę zobowiązującą wszystkie osoby, posiadające uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza, do udzielania fachowej pomocy w ramach wykonywanego zawodu – na zasadach określonych w art. 4 rzeczonyj

ustawy - to jest: zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością.

Szczególny, prawny obowiązek, jaki spoczywa na lekarzu, daje podstawę do przypisania mu spowodowania negatywnych dla życia czy zdrowia pacjenta skutków w razie zaniechania podjęcia działań wskazanych regulami wiedzy i sztuki medycznej (art. 2 k.k.). Chodzi tutaj o odpowiedzialność za tzw. właściwe przestępstwa z zaniechania.

Skutek może być sprawcy przypisany nie tylko wtedy, gdy nic nie uczynił, aby spełnić ciężący na nim obowiązek, lecz także wtedy, gdy jego działanie nie odpowiadało temu, co w danej sytuacji, uwzględniając kryterium racjonalnego decydenta, należało wykonać, aby skutkowi zapobiec lub istotnie zmniejszyć ryzyko jego powstania.

Poza zaniechaniem, jako brakiem działania, do którego lekarz był zobowiązany, popełnienie skutkowego przestępstwa wymaga jeszcze występowania pozostałych przesłanek obiektywnego przypisania, do których należą:

- naruszenie reguł ostrożności w postępowaniu medycznym;
- obiektywna przewidywalność nastąpienia skutku – sprawdzenie, czy podjęcie stosownych działań zapobiegłoby skutkowi albo znacznie zmniejszyło ryzyko jego powstania;
- brak działania stanowił naruszenie takiej reguły ostrożnego postępowania z pacjentem, której przestrzeganie zapobiegłoby skutkowi.

Zgodnie z utrwalonym w orzecznictwie sądów powszechnych oraz orzecznictwie Sądu Najwyższego poglądem, jeżeli brak działania jest wynikiem błędu diagnostycznego, to wówczas lekarz będzie odpowiadał za nieumyślne narażenie pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu kwalifikowane z art. 160 § 2 i 3 k.k.

Zgodnie z art. 9 § 1 k.k. czyn zabroniony popełniony jest umyślnie, jeżeli sprawca ma zamiar jego popełnienia, to jest chce go popełnić albo przewidując możliwość jego popełnienia, na to się godzi. Art. 9 § 2 k.k. stanowi natomiast, że czyn zabroniony popełniony jest nieumyślnie, jeżeli sprawca nie mając zamiaru jego popełnienia, popełnia go jednak na skutek niezachowania ostrożności wymaganej w danych okolicznościach, mimo że możliwość popełnienia tego czynu przewidywał albo mógł przewidzieć.

Brak świadomości okoliczności faktycznych towarzyszących zaniechaniu udzielenia pomocy lekarskiej przez lekarza-gwaranta, wyklucza jego zamiar popełnienia czynu zabronionego. Nie wyklucza jednak dopuszczenia się przez niego czynu zabronionego nieumyślnie.

Zgodnie z treścią art. 2 k.k. odpowiedzialności karnej za przestępstwo skutkowe popełnione przez zaniechanie podlega ten tylko, na kim ciążył prawny, szczególny obowiązek zapobiegnięcia skutkowi. Norma art. 2 k.k. adresowana jest do podmiotów, na których ciąży obowiązek ochrony bądź określonego dobra przed wszelkimi zagrożeniami, bądź wszelkich dóbr przed określonym zagrożeniem.

Nie każde naruszenie reguł ostrożności pozwala na to, by sprawcy owego naruszenia przypisać spowodowanie określonego w art. 160 k.k. skutku. Chodzi bowiem o naruszenie reguł ostrożności, które miały chronić przed bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 4 marca 2015 roku, IV KK 32/15, LEX nr 1650300).

W tym miejscu warto odwołać się do linii orzecznictwa Sądu Najwyższego. Otóż, zgodnie z poglądem wyrażonym w postanowieniu z dnia 3 czerwca 2004 roku, 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 pożądanе zachowanie alternatywne, polegające na wykonaniu przez oskarżonego ciężącego na nim obowiązku, zapobiegłoby realnemu i znaczącemu wzrostowi stopnia tego narażenia (zob. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 3 czerwca 2004 roku, V KK 37/04, opublik. w OSNKW 2004/7-8/73). Zagadnienie te były już przedstawiane powyżej.

Należy podkreślić, że podmiotowym warunkiem odpowiedzialności karnej, określonym w art. 1 § 1 k.k. jest wina indywidualna – przypisana osobie fizycznej w trybie określonym przez prawo karne. Warunek ten wynika zaś ze sformułowanej w Oświeceniu zasady nullum crimen sine culpa, zgodnie z którą nie ma odpowiedzialności karnej bez winy. Podążając tropem tej zasady należy również podkreślić, że gdy dwóch czyni to samo, to nie czynią oni tego samego”.

Te ostatnie słowa stanowią swojego rodzaju zwornik spajający konstrukcję uzasadnienia w części dotyczącej indywidualnej oceny prawnej zachowania każdego z oskarżonych. Ocena ta będzie bowiem dokonana poniżej i odrębnie dla każdego z nich. Powyżej zaś przedstawiono uwagi natury ogólnej mające zastosowanie do wszystkich oskarżonych.

Posiłkując się stanowiskiem wyrażonym w przywoływanym orzeczeniu Sądu Najwyższego z dnia 3 czerwca 2004 roku, w zakresie dokonania oceny prawno-karnej zachowania oskarżonego M. K., należy rozstrzygnąć, czy w momencie kiedy ten oskarżony miał kontakt z J. O. (1), stan tego ostatniego wskazywał na realny i znaczący wzrost stopnia niebezpieczeństwa dla jego życia i zdrowia.

Ocena ta – dokonywana ex post nie może być miarodajna do rozstrzygnięcia tej kwestii na niekorzyść oskarżonego M. K., skoro zachowanie tego oskarżonego miało miejsce w określonym punkcie czasowym – 25 grudnia 2008 roku, w określonych warunkach determinowanych faktem pozostawania J. O. (1) w trakcie diagnostyki. Nie bez znaczenia, dla możliwości przypisania oskarżonemu M. K. czynu zabronionego o znamionach określonych w art. 160 § 2 i 3 k.k. pozostaje również fakt konsultowania J. O. (1) przez lekarza ortopedę w dniu 27 grudnia 2008 roku, który stwierdził wprawdzie, że zwiewne zapalenie stawu biodrowego w przebiegu ospy przerodziło się w zapalenie ropne, jednak w momencie przeprowadzanego badania pokrzywdzony znajdował się w dość dobrym stanie ogólnym a hospitalizacji wymagał jedynie ze względu na podejrzenie ropnego zapalenia stawów i konieczności podania dożylnie antybiotyku (k. 254 /tom II./). Jak zatem wynika z powyższego lekarz chirurg - ortopeda wystawił skierowanie do szpitala z ostrożności, dopiero zaś po zapoznaniu się z wartością CRP, nakazał bezwzględną hospitalizację. Dla oceny prawnej zachowania oskarżonego M. K. ta okoliczność nie ma jednak zasadniczego znaczenia. Nie można bowiem na podstawie wartości badań z dnia 27 grudnia 2008 roku wnioskować o wartości wykładników stanu zapalnego we krwi pokrzywdzonego w dniu 25 grudnia 2008 roku, zwłaszcza że krew do badań została pobrana w dniu 27 grudnia 2008 roku. Nie można również ustalić kiedy zwiewne zapalenie stawów przeobraziło się w zapalenie o ropnym charakterze. W tych okolicznościach nie jest zatem możliwe ustalenie, jakie powinno być inne pożądanе zachowanie alternatywne oskarżonego M. K., które zapobiegłoby realnemu i znaczącemu wzrostowi stopnia narażenia J. O. (1) na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu – w rozumieniu art. 160 § 2 i 3 k.k. i - czy w ogóle - na etapie kontaktu tego oskarżonego z pokrzywdzonym realnie i znacząco wzrósł stopień narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

Biegli w sporządzonej przez siebie opinii wskazali, że oskarżony M. K. powinien w sytuacji, w której się znalazł, stanowczo dążyć do uzyskania wyników badań laboratoryjnych poprzez skierowanie J. O. (1) do szpitala.

Oczywistym jest, że biegli nie zostali powołani do rozstrzygnięcia o przedmiocie odpowiedzialności karnej jakim jest czyn. Konkluzja ich opinii z natury rzeczy zatem nie może zastępować rozstrzygnięcia sprawy, której dokonuje sąd w oparciu o całokształt materiału dowodowego, choć opinia biegłych jest pomocna wszędzie tam, gdzie nie dysponuje on wiadomościami specjalnymi.

Trzeba zatem postawić hipotetyczne pytanie, jaki byłby bieg zdarzeń, gdyby oskarżony skierował J. O. (1) do szpitala? Ten swojego rodzaju test sine qua non jest niezbędny do właściwej oceny prawno-karnej zaniechania zarzucanego oskarżonemu M. K.. Przeprowadzając ten test, pod warunkiem, że wszystkie czynności zostałyby podjęte w sposób

prawidłowy, hipotetycznie należałoby założyć, iż wobec pokrzywdzonego - w przypadku jego hospitalizacji - zostałaby wdrożona antybiotykoterapia. Czy w dacie 25 grudnia 2008 roku antybiotykoterapia była bezwzględnie potrzebna w takim stopniu, że zaniechanie jej wdrożenia pozostawało w bezpośrednim związku przyczynowym z realnym i znaczącym wzrostem stopnia narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w rozumieniu art. 160 § 1 k.k.? Biegli w złożonej do akt opinii pisemnej wprawdzie wskazali, iż taka terapia była konieczna, niemniej jednak ocenę prawidłowości postępowania oskarżonego M. K. uzależnili od kwestii świadomości dolegliwości bólowych ze strony kończyny dolnej – „ból nogi” (k. 506 /tom III./). W tym zakresie – w zgromadzonym w sprawie materiale dowodowym - istnieją zaś wątpliwości, co do wiarygodności „informacji o bólu nogi” (k. 506 /tom III./), na które również zwrócili uwagę biegli – słusznie zastrzegając, iż kompetencja oceny wiarygodności dowodów to domena sądu meriti. Biegli wskazali, że brak informacji o „ból nogi” sprawiłby, że nie istniała konieczność pilnej hospitalizacji a postępowanie oskarżonego M. K. było prawidłowe (k. 506 /tom III./).

Sąd z powodów wskazanych we wcześniejszej części uzasadnienia odmówił dania wiary zeznaniom świadka A. K. (1), w tej części, w której wskazują one na fakt zaniechania przez oskarżonego przeprowadzenia badania J. O. (1). Wątpliwości w tym zakresie nie usuwa względ na okoliczność stanowiącą przyczynę wezwania pomocy lekarskiej, którą miał być m.in. ból nogi. Z faktu wezwania pomocy medycznej nie można wnioskować o powinności stwierdzenia przez oskarżonego dolegliwości bólowych u dziecka w trakcie jego badania. W sytuacji omówionych powyżej wątpliwości nie można również wykluczyć faktu braku reakcji bólowej pokrzywdzonego w chwili badania. Wyjaśnienia zaś oskarżonego złożone na rozprawie, w których odnosi się on do dolegliwości bólowych kończyny dolnej u J. O. (1) należało uznać za teoretyczne dywagacje tworzone ad hoc na potrzeby kreowania linii obrony na etapie postępowania sądowego.

Nie można pominąć kwestii konsultowania w dniu 27 grudnia 2008 roku J. O. (1) przez lekarza chirurga – ortopedę I. M.. Jest to okoliczność o tyle istotna, i ile dotyczy wskazania na model postępowania w przypadku zwiewnego zapalenia stawu biodrowego. Otóż, model postępowania jest taki, że na początku tej choroby zalecane jest obserwowanie chorego przez okres trzech do czterech dni, podawanie leków przeciwzapalnych, przeciwgorączkowych, reżim łóżkowy, a następnie kontrola po czterech dniach. Dla prawidłowego monitorowania przebiegu choroby zaleca się zaś badania laboratoryjne z krwi z oznaczeniem wskaźnika stanu zapalnego. Zalecany jest również rentgen stawu objętego stanem zapalnym (k. 1251 /tom VII./).

Dzień 25 grudnia 2008 roku, w którym oskarżony M. K. miał kontakt z pacjentem, był zatem drugim dniem obserwacji wynikającej z przyjętego, w tego typu przypadkach, modelu postępowania. Oczywistym jest, że owego modelu postępowania nie należy respektować bez uwzględnienia zmiany stanu zdrowia człowieka i na bieżąco aktualizować postępowanie medyczne tak, by było ono adekwatne do zmieniającej się sytuacji, niemniej jednak przy ocenie postępowania oskarżonego M. K. nie można automatycznie, li tylko z faktu jego kontaktu z pokrzywdzonym, automatycznie wnioskować o konieczności bezwzględnego dążenia do pozyskania wyników badań i ich interpretacji przez uprawnionego lekarza, bez uwzględnienia świadomości oskarżonego, iż pacjent jest w trakcie diagnostyki zleconej przez innego lekarza; ergo – ma zapewnioną adekwatną pomoc medyczną.

Oskarżony M. K. zetknął się z J. O. (1) po raz pierwszy. Wszelkie informacje o stanie jego zdrowia, w tym o zleconych badaniach, musiał zatem zaczerpnąć z przeprowadzonego wywiadu z matką dziecka i z badania dziecka. Wiedzy tej nie mógł bowiem pozyskać w inny sposób. To była jedyna droga prowadząca do wejścia w jej posiadanie. I w ten właśnie sposób, w jego świadomości odbicie znalazła określona sytuacja determinująca dalsze jego postępowanie, które znajduje usprawiedliwienie w świetle reguł staranności i ostrożności.

W okolicznościach tej konkretnie sprawy należało uznać za usprawiedliwione przekonanie oskarżonego M. K., że pokrzywdzony znajduje się w trakcie diagnostyki zleconej przez innego lekarza – specjalistę pediatrę, a zatem odstąpienie przez oskarżonego od wystawienia skierowania do szpitala, nie może stanowić zawinionego zaniechania pozostającego w adekwatnym związku przyczynowym z narażeniem J. O. (1) na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia i ciężkiego uszczerbku na zdrowiu /realnym i znaczącym wzrostem stopnia narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu/.

Podkreślić należy – choć nie zostało to zaakcentowane w opisie czynu zarzucanego oskarżonemu – że do tego zaniechania tj. zaniechania skierowania pacjenta do szpitala - sprowadza się istota stawianego oskarżonemu zarzutu. Sam bowiem brak dokonania pełnej oceny stanu zdrowia dziecka oraz brak zebrania prawidłowego wywiadu lekarskiego – bez dokonania oceny ich powiązania przyczynowo-skutkowego z pogłębieniem się stanu niebezpieczeństwa utraty życia bądź wystąpieniem ciężkiego uszczerbku na zdrowiu – nie mogą stanowić o zarzucalności czynu zabronionego określonego w art. 160 § 2 i 3 k.k.

Do przypisania występku określonego w art. 160 § 2 i 3 k.k. niezbędne jest by wskutek zaniechania sprawcy realnie i znacząco wzrosło niebezpieczeństwo dla życia albo zdrowia pacjenta. Zachowanie oskarżonego M. K. w czasie wizyty domowej i zalecone przez niego czynności, co do dalszego postępowania w chorobie, w dniu 25 grudnia 2008 roku, nie pozostawały w obiektywnym związku przyczynowym ze zwiększeniem stopnia narażenia pokrzywdzonego na bezpośrednio niebezpieczeństwo utraty życia i dlatego zachowanie oskarżonego nie zawiera znamion czynu zabronionego określonego w art. 160 § 2 i 3 k.k. w związku z czym należało na podstawie art. 414 § 1 k.p.k. w zw. z art. 17 § 1 pkt. 2 k.p.k. uniewinnić go od popełnienia zarzucanego mu czynu.

Odnosząc się do kwestii związanych z kwalifikacją prawną zachowania oskarżonej M. C. stwierdzić należy, że oskarżona będąc lekarzem dyżurującym w SOR szpitala przy ul. (...)w W., w dniu 27 grudnia 2008 roku była zobowiązana na podstawie art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry do udzielania pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach nie cierpiących zwłoki. Spoczywał zatem na niej szczególnie, prawny obowiązek, który – w razie zaniechania podjęcia działań wskazanych regułami wiedzy i sztuki medycznej albo podjęcia działań nieodpowiadających temu, co w danej sytuacji, uwzględniając kryterium racjonalnego decydenta, należało wykonać – dawało podstawę do przypisania jej spowodowania negatywnych dla zdrowia pacjenta skutków.

Ten szczególnie obowiązek i wynikająca zeń powinność podjęcia działania odwracającego stan zagrożenia dla zdrowia lub życia człowieka na gruncie prawa karnego określone zostały w treści art. 2 k.k. i art. 160 § 2 i 3 k.k.

Oskarżona nie rozpoznała bakteryjnego zapalenia stawów w przebiegu ospy. Postawiła błędne rozpoznanie odczynowego zapalenia stawu biodrowego. W związku z postawionym rozpoznaniem zastosowała leczenie przy użyciu leków przeciwgorączkowych, przeciwwirusowych i przeciwzapalnych bez konieczności hospitalizacji J. O. (1). W tym czasie stan pacjenta i wyniki jego badań oraz przebieg choroby wskazywały na bakteryjne zapalenie stawów w przebiegu ospy. Pacjent wymagał bezwzględnie hospitalizacji i dożylnego podawania antybiotyków.

Oskarżona M. C. badając J. O. (1) w dniu 27 grudnia 2008 roku swoją uwagę skoncentrowała na odczynowym zapaleniu stawów i jego objawach. Jej skupienie na objawach, które daje przebieg odczynowego zapalenia stawów było tak duże, że determinowało kompleksową ocenę stanu pacjenta. Przyjętą przez oskarżoną strategię postępowania można określić jako zaniechanie wychodzenia poza schemat wytyczony objawami odczynowego zapalenia stawów. Oskarżona nie uwzględniła tego, że objawy odczynowego zapalenia stawów oraz o etiologii bakteryjnej mogą nakładać się na siebie. W takiej sytuacji, oskarżona zachowując należyłą staranność – do której jak lekarz była zobowiązana na podstawie art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry - powinna była powiązać fakt nieustępowania objawów charakterystycznych również dla odczynowego zapalenia stawów - mimo wdrożonego leczenia przeciwzapalnego i przeciwwirusowego - z możliwością powikłania bakteryjnego w przebiegu ospy wietrznej.

Lekarz - jako gwarant życia i zdrowia człowieka - jest zobowiązany do tego, by odwracać niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia, a nie tylko do tego, by go nie zwiększać. Gwarant ma obowiązek wdrożyć wszystkie te działania, które w warunkach sytuacyjnych, w jakich działa, są 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 (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 3 września 2013 roku, WK 14/13, opublikowany w elektronicznym zbiorze orzecznictwa LEX nr 1375270).

Podjęte przez oskarżoną działanie medyczne nie było adekwatne do zastanej sytuacji. Inaczej rzecz ujmując: działanie oskarżonej nie odpowiadało temu, co w danej sytuacji – uwzględniając kryterium racjonalnego decydenta – należało wykonać, aby zapobiec skutkowi określonymu w art. 160 § 1 k.k. w postaci stanu bezpośredniego niebezpieczeństwa utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Obraz kliniczny J. O. (1) wskazywał na bakteryjne zapalenie stawów będące powikłaniem przebiegu ospy wietrznej oraz postępujący proces ogólnoustrojowej reakcji zapalnej. W tych okolicznościach – uwzględniając rzeczzone kryterium racjonalnego decydenta – oskarżona powinna zlecić hospitalizację w celu wdrożenia antybiotykoterapii. Podkreślić należy, iż powinność ta nie oznaczała obowiązku osobistego podania antybiotyku. Imperatyw adekwatnego działania wymagał od oskarżonej jedynie ukierunkowania dalszego procesu leczenia pacjenta – skierowania go na właściwą ścieżkę leczenia. Oskarżona, wskutek postawienia błędnej diagnozy, tego nie uczyniła.

Odwołując się do powoływanego powyżej modelu racjonalnego decydenta podkreślić należy, iż oskarżona miała możliwości diagnostyczne umożliwiające jej prawidłowe rozpoznanie procesu chorobowego J. O. (1). Jest to o tyle istotne dla ustalenia przesłanek odpowiedzialności karnej oskarżonej, ponieważ wskazuje na warunki sytuacyjne, w których miało miejsce jej zachowanie. Oskarżona miała możliwość przeprowadzenia pełnej diagnostyki, jeśli nie w warunkach SOR, to w warunkach szpitala, a następnie wynikającą z tego możliwość zastosowania a d e k w a t n e g o sposobu leczenia pokrzywdzonego – według rekomendacji wynikających z aktualnego stanu wiedzy medycznej.

Jest to o tyle znamienne dla stwierdzenia naruszenia przez oskarżoną reguł ostrożności i popełnienia przez nią błędu diagnostycznego, o ile weźmie się pod uwagę sposób postępowania lekarzy uprzednio diagnozujących J. O. (1) w dniu 24 grudnia 2008 roku – M. T., oraz w dniu 27 grudnia 2008 roku – I. M..

Jak wynika z zeznań świadka M. T., mając kontakt z pacjentem w dniu 24 grudnia 2008 roku, już w tym czasie – nie dysponując wynikami badań – rozważała, jako li tylko teoretycznie na wskazanym etapie choroby, możliwość powikłania przebiegu ospy wietrznej – zapalenie stawów, w tym – w najgorszym scenariuszu – bakteryjnego. Indagowana na tę okoliczność, dlaczego w oparciu o dane zebrane w drodze wywiadu przeprowadzonego z matką pacjenta oraz jego badanie przedmiotowe – a więc jeszcze przed uzyskaniem jakichkolwiek wyników badań laboratoryjnych – zajmowała się kwestią rozpoznania rodzaju zapalenia stawów i czy miała podstawy do przeprowadzenia tak dalece sięgającego w przyszłość procesu przewidywania, odpowiedziała, że chciała wykluczyć podejrzenie bakteryjnego zapalenia stawów (k. 1000 /tom V./).

Zeznania tego świadka mają istotne znaczenie dla oceny zachowania oskarżonej (jak i pozostałych lekarzy, z którymi J. O. (1) zetknął się na dalszych etapach ścieżki diagnostycznej), ponieważ świadczą o ostrożności w - swojego rodzaju możliwości - przewidywania ewentualnych negatywnych następstw postępującego procesu chorobowego oraz wskazują modelowy sposób wykonywania obowiązku gwaranta określonego w art. 2 k.k., który przewiduje możliwość wystąpienia najdalej idącego negatywnego skutku określonego stanu chorobowego i do tego nakreślonego „czarnego scenariusza” dostosowuje działanie, które ma temu skutkowi zapobiec lub istotnie zmniejszyć ryzyko jego powstania.

W powyższym kontekście nakreślonym poprzez depozycje świadka oczywistym jest, iż oskarżona M. C. znajdowała się w takiej sytuacji, w której istniała obiektywna przewidywalność nastąpienia skutku. Skoro lekarz pediatra mający kontakt z określonym obrazem choroby pacjenta, już w początkowym okresie jej przebiegu, kiedy jeszcze nie dysponował wynikami badań diagnostycznych i laboratoryjnych, przewidywał możliwość takiego rozwoju procesu chorobowego, w którym może dojść do powikłań w postaci zapalenia stawów i w prognozowaniu tym uwzględnił możliwość wystąpienia dwóch rodzajów tego zapalenia: wirusowego oraz bakteryjnego, a następnie podjął działania zmierzające do zweryfikowaniu prawdziwości postawionej tezy o podejrzeniu bakteryjnego zapalenia stawów, tłumacząc, iż owo powikłanie niekoniecznie musiało wystąpić, lecz potrzeba diagnostyki w tym kierunku uwzględniła ryzyko, jakie dla życia lub zdrowia pacjenta wiąże się z bakteryjnym zapaleniem stawów – to wobec takiego standardu postępowania dostępnego przecież wiedzy i umiejętności każdego lekarza, nie można stawiać tezy, że dwa obrazy zapalenia stawów nałożyły się na siebie w taki sposób, że niemożliwym – w świetle dostępnej wiedzy medycznej –

stało się odróżnienie jednego od drugiego, a co za tym idzie, że oskarżona M. C. nie miała możliwości rozpoznania objawów bakteryjnego zapalenia stawów i jej postępowanie w dniu 27 grudnia 2008 roku było prawidłowe.

Skoro bowiem pediatra, w sytuacji kiedy nie dysponował żadnymi wynikami badań, li tylko w oparciu o badanie fizykalne J. O. (1) i dane uzyskane z wywiadu, kierując się raczej intuicją przewidywał możliwość wystąpienia powikłań ospy wietrznej w postaci bakteryjnego zapalenia stawów, to tym bardziej oskarżona, która dysponowała wynikami badań laboratoryjnych i diagnostycznych, i która konsultowała pacjenta w kolejnym dniu choroby, kiedy występowały objawy, które na uprzednim etapie lekarz pediatra mógł jedynie przewidywać, miała obiektywną możliwość prawidłowego rozpoznania i wynikającą zeń możliwość przewidywania skutków tego procesu chorobowego dla życia i zdrowia J. O. (1).

To było bakteryjne zapalenie stawów, które sygnalizował pediatra kreśląc tzw. „czarny scenariusz” w dniu 24 grudnia 2008 roku. Z przyczyn subiektywnych oskarżona nie rozpoznała tego zapalenia i związanego z nim zakażenia. Nie zwalnia jej to z odpowiedzialności za skutek, którego nie przewidziała, a który przy dochowaniu należytej staranności przewidzieć powinna. Czy istnieje czynnik różnicujący możliwości poznawcze oskarżonej M. C. oraz świadka M. T.? Jedna i druga – w świetle norm Kodeksu karnego – są gwarantami.

Rozważając kwestie związane z możliwością zapobieżenia przez oskarżoną skutkowi stanowiącemu znamię czynu zabronionego określonego w art. 160 § 2 i 3 k.k. podkreślić należy, że art. 160 § 1 k.k., którego dopełnienie stanowią jednostki redakcyjne § 2 i 3, stanowi o narażeniu na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Jak zatem z powyższego wynika, skutek w przedstawionej postaci niebezpieczeństwa jest charakteryzowany przymiotnikiem „bezpośrednie”. Znamię „bezpośredniości” ma związek nie tyle z bliskością czasową skutku, który może nastąpić w związku z rozwojem sytuacji, ile z takim stanem, gdy nieuchronnym następstwem dalszego rozwoju sytuacji – bez konieczności pojawienia się jakichś nowych czynników dynamizujących – jest zaistnienie niebezpieczeństwa dla życia lub zdrowia lub zwiększenie się jego stopnia.

Przy rozstrzygnięciu kwestii odpowiedzialności karnej oskarżonej nie można tracić z pola widzenia wykonywanego przez nią zawodu lekarza. Ta bowiem okoliczność determinuje konieczność uwzględnienia faktu, iż w przypadku przestępstw z narażenia – a do tej kategorii należy występki określony w art. 160 § 2 i 3 k.k. – lekarz będący gwarantem odpowiada nie tyle za działanie polegające na narażeniu (wywołaniu niebezpieczeństwa), lecz za zaniechanie prowadzące w istocie do zwiększenia się stopnia niebezpieczeństwa dla życia lub zdrowia człowieka.

J. O. (1) zachorował na ospę wietrzną około 20 grudnia 2008 roku. Pierwsze objawy powikłania przebiegu ospy ujawniły się już 24 grudnia 2008 roku, co stanowiło przyczynę wezwania przez matkę lekarza do pokrzywdzonego. Wówczas lekarz, przewidując możliwość zapalenia stawów i nie mając możliwości odróżnienia zapalenia odczynowego od zapalenia bakteryjnego – a co za tym idzie – nie mogąc obiektywnie wprowadzić adekwatnej terapii, zlecił stosowanie leków przeciwzapalnych, przeciwwirusowych i przeciwgorączkowych (zapalenie odczynowe) oraz zlecił wykonanie badań laboratoryjnych w ramach diagnostyki różnicującej w celu wykluczenia podejrzenia bakteryjnego zapalenia stawów. Nakazał też obserwowanie pacjenta i ponowną kontrolę lekarską. W dniu 27 grudnia 2008 roku narastały wykładniki stanu zapalnego oraz nasileniu uległy dolegliwości bólowe ze strony stawów – zatem, proces chorobowy postępował. Jego symptomy były dostrzegalne dla lekarza, który swoje obowiązki wykonywałby zgodnie z zasadami aktualnego stanu wiedzy medycznej. Te symptomy dostrzegł lekarz wystawiający skierowanie J. O. (1) do szpitala, i który ze względu na brak udokumentowania rozpoznania bakteryjnego zapalenia stawów (brak wyników badań laboratoryjnych w momencie wystawiania skierowania) był uprawniony jedynie do wpisania stwierdzonego rozpoznania odczynowego zapalenia stawów.

W tym momencie zatem istniał stan zagrożenia dla życia i zdrowia J. O. (1), który stanowił podstawę wystawienia skierowania do szpitala. Toteż, w tym miejscu celowym będzie wskazanie na istotę narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Sprowadza się ona do takiego zachowania sprawcy – lekarza, które narusza wynikające z aktualnej wiedzy i standardów, reguły postępowania z życiem lub zdrowiem człowieka, i które stwarza niedające się zaakceptować prawdopodobieństwo naruszenia tych dóbr. Tak ujęty

skutek, oznaczający narażenie dobra prawnego na niebezpieczeństwo, może - choć oczywiście nie musi - przerodzić się w jego naruszenie. Stan narażenia jest bowiem chronologicznie wcześniejszy i - jako taki - występuje na przedpolu naruszenia dobra prawnego.

Przenosząc te ogólne rozważania na grunt niniejszej sprawy i odnosząc je do poczynionych w sprawie ustaleń faktycznych należy stwierdzić, że gdyby oskarżona zdecydowała o hospitalizacji J. O. (1), otworzyłaby w ten sposób ścieżkę do podania antybiotyku – kwestią wtórną w tym momencie jest rodzaj tego antybiotyku, a mianowicie czy miałyby być to antybiotyk celowany, czy o szerokim spektrum działania – bowiem ta sfera leżała już poza kompetencjami sprawczymi oskarżonej. Podanie zaś antybiotyku, w dniu, w którym oskarżona miała kontakt z pokrzywdzonym zapobiegłoby rozprzestrzenianiu się zakażenia prowadzącego w efekcie do rozwoju u J. O. (1) sepsy. Tym samym podjęcie tego adekwatnego do sytuacji działania, jeśli nie zapobiegłoby bezpośredniemu niebezpieczeństwu utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, to na pewno zmniejszyłoby ryzyko jego powstania.

Oceniając zachowanie oskarżonej M. C. Sąd zwrócił uwagę na determinującą je motywację; jakby oskarżona wbrew wszystkim symptomom świadczącym o bakteryjnym podłożu zapalenia stawów, uparcie doszukiwała się w stanie pokrzywdzonego objawów charakterystycznych dla odczynowego zapalenia stawów. Nie jest rzeczą Sądu budowanie hipotez, lecz ustalanie faktów. Toteż, niezależnie od wszelkich hipotez, faktem jest, iż oskarżona zalecając po zbadaniu dziecka, kontynuowanie stosowanego już leczenia przeciwwirusowego, przeciwgorączkowego i przeciwzapalnego – zawróciła pacjenta z bezpiecznej dla jego życia i zdrowia ścieżki leczniczej.

Oskarżona dysponowała pełnią wiedzy, która pozwalała jej na postawienie prawidłowej diagnozy. Na tę wiedzę składały się informacje o dotychczasowym przebiegu ospy, o wartości wykładników stanu zapalnego, które wskazywały na bakteryjną etiologię tego stanu, o czym świadczyły również gorączka i wysokie wartości CRP oraz zgłaszane dolegliwości bólowe w obrębie stawów, małopłytkowość. Jak wynika z opinii – takich objawów nie daje odczynowe zapalenie.

Całokształt okoliczności składających się na zachowanie oskarżonej M. C. uprawnia do konkluzji, wedle której oskarżona zasugerowała się rozpoznaniem wskazanym w skierowaniu do szpitala przez lekarza I. M., które to rozpoznanie determinowało następnie sposób jej postępowania i sprawiło, że od początku dotknięte było ono błędem. I. M. wyjaśniła dlaczego w skierowaniu nie mogła wpisać rozpoznania ropnego zapalenia stawów. Przyczyną był brak wyników badań laboratoryjnych oraz diagnostyki – USG, którymi oskarżona M. C. już dysponowała, i które niewłaściwie zinterpretowała.

Postępowanie oskarżonej było nieprawidłowe. Z wiedzy i nauki medycznej oraz przyjętej praktyki w czasie działań medycznych nie wynika, żeby u dzieci w wieku 3 lat – zgodnie z zasadami rozprzestrzeniania się zakażenia – nie dochodziło do septycznego zapalenia stawów. Septyczne zapalenie stawów – jak wskazali biegli – jest możliwe u noworodka i każdego niemowlęcia. Wiedza o drodze rozprzestrzeniania się zakażenia jest normalną wiedzą o zakażeniach i immunologii (k. 1722 /tom IX./). Powikłania bakteryjne w ospie wietrznej wynikają z tego, że świąd występujący w przebiegu ospy wietrznej usposabia do przelamywania naturalnych barier odpornościowych na skórze i niekontrolowanego rozwoju zakażenia - co w konsekwencji może prowadzić do ciężkiego uogólnionego zakażenia ze wstrząsem septycznym (k. 1722 /tom IX./). Kluczem do oceny prawidłowości postępowania oskarżonej nie jest postawione rozpoznanie, lecz reakcja lekarza na występujące objawy: kolejny dzień choroby nasilenie objawów bólowych w obrębie kończyny z występującym ograniczeniem ruchomości stawów i ich kolejne zajmowanie. Przebieg choroby u J. O. (1) wskazywał, że występowała progresja objawów a stosowane od kilku dni leczenie nie przyniosło poprawy. Ilość płynu w stawie nie jest decydująca dla rokowania, bądź określania kierunku dalszego leczenia. Z opinii biegłych jednoznacznie wynika, że w przypadku infekcji bakteryjnej należy leczyć ją przyczynowo – w przypadku braku wyników empirycznych pozwalających na określenie rodzaju bakterii należy stosować antybiotyk o szerokim spektrum działania i obserwować reakcje organizmu, czy następuje zmniejszenie parametrów stanu zapalnego, czy brak jest takiej reakcji. W tym przypadku obserwacja zmniejszania się, bądź narastania płynu w stawie nie powinna być głównym elementem diagnostyki. Zmiany, które zachodzą w obrębie struktur stawowych pojawiają się w przebiegu



choroby po dłuższym jej czasie. Badania USG stawów były wykonywane w stosunkowo wczesnym okresie, stąd wyniki tych badań takich zmian – jednoznacznych uszkodzeń - mogły nie wykazać. Biegli wskazali, że badanie USG jest badaniem pomocniczym i w kontekście objawów klinicznych nie przesądza o czasie rozwoju danej patologii, a bakteria też może być przyczyną reaktywnych zmian w stawach (k. 1725 /tom IX./).

Wobec takiego obrazu chorobowego oskarżona M. C. miała możliwość przewidywania możliwości powikłania bakteryjnego i do dotychczasowego leczenia wdrożyć antybiotykoterapię (k. 1722 /tom IX./).

Istota zarzutu stawianego oskarżonej sprowadza się do zaniechania wybrania najlepszej drogi dla pacjenta – rzecz przekładając na prawno-karne kryteria – na wyborze takiej ścieżki postępowania, na której nie nastąpiłoby realne i znaczące zwiększenie stopnia narażenia go na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

J. O. (1) chorował na ospę wietrzną z powikłaniami. Jego stan nie poprawiał się. Na etapie leczenia, w którym znalazł się pod pieczęcią oskarżonej, wymagał podjęcia nowej interwencji, która nie została podjęta.

Tym samym Sąd uznał oskarżoną za winną tego, że w dniu 27 grudnia 2008 roku w W. w szpitalu przy ulicy (...) mimo ciężącego na niej obowiązku opieki nad małoletnim J. O. (1), naraziła go nieumyślnie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia i ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w postaci rozwoju sepsy, w ten sposób, że po badaniu pacjenta, oraz zapoznaniu się z wynikami badań laboratoryjnych, oraz badaniu USG stawów chorego postawiła błędne rozpoznanie zapalenia stawu biodrowego u J. O. (1), nie zlecając jego hospitalizacji i podania antybiotyków, a zalecając dalsze stosowanie leków przeciwwirusowych, przeciwgorączkowych i przeciwzapalnych, bez konieczności hospitalizacji chorego, podczas gdy prawidłowo oceniony stan pacjenta i wyniki jego badań przy uwzględnieniu wiedzy i nauki medycznej oraz powszechnie przyjętej praktyki w czasie działań medycznych prowadzą do wniosku, iż występujące u J. O. (1) objawy, wyniki badań dodatkowych oraz przebieg choroby wskazywały na bakteryjne zapalenie stawów w przebiegu ospy wymagające bezwzględnie hospitalizacji i dożylnego podawania antybiotyków.

Swoim zachowaniem opisanym powyżej wypełniła znamiona występku z art. 160 § 2 i 3 k.k.

Odnosząc się do kwestii związanych z kwalifikacją prawną zachowania oskarżonego M. Z. stwierdzić należy, że w dniu 28 grudnia 2008 roku był on lekarzem pełniącym dyżur w SOR szpitala przy ul. (...)w W.. Obowiązany był – na podstawie art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry do udzielania pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach nie cierpiących zwłoki. Na podstawie zaś art. 4 powoływanej ustawy był obowiązany wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością.

W dniu 28 grudnia 2008 roku udzielał pomocy lekarskiej pokrzywdzonemu, którego stan kliniczny świadczył o rozwoju ogólnoustrojowej reakcji zapalnej wywołanej zakażeniem bakteryjnym. Oskarżony, dysponując wynikami badań laboratoryjnych oraz badań diagnostycznych i danymi z badania przedmiotowego oraz podmiotowego pokrzywdzonego, niewłaściwie zinterpretował wyniki badań laboratoryjnych pomijając całość obrazu klinicznego pokrzywdzonego i nie skierował go do hospitalizacji na oddziale pediatrycznym lub chorób zakaźnych w celu niezwłocznego wdrożenia antybiotykoterapii, lecz skierował na konsultację hematologiczną.

Jak wynika z opinii takie postępowanie było nieprawidłowe z punktu widzenia wiedzy i nauki medycznej oraz powszechnie przyjętej praktyki w czasie działań medycznych i naraziło pokrzywdzonego na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia i ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w rozumieniu art. 160 § 2 i 3 k.k.

Oskarżony jak lekarz był gwarantem nienastąpienia skutku – w tym wypadku co najmniej w postaci pogorszenia się stanu zdrowia pokrzywdzonego. Całokształt obrazu chorobowego pokrzywdzonego wskazywał bowiem, że już znajdował się on w stanie zagrożenia życia – jeśli chodzi o kryteria medyczne. Zasadnym zatem jest ocena tego stanu

jako bezpośredniego niebezpieczeństwa utraty życia i ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w rozumieniu art. 160 § 1 k.k., a w konsekwencji przypisanie oskarżonemu odpowiedzialności za zwiększenie stopnia narażenia pokrzywdzonego na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia i ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Gdyby bowiem oskarżony właściwie zinterpretował wyniki badań laboratoryjnych i powiązał je z całością obrazu klinicznego pokrzywdzonego, wówczas skierowałby go na właściwą ścieżkę leczniczą – zastosowania antybiotykoterapii, która to terapia zapobiegłaby realnemu i znaczącemu wzrostowi stopnia tego narażenia.

O tym, że stopień narażenia na niebezpieczeństwo utraty życia i ciężkiego uszczerbku na zdrowiu był realny i znaczący świadczy fakt zgonu pokrzywdzonego. Nie ma jednak żadnego powiązania o charakterze przyczynowo – skutkowym pomiędzy zachowaniem oskarżonego M. Z. a skutkiem w postaci śmierci J. O. (1). Wszelkie twierdzenia, że oskarżony, jak i pozostali oskarżeni, którym w wyroku przypisano winę a w konsekwencji sprawstwo występku narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu określonego w art. 160 § 1 k.k., odpowiadają za śmierć pacjenta są pozbawione podstaw prawnych.

Z faktu zgonu pokrzywdzonego można jednak wnioskować o realności wystąpienia skutku dla życia i zdrowia pokrzywdzonego w postaci bezpośredniego zagrożenia bezpieczeństwa dla tych dóbr, które to niebezpieczeństwo oskarżony mógł odwrócić. Jak bowiem wynika z opinii biegłych powikłania ospy wietrznej w postaci paciorkowcowych nadkażeń bakteryjnych cechują się ciężkim przebiegiem i złym rokowaniem. Nawet prawidłowe leczenie nie daje gwarancji zachowania życia i zdrowia. Gdyby właściwie oceniono sytuację zdrowotną J. O. (1) i niezwłocznie włączono prawidłowe leczenie istniała szansa na uratowanie życia pokrzywdzonego. Biegli zaopiniowali jednak, że brak jest gwarancji, iż przy prawidłowym leczeniu szansa ta zostałaby zrealizowana i wskazali, że możliwa jest sytuacja, w której nawet prawidłowe leczenie nie zapobiegłoby śmierci pokrzywdzonego, co oznacza, że do zgonu mogłoby dojść nawet w przypadku prawidłowego postępowania medycznego. Brak jest zatem podstaw do przyjęcia, że błędy lekarzy pozostają w związku przyczynowo – skutkowym z jego zgonem. Nieprawidłowe postępowanie lekarskie na każdym etapie procesu diagnostyczno-leczniczego narażało dziecko na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (k. 329 /tom II./).

Oskarżony M. Z. wskutek nieprawidłowej interpretacji wyników badań laboratoryjnych nie potrafił postawić właściwej diagnozy. W ten sposób pozbawił pokrzywdzonego szansy na odwrócenie stanu zagrożenia dla jego życia i zdrowia. Na owym elemencie „szansy” zasadza się istota związku przyczynowo – skutkowego pomiędzy jego zaniechaniem a skutkiem w postaci narażenia pokrzywdzonego na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia i zdrowia. Zgodnie bowiem z przytaczanym we wcześniejszej części uzasadnienia wyrokiem Sądu Najwyższego lekarz - jako gwarant życia i zdrowia człowieka - jest zobowiązany do tego, by odwracać niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia. Gwarant ma obowiązek wdrożyć wszystkie te działania, które w warunkach sytuacyjnych, w jakich działa, są według rekomendacji wynikających z aktualnego stanu wiedzy medycznej wymagane jako dające szansę na wykluczenie, ograniczenie czy neutralizację niebezpieczeństwa "pierwotnego" (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 3 września 2013 roku, WK 14/13, opublikowany w elektronicznym zbiorze orzecnictwa LEX nr 1375270).

Skutkiem należącym do znamion strony przedmiotowej występku z art. 160 § 2 i 3 k.k. jest nie tylko wywołanie takiej sytuacji, w której pacjent znajduje się, nie będąc uprzednio, w położeniu grożącym mu bezpośrednim niebezpieczeństwem dla życia lub zdrowia, ale również na utrzymaniu (nie odwróceniu, nie zmniejszeniu) istniejącego już poziomu tego niebezpieczeństwa w czasie, kiedy urzeczywistnił się obowiązek działania lekarza-gwaranta. Co więcej, przestępstwo jest dokonane z chwilą narażenia na niebezpieczeństwo, chociażby osoba narażona nie doznała żadnej krzywdy (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 kwietnia 2013 roku, IV KK 43/13, opublikowany w elektronicznym zbiorze orzecnictwa LEX nr 1318212).

Jak zatem wynika z powyższego obowiązkiem oskarżonego było podjąć działania wymagane jako dające szansę na wykluczenie, ograniczenie, czy neutralizację niebezpieczeństwa. Nie był obowiązany do podejmowania działań, które mogą do osiągnięcia tych rezultatów prowadzić w sposób pewny – nie musiał zatem doszukiwać się w objawach potwierdzenia prawidłowości hipotetycznego rozpoznania.

Stan niebezpieczeństwa dla życia i zdrowia J. O. (1) wynikał z toczącego się w jego organizmie zakażenia o podłożu bakteryjnym będącego powikłaniem ospy wietrznej. Na etapie, w którym pokrzywdzonego diagnozował oskarżony M. Z., parametry wykładników stanu zapalnego we krwi a stwierdzone wynikami laboratoryjnymi, małopłytkowość oraz stan ogólny pokrzywdzonego – gorączka zbita li tylko wskutek podawania leków przeciwgorączkowych – z czego oskarżony, co wynika z jego wyjaśnień – zdawał sobie sprawę, bolesność ze strony stawów - dawały podstawy do, co najmniej podejrzenia uogólniającej się infekcji bakteryjnej i uzasadniały – w świetle aktualnej wiedzy medycznej – wdrożenie antybiotykoterapii. Jeśli zatem oskarżony podejrzewał jakichś „problem hematologiczny” stanowiący według niego przyczynę stanu, w jakim znajdował się pokrzywdzony, to – zgoda – mógł doszukiwać się przyczyn takiego stanu rzeczy, dywagować i teoretyzować rozważając objawy pacjenta jako szczególny przypadek akademicki – powinien jednak skupić się przede wszystkim na ratowaniu zagrożonego życia człowieka. A o tym, że było zagrożenie dla życia świadczy to, że J. O. (1) zmarł.

Jeszcze raz należy podkreślić, że fakt – iż nie ma bezpośredniego związku przyczynowo – skutkowego pomiędzy zachowaniem oskarżonego a zgonem pokrzywdzonego, nie oznacza, że nie ma takiego związku pomiędzy zachowaniem oskarżonego a narażeniem pokrzywdzonego na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Gdyby bowiem oskarżony właściwie zinterpretował wyniki badań laboratoryjnych z uwzględnieniem całości obrazu klinicznego J. O. (1) wówczas wdrożyłby antybiotykoterapię. Skoro tego nie zrobił – popełnił błąd diagnostyczny – spowodowany brakiem należytej staranności przy wykonywaniu zawodu lekarza.

W tym miejscu jeszcze raz należy przywołać przykłady modelowego postępowania lekarz konsultujących J. O. (1) w dniach: 24 grudnia 2008 roku /M. T./ oraz 27 grudnia 2008 roku /I. M./. Porównanie sposobu postępowania M. Z. i I. M. zaprezentowane odpowiednio w wyjaśnieniach składanych przez niego jako oskarżonego oraz zeznaniach składanych przez I. M. jako świadka, wykazuje ignorancję imperatywu wykonywania zawodu lekarza z należytą starannością. Przy tej ocenie znamienne stały się wyjaśnienia oskarżonego, że przy diagnozowaniu nie mógł brać pod uwagę, czy proces chorobowy będzie postępował, czy nie. Jest to całkowicie sprzeczne z postępowaniem lekarzy: M. T. oraz I. M., które skupiając się na diagnozowaniu uwzględniały fakt, że proces chorobowy będzie postępował i – ze względu na bezpieczeństwo dla życia i zdrowia człowieka – należy przewidywać jego niekorzystny przebieg i zawnazsu podejmować czynności ukierunkowane na wykluczenie, ograniczenie czy neutralizację niebezpieczeństwa dla życia i zdrowia pacjenta.

Z tych powodów w dniu 27 grudnia 2008 roku J. O. (1) został skierowany do szpitala.

Został zawrócony z tej prawidłowej ścieżki adekwatnego postępowania medycznego wskutek postawienia błędnej diagnozy przez oskarżoną M. C.. W dniu 28 grudnia 2008 roku ponownie stanął przed szansą podążania prawidłowo wytyczonym szlakiem adekwatnego dla jego stanu zdrowia postępowania medycznego, na którym został jednak zatrzymany, wskutek nieprawidłowo zinterpretowanych przez oskarżonego M. Z. wyników badań, bez ich powiązania ze stanem klinicznym. Mimo zatrzymania się na owej ścieżce, ponownie pojawiła się przed nim szansa na udzielenie adekwatnej pomocy medycznej w placówce medycznej przy ul. (...) – o czym będzie mowa w dalszej części uzasadnienia poświęconej ocenie prawnej zachowania oskarżonej A. P. (1).

Oskarżony M. Z. przyczynę braku możliwości postawienia diagnozy upatrywał w niekorespondujących z wyglądem pokrzywdzonego wynikach morfologicznych, które nadto, nie wskazywały na jedną konkretną jednostkę chorobową. W swoim wniosku pominął jednak zdolności kompensacyjne organizmu ludzkiego. Indagowany na okoliczność wskazania, w wyglądzie pokrzywdzonego objawów, które korespondowałyby z obrazem chorobowym wynikającym z analizy morfologii krwi wskazał na: wysoką gorączkę i zaburzenia świadomości w jej przebiegu obrazując to przykładem dziecka leżącego się przez ręce.

Oczywistym jest, że oskarżony tych objawów nie stwierdził. Sposób jego postępowania wobec pokrzywdzonego wskazuje jednak, iż tylko taki stan pokrzywdzonego pozwoliłby oskarżonemu na postawienie bliżej nieokreślonego rozpoznania. Taki sposób postępowania jest jednak sprzeczny ze sztuką medyczną. Opiera się bowiem na teście próby biologicznej – oczekiwaniu na całkowite rozwinięcie się procesu chorobowego i stawianie post factum

diagnozy. Z opinii biegłych jednoznacznie wynika, że objawy, które dostrzegali oskarżony, w postaci przesunięć w obrazie krwi oraz objawów bólowych w stawach, były powikłaniami przebiegu ospy i wskazywały na podejrzenie sepsy, a jej obraz nie był – jak wskazał w swoich wyjaśnieniach oskarżony M. Z. zaciemniony przez ospę wietrzną. Przeciwnie, to ospa wietrzna spajała w jedną całość pozostałe niepokojące oskarżonego objawy, które były wynikiem jej powikłanego przebiegu. W takich okolicznościach pierwsze rozpoznanie, o jakim powinien myśleć oskarżony to zakażenie inwazyjne – jest to podstawowa wiedza medyczna. Symptomy tego zakażenia były widoczne nawet dla studenta pierwszego roku medycyny, a należały do nich: wysokie CRP, mała ilość płytek krwi, wysoka leukocytoza oraz wcześniejsza infekcja – ospa wietrzna. Powyższe oraz niepokojące objawy ze strony stawów, a nadto brak poprawy stanu zdrowia mimo stosowanie leczenia przeciwwirusowego, przeciwgorączkowego i przeciwzapalnego stanowiły łącznie zespół objawów charakterystyczny dla sepsy (k. 1726 /tom IX./). To rozpoznanie oskarżony powinien uwzględniać jako pierwsze i bardziej prawdopodobne w rzeczywistości, niż poszukiwać konstelacji specyficznych schorzeń, w których mogą występować razem przynajmniej część z objawów stanu zapalnego oraz część – z obszaru hematologii. Jest to jednak sytuacja niezwykle rzadka. Przypomina tworzenie bytów nierzeczywistych w medycynie i jest bardzo mało prawdopodobne. Postępowanie oskarżonego nie uwzględniało aktualnego stanu wiedzy i nauki medycznej. Było nadto sprzeczne z powszechnie przyjętą praktyką w czasie działań medycznych. Lekarz w swoim postępowaniu powinien kierować się wyborem najbardziej prawdopodobnej ścieżki rozpoznania i najwłaściwszej ścieżki terapeutycznej. Spóźnionej ścieżki terapeutycznej nie można nadrobić. Sztuka lekarska polega na wyciąganiu wniosków, co do postępowania i odbywa się na podstawie analizy tzw. szarej strefy – a nie na podstawie analizy końcowych objawów. Najpierw lekarz ma obowiązek leczenia i myślenia o najbardziej prawdopodobnych schorzeniach i niebezpiecznych skutkach, co do których istnieje podejrzenie, że mogą pogorszyć stan pacjenta, a w dalszej kolejności o rzeczach możliwych ale bardzo rzadkich. Istota sztuki lekarskiej sprowadza się do możliwości przewidywania. Z opinii wynika, że to, co najdobitniej leżało w możliwości przewidywania w przypadku J. O. (1), to sepsa. W możliwej sytuacji zdrowotnej, w jakiej znajdował się J. O. (1), w czasie kiedy przebywał pod pieczęcią oskarżonego, właśnie rozpoznanie sepsy było najpoważniejsze – ponieważ z nim jest związany stan bezpośredniego zagrożenia życia. W tych okolicznościach oskarżony mógłby skupić się na ratowaniu życia. Oskarżony zachował się w sposób sprzeczny z opisanym powyżej imperatywem. Dopuszczył w pierwszej kolejności możliwość istnienia jakiegoś teoretycznego, bliżej nieokreślonego schorzenia hematologicznego, pomimo znacznie bardziej prawdopodobnego – przy parametrach wyników badań oraz stanu pokrzywdzonego – podejrzenia inwazyjnego zakażenia i nie ingerował w jego przebieg, czekając co się wydarzy (k. 1731 /tom IX./).

Takie zachowanie oskarżonego M. Z. nie było leczeniem; było stosowaniem próby biologicznej – albo pacjent przeżyje albo – nie ( k. 1726 tom /IX./).

Bez komentarza należy pozostawić twierdzenia oskarżonego, że o prawidłowości jego postępowania świadczy fakt, iż w efekcie J. O. (1) został przyjęty na oddział hematologiczny i tam leczony, ponieważ pacjent z objawami choroby bakteryjnej nigdy by na takim oddziale nie został umieszczony.

Ze zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego wynika, iż umieszczenie J. O. (1) w oddziale hematologicznym było błędem wynikającym nie z nieszczęśliwego splotu okoliczności, lecz z błędnych decyzji podejmowanych na poszczególnych etapach jego leczenia przez oskarżonych: M. C., M. Z., oraz A. P. (1), tym samym całkowicie chybiona jest argumentacja oskarżonego, który na taką okoliczność się powołuje. Argument ten w swoim ciężarze merytorycznym jest równie ważki jak stwierdzenie oskarżonego, że wobec pokrzywdzonego zastosował wszystkie procedury. W tym miejscu nie sposób nie nakreślić niejako na marginesie rozważań – uwagi, iż samo umieszczenie człowieka w oddziale szpitalnym i zastosowanie wobec niego procedur, nie jest wystarczające do stwierdzenia, że jest on leczony w sposób prawidłowy.

Przekazanie J. O. (1) na konsultację hematologiczną do było działaniem narażającym go na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia i ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Realnie zwiększało poziom tego niebezpieczeństwa, wydłużało bowiem czas, w którym możliwe było podanie antybiotyku, który zaś zwiększyłby szansę na powstrzymanie procesu infekcji bakteryjnej w organizmie J. O. (1). Dostępne oskarżonemu M. Z. dane pozwalały na postawienie rozpoznania, sprecyzowanie go i takie pokierowanie pacjentem, żeby jak najszybciej rozpoczęta

została właściwa terapia. W zakażeniach infekcyjnych, jeśli chodzi o rozpoczęcie terapii antybiotykiem, liczy się każda minuta. Jeśli ten czas się przedłuża, rokowania pomyślne spadają – zwłaszcza u małych dzieci, gdzie takie zakażenie szybko może prowadzić do wstrząsu i śmierci (k. 1730 /tom IX./). Przekazanie pacjenta do (...) przy ul. (...) było nieprawidłowe zwłaszcza, że oskarżony nie wskazał w sposób stanowczy rozpoznania uzasadniającego leczenie w tej placówce w oddziale hematologii. Takim rozpoznaniem nie było zapalenie błony maziowej i pochewki ścięgna wpisane do karty informacyjnej. Nieodpowiadające obowiązującym standardom było też skierowanie pacjenta na konsultację hematologiczną. Taki sposób postępowania wskazał, że oskarżony nie był w stanie postawić samodzielnej diagnozy i dlatego zdał się na innych specjalistów, przy czym oskarżony nie wskazał w dokumentacji medycznej żadnych objawów, które by go niepokoiły i uzasadniały przyjęcie „zespołu hematologicznego”. Użycie takiego synonimu „zespół hematologiczny” świadczyło o tym, że oskarżony nie potrafił postawić rozpoznania, mimo istnienia argumentów pozwalających na jego postawienie. Okoliczność ta wpłynęła również na możliwość użycia specjalistycznego transportu. Oskarżony nie miał merytorycznych argumentów uzasadniających pilnego użycia karetki. Skierowanie na konsultację hematologiczną było nieprawidłowe, ponieważ zagrożenie dla dziecka nie wynikało ze schorzenia hematologicznego, lecz z infekcyjnego w związku z którym powinno ono zostać skierowane bądź oddziału zakaźnego, bądź pediatrycznego.

Przekazanie J. O. (1) do kolejnej placówki medycznej wydłużyło ścieżkę diagnostyczną, co oskarżony powinien przewidywać chociażby w oparciu o własne doświadczenie zawodowe. Pacjent został przekazany pod pieczę kolejnego lekarza z brakiem rozpoznania. Sposób przekazania był wyjątkowo chaotyczny, o czym świadczy wzmianka o potrzebie konsultacji hematologicznej naniesiona na kartę informacyjną oraz sposób zmanipulowania rodziców pokrzywdzonego, co do zasadności skorzystania z ich samochodu do przewiezienia dziecka – omówiony powyżej. Ta ostatnia okoliczność jest szczególnie naganna i sprzeczna z zasadami etyki. Polega bowiem na nadużyciu zaufania pacjenta do lekarza.

Mając na uwadze powyższe okoliczności należało uznać, że zachowanie oskarżonego wyczerpało znamiona występkę określonego w art. 160 § 2 i 3 k.k.

Odnosząc się do kwestii związanych z kwalifikacją prawną zachowania oskarżonej **A. P. (1)** stwierdzić należy, że nie zwalnia jej z odpowiedzialności za narażenie J. O. (1) na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia i ciężkiego uszczerbku na zdrowiu sposób przekazania pacjenta przez lekarza z SOR przy ul. (...) – oskarżonego M. Z.. Niezależnie bowiem od wszystkich nieprawidłowości, jakie towarzyszyły „skierowaniu” J. O. (1) do szpitala przy ul. (...) przez oskarżonego M. Z. – a omówionych powyżej, również na niej – jako na lekarzu – spoczywał indywidualny obowiązek odwrócenia niebezpieczeństwa dla życia i zdrowia J. O. (1) wywołany stanem choroby. Z punktu widzenia odpowiedzialności lekarza gwaranta nie jest bowiem istotne źródło niebezpieczeństwa dla życia i zdrowia człowieka. Istotny jest sam stan tego niebezpieczeństwa.

Oskarżona temu obowiązkowi nie sprostała. Tym samym naraziła J. O. (1) na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia i ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

Oskarżona nie powinna podejmować żadnych decyzji medycznych wobec pokrzywdzonego bez osobistego zbadania go. Zaniechawszy wykonania spoczywającego na niej obowiązku i odstąpiwszy od badania pacjenta pozbawiła się możliwości pełnej oceny jego stanu zdrowia. Tym samym, niezależnie od tego, że wskutek swojego zachowania wydłużyła ścieżkę diagnostyczną pokrzywdzonego, to sama pozbawiła się możliwości podnoszenia argumentów służących obronie prawidłowości własnego postępowania. Przypomnieć należy, że oskarżona w swoich wyjaśnieniach wskazując na przesłanki decyzji o zaniechaniu osobistego zbadania J. O. (1), odwołała się do imperatywu ochrony bezpieczeństwa życia i zdrowia pacjentów onkologicznych, którzy znajdowali się w izbie przyjęć. Jej obawę budziła bowiem kwestia zakaźności ospy. J. O. (1) – według jej wyjaśnień – był źródłem potencjalnego zagrożenia, które starała się wyeliminować.

W ocenie Sądu oskarżona - właśnie wskutek podjęcia decyzji medycznej w stosunku do J. O. (1), o skierowaniu go na konsultację do szpitala zakaźnego przy ul. (...) w W., bez osobistego kontaktu z nim – jako lekarz utraciła

wiarygodność, co do rzetelności jej intencji. Biegli w opinii ustnej szczegółowo odnieśli się do podnoszonych przez nią kwestii związanych z:

a/ istnieniem wyjątków od obowiązku osobistego zbadania pacjenta (k. 1742-1743 /tom IX./);

b/ oceną zasadności odstąpienia od osobistego badania pacjenta w celu przyspieszenia ścieżki diagnostycznej (k. 1743 /tom IX./);

c/ zagrożeniem epidemiologicznym związanym z pokrzywdzonym – podejrzeniem zakaźności ospy (k. 1744 /tom IX./), miejscem przeprowadzenia osobistego badania (k. 1745 /tom IX./), zakaźnością ospy w ósmej dobie (k. 1746 /tom IX./), przedłużeniem okresu zakaźności ospy w przypadku pacjenta z dolegliwościami hematologicznymi (k. 1747 /tom IX./), ryzykiem skontaktowania pacjenta z podejrzeniem zakaźności z innymi pacjentami;

d/ zdolnością oskarżonej do samodzielnej oceny zakaźności ospy wietrznej (k. 1744 /tom IX./);

e/ czasem, w którym oskarżona miałaby przeprowadzić badanie pokrzywdzonego przy uwzględnieniu bieżącej sytuacji w izbie przyjęć i konieczności oczekiwania przez pokrzywdzonego w kolejce (k. 1746 /tom IX./);

f/ statusu pokrzywdzonego w sytuacji skierowania do izby przyjęć w celu przeprowadzenia konsultacji – czy należało go traktować jako pilnego (k. 1746 /tom IX./);

g/ czy zachowanie oskarżonej odpowiadało kryteriom traktowania pacjenta pilnego (k. 1746 /tom IX./);

h/ sytuacją innych pacjentów znajdujących się w izbie przyjęć (k. 1746 /tom IX./);

i/ wydłużeniem ścieżki diagnostycznej w sytuacji konieczności zorganizowania badania pacjenta w izolatce (k. 1748 /tom IX./).

Oskarżona A. P. (1) dokonała selekcji pacjentów dzieląc ich – nawet nieświadomie – na tych, których zdrowie i życie należy bezwzględnie chronić /pacjenci w izbie przyjęć/ oraz na tych – a właściwie na tego /J. O. (1)/, którego takie same dobra – życie i zdrowie, takiej bezwzględnej ochrony nie potrzebują. Oczywiście jest, że w swoim zawodzie lekarz wcześniej, czy później zmierzy się z koniecznością dokonania takiej selekcji dóbr; gdzie ratowanie jednego dobra będzie równoznaczne z poświęceniem innego. Każda taka decyzja wymaga jednak odpowiedzialnego rozważenia wartości tych dóbr a przede wszystkim każda taka decyzja powinna znajdować uzasadnienie w świetle aktualnych zasad wiedzy medycznej.

W okolicznościach niniejszej sprawy nie sposób mówić, iż dokonany przez oskarżoną wybór był prawidłowy. Gdyby bowiem dokonała ona osobistej oceny stanu dziecka w badaniu przedmiotowym, wówczas miałaby możliwość stwierdzenia, że ospa, którą ono przechodzi nie jest już zakaźna. Otworzyłaby w ten sposób przed J. O. (1) kolejną szansę na wykluczenie, ograniczenie czy neutralizację niebezpieczeństwa "pierwotnego", którym był powikłany zakażeniem bakteryjnym przebieg ospy (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 3 września 2013 roku, WK 14/13, opublikowany w elektronicznym zbiorze orzecznictwa LEX nr 1375270).

Oskarżona wbrew okolicznościom przedstawianym w swoich wyjaśnieniach – miała możliwość przeprowadzenia badania J. O. (1) w izolatce na terenie szpitala, o czym świadczą zeznania świadka M. K. (1) – dyrektora do spraw lecznictwa szpitala przy ul. (...).

Odnosząc się do prezentowanej przez oskarżoną linii obrony, w której podkreśla ona trudności organizacyjne związane z umieszczeniem pacjenta w izolatce, zasygnalizować należy nasuwającą się w takich okolicznościach wątpliwość o cel i przeznaczenie tej izolátky, a mianowicie – dla kogo w takim razie została ona utworzona. Pierwsza odpowiedź jaka nasuwa się na tak postawione pytanie – to odpowiedź ze wskazaniem na pacjenta; tak – izolátka na pewno została utworzona dla pacjenta. Pora zatem w owym „teście celowości przeznaczenia” postawić drugie pytanie: - Dla jakiego pacjenta? – Dla pacjenta szpitala – padnie prawidłowa odpowiedź. Zgoda; izolátka została utworzona dla

pacjenta szpitala. Krytyczny umysł wobec takiej odpowiedzi stawia jednak kolejne pytanie, a mianowicie – dla jakiego pacjenta i którego szpitala? I tu pojawiają się pewne luzy interpretacyjne pojęcia „pacjent szpitala”. Wątpliwości te zasygnalizowała sama oskarżona – argumentując przekonanie o słuszności swojego postępowania wobec pacjenta J. O. (1) tezą, że J. O. (1) nie był pacjentem izby przyjęć (...) przy ul. (...), ponieważ rodzice nie zgłosili się z pacjentem do izby przyjęć (k. 777 /tom IV./). Jak zatem wynika z powyższego - izolatka została wydzielona dla pacjentów tego szpitala. Żeby dostać się do izolatki należy zatem wpierw zostać pacjentem szpitala przy ul. (...). By zaś osiągnąć ten status należy przekroczyć próg izby przyjęć. Wówczas, zgodnie z argumentacją oskarżonej A. P. (1), lekarz może podejmować wobec pacjenta czynności diagnostyczne i terapeutyczne; zatem – może również zbadać go w izolacie, jak i podjąć inne adekwatne czynności medyczne. Skoro zatem J. O. (1) nie wszedł do izby przyjęć, to nie uzyskał statusu pacjenta. A zatem oskarżona – wykonująca zawód lekarza na terenie izby przyjęć - była zwolniona od podejmowania czynności diagnostycznych i terapeutycznych wobec niego. Skierowanie zaś J. O. (1) na konsultację do szpitala zakaźnego było czynnością czysto faktyczną.

Prezentując taki tok rozumowania oskarżona traci z pola widzenia istotę obowiązku wykonywania zawodu lekarza określoną w art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz pomocniczo w art. 2 ust.2 Kodeksu Etyki Lekarskiej, zgodnie z którą, lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniem aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. Najwyższym nakazem etycznym lekarza jest dobro chorego - *salus aegroti suprema lex esto* /art. 2 ust. 2 Kodeksu Etyki Lekarskiej/.

Powracając jednak do przedostatniego passusu; Sąd przyjął, iż oskarżona miała możliwość przeprowadzenia osobistego badania J. O. (1) na terenie izolatki. Pod względem kryteriów podmiotowych J. O. (1) nie różnił się niczym od pacjentów szpitala. Był człowiekiem chorym potrzebującym pomocy w chorobie – rzecz ujmując trywialnie. Różniły go jednak od nich kryteria przedmiotowe: przebieg ospy i przełamująca rutynę konieczność przeprowadzenia badania lekarskiego w izolacie, toteż twierdzenie oskarżonej, że J. O. (1) nie był pacjentem izby przyjęć, ponieważ nie wszedł na teren izby – w sytuacji, kiedy to od decyzji oskarżonej zależało jego „wprowadzenie” na teren szpitala – nie ma racji bytu. Siła merytoryczna tego argumentu odpowiada wartości merytorycznej konkluzji oskarżonego M. Z., zgodnie z którą - omyłkowe skierowanie się rodziców z chorym dzieckiem do SOR, zamiast na izbę przyjęć, determinuje bezwzględnie konieczność przejścia dziecka przez procedury SOR – niezależnie od pierwotnego skierowania (k. 758 /tom IV./). Obie sytuacje - abstrahując od ich prawno-karnej oceny - przywołują skojarzenia z kafkowskim „Zamkiem”.

Nie bez znaczenia dla rzeczowej oceny zachowania oskarżonej A. P. (1) pozostaje nadto kwestia przyczyny, z powodu której J. O. (1) nie został wprowadzony przez rodziców do izby przyjęć. Aż trudno – wobec wyjaśnień oskarżonej – nie powstrzymać się od swojego rodzaju pokusy postawienia jednego pytania, a mianowicie: - Jakie byłoby jej postępowanie w sytuacji gdyby A. K. (1) nie działała w zaufaniu do lekarza M. Z. i wbrew jego sugestiom – weszła z pacjentem do izby przyjęć? Czy wówczas oskarżona postawiona niejako przed faktem dokonanym wdrożyłaby normalne procedury sanitarno-epidemiologiczne i traktowała J. O. (1) jako pacjenta z podejrzeniem choroby zakaźnej w stanie zagrożenia życia? Przypomnieć bowiem należy, że izba przyjęć była wówczas wyposażona w izolatkę przystosowaną do czynności diagnostycznych pacjentów z podejrzeniem choroby zakaźnej, zaś względnie na rozliczenie kosztów z NFZ nie stanowił przesłanki, z powodu której dyrekcja (...) wprowadziłaby jakieś wewnętrzne ograniczenia w dostępie do świadczeń osób z podejrzeniem choroby zakaźnej. Nadto usytuowanie izolatki w końcu korytarza nie stanowiło żadnej przeszkody dla możliwości zbadania w niej pacjenta, ponieważ było zgodne z obowiązującymi przepisami prawa – o czym świadczą przywoływane zeznania świadka M. K. (1).

Oceniając sferę motywacyjną oskarżonej A. P. (2) Sąd miał na względzie jej przeciążenie pracą w okresie świątecznym. Miał również na uwadze postępowanie oskarżonego M. Z., który nie umiejąc postawić diagnozy przekazał pacjenta wymagającego wdrożenia antybiotykoterapii nie podając pełni informacji o nim, bez rozpoznania, z podejrzeniem choroby zakaźnej. Z dużą dozą wyrozumiałości podszedł do stanu irytacji oskarżonej – usprawiedliwionego okolicznościami, w jakich doszło do skierowania J. O. (1) do (...) przy ul. (...). Niemniej jednak stan ten nie powinien rzutować na czynności podejmowane wobec pacjenta. Oskarżona zaniechała osobistego badania J. O. (1). Nie mogła zatem ustalić jaki jest jego prawdziwy obraz kliniczny. Pozbawiła się w ten sposób możliwości stwierdzenia, że J. O.

(1) znajduje się w stanie zagrożenia życia wymagającym natychmiastowego leczenia. Przekonanie o prawidłowości swojej decyzji oparła na błędnym wnioskowaniu o stanie zdrowia pokrzywdzonego. Podstawy zaś do wnioskowania o stanie braku zagrożenia dla życia i zdrowia pokrzywdzonego dostarczył jej fakt jego przewiezienia ze szpitala przy ul. (...) przy użyciu własnego środka transportu rodziców dziecka. Uznała, że stan dziecka nie może być tak zły - jak to sugerują wyniki przedstawione jej przez matkę – skoro jest na tyle dobry, że pozwolił na przemieszczenie pacjenta samochodem osobowym. W tych okolicznościach uznała, że wobec J. O. (1) wystarczające będzie zastosowanie zwykłej procedury postępowania adekwatnej dla pacjenta z podejrzeniem choroby zakaźnej, który nie znajduje się w stanie zagrożenia życia – polegającej na umieszczeniu w szpitalu zakaźnym przy ul. (...) w W. (vide zeznania świadka M. K. (1) k. 1290 /tom VII./).

W tym miejscu należy zwrócić uwagę jak daleka w skutkach była niefrasobliwość oskarżonego M. Z., który względami pilnej konieczności determinowanej stanem zdrowia pokrzywdzonego uzasadniał rodzicom wykorzystanie ich środka transportu do przewiezienia pokrzywdzonego do szpitala przy ul. (...). Czy miał podstawy do przypuszczenia, że lekarz dyżurny izby przyjąć fakt przywiezienia pacjenta samochodem osobowym rodziców a nie karetką zinterpretuje w ten właśnie sposób - a mianowicie, że życie i zdrowie pokrzywdzonego nie jest w niebezpieczeństwie? Jest to pytanie zasadne jeśli weźmie się pod uwagę fakt zasugerowania rodzicom by nie wprowadzali pokrzywdzonego na obszar izby przyjęć; że lepiej będzie jak dziecko od razu trafi na właściwy oddział. Czyżby oskarżony M. Z. liczył na to, że J. O. (1) bez zbadania go przez lekarza z izby przyjęć zostanie przez tegoż ostatecznie zakwalifikowany do leczenia na oddziale hematologicznym? Takie wnioskowanie staje się uzasadnione jeśli weźmie się pod uwagę fakt rozpoznania przez oskarżonego „zespołu hematologicznego”.

Zagadnienie to nakreślono niejako na marginesie, odrębną bowiem od rzeczonej a zasygnalizowanej powyżej kwestii, pozostaje kwestia dochowania należytej staranności w wykonywaniu zawodu lekarza przez oskarżoną A. P. (1).

Konkludując te rozważania stwierdzić należy, że oskarżona A. P. (1) powinna przeprowadzić osobiste badanie fizykalne pokrzywdzonego w szpitalnej izolatce. Gdyby to uczyniła, mogłaby stwierdzić niezakaźność ospy, a że posiadała odpowiednią wiedzę umożliwiającą jej ocenę zakaźności ospy świadczą jej wyjaśnienia, w których potrafiła wykazać różnice między wyglądem świeżego wykwitu ospowego a wykwitu przyschniętego. Potrafiła również wskazać różnice między wykwitami ospowymi a wybroczynami. Wobec powyższego nie można oskarżonej odmówić przynajmniej posiadania odpowiedniej, a przede wszystkim aktualnej wiedzy medycznej. W jej zachowaniu w dniu 28 grudnia 2008 roku zabrakło jednak tego elementu spinającego posiadaną wiedzę z jej praktycznym zastosowaniem – możliwością przewidywania skutku swojego działania, którego – w tym dniu - nie przewidywała, a – przy dochowaniu należytej staranności - powinna była przewidzieć. Skutku w postaci narażenia pokrzywdzonego na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia i średniego uszczerbku na zdrowiu.

W zakażeniach typu bakteryjnego czas wdrożenia właściwej terapii ma podstawowe znaczenia dla rokowań powodzenia leczenia. Wskutek zachowania oskarżonej J. O. (1) stracił nie więcej niż 2 godziny i 50 minut cennego czasu. Ten czas w wymiarze nie więcej niż 3 godzin stracił również wskutek uprzedniego działania oskarżonego M. Z.. Kolejne 4 godziny i 10 minut – na oddziale hematologii.

Oczywistym jest, że oskarżona nie ponosi odpowiedzialności karnej za zaniechania innych osób. Każdy bowiem z oskarżonych odpowiada za swoje zachowanie. Zakres obowiązków ciążących na gwarancie musi być definiowany w odniesieniu do tego momentu czasowego, w którym on działa, w oparciu o wtedy dostępne mu informacje o okolicznościach stanu faktycznego. W odniesieniu do tego momentu formułowane winny być wnioski, co do zakresu realizacji tychże obowiązków i niebezpieczeństw, które wynikać mogą z ich zaniechania (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 czerwca 2010 roku, III K 408/09, opublikowane w elektronicznej bazie orzecznictwa LEX 598846).

Mając na uwadze przywoływany powyżej judykant należy stwierdzić, iż w momencie, w którym oskarżona uzgodniła konsultację J. O. (1) w szpitalu zakaźnym przy ul. (...), pokrzywdzony znajdował się w położeniu grożącym mu bezpośrednim niebezpieczeństwem dla życia i zdrowia. Oparcie decyzji o przeprowadzeniu konsultacji bez uprzedniego zbadania pokrzywdzonego skutkowało pozbawieniem pokrzywdzonego s z a n s y na odwrócenie bądź



zmniejszenie tego niebezpieczeństwa – faktycznie zaś oznaczało utrzymanie istniejącego w tym momencie poziomu tego niebezpieczeństwa (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 kwietnia 2013 roku, IV KK 43/13, opublikowany w elektronicznym zbiorze orzecznictwa LEX nr 1318212).

Istotne znacznie dla odpowiedzialności karnej oskarżonej ma okoliczność trwania konsultacji w szpitalu zakaźnym. Z opinii biegłych wynika bowiem, że zachowanie oskarżonej odsyłającej pacjenta na konsultację do innego szpitala należałoby ocenić jako nie pozostające w związku przyczynowo-skutkowym z wydłużeniem ścieżki diagnostycznej pacjenta, gdyby ta konsultacja trwała krótki okres czasu odpowiadający momentowi czasu określanemu przez biegłych jako „krótkie odbicie się z izby przyjęć” a następnie pacjent byłby skierowany do leczenia w szpitalu zakaźnym (k. 1750 /tom IX./). Z uwagi jednak na odstąpienie przez tę oskarżoną od osobistego badania pacjenta podjęta przez nią wobec niego decyzja medyczna ab initio była nieprawidłowa i skutkowała tak dalece idącymi konsekwencjami, które – oskarżona przy uwzględnieniu należytej staranności przy wykonywaniu zawodu lekarza – powinna była przewidzieć, a które wywołały przewożenie J. O. (1) przez długi okres czasu w niebezpiecznych dla jego życia i zdrowia warunkach – a tym samym wydłużyły ścieżkę diagnostyczną. Wbrew twierdzeniom oskarżonej nie zachodziły okoliczności uzasadniające odstąpienie od osobistego zbadania pokrzywdzonego. Sytuacja J. O. (1) nie była oskarżonej znana; nie była stabilna, zmuszała do decydowania o ocenie, czy jest to stan nagły, czy nie; wreszcie – nie można uznać, że odstąpienie przez nią od osobistego zbadania pacjenta i przerzucenie tego obowiązku na lekarza – konsultanta w szpitalu zakaźnym – przyspieszyło ścieżkę diagnostyczną. Możliwości powoływania się zwłaszcza na tę ostatnią przesłankę oskarżona pozbawiła się wskutek wybrania nieadekwatnego środka transportu dla przewiezienia pacjenta na konsultację w szpitalu zakaźnym. Gdyby bowiem oskarżona wezwała karetkę – jej sytuację prawną należałoby oceniać inaczej. Tyle tylko, że w sytuacji, w której J. O. (1) nie traktowała jako pacjenta ze względu na „brak przekroczenia przez niego progu izby przyjęć”, nie miała możliwości zamówienia specjalistycznego środka transportu.

Wobec powyższego należało uznać, iż oskarżona A. P. (1) swoim zachowaniem wyczerpała znamiona występkę określonego w art. 160 § 2 i 3 k.k.

Odnosząc się do kwestii związanych z kwalifikacją prawną zachowania oskarżonej S. D. należy stwierdzić, że jej zachowanie nie wypełniło znamion czynu zabronionego określonego w art. 160 § 2 i 3 k.k. Z analizy materiału dowodowego zgromadzonego w sprawie wynika, że zerwaniu uległa więź przyczynowo-skutkowa pomiędzy jej zachowaniem a skutkiem w postaci narażenia J. O. (1) na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

Oskarżona S. D. w konkretnym układzie obowiązków spoczywających na niej jako na lekarzu-gwarancie nie dopuściła się zaniechania, które skutkowałoby pozostawieniem J. O. (1) w sytuacji bezpośredniego niebezpieczeństwa dla jego życia i zdrowia. W tym miejscu – dla jasności wyводу – warto ponownie odwołać się do wyroku z dnia 8 czerwca 2010 roku, w którym Sąd Najwyższy wskazał, że zakres obowiązków ciężących na gwarancie musi być definiowany w odniesieniu do tego momentu czasowego, w którym on działa, w oparciu o wtedy dostępne mu informacje o okolicznościach stanu faktycznego. W odniesieniu do tego momentu formułowane winny być wnioski, co do zakresu realizacji tychże obowiązków i niebezpieczeństw, które wynikać mogą z ich zaniechania (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 czerwca 2010 roku, III K 408/09, opublikowane w elektronicznej bazie orzecznictwa LEX 598846).

Oskarżona S. D. w ramach ścieżki diagnostycznej, którą przebywał pokrzywdzony J. O. (1), została zobowiązana do przeprowadzenia konsultacji, co do kwestii stanu zakaźności pacjenta. Jej zachowanie polegające na zbadaniu pacjenta i wypowiedzeniu się w formie diagnozy o niezakaźności ospy wietrznej mieściło się w ramach jej obowiązków wyznaczonych konkretnymi okolicznościami stanu faktycznego. W czasie, w którym pokrzywdzony przebywał pod jej pieczą, była świadoma, że ma on zapewnione miejsce w klinice hematologii szpitala przy ul. (...), gdzie będzie diagnozowany w celu postawienia ostatecznego rozpoznania, a jej powinność sprowadza się li tylko do oceny stanu zakaźności ospy. Było to zachowanie usprawiedliwione. Konsultacja wraz z przekazaniem pacjenta do jednostki macierzystej trwała – według analizy zapisów karty informacyjnej szpitala zakaźnego (k. 21 /tom I./) oraz historii choroby – przyjęcia pacjenta szpitala przy ul. (...) (k. 24 /tom II./) 36 minut. Nie był to zatem czas,

który uzasadniałby ocenę, że oskarżona dopuściła się zwłoki wobec pokrzywdzonego i wydłużyła w ten sposób ścieżkę diagnostyczną.

Istota zarzucanego oskarżonej w akcie oskarżenia czynu sprowadza się do podjęcia niezasadnie decyzji o odesłaniu J. O. (1) do oddziału hematologii, podczas – gdy w świetle zasad wiedzy medycznej i powszechnie przyjętej praktyki postępowania – powinna była rozpoznać uogólnioną infekcję bakteryjną będącą powikłaniem ospy wietrznej i pozostawić pacjenta w szpitalu zakaźnym jako miejscu właściwym do prowadzenia diagnostyki i terapii. Taką ocenę przedstawili w swojej opinii biegli. Oceną tą Sąd nie jest jednak związany, w przeciwnym bowiem razie to biegli wyręczałby Sąd z powinności oceny dowodów i rozstrzygnięcia sprawy. Sprawowanie wymiaru sprawiedliwości to domena sądów. Zgodnie zaś z treścią art. 193 § 1 k.p.k. opinii biegłego albo biegłych zasięga się, jeżeli stwierdzenie okoliczności mających istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy, wymaga wiadomości specjalnych. Toteż szanując podział kompetencji biegłych i sądu, należało stwierdzić, że wiadomości specjalnych nie wymagało ustalenie przesłanek sfery motywacyjnej oskarżonej S. D.. Do owej zaś sfery motywacyjnej należała ocena informacji, którymi oskarżona dysponowała w momencie konsultowania J. O. (1). Informacje te zostały opisane powyżej.

Przy ocenie postępowania oskarżonej S. D. nie można tracić z pola widzenia faktu, że w momencie, kiedy miała kontakt z J. O. (1), na podstawie dostępnych jej wówczas informacji uzyskanych od oskarżonej A. P. (1), była świadoma podejrzenia istnienia u pokrzywdzonego stanu chorobowego wymagającego przeprowadzenia diagnostyki w ramach oddziału hematologicznego szpitala przy ul. (...) oraz, że taka diagnostyka została już zaplanowana. W oparciu o badanie lekarskie J. O. (1), które przeprowadziła doszła do przekonania, że stan jego zdrowia nie pozwala na jednoznaczną diagnozę bez przeprowadzenia szerokiej diagnostyki różnicującej. Jej wątpliwości wzbudziła bowiem koincydencja małopłytkowości i zapalenia stawów, która w jej praktyce zdarzała się rzadko. W jej ocenie pacjent wymagał też opracowania septycznego (k. 795 /tom IV./). W oparciu o te ostatnie słowa nie można jeszcze czynić ustaleń faktycznych na niekorzyść oskarżonej. Dla ustalenia bowiem jej odpowiedzialności istotne znaczenie ma zdefiniowanie zakresu obowiązków, które spoczywały na niej, jako na lekarzu-gwarancie, w konkretnym momencie czasowym – w którym badała pokrzywdzonego w celu stwierdzenia zakaźności ospy wietrznej oraz zakres jej zaniechania i jego wpływu na stopień zagrożenia bezpieczeństwa życia i zdrowia J. O. (1). Oczywistym bowiem jest, że u J. O. (1) obiektywnie postępował uogólniający się bakteryjny proces zapalny wymagający natychmiastowego wdrożenia antybiotykoterapii. Pozostaje jednak do wyjaśnienia kwestia wpływu zachowania oskarżonej na dynamikę postępowania tego procesu a tym samym na dynamikę zagrożenia dla życia i zdrowia pokrzywdzonego – wzrostu stopnia niebezpieczeństwa dla tych dóbr. Rozstrzygając tę kwestię należy stwierdzić, że pomiędzy zachowaniem oskarżonej S. D. a skutkiem w postaci zwiększenia lub braku zmniejszenia się dynamiki postępowania rzeczzonego bakteryjnego procesu zapalnego nie ma bezpośredniego związku przyczynowego (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 kwietnia 2013 roku, IV KK 43/13, opublikowany w elektronicznym zbiorze orzecznictwa LEX nr 1318212).

Nie ma tego adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy jej postępowaniem medycznym a pozbawieniem pokrzywdzonego tego istotnego elementu s z a n s y na odwrócenie bądź zmniejszenie niebezpieczeństwa dla życia i zdrowia pacjenta – w momencie czasowym, w którym miała kontakt z pokrzywdzonym. Ten epizod czasowy, biorąc pod uwagę całość trwania ścieżki diagnostycznej, w całości zawierał się w okresie czasu, w którym J. O. (1) pozostawał pod pieczę oskarżonej A. P. (1). Nie jest bowiem uprawnione w świetle przyczynowości sztuczne wydzielanie z sekwencji zdarzeń zachowania oskarżonej S. D. i ocenianie go w oderwaniu od kontekstu sytuacyjnego, w którym miało ono miejsce. Ten kontekst sytuacyjny wyznaczają zaś granice faktyczne konsultacji zleconej przez oskarżoną A. P. (1).

Z opinii biegłych wynika, że oskarżona S. D. w sytuacji konsultowania J. O. (1) powinna powiązać ze sobą objawy występujące u pokrzywdzonego jako świadczące o sepsie (k. 1757 /tom IX./) i przynajmniej rozpocząć antybiotykoterapię zabezpieczając zawczasu specjalistyczny transport na wypadek konieczności przetransportowania pacjenta do innego szpitala (k. 1757 /tom IX./). Biegli wskazali też, że właściwym byłoby pozostawianie oskarżonej S. D. w kontakcie z lekarzem hematologiem w celu ustalenia priorytetów, co do leczenia hematologicznego. W ocenie Sądu na etapie, w którym oskarżona konsultowała J. O. (1) obraz hematologiczny wymagał diagnostyki. Skąd zatem oskarżona S. D. miałaby wiedzieć, w jaki sposób prowadzić leczenie. Sposobu leczenia nie mogła z przyczyn faktycznych wskazać jej oskarżona A. P. (1). Była bowiem lekarzem dyżurnym w izbie przyjęć, więc nie miała dostępu

do diagnostyki. Tę bowiem można przeprowadzić w oddziale. Post factum okoliczności te nie mają znaczenia. W czasie, w którym po stronie oskarżonej S. D. aktualizowały się obowiązki lekarza-gwaranta miały one jednak istotne znaczenie. Powoływane orzecznictwo Sądu Najwyższego nakazuje przecież uwzględniać sytuację faktyczną istniejącą w momencie, w którym lekarz był obowiązany do podejmowania działania służącego odwróceniu niebezpieczeństwa dla życia i zdrowia człowieka.

Powinność działania oskarżonej S. D. aktualizowała się w omówionych powyżej okolicznościach wyznaczonych przez ramy czasowe konsultacji. Stawianie jej innych wymagań jest zobowiązaniem jej ponad własne możliwości i jest niezgodne z zasadą *ultra posse nemo obligatur*.

Nie bez znaczenia dla oceny sfery motywacyjnej oskarżonej pozostaje fakt braku stosownego zaplecza oddziału intensywnej terapii wyposażonego w sprzęt reanimacyjny dostosowany do potrzeb pacjentów małych. Oczywiście jest, że na etapie, kiedy oskarżona badała pacjenta, ten ostatni nie wymagał intensywnej terapii. Toteż trudno uznać, iż oskarżona – skoro li tylko konsultowała pacjenta – przewidywała ewentualność umieszczenia go w oddziale o takim profilu. Z założenia przecież konsultacja dotyczyła zakaźności ospy wietrznej a pokrzywdzony miał zostać umieszczony w szpitalu zakaźnym tylko w przypadku potwierdzenia zakaźności ospy. Niepowikłany przebieg ospy nie wymaga zaś leczenia w warunkach oddziału intensywnej terapii; nie jest też związany z koniecznością intubacji. Zatem nie w perspektywie przewidywania tzw. „czarnego scenariusza” trzeba oceniać zachowanie oskarżonej S. D.. Posługiwanie się przez biegłych słuszną teorią „czarnego scenariusza” w tym przypadku jest działaniem schematycznym, opartym na uproszczonych założeniach – nie uwzględniającym opisanych powyżej okoliczności, w jakich faktycznie działała oskarżona S. D..

Do przypisania występku określonego w art. 160 § 2 i 3 k.k. niezbędne jest by skutek zaniechania sprawcy realnie i znacząco wzrosło niebezpieczeństwo dla życia albo zdrowia pacjenta. Zachowanie oskarżonej S. D. nie pozostaje w obiektywnym związku przyczynowym ze zwiększeniem stopnia narażenia pokrzywdzonego na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia i dlatego nie zawiera znamion czynu zabronionego określonego w art. 160 § 2 i 3 k.k. W związku z czym należało ją na podstawie art. 414 § 1 k.p.k. w zw. z art. 17 § 1 pkt. 2 k.p.k. uniewinnić od popełnienia zarzucanego jej czynu.

Odnosząc się do kwestii związanych z kwalifikacją prawną zachowania oskarżonego P. Ł. należy stwierdzić, że swoim zachowaniem polegającym na dopuszczeniu się zwłoki w podaniu antybiotyku pacjentowi oraz zaniechaniu jego sztucznej wentylacji przy głębokiej niewydolności oddechowej wymagającej intubacji i podłączenia do respiratora, oraz przekazując go do OIT o godzinie 21:40 popełnił błąd medyczny, podczas gdy prawidłowo oceniony stan pacjenta i wyniki jego badań, przy uwzględnieniu wiedzy i nauki medycznej oraz powszechnie przyjętej praktyki w czasie działań medycznych prowadziły do wniosku, iż stan J. O. (1) już o godzinie 19:00 wskazywał na konieczność intensywnego leczenia chorego w warunkach oddziału intensywnej terapii. Ten błąd medyczny pozostawał w bezpośrednim związku przyczynowo – skutkowym z narażeniem J. O. (1) na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia i ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

W momencie przyjęcia J. O. (1) na oddział hematologii występowały u niego typowe objawy sepsy bakteryjnej jako następstwa ospy wietrznej. Objawy te były tak typowe, że – według opinii biegłych - należały do kategorii tych przedstawianych na piktogramach tworzonych dla niedoświadczonych lekarzy. Głównym problemem dziecka był wstrząs septyczny i niewystarczające nawodnienie oraz rozpoczęcie antybiotykoterapii. Obraz chorobowy jaki wyłaniał się konstelacji objawów to była sepsa – jako rozpoznanie jednoznaczne. Doszukiwanie się przez oskarżonego w poszczególnych parametrach krwi zwiastunów chorób o podłożu hematologicznym, których podejrzenia zaistnienia – istotnie – rzeczywiście nie można było wykluczyć – w sytuacji, w jakiej znajdował się J. O. (1) - było strategią całkowicie błędną.

Nie usprawiedliwia postępowania oskarżonego posiadana wiedza specjalistyczna z zakresu hematologii, która tworzyła w świadomości oskarżonego znaki zapytania, co do rozpoznania hematologicznego. W sytuacji bowiem, w której pod pieczęcią oskarżonego znajdował się J. O. (1), wszystkie parametry obrazu krwi pokrzywdzonego należało

powiązać z powikłanym przebiegiem ospy wietrznej. To bowiem powikłany przebieg ospy i wynikająca zeń potrzeba leczenia sepsy była priorytetem. Warunkowała bowiem rzeczoną s z a n s ę przeżycia. Ta zaś warunkowała możliwość prowadzenia diagnostyki hematologicznej – na którą tak ukierunkowany był oskarżony, a która – wobec bezpośredniego zagrożenia życia i zdrowia pokrzywdzonego ze względu na sepsę – była w owym czasie zbędna.

Z faktu skierowania J. O. (1) na oddział hematologii nie można też wyciągać wniosku usprawiedliwiającego zachowanie oskarżonego, że działał on zgodnie z przeznaczeniem swojego oddziału, i że z tego względu jego zachowanie było prawidłowe. To, że z reguły na oddział hematologiczny trafiają pacjenci do diagnostyki schorzeń hematologicznych, nie oznacza, że nie są oni chorzy również na inne schorzenia, i że przyjmujący na oddział lekarz, bądź też lekarz pracujący na tym oddziale, nie może nie zareagować na stan zagrożenia życia, jakim jest sepsa. Innymi słowy, przedstawiciel wąskiej specjalizacji – jak na przykład hematolog dziecięcy musi odróżnić stan zagrożenia życia, odróżnić inne stany chorobowe od stanów hematologicznych i na tej podstawie ustalić priorytet postępowania. Hematolog powinien mieć doświadczenie w leczeniu sepsy, ponieważ ten stan występuje w przypadku przebiegów stanów hematologicznych w związku z obniżeniem odporności w tych stanach.

Oddział hemoonkologii nie był właściwym do leczenia dziecka, jednakże wskutek wcześniejszych błędów trafiło ono na ten oddział. Nie zwalniało to oskarżonego P. Ł. od powinności wytworzenia swoim zachowaniem sytuacji s z a n s y odwrócenia bezpośredniego niebezpieczeństwa dla życia i zdrowia pokrzywdzonego. Dysponował on wynikami wcześniejszych badań, informacjami z wywiadu i obrazem z badania fizykalnego. Te dane w momencie przyjmowania były wystarczające do tego, żeby ustalić podejrzenie sepsy i wówczas pilnie rozpocząć bezzwłocznie antybiotykoterapię i - w przypadku odwodnienia - płynoterapię z jednoczesnym pobraniem materiału do badań.

Z zachowania oskarżonego P. Ł. wynika, że postawił podejrzenie sepsy, ale dalsze jego priorytety nie były stosowne do tego rozpoznania. Skoro wdrożył dodatkową diagnostykę, która pozwalała obserwować jak zmieniają się parametry, nie oznaczało to jednak, że należało czekać z wdrożeniem leczenia do wykonania badań. Zasada i standard postępowania w przypadku sepsy jest taki, że plan diagnostyczny, czyli to, co trzeba pobrać do badań i wdrożenie antybiotykoterapii rozgrywa się od razu w momencie przyjęcia dziecka na oddział szpitalny. Można ten plan rozpatrywać w dwojaki sposób, w zależności od tego, jak jest zorganizowany oddział i izba przyjęć. Na przykład obsłużyć pacjenta na izbie, tam pobrać badania, podpisać zlecenia a nawet rozpocząć podawanie antybiotyku i kontynuować na oddziale albo maksymalnie skracając czas pobytu na izbie to wszystko zrobić i podać antybiotyk na oddziale, w gabinecie zabiegowym, a dopiero później zająć się mniej istotną diagnostyką, czy też sprawami formalnymi. Tak powinno wyglądać postępowanie w przypadku podejrzenia sepsy. Optymalny czas od pierwszego kontaktu lekarza z pacjentem do wdrożenia leczenia i pobrania badań powinien być krótszy niż godzina. Tak powinno wyglądać postępowanie z pacjentem po przyjęciu. P. Ł. postawił rozpoznanie sepsy w pierwszym kontakcie z pacjentem, a nie podejrzenie białaczki.

W przypadku sepsy dla sposobu postępowania nie ma znaczenia czy ją się podejrzewa, czy rozpoznaje – postępowanie jest zawsze takie samo.

Oceny, że oskarżony P. Ł. miał możliwość podjęcia samodzielnie działania zmierzającego do odwrócenie bezpośredniego niebezpieczeństwa dla życia i zdrowia pokrzywdzonego J. O. (1) nie zmienia fakt dokonanych wcześniej rozpoznań. Oskarżony nie powinien bezkrytycznie polegać na poprzednich rozpoznaniach. Po zapoznaniu się z nimi powinien je na bieżąco weryfikować, tak by swoje działanie podejmowane względem pokrzywdzonego dostosowywać do jego aktualnego stanu. Sytuacja pokrzywdzonego, w której zetknął się z nim oskarżony nie była jasna. Brak było jasnej diagnozy. Dlatego do wcześniejszych ustaleń oskarżony powinien podejść z dużą ostrożnością. Gdyby oskarżony nie sugerował się kierunkiem, w który – rzecz ujmując obrazowo – skręciła ścieżka diagnostyczna pokrzywdzonego, mógłby rozpoznać u niego sepsę. Jej obraz ze względu na przebieg ospy wietrznej był oczywisty.

W sytuacji podejrzenia sepsy najpoważniejszym zadaniem jest poprawa przepływu naczyniowego. Wypełnienie łożyska naczyniowego jest istotnym czynnikiem leczenia septycznego. Nawodnienie i podanie antybiotyku nie wykluczały się, ale nawadnianie powinno odbyć się niezwłocznie i powinno być kontynuowane do czasu

poprawienie się stanu pacjenta. Błędem oskarżonego było skupianie się na kwestiach występowania granulocytów jako charakterystycznych tylko dla chorób hematologicznych, ponieważ w sytuacji J. O. (1) priorytetem było leczenie stanu bezpośredniego zagrożenia życia - jakim była sepsa. Dociekanie czy pojawiła się ona na podłożu hematologicznym byłaby istotna później. W momencie stanu zagrożenia życia rozważanie, czy pokrzywdzony miał podłoże hematologiczne nie było istotne. W tym przypadku leczona powinna być sepsa. Spośród możliwości leczenia powinien zostać wybrany ten plan, który byłby najbardziej istotny dla życia pacjenta. Zespół hemofagocytarny ustala się na podstawie parametrów krwi – stężenia hematyny. To jest bardzo ciężki stan, który wygląda jak zakażenie ale nie jest zakażeniem. Oskarżony P. Ł. powinien leczyć zakażenie a nie szukać przyczyn stanu, w jakim znajdował się J. O. (1). Leczenie zakażenia powinno być leczeniem podstawowym. Wstrząs septyczny wskutek rozwoju zakażenia prowadzi do nagłej śmierci. Jest to stan zagrożenia życia. Przy podejrzeniu sepsy należy najpierw zapobiec zrealizowaniu się tzw. „czarnego scenariusza”, a później szukać przyczyn stanu, w którym pacjent się znalazł. W przeciwnym razie nie będzie czasu na poszukiwanie przyczyn stanu pacjenta, ponieważ pacjent umrze (k. 1902 /tom X./). Oczywiście jest, że dokładne rozpoznanie chorób hematologicznych wymaga przeprowadzenia specjalistycznych badań. By móc je przeprowadzić konieczne jest by pacjent przeżył. Jeżeli okaże się, że przyczyną stanu pacjenta był wstrząs septyczny, który nie został w odpowiedni sposób leczony, to pacjent właściwego rozpoznania nie dożyje. Jeśli w toku leczenia okazałoby się, że to nie była sepsa, to podanie antybiotyku na pewno pacjenta by nie zabiło (k. 1903 /tom X./).

Jak wynika z opinii biegłych w stanie J. O. (1) nakładały się na siebie objawy charakterystyczne dla zespołu hemofagocytarnego, zespołu hemolityczno-mocznicowego, zakrzepowej plamicy małopłytkowej, które są podobne do stanów jak w przebiegu sepsy. Oskarżony dysponował jednak wynikami badań i danymi z wywiadu od rodziców pacjenta. Wiedział, że J. O. (1) przebył ospę wietrzną; dostrzegał występowanie stawowych odczynów zapalnych oraz wysokie wartości CRP. Mimo zatem, że obraz mógł być taki sam, to jednak w połączeniu z danymi z wywiadu przemawiał za rozpoznaniem sepsy. Przebiecie ospy i jej powikłanie może prowadzić do sepsy. Podanie antybiotyku w tym przypadku nie zaszkodziłoby w leczeniu. Zespół hemafagocytarny też może być determinowany zakażeniem. Nie ma jednak w nim problemu wstrząsu septycznego. Wygląd wybroczyn nie może różnicować sepsy od procesu hematologicznego. W sepsie dochodzi do zużycia płytek krwi w wyniku stanu zapalnego naczyń. W sepsie występuje druga faza skazy małopłytkowej w postaci dużej martwicy, wybroczyn; zaburzeń w sferze osoczowych składników krwi. Najczęstszą przyczyną małopłytkowości u dzieci są powikłania chorób zakaźnych i infekcje (k. 1903 /tom X./).

Oskarżony P. Ł. w dniu 28 grudnia 2008 roku nie zrealizował spoczywających na nim obowiązków lekarza – gwaranta. Lekarz - jako gwarant życia i zdrowia człowieka - jest zobowiązany do tego, by odwracać niebezpieczeństwo grożące tym dobrom chronionym prawem. Gwarant ma obowiązek wdrożyć wszystkie te działania, które w warunkach sytuacyjnych, w jakich działa, są według rekomendacji wynikających z aktualnego stanu wiedzy medycznej wymagane jako dające s z a n s ę na wykluczenie, ograniczenie czy neutralizację niebezpieczeństwa "pierwotnego" (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 3 września 2013 roku, WK 14/13, opublikowany w elektronicznym zbiorze orzecznictwa LEX nr 1375270). Skutkiem zaś należącym do znamion strony przedmiotowej występku z art. 160 § 2 i 3 k.k. jest nie tylko wywołanie takiej sytuacji, w której pacjent znajduje się, nie będąc uprzednio, w położeniu grożącym mu bezpośrednim niebezpieczeństwem dla życia lub zdrowia, ale również na utrzymaniu (nie odwróceniu, nie zmniejszeniu) istniejącego już poziomu tego niebezpieczeństwa w czasie, kiedy urzeczywistnił się obowiązek działania lekarza-gwaranta. Co więcej, przestępstwo jest dokonane z chwilą narażenia na niebezpieczeństwo, chociażby osoba narażona nie doznała żadnej krzywdy (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 kwietnia 2013 roku, IV KK 43/13, opublikowany w elektronicznym zbiorze orzecznictwa LEX nr 1318212).

Jak zatem wynika z powyższego obowiązkiem oskarżonego było podjąć działania wymagane jako dające li tylko s z a n s ę a nie gwarancję wykluczenia, ograniczenia, czy neutralizacji niebezpieczeństwa. Nie był obowiązany do podejmowania działań, które mogą do osiągnięcia tych rezultatów prowadzić w sposób pewny – nie musiał zatem doszukiwać się w objawach potwierdzenia prawidłowości hipotetycznego rozpoznania.

Stąd też należało uznać, iż zachowanie oskarżonego P. Ł. wyczerpało znamiona występku określonego w art. 160 § 2 i 3 k.k.

**c) odnośnie wymiaru kary i pozostałych rozstrzygnięć.**

Przed przystąpieniem do rozważań dotyczących umotywowania wymiaru kar orzeczonych wobec oskarżonych, których Sąd uznał za winnych popełnienia występku o znamionach określonych w art. 160 § 2 i 3 k.k., należy uczynić jedną wzmiankę natury ogólnej, a mianowicie – przywołać dyspozycję normy art. 3 k.k.

Według powoływanego przepisu kary oraz inne środki przewidziane w Kodeksie karnym stosuje się z uwzględnieniem zasad humanitaryzmu, w szczególności z poszanowaniem godności człowieka. Zasada humanitaryzmu stanowi podstawową dyrektywę wymiaru kary i stosowania innych środków przewidzianych w prawie karnym; ma także oparcie w normach konstytucyjnych (art. 40 Konstytucji RP). Należy ją rozumieć jako dyrektywę minimalizowania cierpienia, dolegliwości i innych niedogodności zadawanych człowiekowi przy stosowaniu kar kryminalnych oraz ich wymierzania tylko wtedy i w takich granicach, w jakich jest to konieczne dla realizacji normy prawa karnego [zob. A. Wąsek, Kodeks..., t. 1, s. 52]. Na etapie wymierzania kar pozostaje ona w oczywistym związku ze sformułowanymi w art. 53 k.k. ogólnymi dyrektywami sądowego wymiaru kary.

Przenosząc te ogólne rozważania na grunt niniejszej sprawy należy wskazać, iż realizacja normy prawa karnego polega przede wszystkim na ustaleniu, czy został popełniony czyn, czy czyn ten wyczerpuje znamiona czynu zabronionego określonego w normie sankcjonowanej oraz czy owy czyn zabroniony stanowi przestępstwo.

W przypadku pozytywnych ustaleń w przedstawionym powyżej zakresie, sąd uprawniony jest do wymierzenia kary, wprowadzić według swojego uznania, lecz w granicach przewidzianych przez ustawę, bacząc by jej dolegliwość nie przekraczała stopnia winy, uwzględniając stopień społecznej szkodliwości czynu oraz biorąc pod uwagę cele zapobiegawcze i wychowawcze, które ma osiągnąć w stosunku do skazanego, a także potrzeby w zakresie kształtowania świadomości prawnej społeczeństwa (art. 53 § 1 k.k.). Wymierzając karę, sąd uwzględnia w szczególności motywację i sposób zachowania się sprawcy, popełnienie przestępstwa wspólnie z nieletnim, rodzaj i stopień naruszenia ciężących na sprawcy obowiązków, rodzaj i rozmiar ujemnych następstw przestępstwa, właściwości i warunki osobiste sprawcy, sposób życia przed popełnieniem przestępstwa i zachowanie się po jego popełnieniu, a zwłaszcza staranie o naprawienie szkody lub zadośćuczynienie w innej formie społecznemu poczuciu sprawiedliwości, a także zachowanie się pokrzywdzonego (art. 53 § 2 k.k.).

Dyrektywa uwzględniania stopnia winy przy wymiarze kary ma charakter limitujący. Wymierzając karę Sąd obowiązany jest uwzględniać fakt, iż poprzez ową funkcję limitującą winy, ustawodawca jasno wskazał na utylitarny cel kary, którym jest ochrona porządku prawnego, a nie retribucja w postaci wyrównania winy, pokuty czy odpłaty (zob. W. Zalewski, O pojmowaniu sprawiedliwości w prawie karnym, GSP 2005, t. XIV, s. 1103). W tym zakresie ustawodawca dał prymat zasadzie wywodzącej się jeszcze z czasów starożytnego Rzymu, zgodnie z którą – nikt rozsądny nie karze dlatego, że popełniono przestępstwo, lecz by przestępstwa nie popełniono. Wprawdzie Rzym upadł – myśl prawna jednak pozostała. Opierała się bowiem na głębokiej analizie istoty sprawiedliwości oraz sprawiedliwego karanie. Kara nie może być jedynie formą odpłaty ani tym bardziej przybierać kształtu społecznego odwetu czy zinstytucjonalizowanej zemsty. Kara ma sens wówczas, gdy potwierdzając zasady sprawiedliwości i zapobiegając przestępczości służy odnowie sprawcy, dając mu możliwość zastanowienia się nad swoim zachowaniem.

Wymierzając oskarżonym: M. C., M. Z., A. P. (1) oraz P. Ł. kary jednego roku pozbawienia wolności sąd miał na uwadze wysoki stopień społecznej szkodliwości czynu przypisanemu każdemu z nich.

Każdy z oskarżonych uznanych za winnych popełnienia przypisanego im występkowi, był lekarzem, na którym spoczywał obowiązek podjęcia działania adekwatnego do sytuacji zagrożenia dla życia i zdrowia człowieka. Spoczywał na nim obowiązek gwaranta, którego istota sprowadzała się do zapobieżenia skutkowi w postaci bezpośredniego niebezpieczeństwa dla utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu człowieka – konkretnie małoletniego J. O. (1). Żaden z oskarżonych, którym przypisano sprawstwo występkowi z art. 160 § 2 i 3 k.k. nie potrafił spojrzeć kompleksowo na osobę pokrzywdzonego – na jego organizm oraz na mechanizmy jego funkcjonowania, a postrzegał ją jedynie przez pryzmat wiedzy i umiejętności określony regułami posiadanej specjalizacji. Powinność całościowego

postrzegania człowieka i jego zdrowia należy do kanonów medycyny. Nie jest obowiązkiem abstrakcyjnym – ideą, do której jedynie nawiązywać powinno stosowanie medycyny w praktyce. Słuszność tego wniosku znajduje swoje źródło w postawie lekarza M. T., która potrafiła połączyć objawy ze strony organizmu pokrzywdzonego z możliwym - choć niekoniecznym - powikłaniem przebiegu procesu chorobowego i to w sytuacji, gdy żadne zagrożenie utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu jeszcze się nie konkretyzowało. Przy ocenie stopnia społecznej szkodliwości czynu nie można pominąć tej okoliczności. Pierwszy z lekarzy, z którymi na swojej ścieżce zetknął się J. O. (1), przewidywał grożącą szkodę zdrowiu - a w dalszej konsekwencji biegu zdarzeń – życiu pokrzywdzonego i swoim zachowaniem zgodnym z powinnością gwaranta – uczynił wszystko, by powstaniu szkody zapobiec.

Oceniając stopień społecznej szkodliwości czynu Sąd zobowiązany był do uwzględnienia tych okoliczności z uwagi na brzmienie art. 115 § 2 k.k.

Według powoływanego przepisu art. 115 § 2 k.k. przy ocenie stopnia społecznej szkodliwości czynu sąd bierze pod uwagę rodzaj i charakter naruszonego dobra, rozmiary wyrządzonej lub grożącej szkody, sposób i okoliczności popełnienia czynu, wagę naruszonych przez sprawcę obowiązków, jak również postać zamiaru, motywację sprawy, rodzaj naruszonych reguł ostrożności i stopień ich naruszenia.

Za znacznym stopniem społecznej szkodliwości czynów przypisanych oskarżonym: M. C., M. Z., A. P. (1) oraz P. Ł. przemawia zatem rodzaj naruszonego dobra chronionego prawem - w postaci zdrowia i życia ludzkiego, jak również grożąca pokrzywdzonemu na każdym etapie postępowania leczniczego szkoda – bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia i ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Oceniając stopień społecznej szkodliwości czynu Sąd miał na uwadze również okoliczności popełnienia przez oskarżonych - przypisanego każdemu z nich indywidualnie - czynu. Na każdym z etapów ścieżki diagnostycznej każdy z oskarżonych mógł udzielić pokrzywdzonemu adekwatnej pomocy medycznej. Adekwatnej – to jest dającej szansę na odwrócenie stanu bezpośredniego niebezpieczeństwa dla życia i zdrowia pokrzywdzonego. Jeszcze raz podkreślić należy, że istota odpowiedzialności karnej każdego z oskarżonych, którego uznano za winnego popełnienia występku o znamionach określonych w art. 160 § 2 i 3 k.k. nie sprowadza się do spowodowania śmierci małoletniego J. O. (1). Taka konkluzja jest wynikiem maksymalnego uproszczenia istoty sprawy. Jako taka nie znajduje uzasadnienia w świetle systemu prawa karnego Rzeczypospolitej Polskiej.

Każdy z wyżej wymienionych oskarżonych odpowiada za własne zachowanie. I tylko w tak podmiotowo zakreślonych granicach zachowanie M. C., M. Z., A. P. (1) oraz P. Ł. było przedmiotem analizy Sądu. Istota przypisanego każdemu z tych oskarżonych czynu sprowadza się do zarzutu niewykorzystanej możliwości udzielenia adekwatnej pomocy medycznej zwiększającej w opisanych okolicznościach stanu faktycznego szansę odwrócenia zagrożenia dla życia i zdrowia człowieka. Na każdym z oskarżonych (którego w konsekwencji uznano za winnego popełnienia zarzucanego mu czynu) spoczywała powinność wykorzystania samej li tylko szansy odwrócenia tego zagrożenia. Dla tego imperatywu nie ma znaczenia czy podjęte czynności przyniosłyby skutek, czy nie. Stawianie problemu w ten sposób, by lekarz – gwarant był bezwzględnie odpowiedzialny za skutek, którego wystąpienie leżało poza granicami możliwości jego działania, byłoby sprzeczne z istotą zawodu lekarza. Truizmem jest stwierdzenie, że sprowadza się ona do udzielania pomocy tam, gdzie jest ona możliwa. Nie można wymagać od lekarza-gwaranta by był obowiązany powstrzymać skutki choroby, które są nieuniknionym następstwem patologii procesów zachodzących w organizmie człowieka. W tym miejscu warto ponownie odwołać się do rzymskiej paremii, zgodnie z którą nikt nie jest zobowiązany ponad swoje możliwości.

Inną kwestią jest zaś poruszone powyżej zagadnienie leżącej w granicach możliwości każdego z oskarżonych kompetencji do pokierowania procesem diagnostycznym, by pokrzywdzonemu w porę została udzielona właściwa pomoc medyczna. To, czy przyniosłaby ona pozytywny rezultat, pozostaje prawnie irrelevantne ze względu na zakreślone granice przedmiotowe skargi publicznej prokuratora.

I tak, oskarżona M. C. postawiła błędne rozpoznanie zapalenia stawu biodrowego i w konsekwencji niejako „zawróciła” pokrzywdzonego z właściwej ścieżki postępowania leczniczego. Oskarżony M. Z. – badając pokrzywdzonego kolejnego dnia - mógł zatrzymać konsekwencje błędu oskarżonej M. C. i wdrożyć właściwe postępowanie medyczne. W tożsamy

sposób mogła również zachować się oskarżona A. P. (1). Jej zachowanie miało miejsce w warunkach, w których mogła zachować się w sposób zgodny z prawem: po osobistym zbadaniu pokrzywdzonego zdecydować o umieszczeniu go na takim oddziale, gdzie pokrzywdzonemu zostałby podany antybiotyk, który mógłby powstrzymać postępujący proces zapalny w organizmie pokrzywdzonego. Wówczas wszelkie błędy popełnione przez poprzedników: M. C. i M. Z. nie miałyby znaczenia dla stanu zdrowia pokrzywdzonego. W ten sam sposób należy ocenić zachowanie oskarżonego P. Ł., który miał możliwość wdrożenia właściwego leczenia. To, czy odniosłoby ono skutek – nie miałoby znaczenia dla jego odpowiedzialności z omówionych wyżej względów braku podstaw prawnych do przypisywania komukolwiek odpowiedzialności za wystąpienie skutku, którego następstwo całkowicie leży poza możliwościami człowieka.

W ocenie Sądu wymierzona każdemu z oskarżonych kara jednego roku pozbawienia wolności spełni cele zapobiegawcze i wychowawcze, które ma osiągnąć w stosunku do skazanego, a także potrzeby w zakresie kształtowania świadomości prawnej społeczeństwa.

Oskarżeni: M. C., M. Z., A. P. (1) oraz P. Ł. nie byli dotąd karani. Posiadają ustabilizowaną sytuację osobistą i zawodową. Dopuścili się przypisanego każdemu z nich czynu nieumyślnie. Przypisane każdemu z nich przestępstwo z art. 160 § 2 i 3 k.k. zostało popełnione w związku z wykonywanym zawodem lekarza. Jest to okoliczność - z jednej strony - determinująca ocenę znacznego stopnia społecznej szkodliwości czynu, z drugiej strony nie można jednak pomijać faktu, że skazanie lekarza za czyn z art. 160 § 2 i 3 k.k. jest związane ze stanem swojego rodzaju infamii, która dotyka czci jego osoby. Nie bez znaczenia, ze względu na zajmowaną przez oskarżonych pozycję w środowisku zawodowym, jest już sam fakt prowadzonego procesu karnego i zgoda Sądu na przekaz medialny z jego przebiegu. Jest to znaczna dolegliwość, której nie można nie uwzględniać przy rozstrzygnięciu o karze.

Oskarżeni: M. C., M. Z., A. P. (1) oraz P. Ł. nie są osobami zdegenerowanymi, co do których zachodzi potrzeba wzmoczenia represji karnej za przestępstwo, którego się dopuścili. Było ono wynikiem niedbalstwa ze strony oskarżonej M. C.; - wynikiem indolencji – jeśli chodzi o zachowanie oskarżonego M. Z., - wynikiem nonszalancji – w przypadku oskarżonej A. P. (1); - wynikiem drobiazgowości – jeśli chodzi o ocenę zachowania oskarżonego P. Ł.. Jest to konkluzja ogólnikowa. W ten sposób lapidarnie podsumować można skutki rutyny, która zatarła wrażliwość każdego z oskarżonych na fakt, iż stykając się z pacjentem, nie stykają się z przypadkiem lecz z człowiekiem; oczywistym jest, że tam gdzie w mechanizmie pracy pewne zjawiska chorobowe powtarzają się, sposób postępowania z nimi będzie opierał się na powtarzalnym modelu czynności. Oczywistym również jest fakt, że wszędzie tam, gdzie jest presja czasu, presja wymagań, tam łatwo o pokusę oddania staranności, uważności, empatii mechanizmowi rutyny. Lekarz – gwarant nie powinien jednak łatwo poddawać się owej słabości. Wszelkie bowiem czynności jakie podejmuje, jak i zaniechania, których się dopuszcza, w konsekwencji dotyczą wartości bezcennych: zdrowia i życia człowieka.

Z przedstawionych powyżej względów Sąd nie znalazł podstaw do orzeczenia wobec oskarżonych: M. C., M. Z., A. P. (1) oraz P. Ł. środka karnego w postaci zakazu wykonywania zawodu lekarza.

Zgodnie z treścią art. 41 § 1 k.k. Sąd może orzec zakaz zajmowania określonego stanowiska albo wykonywania określonego zawodu, jeżeli sprawca nadużył przy popełnieniu przestępstwa stanowiska lub wykonywanego zawodu albo okazał, że dalsze zajmowanie stanowiska lub wykonywanie zawodu zagraża istotnym dobrom chronionym prawem. W przypadku przestępstw nieumyślnych – a takie zostało przypisane każdemu z oskarżonych – do orzeczenia środka karnego zakazu wykonywania zawodu lekarza konieczne jest wykazanie, iż sprawca okazał, że dalsze wykonywanie zawodu zagraża istotnym dobrom chronionym prawem – in concreto – życiu lub zdrowiu człowieka.

Jak zatem wynika z powyższego, celowość orzeczenia środka karnego zakazu wykonywania zawodu lekarza, w okolicznościach niemniejszej sprawy, nabiera charakteru stricte prewencyjnego. Potrzeby jego orzeczenia nie należy uzasadniać funkcją represyjną, lecz koniecznością uchronienia życia lub zdrowia człowieka przed aktami naruszeń ze strony oskarżonych.

Prognozując potrzebę ochrony tych istotnych dóbr prawnych przed ponownym ich naruszeniem przez każdego z oskarżonych, Sąd uznał, że prawdopodobieństwo takiego naruszenia nie jest realne.



Przeprowadzone postępowanie karne spowodowało, że M. C., M. Z., A. P. (1), P. Ł. uświadomili sobie konsekwencje własnych zaniechań. Tej oceny nie zmieniają składane przez oskarżonych oświadczenia, co do przyznania się. Czym innym bowiem jest złożenie oświadczenia procesowego na zewnątrz - w toku postępowania prowadzonego przed sądem, czym innym zaś indywidualna refleksja przeprowadzona wewnątrz siebie, do której oskarżeni posiadają wystarczające zdolności. Na marginesie tych rozważań zaznaczyć należy, że brak przyznania się oskarżonych do popełnienia zarzucanego każdemu z nich czynu nie może stanowić okoliczności obciążającej, tym bardziej nie może stanowić podstawy do prognozowania na przyszłość o zagrożeniu dla życia lub zdrowia ludzkiego związanego z wykonywaniem przez oskarżonych zawodu lekarza. W tej przesłance określonej w art. 41 § 1 k.k. in fine trudno dopatrywać się innego celu aniżeli celu prewencyjnego.

Sąd orzekający w niniejszej sprawie w pełni podziela utrwalone w doktrynie prawa karnego stanowisko, zgodnie z którym, jeżeli istnieje tylko przypuszczenie, ryzyko przyszłego naruszenia dóbr, odpada możliwość zastosowania art. 41 § 1 k.k. Z taką sytuacją mamy do czynienia w sprawie niniejszej. Fakt popełnienia przez każdego z oskarżonych przypisanego mu występkę nie dowodzi jeszcze, że nie ma on należytych kwalifikacji zawodowych lub moralnych do wykonywania zawodu (Marek, Komentarz, s. 136; por. Kulesza (w:) System, t. 6, s. 521). Jak już to zostało powiedziane zagrożenie istotnych dóbr prawnych musi się przyczynowo łączyć z popełnionym przestępstwem w ten sposób, by prawdopodobieństwo przyszłego naruszenia przez sprawcę dóbr prawnych zostało w sposób niebudzący wątpliwości uznane za realne. W związku z zasadą in dubio pro reo należy uznać że przesłankę tę uznać będzie można za spełnioną tylko w przypadkach, gdy okoliczność uznawana za zagrażającą dobrom prawnym ma charakter choćby względnie trwałe (choroba, brak kwalifikacji). W pozostałych zaś sytuacjach trzeba będzie poprzestać, ze względu na wspomnianą zasadę in dubio pro reo, na stwierdzeniu, że naganne zachowanie się sprawcy miało charakter jednorazowy [J. Szumski (w:) O. Górniok (i in.), Kodeks..., s. 466]. Z drugiej strony należy również dokonać pewnej kalkulacji, a mianowicie czy pozbawienie oskarżonych: M. C., M. Z., A. P. (1), P. Ł. możliwości wykonywania zawodu przez okres co najmniej roku – a w przypadku żądań procesowych oskarżyciela publicznego oraz oskarżycieli posiłkowych – przez okres od trzech do czterech lat, w sytuacji postępu dokonującego się w medycynie, w razie powrotu oskarżonych do wykonywania zawodu po upływie okresu obowiązywania środka karnego – zakazu wykonywania zawodu lekarza, nie wiązałoby się z zagrożeniem istotnych dóbr chronionych prawem? Na tak postawione pytanie należy odpowiedzieć twierdząco. Nie można też tracić z pola widzenia faktu, że wyżej wskazani oskarżeni jeśli poważnie traktują swoje zawodowe powołanie, to w okresie trwania zakazu wykonywania zawodu lekarza powinni co najmniej starać się o utrzymanie posiadanych kwalifikacji zawodowych na dotychczasowym poziomie. Przy respektowaniu zasady in dubio pro reo orzeczenie zakazu wykonywania zawodu lekarza w ich przypadku wiązałoby się z absolutnym pozbawieniem oskarżonych możliwości wykonywania zawodu. W takim przypadku orzeczony wobec nich środek karny nie spełniłby funkcji prewencyjnej, lecz byłby związany z represją wykraczającą poza ramy sprawiedliwej kary i w pełni wpisywał się w sens znaczeniowy starej rzymskiej zasady *summum ius summa iniuria*, zgodnie z którą zbyt ściśle, formalnie wymierzona sprawiedliwość staje się krańcową niesprawiedliwością. Istotą zaś sprawiedliwości jest przecież oddanie każdemu tego, co według prawa mu się należy.

W ocenie Sądu w stosunku do każdego z oskarżonych, wobec których orzeczono karę jednego roku pozbawienia wolności, zachodzą podstawy do zastosowania dobrodziejstwa warunkowego zawieszenia wykonania orzeczonej kary. Właściwości i warunki osobiste, dotychczasowy sposób życia oraz zachowanie się po popełnieniu przestępstwa M. C., M. Z., A. P. (1) oraz P. Ł. uzasadniają przekonanie, że nie powrócą oni do przestępstwa i wykonanie orzeczonej kary nie będzie konieczne dla wdrożenia ich do przestrzegania porządku prawnego. Sąd uznał, że okres trzech lat próby będzie wystarczający dla zweryfikowania trafności rzeczonej pozytywnej prognozy kryminologicznej.

W związku z zastosowaniem wobec oskarżonych probacji Sąd orzekł wobec każdego z nich grzywnę na podstawie art. 71 § 1 k.k.

O kosztach orzeczono w odrębnym postanowieniu.

Mając na uwadze powyższe Sąd orzekł jak w sentencji.