

UZASADNIENIE

W 2013 r. R. D. (ur. (...)) przeszedł udar mózgu. Po udarze leczony był w szpitalu w G., a następnie kontynuował leczenie oraz rehabilitację w K.. Skutkiem udaru był niedowład lewej strony ciała.

dowód: zeznania świadka A. P. k.1-3 zbioru B, 70-71,

W dniu 03.06. 2015r. R. D. zasłabł, biorąc kąpiel w wannie. Został przyjęty w Izbie Przyjęć Szpitala im. (...) w K.. Wykonano wówczas badanie EKG z opisem w brzmieniu m.in. „prawidłowy rytm zatokowy, blok pr. odn. p. H., przerost lewej komory z poszerzeniem (...),EKG nieprawidł.” Lekarz P. D. odmówił przyjęcia pacjenta do szpitala, uznając, że nie wymaga on leczenia w oddziale wewnętrznym.

dowód: zeznania świadka A. P. k.1-3 zbioru B, 70-71, dokumentacja medyczna k.1,10 zbioru G

R. D. cierpiał na zaawansowaną miażdżycę naczyń tętniczych z niemal całkowicie zarośniętą prawą tętnicą wieńcową. W nieustalonym okresie pomiędzy 03.06.2015r. a 17.08.2015r. R. D. przeżył zawał mięśnia sercowego, o którym nie wiedział i z powodów którego nie był hospitalizowany.

dowód: protokół badania sekcyjnego k. 7-16 zbioru F, opinia biegłego (...) w B. k.17-19 zbioru F, k.122

W dniu 17 sierpnia 2015r. R. D. uskarżał się na ból brzucha, upatrując jego przyczyny w zbyt obfitym posiłku spożytym poprzedniego dnia. Ból raz występował, a raz ustawał. Po południu R. D. zaczął uskarżać się na ból powyżej brzucha, który również raz pojawiał się, a raz ustawał. Pojawiły się też duszności. H. D. namawiała męża na wizytę w szpitalu, jednak bezskutecznie. R. D. odmawiał także wezwania Pogotowia. Wreszcie, na usilne prośby żony, zgodził się na pójście pieszo do oddalonego o kilkaset metrów szpitala. Tego dnia było słonecznie i upalnie.

dowód: zeznania świadka A. P. k.1-3 zbioru B,70-71, H. D. k.10-13 zbioru C,72-74, protokół oględzin i materiał poglądowy k.31-37 zbioru G

W dniu 17 sierpnia 2015r. lekarz P. D. (specjalista chorób wewnętrznych) pełnił dyżur w Oddziale Internistycznym oraz Izbie Przyjęć. Tego dnia w szpitalu nie pracował żaden kardiolog, ani inny lekarz specjalista chorób wewnętrznych.

R. D. został przyjęty w Izbie Przyjęć około godz.16.45. Pacjent podał, że w nocy miał dolegliwości w klatce piersiowej oraz w jamie brzusznej, których w chwili badania już nie odczuwał. W badaniu czynności serca odnotowano miarowość o częstości 84/min. Lekarz stwierdził, że obszar nad płucami był bez zmian. Po badaniu podmiotowym i przedmiotowym, lekarz zlecił wykonanie badania EKG, które wykazało: rytm zatokowy, blok przedniej wiązki lewej odnogi pęczka H. i prawej odnogi pęczka H., cechy rozległego zawału ściany przednio- bocznej z uniesieniem odcinka ST, pobudzenia przedwczesne komorowe pojedyncze, jednoogniskowe. Obraz EKG odpowiadał cechom znacznego uszkodzenia mięśnia sercowego, choć nie pozwalał na stwierdzenie, czy uszkodzenie miało charakter świeży. P. D., po zapoznaniu się z dokumentacją szpitalną pacjenta z 2015r., a także dokumentacją dostarczoną przez żonę pacjenta, po wykonaniu badania przedmiotowego i podmiotowego pacjenta oraz po zapoznaniu się z wynikiem badania EKG, stwierdził, że dolegliwości pacjenta nie miały charakteru kardiologicznego przede wszystkim ze względu na brak aktualnego bólu w klatce piersiowej. Zakończył diagnostykę, zalecając oszczędzający tryb życia, zmodyfikował leczenie farmakologiczne przez włączenie odstawionego przez lekarza rodzinnego leku o nazwie F. i zezwolił, aby pacjent opuścił szpital. Pacjent i jego żona nie informowali lekarza, że będą wracać pieszo do domu.

dowód: zeznania świadka H. D. k.10-13 zbioru C,72-74, k.88, pismo k.23 zbioru G, częściowo wyjaśnienia oskarżonego P. D. k.64-70, karta informacyjna k.2,10 zbioru G, pismo k.23 zbioru G, opinia (...) w B. k.17-19v zbioru F, umowa cywilnoprawna k.24-25v zbioru G

Po wyjściu ze szpitala (...) wraz z żoną wracali pieszo do swojego mieszkania. H. D. podtrzymywała męża, który coraz bardziej słabł i miał problem z poruszaniem się. W pewnym momencie, przy pokonywaniu krawężnika, oboje przewrócili się na trawnik. H. D. podniosła się z upadku. Natomiast R. D. nadal leżał na trawniku. H. D. przystąpiła do reanimacji. Po chwili zastąpił ją M. L., który wykonywał masaż serca do czasu przyjazdu Pogotowia (...).

dowód: zeznania świadka H. D. k.10-13 zbioru C, 72-74, protokół oględzin i materiał pogładowy k.31-37 zbioru G

Po przybyciu na miejsce Pogotowia (...), zespół przystąpił do resuscytacji R. D.. Akcję reanimacyjną kontynuowano także w karetce, a następnie przed Szpitalem im. (...) w K..

dowód: zeznania świadka A. P. k.1-3 zbioru B, 70-71, J. P. k.7-8 zbioru C, 71-72, H. D. k.10-13 zbioru C, 72-74, k.88, częściowo zeznania świadka M. L. k.86, karta medyczna czynności ratunkowych k.3 zbioru G,

R. D. zmarł w dniu 17 sierpnia 2015r. o godz.19.10. Jako przyczynę zgonu w karcie zgonu lekarz wskazał „nagle zatrzymanie krążenia”.

Prawdopodobną przyczyną zgonu R. D., ustaloną przez biegłych sądowych, było zatrzymanie krążenia i oddychania w przebiegu samoistnych procesów chorobowych, możliwe, że na skutek zaostrzenia niewydolności krążenia.

dowód: karta zgonu k.4-6 zbioru G, zeznania A. R. k.105-106, k.122

Tego samego dnia w szpitalu (...) rozmawiała z lekarzem P. D., zarzucając mu, że nie przyjął męża do szpitala. Lekarz zaskoczony był faktem, że R. D. wracał ze szpitala pieszo.

dowód: zeznania świadka A. P. k.1-3 zbioru C, 70-71, J. P. k.7-8 zbioru C, 71-72, H. D. k.10-13 zbioru C, 72-74

R. D. w chwili zgonu znajdował się pod działaniem farmakologicznych kwetiapiny, atorwastyny i piracetamu.

K. zaliczana jest do atypowych leków przeciwpsychotycznych. Wskazaniem do jej zażycia jest leczenie schizofrenii, leczenie epizodów maniакаlnych o umiarkowanym lub ciężkim nasileniu w przebiegu zaburzeń afektywnych dwubiegunowych, leczenie epizodów ciężkiej depresji w przebiegu zaburzeń afektywnych dwubiegunowych, zapobieganie nawrotom zaburzeń afektywnych dwubiegunowych u pacjentów, którzy reagowali na wcześniejsze leczenie kwetiapiną.

A. natomiast zmniejsza stężenie cholesterolu w komórkach wątrobowych. Wskazaniem do jej zażycia jest pierwotna hipercholesterolemia i hiperlipidemia mieszana z dominującą hipercholesterolemią. Lek należy stosować w przypadku nieskuteczności leczenia niefarmakologicznego, w skojarzeniu z dietą z ograniczeniem podaży tłuszczów nasyconych i cholesterolu, zapobieganie zdarzeniom sercowo- naczyniowym.

P. jest lekiem nootropowym z grupy pirolindów. Wskazaniem do jego zażycia jest leczenie zaburzenia procesów poznawczych w zespołach otępiennych z wyjątkiem choroby Alzheimera, leczenie mioklonii pochodzenia korowego, zawrotów głowy pochodzenia ośrodkowego i obwodowego, leczenie zaburzeń dyslektycznych u dzieci, jednocześnie z terapią logopedyczną.

dowód: protokół badania chemiczno- toksykologicznego krwi pobranej ze zwłok R. D. k. 1-6 zbioru F

W chwili zgonu R. D. nie znajdował się pod wpływem zewnątrzpochodnego alkoholu etylowego

dowód: protokół z badania k.11 zbioru G

Podczas oględzin zewnętrznych zwłok R. D. stwierdzono jamę poudarową w obrębie płatów skroniowego i ciemieniowego po stronie prawej, z cechami malacji okolicznych tkanek, rozległe bliznowacenie ściany bocznej komory lewej i przegrody mięśnia sercowego, niemal zarośnięte ateromatycznie światło tętnicy wieńcowej prawej, zaawansowaną miażdżycę naczyń tętniczych, odlewowy konkrement (kamień) w układzie kielichowo-

miedniczkowym nerki lewej, obustronne złamanie żeber i poprzeczne złamanie mostka, zmiążdżenie trzonu kręgu piersiowego dziewiątego kręgosłupa z rozerwaniem stawów kręgosłupa pomiędzy kręgiem piersiowym ósmym i dziewiątym, cechy obrzęku mózgu, obrzęk płuc, wole guzowate tarczycy, cechy przewlekłego, odmiedniczkowego zapalenia nerek, stłuszczenie wątroby, pojedyncze nieduże sińce i otarcia naskórka powłok miękkich grzbietów obu rąk, uogólnione bierne przekrwienie narządów wewnętrznych.

W ocenie lekarzy wykonujących sekcję zwłok złamania żeber oraz pęknięcie mięśnia sercowego powstały w związku z prowadzoną akcją resuscytacyjną, zaś złamanie kręgosłupa w odcinku piersiowym w wyniku upadku.

dowód: protokół z sekcji zwłok k.7-16 zbioru F

W postępowaniu przygotowawczym powołano zespół biegłych z Zakładu Medycyny Sądowej (...) w B.. W ocenie zespołu biegłych, ze względu na fakt, że w zapisie EKG pokrzywdzonego z dnia 17.08.2015. oprócz zaburzeń przewodnictwa widoczne były cechy rozległego zawału ściany przednio-bocznej mięśnia sercowego, a wynik EKG nie dawał podstaw do oceny czasu powstania tych zmian, należało bezwzględnie poszerzyć diagnostykę o ocenę laboratoryjną markerów martwicy mięśnia sercowego. W ocenie zespołu biegłych, lekarz w sposób nieprawidłowy odstąpił od dalszej diagnostyki R. D.. Biegli nie byli w stanie udzielić odpowiedzi na pytanie, czy prawidłowo prowadzone postępowanie diagnostyczno- terapeutyczne zmieniloby w sposób zasadniczy przebieg choroby i zapobiegłoby zgonowi pokrzywdzonego w jego stanie zdrowia. Wedle biegłych odmowa przyjęcia do szpitala, w tym przede wszystkim nieprzeprowadzenie pełnej diagnostyki dolegliwości chorobowych i odstąpienie od dalszego leczenia pokrzywdzonego zwiększyło ryzyko krytycznego pogorszenia stanu zdrowia, a tym samym jego zgonu. Wyniki sekcji zwłok (blizny pozawałowe) w zestawieniu z zapisami EKG z dnia 03.06.2015r. i 17.08.2015r. wskazywały przede wszystkim na znaczne stopnia uszkodzenie mięśnia sercowego, do którego doszło w okresie między tymi badaniami. Równocześnie u pokrzywdzonego w badaniu pośmiertnym stwierdzono zmiany poudarowe w obrębie mózgowia, zaawansowaną miażdżycę naczyń tętniczych, w tym krytyczne zwężenie prawej tętnicy wieńcowej. Biegli wskazali, że w przypadku chorych, u których występują tak istotne czynniki ryzyka nagłego pogorszenia stanu zdrowia, istnieje równocześnie istotne ryzyko zgonu zarówno w warunkach życia codziennego, jak i w szpitalu, w tym niezależnie od podejmowanych przez lekarzy działań, czy wdrażanych procedur diagnostycznych.

dowód: opinia (...) w B. k.17-19v zbioru F

Oskarżony P. D., słuchany w postępowaniu przygotowawczym, nie przyznał się do popełnienia zarzuconego mu czynu i wyjaśnił, że w dniu 17 sierpnia 2015r. około godz.16.45 w Izbie Przyjęć Szpitala przyjął pacjenta R. D.. Przeprowadził badanie przedmiotowe, czyli rozmowę z pacjentem i jego żoną na temat dolegliwości, przyczyn zgłoszenia się do szpitala oraz dotychczas przebytych chorób. W trakcie rozmów ustalił, że w godzinach nocnych pacjent miał bóle brzucha spowodowane spożyciem obfitego i ciężkostrawnego posiłku. Bóle te samoistnie ustąpiły w ciągu dnia. W czasie pobytu w szpitalu pacjent nie miał już żadnych dolegliwości. Podczas badania lekarz stwierdził znaczne stopnia otyłość oraz miarową czynność serca o częstości około 84 na minutę. Metodą osłuchową stwierdził także prawidłowy szmer oddechowy pęcherzykowy. W badaniu EKG stwierdził rytm zatokowy miarowy o częstości około 84 na minutę z cechami bloku lewej i prawej odnogi pęczka H.. Poprosił żonę pacjenta o dokumentację, którą ta dostarczyła. Lekarz zapoznał się z wcześniejszą dokumentacją szpitalną pacjenta z 2015r. Po analizie całości dokumentacji oraz przy uwzględnieniu tego, że pacjent nie zgłaszał żadnych dolegliwości bólowych w klatce piersiowej, oskarżony doszedł do przekonania, że dolegliwości pacjenta nie miały charakteru kardiologicznego, a obraz EKG miał charakter zmian utrwalonych, przewlekłych. W związku z powyższym, oskarżony zakończył diagnostykę, udzielił pacjentowi i jego żonie zaleceń co do dalszego leczenia ambulatoryjnego, zlecił modyfikację leczenia farmakologicznego przez włączenie odstawionego przez lekarza rodzinnego leku o nazwie F. i zalecił oszczędzający tryb życia. Pacjent opuścił szpital w stanie ogólnym dobrym, samodzielnie około godz.18.00. Około godz.19.10 do szpitala przyjechała karetka. Oskarżony został wezwany do udziału w reanimacji R. D., która jednak nie przyniosła skutku. O godzinie 19.10 stwierdzono zgon pacjenta. Oskarżony złożył wyrazy współczucia żonie pacjenta. Okazało się, że R. D. wracał ze szpitala pieszo, idąc przez około pół godziny. Dodatkowo tego dnia panowały bardzo wysokie temperatury. Oskarżony ocenił, że przy takiej pogodzie, pacjent obciążony przewlekłymi chorobami, z przebyłym udarem mózgu,

z niedowładem kończyn, z otyłością, przewlekłą niewydolnością serca i uogólnioną miażdżycą nie powinien być poddawany takiemu wysiłkowi. W ocenie oskarżonego taki wysiłek przyczynił się do nagłej dekompensacji układu krążenia, do wystąpienia ostrej niewydolności serca i w następstwie do zgonu. Oskarżony wyjaśnił, że nie wiedział, iż R. D. przyszedł do szpitala pieszo i w taki sam sposób wracał do domu.

Oskarżony P. D. w postępowaniu sądowym nie przyznał się do popełnienia zarzuconego mu czynu i wyjaśnił, że w dniu 17 sierpnia 2015r. pełnił dyżur w Oddziale Internistycznym oraz w Izbie Przyjęć w Szpitalu im. (...). J. w K.. Około godz.16.00-16.30 do Izby Przyjęć zgłosił się 72-letni pacjent R. D.. Oskarżony przystąpił do badania podmiotowego i przedmiotowego. Zebrał wywiad od pacjenta oraz jego żony. Dowiedział się, że R. D. w nocy miał dolegliwości bólowe brzucha, które wiązał ze spożytym wcześniej ciężkostrawnym posiłkiem. Skarżył się też na zgagę. W chwili badania, ani tuż przed badaniem, pacjent nie odczuwał już żadnych dolegliwości. Lekarz w trakcie badania stwierdził miarowość serca, bez istotnych zaburzeń. Nie stwierdził żadnych nieprawidłowości nad polami okolicy płuc. Po wykonaniu badania EKG, zapoznał się z nim, stwierdzając rytm zatokowy z pojedynczymi pobudzeniami przedwczesnymi pochodzenia komorowego oraz cechy bloku prawej odnogi pęczka H. oraz cechy bloku przedniej wiązki lewej odnogi pęczka H.. Wedle oskarżonego, wynik badania EKG oznaczał zaburzenia przewodnictwa śródkomorowego, które nie wymagały dalszego postępowania, ani dalszej diagnostyki, ponieważ nie były objawami sugerującymi możliwość wystąpienia zawału serca. Wynik EKG stwierdzał też uniesienia odcinków ST, które były objawem blizny mięśnia sercowego, świadcząc o przebyłym zawale. Oskarżony podkreślił, że nie stwierdził w badaniu EKG cech świeżego zawału, do którego należy typowy kształt uniesienia odcinka ST, zwany falą P.. W ocenie tej utwierdził oskarżonego także brak dolegliwości bólowych u pacjenta, które są konieczne, aby podejrzewać ostry zespół wieńcowy lub zawał serca. Oskarżony podkreślił, że z posiadanych materiałów naukowych wynikało, że wskazaniem do oznaczania markerów zawału serca jest ból w klatce piersiowej. Z materiałów tych wynikało, że blok prawej odnogi pęczka H. oraz blok przedniej wiązki lewej odnogi pęczka H. nie stanowiły podstaw do stwierdzenia zawału serca i nie były wskazaniem do oznaczania stężenia troponiny. Oskarżony wyjaśnił, że żona pacjenta udała się do domu po lekarstwa, które ten zażywał oraz jego dokumentację medyczną. Oskarżony zapoznał się z wynikiem badania EKG wykonanym wcześniej. W opisie tym wymieniono istniejące już wtedy zaburzenia przewodnictwa śródkomorowego i zaburzenia procesu repolaryzacji. Oskarżony uznał zatem, że w aktualnym badaniu EKG nie pojawiły się nowe istotne zmiany, które wskazywałyby na możliwość wystąpienia ostrego zawału serca. Po upewnieniu się, że pacjent w dalszym ciągu nie miał żadnych dolegliwości bólowych, zalecił oszczędny tryb życia oraz powrót do leku o nazwie F.. Oskarżony nie stwierdził również żadnych objawów mogących wskazywać na świeży udar mózgu pacjenta z uwagi na to, że nie wystąpiły żadne nowe niedowłady kończyn, dotychczasowe niedowłady nie nasiliły się, nie było też żadnych zaburzeń mowy. W tym stanie rzeczy pacjent został zwolniony do domu, zaś oskarżony podjął swoje dalsze obowiązki. Po godz.19.00 został wezwany do karetki pogotowia celem pomocy w reanimacji pacjenta. Okazało się, że osobą reanimowaną był R. D.. Pacjent już wtedy był nieprzytomny. Resuscytacja okazała się nieskuteczna. Pacjent zmarł. Oskarżony przeżył wstrząs. W szpitalu spotkał żonę pacjenta, od której dowiedział się, że zmarły wracał pieszo do domu, w pewnym momencie zasłabł i osunął się na trawnik. Akcję reanimacyjną prowadziła najpierw żona pacjenta, a potem sąsiad. W trakcie tej akcji pacjent otworzył oczy. W ocenie oskarżonego okoliczności te świadczyły o tym, że u R. D. nie doszło do zatrzymania czynności serca, lecz do zasłabnięcia- omdlenia, które nie stanowi wskazań do podjęcia resuscytacji. Oskarżony podkreślił, że złamania w obrębie klatki piersiowej opisane w protokole sekcji zwłok, świadczyły o nieprawidłowo prowadzonej akcji resuscytacji. W ocenie oskarżonego brak świeżej skrzepliny w tętnicy wieńcowej serca sprzeciwiał się przyjęciu, iż przyczyną zgonu pacjenta był zawał serca. Brak nowego ogniska niedokrwienia w miąższu mózgu sprzeciwiał się natomiast przyjęciu, że przyczyną zgonu był udar mózgu. Wedle oskarżonego przyczyną zgonu R. D. było linijne pęknięcie lewej komory mięśnia sercowego skutkujące wylewaniem się krwi do worka osierdziowego. Do pęknięcia mięśnia sercowego doszło natomiast wskutek niezasadnej i nieprawidłowo prowadzonej reanimacji. Oskarżony wyraził także pogląd, że uszkodzenie kręgów 7,8 i 9 jest charakterystyczne dla nieprawidłowo prowadzonej resuscytacji, natomiast rzadko powstaje na skutek upadku.

dowód: wyjaśnienia oskarżonego P. D. k.6-6v, 64-70

Oskarżony przedłożył do akt sprawy prywatną opinię specjalisty chorób wewnętrznych i kardiologa I. Z., wedle której rutynowe pobieranie troponin u pacjenta bez dolegliwości (tj. bólu w klatce piersiowej) nie miało klinicznego uzasadnienia. W ocenie wymienionej jedynie objawy kliniczne oraz dynamika zmian troponin, markerów martwicy mięśnia sercowego świadczyły o ostrym zespole wieńcowym (zawałe serca). Wedle I. Z., blok prawej odnogi pęczka H. oraz blok przedniej wiązki lewej odnogi pęczka H. nie są wykładnikami ostrego zespołu wieńcowego, a świadczą jedynie o zaburzeniach przewodnictwa śródkomorowego. O ostrym zespole wieńcowym świadczy natomiast świeży blok lewej odnogi pęczka H..

Oskarżony przedłożył także prywatną opinię specjalisty chorób wewnętrznych i kardiologa G. N., który podzielił wnioski lek. I. Z..

Oskarżony przedłożył również inne materiały dotyczące procedur diagnostyki podejrzenia zawału serca.

dowód: dokumentacja k.58-62

W postępowaniu sądowym zasięgnięto uzupełniającej opinii Zakładu Medycyny Sądowej (...) w B.. Wedle tej opinii, w dniu 17 sierpnia 2015r. w Izbie Przyjęć Szpitala u R. D. nie występowały charakterystyczne objawy, które mogłyby odpowiadać niedokrwieniu ośrodkowego układu nerwowego lub zawałowi mięśnia sercowego. Nie występowały u niego także objawy niecharakterystyczne mogące sugerować ostre niedokrwienie (...). W ocenie biegłych- bóle w klatce piersiowej i jamie brzusznej oraz duszność sugerowały wykonanie badania EKG, do którego doszło. Fale P. w zapisie EKG świadczą o ostrym pełnościennym niedokrwieniu mięśnia sercowego skutkującym zwykle zawałem mięśnia sercowego. W zapisie EKG pokrzywdzonego z dnia 17.08.2015r. widoczne było uniesienie odcinka ST w odprowadzeniach I, V2-V5 z obecnością tzw. „dziury elektrycznej”, czyli patologicznych załamek q i zespołów (...). Taki obraz mógł świadczyć o świeżym zawałe mięśnia sercowego z obecnością fali P. lub być cechą przebytego zawału mięśnia sercowego. W tym drugim przypadku musi wystąpić tzw. przetrwałe uniesienie odcinka ST. Ponieważ jednorazowy zapis EKG nie dał możliwości stwierdzenia, do której sytuacji klinicznej doszło, wskazane było wykonanie badań enzymatycznych- markerów martwicy mięśnia sercowego pozwalających na wykluczenie bądź potwierdzenie zmian świeżych. W ocenie biegłych zapis badania EKG z dnia 17.08.2015r. przy braku w wywiadzie przebytego zawału serca w przeszłości i nietypowych bólach w klatce piersiowej i jamie brzusznej w okresie nieznacznie poprzedzającym wykonanie EKG wymagał poszerzenia diagnostyki o ocenę markerów martwicy mięśnia sercowego. W ocenie biegłych nieprawidłowe działanie oskarżonego polegające na odstąpieniu od dalszej diagnostyki pacjenta, w tym brak obserwacji chorego w warunkach szpitalnych, prowadziło do zwiększenia zagrożenia utraty życia przez pokrzywdzonego. W ocenie biegłych, ze względu na to, że pokrzywdzony był osobą obciążoną istotnymi dolegliwościami chorobowymi, a w zapisie EKG z dnia 17.08.2015r. widoczne były cechy znacznie uszkodzonego mięśnia sercowego, R. D. należało traktować jako pacjenta, który mógł umrzeć w każdej chwili i to nawet przy prawidłowo prowadzonej diagnostyce zmian chorobowych. Natomiast biegli nie potrafili określić o ile ryzyko zgonu pokrzywdzonego zostało zwiększone przez zaniechanie poszerzenia diagnostyki oraz zwolnienie go do domu. Według biegłych, badanie pośmiertne oraz obraz kliniczny pokrzywdzonego przed śmiercią wskazywał, że do zgonu R. D. doszło w następstwie zatrzymania krążenia i oddychania w przebiegu samoistnych procesów chorobowych. W ocenie biegłych- mniej prawdopodobną przyczyną zgonu było ostre niedokrwienie w zakresie ośrodkowego układu nerwowego. Wedle biegłych, osoby udzielające pokrzywdzonemu pomocy, nie wchodzące w skład zespołu ratownictwa medycznego, w sposób uzasadniony prowadziły czynności ratunkowe. Analiza okoliczności udzielenia pomocy przedmedycznej pokrzywdzonemu oraz wyników badania pośmiertnego nie wskazywała, aby resuscytacja krążeniowo- oddechowa w tym czasie była prowadzona w sposób istotnie nieprawidłowy, który mógł przyczynić się do zgonu pokrzywdzonego.

W ocenie biegłych, wynik badania sekcyjnego w zestawieniu z zapisem EKG z dnia 17.08.2015r. wskazywał, że zawał u pokrzywdzonego był starszej daty. W ocenie biegłych zaślabnięcie pokrzywdzonego w drodze powrotnej do domu należy wiązać z zaawansowanymi zmianami chorobowymi, których zaostrzenie doprowadziło do zgonu pokrzywdzonego.

dowód: k.122

Sąd dał wiarę wyjaśnieniom oskarżonego co do podjętych czynności medycznych wobec pacjenta R. D. w dniu 17 sierpnia 2015r. oraz ustaleń poczynionych przez oskarżonego na podstawie wywiadu od pacjenta, jego żony, dokumentacji medycznej z dotychczasowego leczenia oraz wykonanego wówczas badania EKG. Wyjaśnienia oskarżonego w tym zakresie korespondowały z zeznaniami pielęgniarki, a także z zabezpieczoną dokumentacją medyczną pacjenta. Oskarżony w sposób obszerny wyjaśniał przyczyny leżące u podstaw podjętej przez niego diagnostyki, a także podjął polemikę z wnioskami biegłych zawartymi w pisemnej opinii. Wskazać jednak należy, że w tym zakresie ustalenie, czy podjęte przez oskarżonego czynności diagnostyczno- terapeutyczne wobec pacjenta w dniu 17.08.2015r. były prawidłowe, czy też nie i czy w związku z tym oskarżony swoim zachowaniem wypełnił znamiona przestępstwa z art.160 kk, należało do zadań Sądu. Sąd nie podzielił poglądu oskarżonego, że w tej określonej sytuacji klinicznej w dniu 17.08.2015r. brak było podstaw do poszerzenia diagnostyki o badanie markerów martwicy mięśnia sercowego. Biegli w tym zakresie nie mieli żadnych wątpliwości oraz w sposób logiczny i przekonujący uzasadnili tę ocenę i dlatego też Sąd dał im wiarę. Natomiast podkreślić należy, że oskarżony miał rację, iż zawał widoczny w badaniu EKG R. D. z 17.08.2015r. był starszej daty, co potwierdziły późniejsze wyniki badania sekcyjnego oraz wnioski zespołu biegłych.

Sąd uznał za wiarygodne zeznania świadków H. D., A. P. oraz J. P., bowiem korespondowały one ze sobą wzajemnie, a także z innymi dowodami. Sąd nie dał wiary zeznaniom H. D., iż w trakcie resuscytacji mąż odzyskał przytomność. Sprzeciwiały się temu bowiem wnioski opinii biegłych, którzy uznali akcję resuscytacyjną wykonywaną przez osoby niewchodzące w skład zespołu ratownictwa medycznego za uzasadnioną oraz taką, która nie była prowadzona w sposób istotnie nieprawidłowy.

Sąd dał wiarę ratownikom oraz lekarzowi wchodzącym w skład zespołu ratownictwa medycznego, którzy brali udział w resuscytacji R. D.. Ich zeznania bowiem były logiczne, spójne i konsekwentne, nadto korespondowały z innymi uznanymi przez Sąd za wiarygodne dowodami.

Sąd dał wiarę zeznaniom pielęgniarki pełniącej dyżur w Izbie Przyjęć Szpitala im. (...) w K. w dniu 17.08.2015r., bowiem przystawały one do uznanych za wiarygodne wyjaśnień oskarżonego oraz dokumentacji medycznej pacjenta.

Sąd dał wiarę bezpośredniemu przełożonemu oskarżonego, z tym, że wymieniony o zdarzeniu dowiedział się później. Jego wiedza na ten temat była znikoma i opierała się na krótkich rozmowach z oskarżonym. Wedle tego świadka. zapis badania EKG R. D. z dnia 17.08.2015r. nie dawał podstaw do dalszej diagnostyki w szpitalu, o ile pacjent nie zgłaszał aktualnych dolegliwości bólowych.

Sąd uznał za niewiarygodne zeznania M. L. w części, w której zaprzeczył, aby przejął po H. D. resuscytację R. D.. Prowadzenie resuscytacji przed zespołem ratownictwa medycznego nie budziło wątpliwości tak w świetle zeznań H. D., jak i ratowników medycznych.

Sąd dał wiarę opiniom (...) w B. z uwagi na to, że były one jasne, konsekwentne i wewnętrznie niesprzeczne. Nadto wnioski opinii korespondowały z innymi dowodami, w tym z wynikami badania sekcyjnego pacjenta.

Sąd dał wiarę wszystkim pozostałym dowodom z dokumentów albowiem nie były one kwestionowane przez żadną ze stron.

Sąd uznał prywatne opinie lekarzy I. Z. oraz G. N. za dowody, które nie miały charakteru pełnowartościowego. Sąd potraktował je jako prywatne poglądy wyrażone przez innych lekarzy-specjalistów chorób wewnętrznych i kardiologów, podkreślając, że wymienieni udzielili odpowiedzi na pewne zagadnienie teoretyczne, bez znajomości realiów niniejszej sprawy. Sąd nie podzielił tych poglądów z uwagi na powyższe, a także uwzględniając jasne i konsekwentne wnioski zawarte w opinii zespołu biegłych, którzy w odróżnieniu od wyżej wymienionych lekarzy, dysponowali całością materiału dowodowego i wypowiadali się w sprawie konkretnego pacjenta.

Znamieniem przestępstwa kwalifikowanego z art.160§2 kk jest skutek w postaci narażenia człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Aby przypisać sprawcy czyn z art.160§2 kk należy ustalić związek pomiędzy jego zachowaniem a tym skutkiem. Ten wymagany związek określany jest tak w doktrynie, jak i w orzecznictwie, jako obiektywne przypisanie skutku. Zatem należy wykazać, że określone zachowanie spowodowało stan bezpośredniego niebezpieczeństwa utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, albo też- w przypadku, gdy stan ten już wystąpił wcześniej u chorego- prowadziłby do istotnego zwiększenia (nasilenia) stopnia narażenia na takie niebezpieczeństwo. W akcie oskarżenia opisano zachowanie lekarza jako zaniechanie dalszego leczenia, które miało polegać na co najmniej 6 godzinnej obserwacji i monitorowaniu stanu pacjenta przez dwukrotne ponowienie badań EKG i ocenę markerów martwicy mięśnia sercowego. Tymczasem z opinii zespołu biegłych, która legła u podstaw oskarżenia, wynikało, że 6 godzinna obserwacja z dwukrotnym zapisem EKG i oceną markerów martwicy mięśnia sercowego konieczna była wyłącznie u pacjentów z dolegliwościami bólowymi w obrębie klatki piersiowej, czy też jamy brzusznej, u których zapis EKG wykazuje cechy martwicy mięśnia sercowego. Tymczasem w niniejszej sprawie Sąd ustalił, że tych dolegliwości bólowych w obrębie klatki piersiowej, czy też jamy brzusznej R. D. w momencie badania nie zgłaszał. W takiej sytuacji- jak to wynikało z uzupełniającej opinii zespołu biegłych- należało poszerzyć diagnostykę o ocenę markerów martwicy mięśnia sercowego i obserwować pacjenta w warunkach szpitalnych w czasie wykonywania tych badań (w tym wykonania kontrolnego badania EKG w celu obserwacji dynamiki zmian w zapisie czynności elektrycznej serca). Akt oskarżenia w części opisującej zachowanie lekarza jako zaniechanie dalszego leczenia, nie znalazł uzasadnienia w opiniach zespołu biegłych, w których mowa była wyłącznie o zaniechaniu dalszej diagnostyki. Zadaniem Sądu była zatem ocena, czy to wyżej opisane zachowanie oskarżonego stanowiło błąd diagnostyczny, w dalszej kolejności- czy ów błąd diagnostyczny wywołał stan narażenia pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (ew. czy go istotnie zwiększył), a na końcu, czy pomiędzy tym zachowaniem oskarżonego a skutkiem zachodził związek określany jako obiektywne przypisanie skutku. Błędem diagnostycznym jest wadliwe rozpoznanie stanu zdrowia pacjenta. Występuje on w formie tzw. błędu pozytywnego (lekarz rozpoznaje u pacjenta określoną chorobę, podczas gdy pacjent na nią nie cierpi i jest zdrowy) lub błędu negatywnego (lekarz nie rozpoznaje u pacjenta choroby, uznając go za człowieka zdrowego mimo, że ta faktycznie występuje). Można też wyróżnić błąd mieszany, którego istota polega na tym, że lekarz, rozpoznaje u pacjenta inną chorobę niż ta, na którą cierpi on faktycznie. (M Filar, S. Krześ, E. Marszałkowska- Krześ. Piotr Zaborowski, Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej. LexisNexis. Warszawa 2005, s.145). W ocenie Sądu oskarżony nie popełnił żadnego błędu diagnostycznego. Jak się bowiem później okazało, zawał widoczny w badaniu EKG pacjenta w dniu 17.08.2015r. faktycznie był starszej daty, tak jak to od początku przyjął oskarżony. Zatem zaniechanie dalszej diagnostyki w kierunku ustalenia, czy zawał mięśnia sercowego widoczny na badaniu EKG z dnia 17.08.2015r. był stary, czy też świeży, przy potwierdzonej później, jak się okazało prawidłowej diagnozie postawionej przez lekarza, iż zawał był starszej daty, nie stanowiło zachowania narażającego pacjenta na skutek, o jakim mowa w art.160 kk. Dalsza rozszerzona diagnostyka wykazałaby bowiem jedynie to, co oskarżony stwierdził dużo wcześniej. Skoro zachowanie oskarżonego nie stanowiło błędu diagnostycznego, to tym samym zachowanie to polegające na prawidłowym rozpoznaniu starego zawału nie mogło pozostawać w jakimkolwiek związku ze skutkiem w postaci narażenia pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Sąd uznał, że choć oskarżony postąpił w sposób nieprawidłowy z punktu widzenia sztuki lekarskiej, to nieprawidłowość ta polegająca na odstąpieniu od dalszej diagnostyki w kierunku potwierdzenia bądź wykluczenia świeżego zawału serca u R. D., nie przekładała się w żaden sposób na możliwość przypisania oskarżonemu czynu z art.160 kk. Przez postawienie prawidłowej diagnozy przez oskarżonego został rozerwany związek pomiędzy jego zachowaniem a możliwością przypisania mu skutku opisanego w art.160 kk. Wszak aby przypisać sprawcy czyn z art.160 kk należy wykazać nie jakąkolwiek nieprawidłowość w postępowaniu lekarza, lecz taką, która pozostaje w związku określonym w prawie karnym jako obiektywna możliwość przypisania skutku. Na marginesie podkreślić należy, że pokrzywdzony był bardzo chory i wedle zespołu biegłych mógł umrzeć w każdej chwili i to nawet przy prawidłowo prowadzonej diagnostyce zmian chorobowych. Biegli nie byli w stanie odpowiedzieć na pytanie, czy odpowiednie działania diagnostyczno-terapeutyczne stwarzały możliwość choćby zmniejszenia stanu zagrożenia dla życia pacjenta. Biegli nie potrafili się też wypowiedzieć, co było skutkiem zasłabnięcia pokrzywdzonego w drodze powrotnej do domu, choć okoliczność tę związali z zaawansowanymi zmianami chorobowymi. Zdaniem biegłych, pokrzywdzony był pacjentem, u którego

wystąpiły istotne czynniki ryzyka nagłego pogorszenia stanu zdrowia oraz istotne ryzyko zgonu zarówno w warunkach życia codziennego, jak i w szpitalu, w tym niezależnie od podejmowanych przez lekarzy działań, czy wdrażanych procedur diagnostycznych. Zatem w ocenie Sądu również ustalenie tzw. obiektywnego przypisania skutku byłoby mocno wątpliwe. Tym niemniej szczegółowsze rozważania w tym zakresie uznać należy za zbędne z uwagi na to, że oskarżony prawidłowo zdiagnozował pacjenta, zaś wzorcowe postępowanie dokładnie opisane przez zespół biegłych, doprowadziłoby w rezultacie do tych samych wniosków, jakie powziął oskarżony w dniu 17.08.2015r. po badaniu pacjenta. Zatem stwierdzić należy, że ten przyjęty przez zespół biegłych pewien wzorzec zachowania lekarza w realiach tej konkretnej sprawy nie mógł w żaden sposób przełożyć się na możliwość przypisania oskarżonemu czynu z art.160 kk.

Na podstawie art.632 pkt 2 kpk Sąd kosztami postępowania obciążył Skarb Państwa.

SSR Kamila Nowicka-Homik