

UZASADNIENIE

Na podstawie całokształtu materiału dowodowego zgromadzonego i ujawnionego w toku niniejszej rozprawy **Sąd ustalił następujący stan faktyczny:**

W dniu 30 czerwca 2010 roku R. Z. zgłosił się S. O.R.W. S. S.w B. (dalej: WSS), z silnymi bólami promieniującymi do klatki piersiowej i brzucha. Lekarz konsultant (...) K. K. poprosił o konsultację neurologiczną. R. Z. nie został przyjęty do szpitala z powodu stwierdzenia w czasie konsultacji neurologicznej przeprowadzonej przez M. M., że ból ten pochodzi od kręgosłupa, zalecono mu przyjmowanie leków przeciwbólowych- K. i T.. W dniu 21 sierpnia 2010 roku R. Z. wykonał prywatnie rezonans magnetyczny ((...)), odcinka piersiowego kręgosłupa, w którym rozpoznano pogłębioną fizjologiczną kyfozę piersiową kręgosłupa; obniżenie i odwodnienie krążków międzykręgowych (...)- (...) -9; centralną przepuklinę jądra miazdzystego, (...) -6 uciska worek opony twardej i modeluje rdzeń kręgowy, a nadto iż pozostałe krążki międzykręgowe są bez wypuklin, szerokość otworów międzykręgowych była prawidłowa; rdzeń kręgowy prawidłowej szerokości, bez zmian ogniskowych; stan po przebytej chorobie S. z nierównością blaszek granicznych trzonów (...). Po przeprowadzonym badaniu R. Z. wiązał dolegliwości bólowe z chorobą kręgosłupa. W dniu 19 września 2010 roku R. Z. zgłosił się do ambulatorium Pogotowia Ratunkowego WSS, skarżąc się na bóle klatki piersiowej i brzucha. Lekarz K. I. na podstawie wcześniejszego badania (...) stwierdziła chorobę krążka międzykręgowego, zaleciła leki przeciwbólowe oraz dalszą diagnostykę i leczenie w Poradni Lekarza Rodzinnego. R. Z. nie odczuwał poprawy, w dniu 16 listopada 2010 roku był konsultowany w poradni Neurologicznej przy WSS przez lekarza M. M., który zlecił badanie (...) z powodu dyskopatii Th i LS. W dniu 04 grudnia 2010 roku o godz. 03.34 R. Z. został przewieziony przez zespół Pogotowia Ratunkowego WSS, przyczyną skierowania były nieokreślone choroby krążka międzykręgowego - ból kręgosłupa Th z promieniowaniem do klatki piersiowej i brzucha. W czasie tej wizyty została przeprowadzona konsultacja neurologiczna oraz badania krwi. W dniu 05.12.2010 roku o godzinie 14.27 R. Z. ponownie zgłosił się do ambulatorium Pogotowia Ratunkowego WSS z powodu silnego bólu w okolicach klatki piersiowej i kręgosłupa, który nie ustępował po zażyciu leków przeciwbólowych. Z rozpoznaniem zaburzeń korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych został skierowany przez lekarza neurologa M. S. (1) do Oddziału Neurologii WSS, gdzie został przyjęty. W momencie przyjęcia R. Z. do Oddziału Neurologii WSS jego ordynatorem był M. G., lekarzem prowadzącym pacjenta został K. W.. R. Z. przy przyjęciu deklarował, iż towarzyszące mu dolegliwości trwają od około dziesięciu lat, nasiliły się w ciągu dwóch ostatnich dni, był w stanie ogólnym dobrym w tym : wydolny krążeniowo, brzuch badany palpacyjnie był niebolesny, miękki bez oporów patologicznych. Odchyleniem od normy była ograniczona ruchomość kręgosłupa, pacjent był zgięty do przodu. Zlecono badanie laboratoryjne krwi. W nocy 05/06 grudnia 2010 roku R. Z. skarżył się na bóle kręgosłupa. Na zlecenie lekarza M. S. (2) podano w iniekcji dożylniej ampułkę P., H. w kroplówce, gdy ból nie ustąpił zgłoszono powyższe ordynatorowi, na jego zlecenie podano dwie ampułki P., No-spę i H.. Zlecone badanie RTG klatki piersiowej PA wykonano w dniu 07 grudnia 2010 roku – opis wskazywał na to, iż narządy klatki piersiowej są bez zmian. Ponadto w dniu 07 grudnia 2010 roku R. Z. był konsultowany przez lekarza gastroenterologa J. H., w czasie badania pacjent skarżył się na ból kręgosłupa, poniżej pępka i w nadbrzuchu, zgłosił wymioty treścią żołądkową, konsultant w badaniu ustalił, iż pacjent ma napięte powłoki brzucha, lekką tkliwość w dole biodrowym, objawy otrzewnowe ujemne po czym zlecił badanie kału na pasożyty i gastroskopię w trybie planowym. W dniu 07 grudnia 2010 roku R. Z. uskarżał się rodzicom: A. i K. Z. (1) na bóle brzucha, które odczuwał „jak zakwasy”. A. Z. udała się do gabinetu lekarskiego, informując ordynatora o ciężkim stanie syna. W nocy 7/8 grudnia 2010 roku około godz. 03.40 R. Z. zgłosił personelowi pielęgnarskiemu, trudności w oddawaniu moczu, lekarz dyżurny R. S. zacewnikował go, podano N. i P.. Około godz. 06.00 R. Z. doznał krótkiej utraty przytomności, w cewniku nie stwierdzono moczu, kontynuowano zlecone doraźne leczenie farmakologiczne – przeciwbólowe. O godz. 06.30 wykonano R. Z. RTG i USG przeglądowe jamy brzusznej, w którym stwierdzono powietrze pod kopułami przepony oraz dużą ilość płynu w otrzewnej, po konsultacji chirurgicznej został przewieziony w stanie bardzo ciężkim o godz. 07.00 na oddział Chirurgii WSS, gdzie został przez lekarza P. P. zakwalifikowany do leczenia operacyjnego w trybie pilnym z rozpoznaniem perforacji przewodu pokarmowego, założono sondę do żołądka, podano płyny infuzyjne. O godz. 08.30 R. Z. został przewieziony na blok operacyjny, po operacji której

głównym operatorem był lekarz K. H. (resekcja żołądka B. I. i duodenostomia), o godz. 14.00 R. Z. pozostając we wstrząsie septycznym został przewieziony na Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii WSS, gdzie w dniu 14 grudnia 2010 roku wygnano tracheotomię, w dniu 17 grudnia 2010 roku wykonano RTG klatki piersiowej, 20 grudnia 2010 roku USG jamy brzusznej. Po rozpoznaniu przetoki dwunastnicy R. Z. został zakwalifikowany przez lekarza M. Ł. do relaparotomii, zabieg wykonano w znieczuleniu ogólnym. W dniu 20 grudnia 2010 roku o godz. 21.20 R. Z. zmarł, będąc w stanie bardzo ciężkim, niewydolny krążeniowo i oddechowo. W karcie statystycznej do karty zgonu jako przyczynę zgonu w/w przyjęto perforację wrzodu dwunastnicy drążącego do trzustki (wyjściowo), rozlane zapalenie otrzewnej (wtórnie), wstrząs septyczny (bezpośrednio).

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie wyjaśnień oskarżonych F. H. (k. 323), i M. G. (k. 168-169, 323-326), oraz zeznań E. G. (1) (k. 85v, 372v), M. H. (k. 84v, 398), K. K. (k.75v, 405v), K. I. (k.88-89, 443v), A. H. (k. 72v, 372), M. S. (2) (k.53v,354), M. S. (1) (k. 54v, 354v), R. S. (k. 67v, 370-370v), M. M. (k. 63v-64, 356-356v), E. K. (k.76v, 374v), G. W. (k.77v, 397-397v), A. T. (k. 52v-345v), M. B. (1) (k. 56v, 405v), K. H. (k. 58v, 355-355v), M. J. (k. 57v, 355), E. S. (k. 78v, 398), M. Ł. (k. 49v, 344v), J. P. (1) (k. 65v, 371), B. C. (k. 83v, 398), P. P. (k. 55v, 355), A. D. (k. 50v, 345), P. M. (k. 74v, 372), J. P. (2) (k. 51v, 345-345v), G. R. (k. 45v, 344), B. P. (k.46v, 344), A. R. (k.47v, 344-344v), D. K. (k. 48v, 344v), B. K. (k. 61v, 355v), P. G. (k.68v, 371), T. P. (k.69v, 372v)- E. G. (2) (k. 59v, 397), I. Z. (k. 62v, 355v-356), I. B. (k.79v, 397v), P. W. (k. 80v, 397v), M. B. (2) (k. 81v, 398v), J. S.(k. 82v, 397v); posiłkowo w oparciu o relacje E. M. (k. 42-43, 342v-343), A. Z.(k. 22-23, 327-327v), i K. Z. (2) (k. 18-19, 326-327); nadto na podstawie całokształtu nieosobowego materiału dowodowego zgromadzonego i ujawnionego w sprawie, w tym w szczególności w oparciu o opinię główną (k. 586-631), i uzupełniającą (k. 709-721), sporządzoną przez zespół biegłych lekarzy oraz dokumentację medyczną załączoną w kopercie do akt głównych luzem nadto miał na względzie dowody znajdujące się na k. 7 – kopia odpisu skróconego aktu zgonu, k.8 – karta statystyczna, k.29-36 – pisma W. S. S.w B. zawierające listę personelu medycznego uczestniczącego w hospitalizacji R. Z. , k.37, 39- dokumentacja medyczna; k. 131-134 - zakres czynności M. O. Oddziału Neurologicznego W. S.S.w B. (aktualny w chwili czynu).

Oskarżony **K. W.** na etapie postępowania przygotowawczego i jurysdykcyjnego konsekwentnie **nie przyznawał się do popełnienia zarzucanego mu czynu**. Będąc pierwotnie przesłuchiwanym skorzystał z prawa do odmowy składania wyjaśnień (k. 137). Przed Sądem oskarżony ponownie skorzystał z prawa do odmowy składania wyjaśnień (k. 323).

Oskarżony **F. H.** na etapie postępowania przygotowawczego i jurysdykcyjnego konsekwentnie **nie przyznawał się do popełnienia zarzucanego mu czynu**. Będąc pierwotnie przesłuchiwanym skorzystał z prawa do odmowy składania wyjaśnień (k. 139). Przed Sądem oskarżony podał, iż w dniu 07 grudnia został poproszony przez ordynatora oddziału neurologii M. G. o konsultację pacjenta tegoż oddziału R. Z.. Zbadał pacjenta, treść konsultacji zapisał w historii choroby. Nie stwierdził perforacji, dlatego też nie zlecił gastrokopii w trybie pilnym. (k. 323), po czym odmówił udzielania odpowiedzi na zadawane pytania.

Oskarżony **M. G.** na etapie postępowania przygotowawczego i jurysdykcyjnego konsekwentnie **nie przyznawał się do popełnienia zarzucanego mu czynu**. Będąc pierwotnie przesłuchiwanym podał, iż R. Z. był wielokrotnie badany przez niego i przez innych lekarzy i nie stwierdzono u niego objawów brzusznych, które sugerowałyby konieczność wezwania chirurga. Pacjent był osobą szczupłej budowy ciała, tak więc badanie objawów ostrego brzucha było łatwiejsze. Jeżeli takie objawy by były, to zostałyby one wybadane. Z przezorności i dokładności wezwał najbardziej kompetentną osobę w szpitalu do przeprowadzenia konsultacji gastrologicznej - J. H.. W/w również po przeprowadzonym badaniu nie stwierdził potrzeby ingerencji chirurgicznej. Zlecone przez niego badania zostały zaplanowane do realizacji. Badania te nie były zlecane w trybie pilnym, gdyż nie było takiej konieczności. Oskarżony podkreślił, iż R. Z. był lepiej traktowany niż inni pacjenci, ze starannością i sumiennością ponieważ był jego znajomym. W ocenie oskarżonego, przeprowadził on pełną diagnostykę R. Z.. W okresie od przyjęcia do Szpitala do dnia 7 grudnia 2010 roku pacjent miał dolegliwości charakterystyczne dla dyskopatii piersiowej z ostrym zespołem korzeniowym, natomiast nie miał żadnych objawów patologicznych ze strony jamy brzusznej. Dlatego w tym czasie leczony był przeciwbólowo i przeciwzapalnie. Oskarżony po przyjęciu R. Z. na Oddział Neurologiczny zdecydował o sposobie jego leczenia. Chory był zdiagnozowany ponieważ miał wykonany wcześniej m.in., rezonans magnetyczny, który

wykazywał przepuklinę dyskową na poziomie (...) - (...). W oparciu o tę diagnozę lekarz dyżurny włączył odpowiednie leczenie. Oskarżony ponownie podkreślał, iż lekarza gastrologa wezwał bardziej z przeczności i dokładności, niż z obiektywnych przyczyn medycznych w tym patologicznych objawów brzusznych, których nie było. Ostre objawy pojawiły się później w nocy, o tym co działo się później wiedzę czerpał od lekarza dyżurnego. Brzuch pacjenta badali w czasie pobytu na Oddziale nie tylko on lecz także lekarz przyjmujący do Oddziału, lekarz prowadzący i konsultujący, lekarz gastroenterolog, lekarze dyżurni. Żaden z lekarzy nie stwierdził patologicznych objawów ze strony jamy brzusznej. Przy ostrych objawach otrzewnowych wzywa się chirurga, ale w przypadku R. Z. takich objawów nie było. Ostre Objawy otrzewnowe to np., silny ból brzucha przy oderwaniu ręki, napięcie powłok brzusznych. R. Z. nie miał objawów otrzewnowych np. obrony mięśniowej, objawu C. (...)czy B.. Oskarżony podniósł, iż bóle, które miał R. Z. mogą odpowiadać bólowi spowodowanym zespołem korzeniowym wywołanym przepukliną dyskową piersiową. W ocenie oskarżonego diagnostyka i leczenie R. Z. na oddziale Neurologicznym były prowadzone prawidłowo. Starał się zrobić dla pacjenta możliwie jak najwięcej, w przeszłości niejednokrotnie mu pomagał w podobnych dolegliwościach (k. 168-169).

Przed Sądem oskarżony podał, iż jest ordynatorem oddziału neurologicznego od 2002r. Posiada specjalizację z neurologii, innych specjalizacji nie posiada. R. Z. został przyjęty do oddziału neurologicznego w dniu 5 grudnia 2010 roku w niedzielę. Dyżur wtedy pełniła dr S. (1) – zastępca ordynatora oddziału. W tym dniu nie pracował. Nie był również wzywany do oddziału w żadnej sprawie. Powodem przyjęcia pacjenta do szpitala były silne dolegliwości bólowe kręgosłupa piersiowego opasujące klatkę piersiową i brzuch. Wg., wywiadu dolegliwości te trwały od dziesięciu lat, a w ostatnich dniach przed przyjęciem nastąpiło nasilenie bólu. Chory miał przy sobie aktualne badanie - rezonans kręgosłupa piersiowego z sierpnia 2010 r., które wykonał prywatnie. W badaniu w/w stwierdzono przepuklinę międzykręgową między (...) uciskającą i modelującą rdzeń kręgowy. Stwierdzono również inne zmiany degeneracyjne kręgosłupa piersiowego na całej jego długości aż do poziomu (...) świadczącej o przebytej chorobie S.. Dr S. (1) zaleciła pacjentowi leki przeciw zapalne, przeciw bólowe, zmniejszające napięcie mięśniowe, jak również inhibitory pompy protonowej (leki osłaniające). Zarówno w wywiadzie lekarskim jak i niezależnie od tego w przeprowadzonym wywiadzie pielęgniarskim chory nie podawał żadnych innych przebytych lub aktualnych schorzeń, oprócz schorzeń kręgosłupa. Nie podawał również preferencji dietetycznych, żywieniowych. Chory został zakwalifikowany wg., skali pielęgniarskiej do drugiej grupy chorych (tzn., łżej chorych). W oddziale neurologicznym po raz pierwszy spotkał się z pacjentem R. Z. w dniu 06 grudnia 2010 roku, prawdopodobnie w czasie wizyty lekarskiej. W czasie wizyty lekarskiej, w której uczestniczyli oprócz ordynatora, dr S. (1), dr S. (2), dr S. (3), lekarz prowadzący – W., psycholog, logopeda, rehabilitant i pielęgniarka oddziałowa (zespół terapeutyczny), badał pacjenta w tym również brzuch, nie stwierdzając odchylenia od stanu prawidłowego. W czasie wizyty zmodyfikowano leczenie chorego, włączono rehabilitację i fizykoterapię. Z dokumentacji medycznej wynika, iż zabiegi w/w pacjent zniósł dobrze. W dniach z 6 na 7 grudnia 2010 roku dyżur w oddziale pełnił dr M. S. (2). Do dnia 6 grudnia, rozważano również możliwość psychosomatycznej przyczyny dolegliwości bólowej, w tym celu miała miejsce konsultacja psychologiczna - ocena i terapia psychologiczna jest standardem przy leczeniu bólu niezależnie od jego przyczyny. W dniu z 6 na 07 grudnia dyżur pełnił M. S. (2). W czasie raportu lekarskiego w godzinach rannych lekarz dyżurujący poinformował, że wzywany był kilkakrotnie do pacjenta z powodów bólowych, poinformował go również o wymiotach treścią żołądkową. Zdecydowano o dalszym poszerzeniu diagnostyki, rano zlecono oznaczenie poziomu amylazy we krwi w celu wykluczenia ostrego schorzenia trzustki, jak również zlecono oznaczenie poziomu troponiny we krwi w celu wykluczenia ewentualnego nietypowego zawału serca. Wyniki badań były prawidłowe. Również wyniki innych badań zleczonych 6 i 7 grudnia, w tym morfologii były prawidłowe. W czasie wizyty lekarskiej ponownie badał pacjenta, w tym brzuch, wnioski z badania były podobne jak poprzednio. W szczególności stwierdził prawidłowe słumienie wątrobowe, objawy otrzewnowe były ujemne. Zlecono wykonanie USG jamy brzusznej w celu stwierdzenia lub wykluczenia schorzeń takich jak : kamica żółciowa, kamica nerkowa, uszkodzenie narządów mięśniowych czyli rakowych. Poprosił również o konsultację najbardziej kompetentną osobę w szpitalu w zakresie schorzeń układu pokarmowego – gastroenterologa dra J. H.. Gastroenterolog w wyniku badania nie stwierdził objawów perforacji, krwawienia do układu pokarmowego (stolce wypróżnienia prawidłowe, morfologia prawidłowa, lub innych objawów ze strony jamy brzusznej). Zlecił wykonanie CRP, badanie kału na pasożyty i gastroskopię. Nie zlecał wykonywania tych badań w trybie pilnym, nie zalecał również konsultacji chirurgicznej lub interwencji chirurgicznej. Nie zalecał modyfikacji leczenia. Badania te czyli

USG i gastroskopia zostały uzgodnione i zaplanowane w odpowiednich pracowniach. Badanie USG jamy brzusznej na 9 grudnia 2010 roku, zaś gastroskopia z biopsją diagnostyczną na dzień 10 grudnia 2010 roku (zaznaczone w karcie zleceń lekarskich). Stan chorego ogólny i samopoczucie w godzinach popołudniowych się poprawiły, co wynikało z obserwacji lekarskich lekarza prowadzącego – dra W.. Wtedy widział po raz ostatni pacjenta w oddziale neurologicznym. O wydarzeniach z nocy z 07 na 08 grudnia dowiedział się rano – 08 grudnia od lekarza dyżurnego - dra S. (2). O dalszych losach pacjenta dowiadywał się od ordynatora OIOM, jak również sam kilkakrotnie odwiedzał pacjenta. Ustosunkowując się do zarzutów z aktu oskarżenia oskarżony podał, iż w czasie krótkiego pobytu w oddziale neurologicznym, trwającego nieco ponad dwie i pół doby dołożono wszelkich starań aby ustalić inną przyczynę bólu niż schorzenie kręgosłupa. Rozważano przyczyny psychostatyczne, ostre zapalenie trzustki, ostry zespół wieńcowy. Obowiązkiem oskarżonego jako ordynatora jest organizowanie narady, konsultacji w razie wątpliwych przypadków, co też uczynił prosząc o konsultację doświadczonego gastroenterologa, dra J. H.. W czasie swojej wieloletniej pracy w oddziale chorób wewnętrznych setki razy prosił o interwencję chirurgiczną jeśli była taka potrzeba. W tym wypadku o taką interwencję nie prosił. U chorego nie stwierdzano objawów perforacji, objawów krwawienia z przewodu pokarmowego, niedrożności jelit, ostrego zapalenia dróg żółciowych, i innych objawów ostrego brzucha. Opierając się na wszystkich w/w przesłankach nie było podstaw do zgłaszania konsultacji czy interwencji chirurgicznej. Jego obowiązkiem jest również postępowanie racjonalne, w czasie kiedy badał pacjenta, wykonywanie RTG jamy brzusznej byłoby niezasadne. Również wykonywanie USG jamy brzusznej w trybie pilnym nie wniosło by nic istotnego do diagnostyki w tamtym momencie. Świadczy o tym fakt wykonania USG jamy brzusznej tuż przed interwencją chirurgiczną, które nie wykazało żadnych zmian w narządach jamy brzusznej, stwierdzono jedynie zmiany płynowe w następstwie perforacji. Chory bez wątpienia od dawna chorował na chorobę wrzodową, o której nikt nie wiedział. Powikłanie pod postacią perforacji mogło się zdarzyć w każdym miejscu i w czasie. To, że zdarzyło się to w nocy z 07 na 08 grudnia jest tragicznym zbiegiem okoliczności. Właściwe rozpoznanie choroby postawiono dopiero po otwarciu jamy brzusznej na stole chirurgicznym i w wyniku badań histopatologicznych. Następnie po ujawnieniu wyjaśnień złożonych na etapie postępowania przygotowawczego, oskarżony w całości je potwierdził, po czym odpowiadając na pytania obrońcy podał, iż rozmawiał z A. Z. podczas pobytu pacjenta na oddziale. Informował ją o planowanym pobycie pacjenta na oddziale neurologicznym. W czasie każdej wizyty lekarskiej informuje pacjenta o prawdopodobnej długości w czasie jego hospitalizacji, jak też o planowanych badaniach, które ulegają codziennie weryfikacji w miarę spływania badań dodatkowych, w miarę zmiany stany klinicznego i innych aspektów mogących ten czas pobytu wydłużyć czy skrócić. Stanowczo zaprzeczył stwierdzeniu aby informował A. Z., że nie ma komu wykonać badania USG. Od początku funkcjonowania szpitala zabezpieczenie radiologiczne jest całodobowe, w razie potrzeby wykonuje się USG o każdej porze dnia i nocy. Takie badanie zostało przez niego zlecone, co jest odnotowane w karcie zleceń lekarskich. Przez kilkadziesiąt lat jego pracy miał ogromną ilość pacjentów ze schorzeniami kręgosłupa, można mniemać, że pacjent odczuwał ulgę będąc przy kaloryferach co jest medycznie wytłumaczalnie – poczucie ulgi i rozluźnienia przy ciepłe. W oddziale 6 grudnia było około trzydziestu pacjentów. Dr J. H. jest kierownikiem pracowni endoskopowej. Pozycja badającego w/w i oskarżonego była równoległa, wynikała z funkcji kierowniczych jakie pełnili i z odmiennych specjalizacji. Konsultacja J. H. była bardzo ważnym elementem w celu ustalenia dalszego postępowania medycznego, lecz nie była jedynym, który brał pod uwagę. Brał pod uwagę również wywiad, stan kliniczny, zgłaszane dolegliwości, wyniki badań laboratoryjnych w szczególności : morfologii krwi, amylazy, jak również fakt, że chory był badany przez innych licznych lekarzy. Z perspektywy czasu przypadek R. Z. oskarżony ocenił jako odbiegający od normy. Brak wywiadu wrzodowego, brak objawów brzusznych , stanowiły o nietypowości dla tego przypadku. Uznał, iż lepiej by było gdyby był skierowany do innego oddziału, lecz nie sądzi aby na innym oddziale udało się jego zdiagnozować. W oddziale neurologicznym nie istniały skodyfikowane procedury dot. schorzeń w/w wymienionych, decydowała wiedza medyczna i doświadczenie. W przypadkach wątpliwych na oddziale neurologicznym wykonywane są konsultacje : internisty, chirurga, urologa, ginekologa, gastroenterologa, specjalisty chorób zakaźnych – to dotyczy schorzeń jamy brzusznej i wynika z konkretnego przypadku. Oskarżony odnosząc się do opinii lekarskiej sporządzonej w sprawie na etapie postępowania przygotowawczego wyjaśnił, iż sprawa dolegliwości bólowych wychodzących z odcinka (...) została potraktowana w niej pobieżnie. Bóle na tej wysokości są tak zwane bóle miejscowe, natomiast bardziej regułą niż wyjątkiem są tak zwane bóle rzutowane, które obejmują odległe segmenty ciała znacznie poniżej

poziomu uszkodzenia. Uszkodzenia po stronie lewej na odcinku (...) do (...) pozorują choroby żołądka, pęcherzyka wątroby (k. 323-326).

W świetle zgromadzonego i ujawnionego w toku rozprawy głównej materiału dowodowego okoliczności dopuszczenia się przez oskarżonych zarzucanych im czynów, jak również wina sprawców wzbudziły wątpliwości, brak bowiem wiarygodnych dowodów, które prowadziłyby do potwierdzenia tezy o przestępczym charakterze ich działań. Wykazanie słuszności powyższych twierdzeń wymaga **analizy zeznań świadków oraz nieosobowego materiału dowodowego** w kwestiach o bardzo istotnym znaczeniu dla sprawy.

Analizując materiał dowodowy w niniejszej sprawie Sąd w pierwszej kolejności oceniał zeznania świadków, którzy z racji ich zatrudnienia w W. S.S.w B. w czasie hospitalizowania tamże R. Z. mogli posiadać wiedzę merytoryczną i faktyczną dotyczącą przypadku w/w pacjenta.

Pracownicy Szpitalnego Oddziału Ratunkowego: E. G. (1) (k. 85v, 372v) - dyżurna SOR, opisała stan w jakim R. Z. został przywieziony do oddziału w dniu 04 grudnia 2010 roku godz. 03.30, określała go jako silnie bólowy zarazem akcentowała brak woli pacjenta poddania się badaniu fizykalnemu, który wskazywał przyczynę dolegliwości – ból od kręgosłupa. M. H. (k. 84v, 398), K. K. (k. 75v, 405v), K. I. (k. 88-89, 443v) - lekarze SOR, A. H. (k. 72v, 372) – pielęgniarz SOR zaskaniali się niepamięcią co z racji upływu czasu jak i intensywności czynności przez nich podejmowanych w oddziale nie zaskakuje.

Osoby zatrudnione na oddziale Neurologii: M. S. (2) (k. 53v – 354), starszy asystent na oddziale Neurologii – dyżurujący rano 06 grudnia 2010 roku, M. S. (1) (k. 54v, 354v) - zastępca ordynatora na oddziale Neurologii - pełniąca dyżur w dniu 05 grudnia 2010 roku, która w oparciu o wywiad i przedstawione przez pacjenta badania zdecydowała o hospitalizowaniu R. Z.. R. S. (k. 67v, 370-370v) - starszy asystent na oddziale Neurologii, który podczas dyżuru nocnego 7/8 grudnia 2010 roku, nie stwierdziwszy objawów otrzewnowych, mając na uwadze silne bóle brzucha i jego tkliwość zdecydował o pilnym wykonaniu USG jamy brzusznej i RTG - a następnie poprosił o konsultację chirurgiczną wobec podejrzenia perforacji układu pokarmowego i przekazał pacjenta na OIOM; M. N. – pielęgniarka oddziałowa na oddziale Neurologii - zrelacjonowała czynności podejmowane przez nich, adekwatne do zakresu spoczywających na nich obowiązków. Uzupełniające do powyższych relacji zeznania złożył M. M. (k. 63v-64, 356-356v) - starszy asystent na oddziale Neurologii, nie uczestniczący w leczeniu pacjenta na etapie hospitalizacji, zarazem posiadający wiedzę o stanie pacjenta z racji znajomości dokumentacji medycznej sporządzonej w oddziale i prowadzonej uprzednio terapii. Dopelnieniem relacji w/w świadków w zakresie zleconych terapii były relacje: E. K. (k. 76v, 374v), i G. W. (k. 77v, 397-397v) - zatrudnianych jako technicy fizjoterapii w dziale rehabilitacji, które faktycznie stanowiły zdawkową informację o zleconych zabiegach jonoforezy, prądów diodynamicznych i masażu wykonywanych w dniu 06 grudnia 2010 roku.

W sprawie przesłuchane zostały także **osoby zatrudnione na oddziale Chirurgii:** obecne przy operacji przeprowadzonej z powodu perforacji wrzodu dwunastnicy, w wyniku której doszło do rozległego zapalenia otrzewnej i wstrząsu septycznego, który doprowadził do niewydolności wielonarządowej tj., A. T. (52v-345v), starszy asystent na oddziale Chirurgii – asystujący przy zabiegu operacyjnym, M. B. (1) (k. 56v, 405v) - młodszy asystent na oddziale Chirurgii - przygotowywał pacjenta, rozpoczął operację a następnie przy niej asystował, K. H. (k. 58v, 355-355v) - starszy asystent na oddziale Chirurgii - główny operator. Pielęgniarka: M. J. (k. 57v, 355) – kontakt z pacjentem miała jedynie w ramach przygotowań do I operacji. E. S. (k. 78v, 398) - starsza pielęgniarka na oddziale Anestezjologii, która podczas operacji pełniła funkcję pielęgniarki anestezjologicznej. Kolejno Sąd analizował relacje osób obecnych przy reoperacji R. Z. tj., M. Ł. (k. 49v, 344v) - zastępcy ordynatora na oddziale Chirurgii, która w dniu 20 grudnia 2010 roku zakwalifikowała R. Z. do reoperacji z powodu powikłania w postaci rozejścia się kikuta dwunastnicy; J. P. (1) (k. 65v, 371) - starszego asystenta na oddziale Chirurgii, kierownika Bloku Operacyjnego - uczestniczącego w reoperacji, B. C. (k. 83v, 398) - starszej pielęgniarki na oddziale Anestezjologii, która podczas reoperacji pełniła funkcję pielęgniarki anestezjologicznej. Dopelnieniem w/w relacji są zeznania: P. P. (k. 55v, 355) - starszego asystenta na oddziale Chirurgii, kwalifikującego pacjenta do I operacji z powodu podejrzenia perforacji przewodu pokarmowego oraz A. D. (k. 50v, 345) - starszego asystenta na oddziale Chirurgii, F. R. – rezydenta na oddziale Chirurgii, P. M. (k.

74v, 372)- młodszego asystenta na oddziale Chirurgii – w/w świadkowie nie uczestniczyli w operacji i reoperacji stąd ich wiedza dotycząca przeprowadzonych zabiegów operacyjnych miała charakter ogólnikowy.

Procedury medyczne przedsiębrane w stosunku do R. Z. pomiędzy w/w operacją i reoperacją w Oddziale (...) tj., faktycznie od momentu przeniesienia go z oddziału Neurologii do momentu zgonu relacjonowały **osoby zatrudnione na oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii** : J. P. (2) (k. 51v, 345-345v)- O. oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii; G. R. (k. 45v, 344)- starszy asystent na oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, B. P. (k.46v, 344)- starszy asystent na oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii; A. R. (k.47v, 344-344v)- starszy asystent na oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii; D. K. (k. 48v, 344v)- starszy asystent na oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii; B. K. (k. 61v, 355v)- starszy asystent na oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii; P. G. (k.68v, 371)- lekarz rezydent na oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii; T. P. (k.69v, 372v)- starszy asystent na oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii; E. G. (2) (k. 59v, 397)- starszy asystent na oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii; I. Z. (k. 62v, 355v-356)- z-ca pielęgniarki oddziałowej na oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii; w/w świadkowie, mieli kontakt z pacjentem od 08 do 20 grudnia 2010 roku, opisali stan w jakim w/w trafił do oddziału i wdrożone procedury, jak również opisali stan pacjenta pomiędzy operacją i reoperacją, wskazali bezpośrednią przyczynę zgonu - niewydolność wielonarządową. Dopelnieniem w/w opisu pobytu pacjenta w oddziale anestezjologii są zeznania I. B. (k.79v, 397v)- asystenta na oddziale Otolaryngologicznym i P. W. (k. 80v, 397v)- lekarza rezydenta na oddziale Otolaryngologicznym, które wykonywały tracheotomię pacjenta na OIOM; oraz M. B. (2) (k. 81v, 398v)- asystenta w Dziale D. (...), która w dniu 08 grudnia 2010 roku, wykonywała badanie USG pacjenta nadto J. S.(k. 82v, 397v)- asystenta w Dziale D. (...), która w dniu 20 grudnia 2010 roku, wykonywała kolejne badanie USG pacjenta.

Wszyscy w/w świadkowie stanowiący personel medyczny W. S. S.w B. w ocenie Sądu zeznawali wiarygodnie, adekwatnie do posiadanej przez siebie wiedzy i stopnia utrwalenia owej wiedzy w ich pamięci. Relacje w/w osób, są rzetelne, wskazują na szereg czynności terapeutycznych i zabiegowych podjętych w stosunku do pacjenta podczas jego pobytu w szpitalu począwszy od Szpitalnego Oddziału Ratunkowego poprzez Oddział Neurologii, Oddział Chirurgii po Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii - adekwatnych do diagnozy i jego zmiennego stanu psychicznego i somatycznego.

W sprawie przesłuchana została również D. N. (k.40-41, 342)- zastępca dyrektora do spraw medycznych, jednak jej zeznania sprowadziły się do ogólników dotyczących zakresu obowiązków lekarzy funkcyjnych i polityki racjonalnego korzystania ze szpitalnego sprzętu diagnostycznego, z uwagi na powyższe jej relacja nie przełożyła się na ustalenie bądź wykluczenie osobistej zarzucalności czynów oskarżonym. Podobnie znikomy charakter dowodowy posiadają zeznania M. B. (3) (k.44v, 343v)- postronnego obserwatora samopoczucia R. Z. a zarazem małżonka pacjentki hospitalizowanej na jednej sali z w/w – świadek przyznawał, iż nie posiadał wiedzy o rzeczywistym stanie pacjenta i o wdrażanych procedurach medycznych.

Odrębnej oceny wymagały zeznania osób najbliższych R. Z. tj., E. M. (k. 42-43, 342v-343) - przyjaciółki R. Z. oraz jego rodziców A. Z. (k. 22-23, 327-327v), i K. Z. (2) (k. 18-19, 326-327), w/w złożyli zeznania, które faktycznie stanowiły negację prawidłowości przeprowadzonej w stosunku do R. Z. diagnostyki w oddziale Neurologicznym przez ordynatora, lekarza prowadzącego jak i konsultanta gastroenterologa. Analiza owych zeznań wskazuje na bardzo duży ładunek emocjonalny do przedmiotu sprawy co zważywszy na bliskie relacje świadków z pacjentem nie zaskakuje, ich relacje naznaczone są przekonaniem o zasadności tez zawartych w akcie oskarżenia. Bezspornie świadkowie nie legitymowali się wiedzą specjalistyczną pozwalającą im w sposób bezstronny dokonać oceny postępowania oskarżonych, nie uczestniczyli także w badaniach i bezpośrednich konsultacjach medycznych pacjenta z lekarzami. Ich wypowiedzi sprowadziły się głównie do zakreślenia właściwości i warunków osobistych oskarżonego w tym leczenia neurologicznego, któremu się poddawał i sposobów radzenia sobie przez w/w z długotrwałymi dolegliwościami bólowymi. Zeznania osób bliskich pacjentowi, emanują przekonaniem o tym, iż czynności diagnostyczne były nieadekwatne do stanu R. Z. a jego pobyt w oddziale Neurologicznym miał dramatyczny charakter i w efekcie stanowił traumę dla pacjenta i jego najbliższych. Postawa świadków i ich kategoryczne twierdzenia nie mające umocowania dowodowego nie zaskakują wobec istniejącej pomiędzy nimi i zmarłym pacjentem silnej więzi

emocjonalnej ukierunkowanej na jego chronienie. Finalnie Sąd uznał, iż ich relacje są wiarygodne z zastrzeżeniem, iż stanowią przejaw ich subiektywnych spostrzeżeń i przekonań.

Sąd co do zasady uznał w całości za wiarygodny **niosobowy materiał dowodowy** zgromadzony w toku postępowania (z zastrzeżeniami dotyczącymi opinii biegłych sporządzonej na etapie postępowania przygotowawczego poczynionymi poniżej), albowiem oceniał wartość dowodową materiału niosobowego mając na względzie fakt, iż dowody te zostały zgromadzone i zabezpieczone w sposób zgodny z rygorami obowiązujących w tym zakresie przepisów proceduralnych. Niewątpliwie największy walor dowodowy w niniejszej sprawie posiada opinia główna (k. 586-631), i uzupełniająca (k. 709-721), sporządzona przez ośmiu biegłych ze Ś. (...)w K. o specjalizacjach z zakresu chorób wewnętrznych i gastroenterologii; radiologii i radiodiagnostyki; chorób wewnętrznych, nefrologii, hipertensjologii, transplantologii i angilologii; medycyny sądowej i toksykologii sądowo-lekarskiej; neurologii; anestezjologii i intensywnej terapii; chirurgii ogólnej i naczyniowej, angiologii i transplantologii klinicznej. Sąd dopuszczając ów dowód miał na względzie fakt, iż na etapie postępowania przygotowawczego została sporządzona opinia przez biegłych z U. M. w B. (1) o specjalnościach z zakresu medycyny sądowej, anestezjologii i intensywnej terapii oraz chirurgii (k. 95-106). Opinia owa była jednak wewnętrznie sprzeczna i jako taka nie mogła stanowić oparcia dla ustalania zakresu poczynionych uchybień diagnostycznych opisanych w tezach oskarżenia. A mianowicie biegli stwierdzili, iż w Oddziale Neurologii nie przeprowadzono diagnostyki mającej na celu ocenę pochodzenia bólu (k. 104). Biegli ustalili, iż w w/w oddziale nieprawidłowe postępowanie lekarzy: ordynatora, prowadzącego i konsultanta gastroenterologa polegało na zaniechaniu i opóźnieniu poszerzenia badań (k. 104v), z kolei brak diagnostyki różnicowej dolegliwości bólowych i zaniechanie badań dodatkowych i konsultacji chirurgicznej pozostaje w związku przyczynowo-skutkowym z opóźnionym rozpoznaniem faktycznej przyczyny silnych dolegliwości bólowych (k.106). Zaskakujące wobec tak postawionej tezy są stwierdzenia opiniujących, iż nie jest możliwe jednoznaczne wskazanie momentu, w którym doszło do powstania perforacji przewodu pokarmowego. Tym samym nawet wykonanie odpowiednio wcześniej odpowiednich zleceń, w tym konsultacji chirurgicznej oraz diagnostyki obrazowej w postaci USG i zdjęcia przeglądowego jamy brzusznej nie dawało gwarancji postawienia takiego rozpoznania (sic!), rozpoznanie mogła umożliwić gastroscopia(k.106). Finalnie biegli stwierdzili, iż w świetle całokształtu materiału aktowego, a w szczególności dokumentacji lekarskiej nie ma podstaw do przypisania działaniu lekarzy błędu medycznego (cyt., k. 106 in fine). Sąd mając na uwadze zarysowane powyżej jaskrawe rozbieżności pomiędzy tezami biegłych dokonanymi niejako a priori i kategorycznym wnioskiem końcowym wykluczającym ich działanie o znamieniu błędu medycznego nadto zważywszy na okrojony zakres specjalizacji biegłych zestawiony z różnorodnością działań terapeutycznych podejmowanych w stosunku do R. Z. w czasie jego pobytu W. S. S.w B. dopuścił dowód z nowej opinii zespołu biegłych, o którym była mowa na wstępie rozważań dotyczących niosobowego materiału dowodowego. Opinia główna (k. 586-631), i uzupełniająca (k. 709-721), sporządzona przez zespół bezstronnych biegłych legitymujących się wiedzą i doświadczeniem nadto podpierających się zasłużonym ogólnopolskim autorytetem, pozwoliła ustalić, iż chory na oddziale neurologii otrzymał pełne leczenie przeciwwrzodowe. Wykonana gastroduodenoskopia w dniu 7 grudnia 2010 roku uwidoczniłaby prawdopodobnie głębokie owrzodzenie błony śluzowej dwunastnicy i tym samym nie zmieniłaby istotnie dalszego postępowania. Wykonanie badania USG nie pozwoliłoby na wykrycie choroby wrzodowej żołądka/dwunastnicy. Postawiona diagnoza nie była pełna, jednak zdaniem biegłych rozpoznanie choroby wrzodowej dwunastnicy nie zmieniłoby sposobu postępowania z R. Z.. Dopiero gwałtowne pogorszenie stanu klinicznego spowodowało poszerzenie diagnostyki, postawienie rozpoznania i wdrożenie odpowiedniego (operacyjnego-chirurgicznego) leczenia. Biegli podkreślili, że jakkolwiek nie jest możliwe precyzyjne wskazanie momentu, w którym doszło do perforacji przewodu pokarmowego u R. Z., to wyniki badań laboratoryjnych (poziom amylazy w normie), wskazują, że w dniu 07 grudnia 2010 roku perforacja nie wystąpiła. Tym samym wykonanie w dniach 05-07 grudnia 2010 roku RTG brzucha na stojąco, USG brzucha i/lub gastrokopii nie pozwoliłoby na rozpoznanie perforacji przewodu pokarmowego. Biegli wskazali również na uwarunkowania, które towarzyszą przeprowadzeniu gastrokopii w trybie pilnym a mianowicie wykonywana jest w przypadku krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego (co nie miało miejsca w przypadku R. Z.), ponadto w trakcie gastrokopii wypełnia się żołądek gazem co może powodować perforację wrzodu. Badania USG i RTG pozwalają na ocenę pośrednich cech perforacji – obecność powietrza w jamie brzusznej, poziomów płynu jako objaw porażenia perystaltyki jelit. W niniejszej sprawie wykonanie badania USG i RTG jamy brzusznej na stojąco lub w pozycji leżącej

poziomym promieniem pozwoliłoby na wykrycie perforacji przewodu pokarmowego dopiero w godzinach porannych w dniu 08 grudnia 2010 roku. Przy podejrzeniu perforacji przewodu pokarmowego wykonanie panendoskopii jest przeciwwskazane. Wtedy postępowaniem diagnostycznym jest wykonanie zdjęcia przeglądowego jamy brzusznej na stojąco lub w porcji leżącej pacjenta w odpowiedniej procedurze radiologicznej, w celu wykrycia wolnego powietrza po kopułami przepony. W ocenie biegłych tak właśnie słusznie postąpiono w omawianym przypadku (RTG na stojąco). W/w badania pozwalają potwierdzić perforację wrzodu w górnym odcinku przewodu pokarmowego. Przy braku objawów ostrego brzucha i występowaniu jedynie bólów jamy brzusznej oraz podejrzeniu choroby wrzodowej postępowaniem z wyboru jest wykonanie panendoskopii. Taki tok postępowania w ocenie biegłych słusznie wybrano w omawianym przypadku. W uzupełnieniu powyższych ustaleń biegli stwierdzili, iż w przypadku rozpoznania choroby wrzodowej dwunastnicy stosuje się leki zmniejszające wydzielanie kwasu żołądkowego, a w przypadku współwystępowania zakażenia H. (...) stosuje się antybiotykoterapię-R. Z. od dnia 07 grudnia 2010 r. otrzymywał H. (...) – inhibitor pompy protonowej, na Oddziale Neurologicznym R. Z. otrzymywał więc leczenie przeciwwrzdowe dożylnie. Jego stan opisany w dokumentacji medycznej, w tym w konsultacji gastroenterologicznej przeprowadzonej 07 grudnia 2010 roku nie uzasadniał wykonania pilnej gastroskopii. Perforacja wrzodu jest stanem nagłym, nie da się jej przewidzieć, tym samym wcześniejsze wykonanie badania nie ma znaczenia predykcyjnego dla wystąpienia perforacji. Diagnostyka R. Z., od momentu utraty przytomności około godz. 06.00 w dniu 08 grudnia 2010 roku została przeprowadzona bez zbędnej zwłoki. Biegli poddali w wątpliwość czy istniały realne szanse na wcześniejsze postawienie diagnozy (perforacji wrzodu dwunastnicy). Odnosząc się do wcześniejszej potrzeby przeprowadzenia konsultacji chirurgicznej biegli podali, iż konsultacja chirurgiczna jest konieczna w przypadku występowania objawów ostrego brzucha (objawy otrzewnowe, krwawienie, niedrożność). Jej celem jest podjęcie decyzji o leczeniu zabiegowym lub dalszej obserwacji i diagnostyce, w przypadku innych (nie otrzewnowych) bólów brzucha konsultacja chirurgiczna ma mniejsze znaczenie. Wzmózione napięcie powłok brzusznych nie jest objawem patognomicznym dla zapalenia otrzewnej, ich wzmózione napięcie opisywano u chorego jeszcze przed wystąpieniem perforacji, kiedy aktywność amylazy była prawidłowa, a więc nie było jeszcze perforacji. Biegli po przanalizowaniu osobowego i nieosobowego materiału dowodowego zgromadzonego w sprawie nadto odnosząc się do zakresu obowiązków spoczywających na oskarżonych stanowczo stwierdzili, iż brak jest podstaw do przyjęcia, iż K. W. jako lekarz prowadzący pacjenta, Ordynator M. G. i J. H. konsultant gastroenterolog nie dopełnili swoich obowiązków. W ocenie Sądu analizowane powyżej opinie pisemne (główna i uzupełniająca), są wyczerpujące i szczegółowe, spójne i logiczne, co istotne ustalenia w nich poczynione nie były kwestionowane przez którąkolwiek ze stron, co za tym idzie mogły stać się miarodajną podstawą do weryfikowania też oskarżenia.

Konsekwentnie Sąd uznał za wiarygodny materiał dowodowy znajdujący się w aktach, który poza osobowym materiałem dowodowym stał się podstawą dla sporządzenia w/w kluczowych w sprawie opinii specjalistycznych (vide : dokumentacja medyczna załączona w kopercie do akt głównych luzem ; k. 7 – kopia odpisu skróconego aktu zgonu, k.8 – karta statystyczna, k.29- 36 – pisma W. S. S.w B. zawierające listę personelu medycznego uczestniczącego w hospitalizacji R. Z. , k.37, 39- dokumentacja medyczna; k. 131-134 - zakres czynności M. G. -Ordynatora Oddziału Neurologicznego W. S.S.w B. aktualnego w chwili czynu).

Na kanwie wiarygodnego materiału dowodowego **Sąd dokonał oceny wyjaśnień J. H. i M. G. a nadto wartości blankietowego przeczenia tezie oskarżenia przez K. W. i** doszedł do przekonania, że w całości zasługują one na wiarę. Oskarżeni J. H. i M. G. wyjaśniali przed Sądem szczegółowo i rzetelnie. Ich wypowiedzi konfrontowane z zeznaniami świadków jak również z nieosobowym materiałem dowodowym wskazują na to, iż nie zatajali niczego z tego co im było wiadome, relacjonowali wszystkie czynności diagnostyczne podejmowane przez nich, bądź zlecane a wykonywane przez personel medyczny. Powyższe świadczyć może o tym, iż ich celem nie było uniknięcie odpowiedzialności karnej w rezultacie prostego przeczenia tezie oskarżenia i skorzystania z prawa do odmowy składania wyjaśnień i udzielania odpowiedzi na zadawane im pytania.

Podkreślenia wymaga fakt, iż żaden dowód przeprowadzony zarówno na etapie postępowania przygotowawczego jak i przed Sądem nie stanowi wystarczającego umocowania dla tezy oskarżenia.

Sąd oceniając materiał dowodowy w toku rozprawy miał na względzie okoliczność, iż przepisy Kodeksu postępowania karnego nie wprowadzają różnic, co do wartości dowodowej poszczególnych rodzajów dowodów. A nadto nie dają także prymatu dowodom osobowym złożonym przed Sądem, nad tymi dowodami, które były składane w toku postępowania przygotowawczego, zresztą również i odwrotnie, gdyż o wartości dowodowej nie decyduje stadium postępowania w jakim dany dowód był złożony, ale jego treść konfrontowana z innymi dowodami. Sąd uznał, iż ustalenia dokonane w toku całego postępowania są miarodajne dla formułowania kategoriycznych stwierdzeń w zakresie poszczególnych elementów ustalonego stanu faktycznego. Zważywszy na powyższe, Sąd dokonując oceny prawnokarnej zachowania oskarżonych w aspekcie zarzucanych im czynów uwzględnił całokształt dowodów zgromadzonych w sprawie uznając je za miarodajny, wartościowy materiał dowodowy mimo nie przeprowadzania bezpośrednio dowodów na etapie postępowania jurysdykcyjnego (vide : k. 752v - protokół rozprawy z dnia 14 lutego 2018 roku postanowienia zapadające w oparciu o dyspozycję art. 391§1kpk i art. 394 §1 i2 kpk.).

SĄD ZWAŻYŁ, CO NASTĘPUJE :

Oskarżyciel publiczny zarzucił **K. W.**, iż w dniach od 5 do 7 grudnia 2010 r. w B. woj. (...) jako lekarz Oddziału Neurologicznego W. S. S.w B. prowadzący pacjenta tego oddziału R. Z. dysponując informacjami o dolegliwościach bólowych zlokalizowanych z tyłu w okolicy kręgosłupa zaniechał przeprowadzenia pełnej diagnostyki ww w celu ustalenia innej przyczyny dolegliwości bólowych niż w przebiegu choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa piersiowego w ten sposób, że nie zlecił wykonania w trybie pilnym badań obrazowych pacjenta tj. badania USG jamy brzusznej oraz zdjęcia przeglądowego jamy brzusznej jak też konsultacji chirurgicznej co uniemożliwiło niezwłoczne wdrożenie odpowiedniego postępowania leczniczego czym nieумыślnie naraził R. Z. na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu tj., przestępstwo z art.160 §3 w zw. z art.160 §2 kk; **J. H.**, iż w dniu 7 grudnia 2010 r. w B. woj. (...) jako lekarz W. S. S. w B. udzielający konsultacji gastrologicznej na Oddziale Neurologicznym ww szpitala podczas leczenia R. Z., dysponując informacjami o silnych i uporczywych dolegliwościach bólowych zlokalizowanych z tyłu w okolicy kręgosłupa i po stwierdzeniu napięcia powłok brzusznych u pacjenta nie zlecił przeprowadzenia u niego gastroskopii w trybie pilnym a jedynie zaordynował to badanie bez wskazania terminu jego wykonania czym spowodował utrudnienie i opóźnienie postawienia prawidłowego rozpoznania a w konsekwencji włączenia odpowiedniego leczenia czym nieумыślnie naraził R. Z. na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu tj., przestępstwo z art.160 §3 w zw. z art.160 §2 kk; **M. G.**, iż w dniach od 5 do 7 grudnia 2010 r. w B. woj. (...) jako Ordynator Oddziału Neurologicznego W. S.S.w B. mającego z tego tytułu obowiązek znajomości stanu zdrowia pacjenta przebywającego na kierowanym przez niego oddziale oraz ustalania rozpoznania i decydowania o kierunku a także sposobie leczenia dysponując informacjami o dolegliwościach bólowych R. Z. zaniechał przeprowadzenia pełnej diagnostyki ww w celu ustalenia innej przyczyny dolegliwości bólowych niż w przebiegu choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa piersiowego w ten sposób, że nie zlecił wykonania w trybie pilnym badań obrazowych pacjenta tj. badania USG jamy brzusznej oraz zdjęcia przeglądowego jamy brzusznej jak też, wykonania gastroskopii w trybie pilnym, nie zlecił przeprowadzenia konsultacji chirurgicznej co uniemożliwiło niezwłoczne wdrożenie odpowiedniego postępowania leczniczego czym nieумыślnie naraził R. Z. na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu tj, przestępstwo z art.160 §3 w zw. z art.160 §2 kk.

Zważywszy na w/w granice oskarżenia przedmiotem oceny prawno-karnej stała się postawa/zamiar Oskarżonych w momencie, w którym R. Z. był hospitalizowany w Oddziale Neurologii W. S.S.w B..

Jak zaznaczono na wstępie rozważań prawnych oskarżeni stanęli pod zarzutem przestępstwa z art.160 §3 w zw. z art.160 §2 kk. Punktem wyjścia dla oceny kwalifikacji prawnej prezentowanej w akcie oskarżenia jest art. 160 §1 kk w wskazujący na to, iż odpowiedzialność karną ponosi ten, kto to naraża człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, zarzucany oskarżonym występkiem kwalifikowany jest z §2 przywołanego artykułu, który dopuszcza w/w odpowiedzialność, w sytuacji, gdy na sprawcy ciąży obowiązek opieki nad osobą narażoną na niebezpieczeństwo, nadto oskarżyciel założył, zgodnie z powołanym §3, iż sprawca czynu działał nieумыślnie.

Mając na uwadze powyższe Sąd dokonał analizy prawnej występkę narażenia na niebezpieczeństwo w postaci podstawowej tj., z art. 160 § 1 k.k. Czyn będący przedmiotem postępowania może być popełniony zarówno przez działanie jak i przez zaniechanie. Znamię narażenia człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, o którym mowa w art. 160 § 1 k.k., może zostać zrealizowane w jeden z trzech sposobów: przez sprowadzenie zagrożenia, jego znaczące zwiększenie, a także jak założył autor aktu oskarżenia – w przypadku gwaranta nienastąpienia skutku przy przestępstwach z zaniechania – przez niespowodowanie jego ustąpienia albo zmniejszenia. W ocenie Sądu sprzeczne z obowiązkiem prawnym zachowanie (działanie, zaniechanie), gwaranta nienastąpienia skutku (lekarza), jeżeli nie ma wpływu na stan zagrożenia dla życia czy zdrowia określonej osoby, nie jest przyczynowe dla utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, o którym mowa w art. 160 § 1 k.k. Dotyczy to w szczególności sytuacji, gdy źródło narażenia tych dóbr jest poza możliwością oddziaływania osoby prawnie zobowiązanej do określonego zachowania. (podobnie : Wyrok Sądu Najwyższego – Izba Karna z dnia 14 lipca 2011 r. III KK 77/2011). Bezspornym jest, iż skutkiem, o którym mowa w art. 160 § 1 – 3 k.k jest także skutek, który będzie miał miejsce również wtedy, gdy sprawca swoim zachowaniem zwiększa zagrożenie dla już zachodzącego bezpośredniego niebezpieczeństwa. W szczególności będzie to miało miejsce wtedy, gdy sprawca zobowiązany do zapobiegnięcia niebezpieczeństwu, zaniecha wykonania ciężącego na nim prawnego, szczególnego obowiązku - co jak wynika z opinii biegłych nie miało miejsca w przypadku oskarżonych wdrażających procedury diagnostyczne adekwatne do ewoluującego stanu pacjenta.

Skutek czynu zabronionego określonego w art. 160 k.k, może urzeczywistnić się także w zwiększeniu stopnia narażenia człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia, które wystąpiło już wcześniej - w niniejszej sprawie był to niemożliwy do ustalenia (vide opinia biegłych) progres choroby wrzodowej. Ale jeśli zarzuconym zachowaniem jest nieumyślne zaniechanie ciężącego na oskarżonych obowiązku zapobiegnięcia skutkowi (perforacja), to warunkiem pociągnięcia oskarżonych do odpowiedzialności karnej za przestępstwo z art. 160 § 2 i 3 k.k., musiałyby być obiektywne przypisanie im takiego skutku co jest wykluczone zważywszy na racjonalną i pozytywną ocenę ich postępowania diagnostycznego dokonaną przez zespół biegłych. Tym samym warunek w/w nie został w sprawie niniejszej spełniony bowiem nie zostało dowiedzione, że pożądane zachowanie alternatywne, polegające na wykonaniu przez oskarżonych obowiązków innych niż faktycznie wykonane a domniemywanych w zarzutach, zapobiegłoby realnemu i znaczącemu wzrostowi stopnia tego narażenia (podobnie : Postanowienie Sądu Najwyższego – Izba Karna z dnia 3 czerwca 2004 r. V KK 37/2004). Sąd wywodził zakres obowiązków oskarżonych ciężących na nich jako gwarantach (art. 160 § 2 k.k.), z ustaleń poczynionych przez biegłych (k. 714-715), nadto posiłkując się zakresem obowiązków ordynatora (k.131-134), z ustaleń powyższych wynika, iż był on definiowalny w odniesieniu do momentu czasowego wskazanego w zarzutach, w którym oskarżeni mieli dopuścić się nieprawidłowości. Sąd ujmując powyższe w okolicznościach ustalonego stanu faktycznego, sformułował przywołane uprzednio wnioski co do zakresu realizacji tychże obowiązków i ew., niebezpieczeństw, które wynikać mogą z ich zaniechania. (por., Postanowienie Sądu Najwyższego – Izba Karna z dnia 19 stycznia 2011 r. IV KK 356/2010)

Bezspornym jest, iż lekarz może odpowiadać karnie za przestępstwo przeciwko życiu lub zdrowiu pacjenta w związku z zabiegiem leczniczym (rozumianym w szerokim znaczeniu tego pojęcia, tzn. obejmującym diagnozę, terapię i profilaktykę chorób), tylko w razie zawinionego błędu sztuki lekarskiej. Ustalenie błędu w sztuce lekarskiej zależy zaś od odpowiedzi na pytanie, czy postępowanie lekarza w konkretnej sytuacji i z uwzględnieniem całokształtu okoliczności istniejących w chwili przedsięwziętych przez niego czynności (bądź ich zaniechania), a zwłaszcza tych danych, którymi wówczas dysponował albo mógł dysponować, zgodne było z wymaganiami aktualnej wiedzy i nauki medycznej oraz powszechnie przyjętej praktyki lekarskiej. Podobnie muszą być brane pod uwagę wszystkie realia określonego przypadku przy rozstrzygnięciu o winie lekarza, polegającym na odtworzeniu rzeczywistego wewnętrznego procesu motywacyjnego na podstawie faktów zewnętrznych i właściwości osobistych sprawcy. Nie każdy błąd diagnostyczny stwierdzony ex post może być uznany eo ipso za błąd sztuki lekarskiej, który należy oceniać z pozycji ex ante, czyli w zależności od zakresu informacji rzeczywiście posiadanych przez lekarzy stawiających diagnozę czy dostępnych dla nich przy odpowiednim staraniu. Zamiaru ewentualnego nie można się ani domyślać, ani domniemywać, lecz musi on wynikać z konkretnych faktów ocenianych w powiązaniu z całokształtem okoliczności danej sprawy oraz z właściwościami osobistymi sprawcy, jego stosunkiem do pokrzywdzonego itp. (Wyrok Sądu

Najwyższego – Izba Karna z dnia 8 września 1973 r. I KR 116/72). Sąd orzekający w sprawie niniejszej stoi na stanowisku, iż warunkiem odpowiedzialności karnej lekarza – gwaranta z art. 160 § 2 i 3 kk jest obiektywne przypisanie mu skutku należącego do znamion strony przedmiotowej objętego tym przepisem przestępstwa. Warunek ten będzie spełniony, gdy zostanie ustalone, że pożądane zachowanie alternatywne, stanowiące realizację ciężącego na lekarzu obowiązku, zapobiegłoby narażeniu człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. (Wyrok Sądu Najwyższego – Izba Karna z dnia 1 kwietnia 2008 r. IV KK 381/2007), co zważywszy na opinię biegłych nie ma przełożenia na ocenę zachowań czasownikowych oskarżonych opisanych w akcie oskarżenia, bowiem dopełnili oni swoich obowiązków co uprawnia do wnioskowania o tym, iż nie można ustalić, że pomiędzy czynnościami diagnostycznymi przedsięwziętymi przez oskarżonych a skutkiem w postaci śmierci R. Z. istniał adekwatny związek przyczynowy.

Mając na względzie powyższe ustalenia oraz wynikające z nich wnioski jak również dyspozycję art. 17§1pkt.1 kpk w zw z art. 414§1kpk, Sąd uniewinnił oskarżonych od popełnienia zarzucanych im czynów o czym orzekł w części dyspozytywnej wyroku zapadłego w niniejszej sprawie.

O kosztach związanych z postępowaniem orzeczono zgodnie z dyspozycją art. 632 ust.2 kpk.

B. dnia 07 marca 2018 roku