

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 23 grudnia 2013 r.

Sąd Rejonowy w Białymstoku VII Wydział Karny w składzie:

Przewodniczący SSR Magdalena Beziuk - Gawęcka

Protokolant Agnieszka Grodzka

w obecności **Prokuratora** Dawida Roszkowskiego

po rozpoznaniu w dniu 3 i 31 października, 28 listopada, 27 lutego i 18 grudnia 2013 r. w B. na rozprawie sprawy **J. P. (1)**

córki M. i W. z domu P.

urodzonej (...) w N.

oskarżonej o to, że:

W dniu 15 lipca 2010r. w B. będąc zatrudniona w ZOZ Wojewódzkiej (...) w B. jako lekarz w zespole karetki pogotowia S4 działając nieumyślnie, podczas wykonywania czynności medycznych u pacjenta D. K. (1) zam. w B. przy ul. (...) nie zachowała należytej ostrożności w ten sposób, że w rozpoznaniu choroby pacjenta pominęła wynik zapisu EKG, który wskazywał na możliwość niedokrwienia mięśnia sercowego i uwzględniając wyłącznie ewentualne skutki nadciśnienia tętniczego nie przewiozła go do szpitala celem dalszej diagnostyki, czym naraziła go na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu

tj. o czyn z art. 160 § 2 k.k. w zw. z § 3 k.k.

- orzeka -

I. Oskarżoną J. P. (1) uznaje za winną popełnienia tego, że w dniu 15 lipca 2010r. w B. będąc zatrudniona w ZOZ Wojewódzkiej (...) w B. jako lekarz w zespole karetki pogotowia S4 działając nieumyślnie, podczas wykonywania czynności medycznych u pacjenta D. K. (1) zam. w B. przy ul. (...) nie zachowała należytej ostrożności w ten sposób, że w rozpoznaniu choroby pacjenta pominęła wynik zapisu EKG, który wskazywał na nieprawidłowości w zakresie możliwości niedokrwienia mięśnia sercowego i nie przewiozła go do szpitala celem dalszej diagnostyki, czym naraziła go na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, tj. o czyn art. 160 § 2 k.k. w zw. z art. 160 § 3 k.k., i za to na podstawie art. 160 § 2 k.k. w zw. z art. 160 § 3 k.k. skazuje ją, zaś na podstawie art. 160 § 3 k.k. wymierza jej karę 6 (sześciu) miesięcy pozbawienia wolności.

II. Na podstawie art. 69 § 1 i 2 k.k. oraz art. 70 § 1 pkt.1 k.k. wykonanie orzeczonej wobec oskarżonej kary pozbawienia wolności warunkowo zawiesza tytułem próby na okres 2 (dwóch) lat.

III. Na podstawie art. 41 § 1 k.k. orzeka wobec oskarżonej J. P. (1) środek karny zakazu wykonywania zawodu lekarza w warunkach Pogotowia (...) na okres 1 (jednego) roku.

IV. Na podstawie art. 46 § 2 k.k. orzeka od oskarżonej na rzecz oskarżycielki posiłkowej kwotę (...) (trzydziestu tysięcy) złotych tytułem nawiązki.

V. Zasądza od oskarżonej na rzecz oskarżycielki posiłkowej kwotę 797,04 (siedmuset dziewięćdziesięciu siedmiu 04/100) złotych tytułem kosztów ustanowienia w sprawie pełnomocnika.

IV. Zasądza od oskarżonej na rzecz Skarbu Państwa kwotę 120 (stu dwudziestu) złotych tytułem opłaty i obciąża ją pozostałymi kosztami sądowymi w sprawie.

Sygn. akt VII K 577/12

UZASADNIENIE

Na podstawie całokształtu okoliczności ujawnionych w toku przewodu sądowego Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 16 lipca 2012 r. w godzinach popołudniowych D. K. (1) wrócił do domu przy u. (...) w B.. Źle się czuł, miał temperaturę i dreszcze. Położył się do łóżka nakrywając się kołdrą. Po godzinie 19 do domu wróciła jego żona E. K. i zastała męża, który leżał pod kołdrą i mówił, że nadal ma opisane dolegliwości i jest mu zimno, temperatura wskazywała powyżej 38 stopni. Wskazywał także na klatkę piersiową oraz, że kłuje go, rozpiera i boli. Po otrzymaniu leku A. zasnął. Około godziny 23 obudził się i poprosił żonę aby wezwała pogotowie. E. K. o godzinie 23.08 zadzwoniła po pogotowie i przekazała telefonicznie dyspozytorce W. K. (1), że wezwanie dotyczy mężczyzny w wieku 43 lat, który odczuwa klucie w klatce piersiowej. Dyspozytor pogotowia ratunkowego skierowała specjalistyczny zespół własny S4 z karetką bez sygnału, który przybył do miejsca zamieszkania o godzinie 23.17. W składzie powyższego zespołu był lekarz J. P. (1), ratownik medyczny M. C. (1) oraz kierowca M. O.. W wywiadzie przeprowadzonym na miejscu ustalono, iż D. K. (1) miał temperaturę 38,6 C, ból w klatce piersiowej przy oddychaniu i ucisku. Na miejscu przeprowadzono pomiar ciśnienia z wynikiem 160/80 i tętnem 60 uderzeń na minutę oraz badanie EKG. Podczas przypinania elektrod EKG D. K. (1) zgłaszał ból w klatce piersiowej. Badanie EKG wykazało rytm zatokowy. Zapis EKG wskazywał „bradykardia zatokowa z niemiarowością zatokową, minimalne kryteria amplitudy (...) dla V1, przerost lewej komory, nieprawidłowy załamek T – rozważ niedokrwienie ściany dolnej”. J. P. (1) rozpoznała infekcję górnych dróg oddechowych oraz neuralgię. Podany został K.. Rodzina została pouczona, iż D. K. (1) pozostanie w domu i w przypadku dalszego złego samopoczucia powinien zgłosić się do dalszej diagnostyki. Po wyjściu zespołu karetki pogotowia (...) w dalszym ciągu uskarżał się na ból. Po pewnym czasie zasnął. Około trzeciej rano obudził się ponownie, zerwał się z łóżka z bólem i trzymał się za klatkę piersiową. W tym momencie E. K. poszła do łazienki. Usłyszała jak mąż kilka razy chrząknął i w tym momencie wyszła z łazienki. Zobaczyła jak mąż leży z otwartą buzią na łóżku. Zawołała starszego syna i rozpoczęła reanimacje we własnym zakresie. Zadzwoniła po pogotowie a syn pobiegł do sąsiadów. O godz. 3.10 przyjechała ponownie karetka S4 w tym samym składzie jak poprzednio. D. K. (1) w momencie przyjazdu był bez oznak życia. Położony został na podłodze. Przeprowadzone badanie EKG wykazało asystolię, i rozpoczęto reanimacje trwająca około 60 minut. W EKG okresowo (...), podano 8 ampulek Adrenaliny, 3 Atropiny, 4 ampułki Atrium, 2 ampułki A. ale bezskutecznie. Podczas badania ustalono brak reakcji otwierania oczu, słownej i ruchowej, bezdech i brak reakcji źrenic - szerokie. Brak tętna i ciśnienia. Około godziny 4.10 potwierdzono zgon D. K. (1).

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił przede wszystkim w oparciu o wyjaśnienia oskarżonej J. P. (1) w części (k. 167-170, 118), zeznania świadków: E. K. (k. 171-177, 49v, 3-4), M. C. (1) (k. 178-180, 33v-34), W. K. (1) (k. 180-184, 40v), M. O. (k. 184-186, 36v-38), I. P. (k. 186-187, 10v), M. S. (k. 187-190, 8v-9), D. K. (2) (k. 207v-209), K. K. (1) (k. 209-209v), F. P. (209v-210v) oraz informacje (k. 199- 203, 225, 232, 288, 364-373), kartę wezwań z wyjazdów wraz z procedurą oraz wynikami (k. 13-27, 200-202), protokół oględzin (k.28), historię choroby (k. 78) kartę pobytu w Izbie Wytrzeźwień (k. 226-230), opinie biegłych (k. 101-113, 308-310) oraz pozostały ujawniony materiał dowodowy gromadzony w sprawie.

Przesłuchana w charakterze oskarżonej J. P. (1) w postępowaniu przygotowawczym przyznała się do popełnienia zarzucanego jej czynu. Na pierwszej rozprawie głównej złożyła wniosek o warunkowe umorzenie postępowania karnego, na które ani Sąd ani oskarżycielka posiłkowa nie wyrazili zgody. Słuchana bezpośrednio przed Sądem nie przyznała się do popełnienia zarzucanego jej czynu. Wyraziła współczucie rodzinie. Wyjaśnił, iż po konsultacjach z lekarzami z ratownictwa nie może się przyznać do popełnienia zarzucanego jej czynu. Wskazała, że w zawodzie

lekarza pracuje 30 lat, ma dwie specjalizacje i zawsze starała się swoją pracę wykonywać rzetelnie. Wyjaśniła, że zebrała wywiad z chorym i żoną pacjenta, przeprowadziła badanie lekarskie, wykonała badania EKG, pomiar ciśnienia, zmierzono temperaturę ciała. Z wywiadu wynikało, że pacjent od godz. 14 gorączkował, że pracował w pomieszczeniu klimatyzowanym, że wychodził z budynku, że mogło dojść do przeziębienia. W trakcie badania chorego nie stwierdziła zmian osłuchowych nad płucami natomiast zapis EKG nie wykazywał cech zawału, czy cech niedokrwienia mięśnia sercowego. Charakter zgłaszanych przez chorego dolegliwości, a więc bóle o charakterze klucia w lewej połowie klatki piersiowej, bóle przy wykonywaniu ruchów, przy ucisku klatki piersiowej, bóle przy przypinaniu elektrod EKG jednoznacznie wskazywały na charakter neuralgii i nie były bólami o charakterze zawału czy niedokrwienia mięśnia sercowego. W oparciu o to podjęła decyzję o podaniu leku o działaniu przeciwbólowym i przeciwgorączkowym i pozostawieniu pacjenta w domu, z informacją, że gdyby źle się czuł należy dnia następnego zgłosić się do lekarza rodzinnego lub wezwać karetkę. Wyjaśniła, że w pogotowiu wezwań do temperatury z bólami o charakterze neuralgii jest bardzo dużo i nie ma takiej możliwości aby wszystkich chorych przewieźć do szpitala, badać pod nadzorem lekarza. Wskazała, że nie taka jest rola pogotowia a zadaniem lekarza karetki jest podjąć decyzje w oparciu o posiadaną wiedzę, doświadczenie i o informacje na temat tego chorego. Wskazała, że śmierć chorego jest także dla niej traumą. Wyjaśniła, że wielokrotnie tą sytuację analizowała, omawiała z lekarzami pogotowia, kardiologami aby się upewnić czy właściwie postąpiła i wie, że pewnych sytuacji nie da się przewidzieć. Dodatkowo wyjaśniła, że między jedną a drugą wizytą karetki upłynęło około 4 godzin i nie wiadomo co w tym czasie się działo z chorym, a do pogotowia nie wpłynęło zgłoszenie, że jego stan się pogorszył. O godzinie 3 było zgłoszenie że chory nie oddycha, a w momencie przybycia karetki pacjent był bez oznak życia. Podjęte zostały czynności reanimacyjne zgodnie ze standardami medycznymi. Mimo reanimacji u pacjenta stwierdzono zgon, którego przyczyna nie jest znana z uwagi na brak sekcji zwłok.

Ustosunkowując się do składanych uprzednio wyjaśnień wskazała, że przyznała się do popełnienia zarzucanego jej czynu bo śmierć tego pacjenta była dla niej traumą i zaskoczeniem. Pomyślała, że nie będzie walczyć o uniewinnienie i przyzna się. Jednak przeprowadzone konsultacje z kolegami lekarzami utwierdziły ją w przekonaniu, że może składać wyjaśnienia i że może uzasadnić swoje postępowanie.

Sąd zważył, co następuje:

W przedmiotowej sprawie poza sporem było, iż w nocy z 15 na 16 lipca 2010 roku do pacjenta D. K. (1) dwukrotnie przyjeżdżało pogotowie celem udzielenia pomocy, które wysłane zostało przez dyspozytora W. K. (1). Bezsprzeczne jest także to, iż dwukrotnie była to ta sama załoga karetki pogotowia S4, w składzie z lekarzem, tj. oskarżoną J. P.. Okoliczności związane z wysłaniem karetki, przeprowadzonym wywiadem stanu zdrowia pacjenta - zarówno telefonicznym jak i tym przyprowadzonym w miejscu jego zamieszkania – a także przeprowadzone czynności medyczne przez zespół karetki są w zasadzie także nie budzące wątpliwości w zakresie okoliczności i prawdziwości ich przeprowadzenia. Wynikają one nie tylko z zeznań dyspozytorki W. K., zeznań świadków przebywających w domu D. K. (1), tj. E. K., D. K. (2), M. S., I. P. oraz załogi karetki M. C., M. O., czy też wyjaśnień oskarżonej J. P.. Te okoliczności potwierdzone zostały także obiektywnymi dokumentami w postaci kart wyjazdu, zgłoszeń oraz przeprowadzonych badań pacjenta D. K. (1). Nie przeczyła w zasadzie im także sama oskarżona J. P.. Jedyną w zasadzie kwestią dotyczącą stanu faktycznego, którą można by potraktować jako sporną jest rodzaj bólu odczuwanego przez D. K. (1) w czasie przyjazdu karetki, który niemal wszyscy opisują w odmienny sposób. Jednakże z uwagi na to, że ta okoliczność jest indywidualnym odczuciem każdego człowieka Sąd nie uznał tego za rozbieżność w zeznaniach świadków, utwierdzając się jedynie w przekonaniu, że D. K. (1) w dniu 15 lipca 2010 roku doskwierał ból w klatce piersiowej, którego charakteru nie potrafił także on sam opisać. Co więcej w świetle zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego bezsprzeczne jest, że wszystkie osoby mające jakikolwiek kontakt z pacjentem D. K. (1) w dniu 15 i 16 lipca 2010 roku wiedziały o jego dolegliwościach i jak wynika z zeznań świadka W. K. (1) były one jednym z czynników decydującym o wysłaniu specjalistycznej karetki wraz z lekarzem.

Nadmienić należy, iż Sąd dał wiarę zeznaniom wszystkich słuchanych w sprawie świadków. Są one przede wszystkim logiczne i spójne, a relacja z nich wynikająca potwierdza wersję podawaną przez świadków indywidualnie i znajduje potwierdzenie w sporządzonej szeroko rozumianej dokumentacji związanej z pacjentem D. K. (1). Tak przedstawione zeznania świadków znajdują także odzwierciedlenie w wyjaśnieniach oskarżonej, której relacja co do

stanu faktycznego związanego z przyjazdem karetki jest niemal identyczna do tej podanej przez świadków. Wprawdzie świadkowie i oskarżona podają z osobna różne szczegóły jednakże są one związane albo z czasem kontaktu z D. K. (1) i jego rodziną albo z wykonywaną funkcją. Sąd dał wiarę wyjaśnieniom oskarżonej w zakresie stanu pacjenta i wykonanych czynności medycznych w stosunku do niego, a także opisywanym przez oskarżoną intencjach podjęcia właściwego leczenia w stosunku do D. K. (1). Sąd, w oparciu o zgromadzony w sprawie pozostały materiał dowodowy w sprawie, nie dał wiary tej części wyjaśnień oskarżonej, w której podała, iż postawiona przez nią diagnoza była jedynie słuszną, prawidłową a stan pacjenta nie wskazywał na to aby należało zabrać go celem dalszej diagnostyki w oddziale (...). Ta część wyjaśnień oskarżonej dotycząca prawidłowości jej postępowania stoi w sprzeczności z pozostałym materiałem dowodowym zgromadzonym w sprawie i jest zasadniczą, sporna kwestią, której wyjaśnienie stanowiło sedno prowadzonego postępowania przed Sądem.

Przystępując do analizy postępowania oskarżonej podkreślić należy, iż oskarżonej J. P. (1) postawiono zarzut **nieumyślnego narażenia** D. K. (1) na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, a **nie zarzut, którym winą za śmierć D. K. (1) obciążyć by można byłoby chociażby nieumyślnie oskarżoną lekarz w tej sprawie**. Sąd więc procedując i orzekając w tej sprawie miał na uwadze czy działanie oskarżonej jako lekarza pogotowia chociażby nieumyślnie narażyło pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub zdrowia.

Podstawą uznania, że takie nieumyślne niebezpieczeństwo nastąpiło jest ocena materiału dowodowego, w tym sporządzonych w tej sprawie opinii zespołu czterech biegłych lekarzy z zakresu medycyny sądowej, medycyny ratunkowej i chorób wewnętrznych tym kardiologii, uzupełnione następnie przez zespół biegłych, w składzie którego opiniował dodatkowy biegły z zakresu kardiologii. Analiza sporządzonych do akt sprawy opinii biegłych wskazuje, że są one niejako dwutorowe. Pierwsza zasadnicza ich część dotyczy postępowania zespołu karetki pogotowia z dnia 15 lipca 2010 roku, a więc z daty pierwszego, najistotniejszego z punktu widzenia prowadzonego postępowania wezwania. Druga zaś dotyczy wezwania z dnia 16 lipca 2010 roku, w czasie którego stwierdzono zgon pacjenta. Ustosunkowując się do tej części opinii, która dotyczy dnia 16.07.2010 roku wskazać należy, iż biegli sporządzający wszystkie opinie w tym zakresie jednoznacznie wskazali, że postępowanie zespołu karetki, w tym oskarżonej J. P. podczas drugiego przyjazdu karetki było prawidłowe. Akcja reanimacyjna została przeprowadzona zgodnie z obowiązującymi standardami postępowania medycznego i stosownie do zaistniałej sytuacji zdrowotnej pacjenta. Tak sporządzona opinia w postępowaniu przygotowawczym spowodowała brak postawienia zarzutu oskarżonej w tym zakresie.

Ustosunkowując się do zasadniczej części opinii wskazać należy, iż biegli opiniując w sprawie analizowali relacje osób, sporządzoną dokumentację medyczną oraz wyniki badań D. K. (1). Wynika z niej, że zespół karetki pogotowia udzielający pomocy w dniu 15.07.2010 roku prawidłowo przeprowadził wywiad chorobowy, badanie przedmiotowe i elektrokardiograficzne serca. W ocenie biegłych informacje podane w wywiadzie uzasadniały wykonanie tych właśnie czynności. Zdaniem biegłych jednak dalsze postępowanie było nieprawidłowe. Na taką ocenę postępowania wpłynął przede wszystkim zapis EKG. Z jego odczytu wynika bowiem, że lewogram pozycyjny, niepełny blok odnogi prawej z obniżonym odcinkiem ST w odprowadzeniach II, III, aVR-zmiany niespecyficzne a także widoczne w zapisie uniesienie ST w odprowadzeniach V1-V3, które to zmiany wskazują na **możliwość** niedokrwienia mięśnia sercowego. Obraz EKG w ocenie biegłych był niejednoznaczny. W tej sytuacji przy uwzględnieniu utrzymującego się bólu w klatce piersiowej, wieku pacjenta i obciążeniu nadciśnieniem tętniczym zdaniem biegłych istniały wskazania do poszerzenia diagnostyki w kierunku ostrego niedokrwienia mięśnia sercowego i ewentualnego wdrożenia leczenia kardiologicznego. Z opinii biegłych jednoznacznie wynika, że w celu wyjaśnienia wszelkich wątpliwości, a szczególnie wykluczenia ostrego niedokrwienia mięśnia sercowego, wskazane było przewiezienie pacjenta do szpitala celem dalszej diagnostyki w tym kierunku. W tej sytuacji wobec niejednoznacznego zapisu EKG uznanie, że są to skutki jedynie nadciśnienia tętniczego, a pominięcie możliwości niedokrwienia mięśnia sercowego sugerowanego przez EKG i zaniechanie dalszej diagnostyki w tym kierunku było działaniem nieprawidłowym, które w efekcie narażyło chorego na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Jednocześnie biegli

uznali, że leczenie wdrożone przez lekarza przy rozpoznaniu neuralgii było prawidłowe, aczkolwiek nie uprawniało do pozostawienia D. K. w warunkach domowych.

Uzupełniając ustnie opinię biegli podtrzymali treść i wnioski w niej zawarte. Ustosunkowując się do zagadnień związanych z kwestią charakteru bólu, tj. czy był on o charakterze neuralgii czy związanym kardiologicznie oraz czy pacjent ma obowiązek wskazać lub opisać rodzaj bólu biegli wskazali, że ból może być typowy, dławicowy, rozpierający o lokalizacji zamostkowej. Nie ma ściśle sprecyzowanych kryteriów bólu wieńcowego, który zazwyczaj powinien być zlokalizowany za mostkiem, być o charakterze rozpierania, dławienia, promieniować powinien do zuchwy lub barku albo do pleców, prawego pobraża, do łuku podsercowego. Biegli wskazali jednocześnie, że ból może być nietypowy i nie spełniać tych kryteriów i mimo to będzie pochodził z ostrego niedokrwienia mięśnia sercowego. Z ich opinii wynika także, iż jeżeli pacjent nie umie określić tego bólu w klatce piersiowej to należy wykluczyć przyczyny, które za ten ból odpowiadają. Ból w klatce piersiowej u mężczyzny w średnim wieku, obciążonego nadciśnieniem tętniczym stanowi poważne ryzyko wystąpienia ostrego niedokrwienia mięśnia sercowego. Żeby go umiejscowić i sprecyzować, przeprowadzić trzeba konkretne czynności, należało wykluczyć ostre niedokrwienie mięśnia sercowego, czego nie mogła dokonać oskarżona w warunkach domowych pacjenta. Jeżeli lekarz ma jakiegokolwiek wątpliwości i które uniemożliwiają mu zajęcie sprecyzowanego stanowiska i przy braku charakterystycznych dla lekarza pogotowia cech w zapisie EKG należy chorego zawieźć do najbliższego ośrodka szpitalnego celem poszerzenia diagnostyki. Dodatkowo z ich opinii wynika, że wprawdzie zespół ratownictwa medycznego dysponuje w czasie swego wyjazdu defibrylatorem, który posiada monitor elektrokardiologiczny z możliwością zapisu na papierze elektrokardiogramu. Jest to jednak zapis uproszczony i nie dający możliwości precyzyjnej oceny elektrokardiogramu. Jeżeli istnieje wątpliwość, co do interpretacji zapisu, przy klinicznym stanie pacjenta wskazującym na zespół wieńcowy ostry lub zagrożenie zawału mięśnia sercowego – który tu w ocenie biegłych występował, to taki pacjent powinien być przewieziony do najbliższego oddziału ratunkowego celem poszerzenia diagnostyki w kierunku ostrego zespołu wieńcowego lub ostrego zawału. Biegli podkreślali, że w tym konkretnym przypadku elektrokardiogram, który został sporządzony wskazywał na możliwość występowania ostrego zespołu wieńcowego lub zagrożenia zawału mięśnia sercowego i nie można oceniać samego EKG bez dodatkowych objawów, które tu wystąpiły. Biegli podkreślili, iż oskarżona dobrze się zachowała, pod względem rozpoznania neuralgii międzyżebrowej i zastosowała adekwatne leczenie, które jednak nie wykluczało obecności mimo wszystko niedokrwienia mięśnia sercowego i stanowiło bezpośrednie zagrożenie dla pacjenta. Podanie zaś K. mogło zmniejszyć bóle neuralgiczne i mogło zamaskować bóle spowodowane niedokrwieniem serca, zaś występująca u pacjenta podwyższona temperatura ciała mogła być objawem niezależnym od niedokrwienia mięśnia sercowego. Opieranie się wyłącznie na tym objawie nie usprawiedliwia odstąpienia od poszerzenia diagnostyki o ostre niedokrwienie mięśnia sercowego. Z ich opinii jednoznacznie wynika, że powodem, dla którego pacjent musiał być zabrany do szpitala, to ból w klatce piersiowej, wywiad, płeć męska w wieku około 40 lat, zgłaszane symptomy i EKG. Zalecenia te potęgował zapis elektrokardiologiczny, w którym ujawniono odprowadzenia odcinka ST. Sam zaś wynik EKG nie może być oceniane samodzielnie w tym przypadku, a na taką ocenę składa się cały zespół czynników.

Niemal analogiczną w swych wnioskach opinię uzupełniającą podtrzymał zespół biegłych, skład którego poszerzony został o dodatkowego biegłego z zakresu kardiologii. Uzupełniony o dodatkowego biegłego z zakresu kardiologii zespół biegłych wskazał jak w poprzedniej opinii pisemnej, iż zapis EKG wykazuje lewogram pozycyjny, niespecyficzne i izolowane zmiany w odprowadzeniu III, niespecyficzne, dyskretne deniwelacje ST w V5 i V6, wysokie załamki T w odprowadzeniach V2 i V3 mogące odpowiadać T wieńcowemu, tj. najwcześniejszej elektrokardiograficznej zmianie występującej w ostrym niedokrwieniu mięśnia sercowego. Z ich uzupełniającej opinii wynika, iż przeprowadzony zapis EKG nie wskazuje jednoznacznie na zawał mięśnia sercowego niemniej zmiany w odprowadzeniach V2 i V3, tzw. T wieńcowe, przy zgłaszanych bólach w klatce piersiowej u 43 – letniego mężczyzny z nadciśnieniem tętniczym nakazywały zdaniem biegłych poszerzenie badań diagnostycznych celem ostatecznego wykluczenia lub potwierdzenia tak groźnego dla życia lub zdrowia rozpoznania. Taka diagnostyka możliwa była zdaniem biegłych jedynie w warunkach szpitala lub innej placówki służby zdrowia. W swojej opinii biegli ponownie podkreślili, że współwystępowanie objawów infekcji znacznie utrudniało prawidłowe rozpoznanie w trybie doraźnej pomocy pogotowia ratunkowego. Niejasny obraz kliniczny wraz z zapisem EKG nieprawidłowym nie mogły stanowić podstawy do jednoznacznego wykluczenia stanu bezpośredniego zagrożenia życia, co stanowi kolejny argument potwierdzający

konieczność poszerzenia diagnostyki w warunkach (...), zaś zaniechanie dalszych badań diagnostycznych było postępowaniem nieprawidłowym, narażającym pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

Biegli słuchani na rozprawie podtrzymali uzupełniającą opinię pisemną i po raz kolejny podkreślili, że ustalanie jedynie oznak kardiologicznych, w tym oderwana analiza jedynie EKG, czy też rodzaju bólu nie jest miarodajna w tej sprawie, a sens opinii jest taki, że wykonane EKG nie było całkowicie prawidłowe, dolegliwości były podejrzane i pacjent był z czynnikami ryzyka więc na podstawie tego wszystkiego nie można było uznać go jako całkowicie bezpiecznego i należało diagnostykę kontynuować w (...). W ich opinii tylko prawidłowe EKG mogło być przesłanką, żeby zaniechać dalszą diagnostykę w (...). Biegli zwrócili uwagę, że w tym konkretnym przypadku nie można zakładać na 100%, że przyczyną śmierci pacjenta był zawał, bo możliwości jest wiele innych, chociażby zapalenie mięśnia sercowego.

ale jest to czysta spekulacja. Tak czy owak pacjent przy tylu znakach niewiadomych powinien być diagnozowany w (...). Znaki zapytania są takie, a mianowicie pacjent 43-letni, który był obciążony nadciśnieniem i to źle leczonym nadciśnieniem. Ten zapis w EKG nie uprawniał lekarza do wykluczenia niedokrwienia mięśnia sercowego.

Ustosunkowując się do podnoszonej przez oskarżoną okoliczności związanej z wysokim T wskazali, że taki wynik jest rzeczywiście dopuszczalny jako wariant normy, jednakże uwaga biegłych o T wieńcowym w tym konkretnym zapisie EKG wynikała z tego, że T wieńcowe jest najwcześniejszym objawem niedokrwienia serca. Następnym zaś jest uniesienie odcinka ST, a w zapisie pacjenta było bardzo dyskretne ale jednak widoczne uniesie ST i można było domniemać o początku zawału. Biegli podkreślili, że jest to zmiana, która nie uprawnia do rozpoznania w 100% zawału ale była niepokojąca. Natomiast można by założyć, że takie EKG mogło być w szczególnych okolicznościach wariantem normy gdyby nie fakt, że był to mężczyzna z czynnikami ryzyka, z bólem w klatce piersiowej. Zdaniem biegłych interwencja pogotowia ratunkowego nie jest miejscem do rozpatrywania symetrii lub braku symetrii załamek T, które wielokrotnie w trakcie procesu zaznaczała oskarżona. Biegli wyjaśnili, że zawał jest ostrym zamknięciem tętnicy wieńcowej, która dokonuje się poprzez wykrzepianie w świetle tętnicy i we wstępnej fazie tego procesu następuje proces nasilania zakrzepiania i rozpuszczania. Dolegliwości trwające kilka godzin z przerwami mogą spowodować, że uniesienie ST wystąpi po kilku lub kilkunastu godzinach. Wnioskując końcowo biegli w sposób jednoznaczny podali, że idealny proces opieki nad chorym powinien wyglądać w taki sposób, że powinien zostać przewieziony do (...), gdzie powinno być wykonane zdjęcie klatki piersiowej, parametry niedokrwienia i wykład linii zapalenia. W zależności od wyników pacjent byłby (lub nie) do wykonania koronografii w trybie pilnym. Jakkolwiek pewne byłoby to tylko wtedy, gdyby miał podwyższone wykładniki martwicy mięśnia sercowego, a seryjnie wykonanych zapisach EKG potwierdzono by ewolucję zawału. Tu zaś nie została przeprowadzona dalsza diagnoza.

Sąd dał wiarę wszystkim opiniom biegłych przeprowadzonym w tej sprawie. W ocenie Sądu rzetelność, fachowość i logiczność sporządzonych opinii oraz zawartych w niej wniosków nie budzi żadnych wątpliwości. Biegli w różnych konfiguracjach osobowych, w tym różnych specjalizacji medycznych poparli je szczegółową analizą i wywodami, które źródło swe mają w specjalistycznej wiedzy i wieloletnim doświadczeniu zawodowym. Biegli opiniujący w sprawie są specjalistami w swoich dziedzinach, posiadają w większości stopnie profesorskie w dziedzinach medycznych, które reprezentują, zaś powołany dodatkowy biegły z zakresu kardiologii został wskazany przez konsultanta wojewódzkiego z dziedziny kardiologii województwa (...) jako osoba bezstronna, specjalista kardiologii z województwa (...). Dlatego sporządzone przez biegłych opinie stanowią w ocenie Sądu pełnowartościowy dowód w sprawie potwierdzający – wbrew twierdzeniom oskarżonej - fakt, że zachowanie oskarżonej nieumyślnie spowodowało narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Podkreślić także należy rzecz oczywistą, że Sąd nie posiada wiedzy medycznej. Orzekając w sprawie wymagającej wiedzy specjalistycznej musi posilkować się opiniami biegłych specjalistów w dziedzinach, których zarzut stawiany oskarżonym dotyczy. W wypadku zarzutu stawianego oskarżonej J. P. (1) Sąd musiał zasięgnąć wiedzy specjalistów medyków. Określając rodzaj specjalizacji biegłych niezbędny do wydania opinii w tej sprawie Sąd musiał wziąć pod uwagę specyfikę zarzutu stawianego oskarżonej oraz charakter wykonywanej przez nią w dniu zdarzenia pracy. Podkreślić należy ponownie, że oskarżona przyjechała do D. K. (1) jako lekarz pogotowia. Zadanie lekarza pogotowia ratunkowego jest zadaniem

trudnym i odpowiedzialnym a polegającym na tym, żeby rozpoznać chorobę, postawić diagnozę, udzielić doraźnej ale pilnej i niezbędnej pomocy medycznej, a w przypadku braku możliwości wykonania powyższych elementów przewiezienie pacjenta do oddziału (...) celem jego diagnostyki i leczenia – wszystko tak aby zapobiec bezpośredniemu narażeniu pacjenta na stan zagrażający jego życiu lub zdrowiu. Z tych też powodów Sąd dopuścił dowód z opinii biegłych z zakresu medycyny ratunkowej, medycyny sądowej, chorób wewnętrznych i kardiologii oraz kardiologii. Dopuszczenie dowodu wnioskowanego przez oskarżoną w postaci opinii biegłego z zakresu jedynie kardiologii jest w ocenie Sądu nieuprawnione. Sąd orzekając w tej sprawie nie wyrokuje czy to oskarżona doprowadziła do śmierci D. K. (1) i co było jej przyczyną, bo takiego zarzutu brak jest w przedmiotowej sprawie. Nie znamy także przyczyn jego śmierci. Sąd w tej sprawie ocenia jedynie czy pomoc medyczna udzielona pacjentowi w dniu 15 lipca 2010 roku przez oskarżoną była prawidłowa, czy też nieumyślnie spowodowała ona bezpośrednio niebezpieczeństwo utraty życia lub zdrowia, o jakim mowa w art. 160 § 2 k.k. w zw. z art. 160 § 3 k.k. Analiza wszystkich opinii biegłych wskazuje jednoznacznie, że oskarżona działaniem swoim taką sytuację spowodowała. Analiza opinii także stała się podstawą zmiany opisu czynu zarzucanego oskarżonej, w ten sposób, że niezachowanie należytej ostrożności polegało na pominięciu w diagnozie zapisu EKG, który wskazywał na możliwość niedokrwienia mięśnia sercowego i braku przewiezienia go do szpitala celem dalszej diagnostyki.

Mając powyższe na uwadze, zdaniem Sądu, materiał dowodowy zgromadzony w sprawie jednoznacznie wskazuje na to, że oskarżona nie popełniła zarzucanego mu czynu umyślnie. Należy zwrócić uwagę na to, że umyślność na gruncie prawa karnego obejmuje swoim zakresem sytuacje gdy sprawca chce popełnić czyn zabroniony, a także wypadki, w których sprawca przewidując możliwość popełnienia czynu zabronionego na to się godzi. W tym świetle nie można stwierdzić, by oskarżona J. P. (1) celowo zaniechała dalszej diagnostyki. Postawienie diagnozy neuralgii w domu pacjenta i podjęcie również w tym kierunku leczenia, przeczy umyślnemu działaniu oskarżonej w zakresie pominięcia niejednoznacznego w tym przypadku i objawach zapisu EKG. Sąd przyjął, że oskarżona nie zachowała szczególnych, wymaganych w jej zawodzie – lekarza pogotowia, środków ostrożności. Należy podkreślić, iż gdy oskarżony ponownie przyjechała do domu pacjenta podjęła wszelkie, prawidłowe próby ratowania życia chorego.

Dowody w postaci zeznań K. K. (1) i F. P. nie miały większego znaczenia w niniejszej sprawie odnośnie przebiegu zdarzenia. Potwierdziły one jedynie okoliczności związane z funkcjonowaniem rodziny, w tym dzieci, przed i po śmierci D. K. (1). Podobnie jak informacje dotyczące pobytów D. K. w Izbie Wytrzeźwień, czy też informacje dotyczące jego warunków nie wpłynęły znacząco w ocenie Sądu na stan faktyczny w sprawie.

Reasumując, w świetle zebranych dowodów nie ulega wątpliwości, że w dniu 15.07.2010 roku oskarżona J. P. nieumyślnie podczas wykonywania czynności medycznych u pacjenta D. K. (1) nie zachowała należytej ostrożności w ten sposób, że w rozpoznaniu choroby pacjenta pominęła wynik zapisu EKG, który wskazywał na nieprawidłowości w zakresie możliwości niedokrwienia mięśnia sercowego i nie przewiozła go do szpitala celem dalszej diagnostyki. Działaniem tym w ocenie Sądu naraziła daniela K. na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, tj. o czyn art. 160 § 2 k.k. w zw. z art. 160 § 3 k.k.

Przestępstwo to może zostać popełnione przez zaniechanie i należy do grupy **niewłaściwych z zaniechania**. Jest to przestępstwo materialne, do którego znamion należy skutek w postaci niebezpieczeństwa dla życia i zdrowia. Jest ono także przestępstwem należącym do grupy tzw. przestępstw z **narażenia konkretnego. Niebezpieczeństwo** jest to sytuacja – „pewien szczególny układ rzeczy lub zjawisk odrębny od samego czynu, charakteryzujący się dynamicznym rozwojem - która ma właściwość przechodzenia w inny stan” (Zoll, *Narażenie... (w:) System*, 1985, s. 467). „**Bezpośredniość** niebezpieczeństwa należy wiązać nie tyle z bliskością czasową skutku mogącego nastąpić w związku z rozwojem sytuacji; chodzi tu o taki stan, gdy nieuchronnym następstwem dalszego rozwoju sytuacji, bez konieczności pojawienia się jakichś nowych czynników "dynamizujących", jest niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia” (Zoll, *Narażenie... (w:) System*, 1985, s. 468; także Buchała (w:) *Przestępstwa przeciwko...*, s. 85). W świetle opinii biegłych niewątpliwym jest, że takie zaniechanie w przypadku oskarżonej, wprawdzie nieumyślnie ale nastąpiło. Nieumyślność działania oskarżonej, wyjaśniona powyżej, sprawiła kwalifikację czynu jako typu uprzywilejowanego przestępstwa z art. 160 § 2 k.k. w zw. z art. 160 § 3 k.k. jako znamienia wpływającego na niższe zagrożenie ustawowe.

Określając rozmiar sankcji karnej Sąd kierował się ogólnymi dyrektywami sądowego wymiaru kary zawartymi w art. 53 § 1 i 2 kk, bacząc by jej dolegliwość nie przekraczała stopnia winy sprawcy i pozostawała we właściwych proporcjach do stopnia społecznej szkodliwości czynu oskarżonego. Nie ulega wątpliwości, że stopień społecznej szkodliwości czynu oskarżonej jest znaczny. Podkreślić należy, że czyny wynikające z szeroko pojętego art. 160 k.k. mogą dotyczyć różnych sytuacji związanych z narażeniem człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Sytuacja oskarżonej w zakresie m. in. społecznej szkodliwości czynu jest na tyle specyficzna, że to oskarżona jako lekarz pogotowia, wykonująca niezwykle odpowiedzialny zawód i pełniąca szczególną funkcję winna w ocenie Sądu zachować wszelką staranność i ostrożność aby nie narazić pacjenta na zaistnienie jakiegokolwiek dalszego niebezpieczeństwa związanego z jego życiem lub zdrowiem. Zwrócić uwagę należy, iż innych okolicznościach faktycznych, a dotyczących czynów z art. 160 k.k. społeczna szkodliwość mogłaby być inna, niż społeczna szkodliwość czynu lekarza pogotowia, który przyjeżdża do wzywającego pomocy pacjenta.

Z drugiej zaś strony przy wymiarze kary nie sposób nie dostrzec okoliczności łagodzących, m.in. tego że oskarżona jest oceniana jako dobrym pracownikiem, lekarz z ogromnym doświadczeniem zawodowym, w tym w warunkach wykonywania pracy jako lekarz pogotowia ratunkowego i ciesząca się zaufaniem pracodawców. Co więcej, jeszcze nawet w trakcie prowadzonego postępowania przed Sądem wyraziła żal i smutek z powodu zaistniałego zdarzenia. Dodatkowo nie była dotychczas karana, a czyn którego się dopuściła stanowi niewątpliwie epizod w jej życiu.

Zdaniem Sądu wymierzona J. P. (1) kara sześciu miesięcy pozbawienia wolności jest karą adekwatną do charakteru popełnionego czynu i stopnia zawinienia oskarżonej. Mając na uwadze właściwości osobiste oskarżonej i jej dotychczasowy tryb życia, Sąd doszedł do przekonania, że orzeczoną karę pozbawienia wolności należy warunkowo zawiesić. Zdaniem Sądu wobec postawy oskarżonej prezentowanej w trakcie procesu oraz specyfiki charakteru popełnionego czynu nie ma żadnego powodu aby uznać, że oskarżona nie będzie przestrzegała porządku prawnego lub też, że powróci do przestępstwa. Zdaniem Sądu cele kary, pomimo jej zawieszenia, zostaną osiągnięte, zaś okres próby, wynoszący 2 lata, jest wprawdzie okresem minimalnym ale wystarczający do tego aby swoim postępowaniem J. P. (1) to wykazała. Okoliczności związane ze zdarzeniem jakim jest czyn oskarżonej sprawiły, że Sąd rozważał czy w stosunku do oskarżonej zastosować instytucję z art. 41 k.k., tj. środek karny zakazu wykonywania zawodu lekarza. Analiza całokształtu materiału dowodowego w tej sprawie przekonała Sąd, iż zasadnym jest orzeczenie środka karnego zakazu wykonywania zawodu lekarza w warunkach pogotowia ratunkowego przez jeden rok. Sąd wziął pod uwagę fakt, iż to zdarzenie miało niewątpliwie jednorazowy, incydentalny charakter w pracy zawodowej oskarżonej, która cieszy się dobrą opinią. Jednakże okoliczności podnoszone powyżej, w postaci specyficznej roli lekarza pogotowia i nałożonych wielu obowiązków związanych ze zdrowiem i życiem ludzkim sprawiły, że orzeczenie tego środka karnego jest w ocenie Sądu zasadne. Aby umożliwić oskarżonej zapłatę orzeczonej nawiazki na rzecz pokrzywdzonej, którą Sąd zasądził w kwocie 30000 zł, i bacząc aby orzeczona kara wraz ze środkiem karnym nie przekraczała stopnia zawinienia oskarżonej za zarzucany jej czyn, Sąd orzekł zakaz wykonywania zawodu lekarza w warunkach w jakich czyn zaistniał, a więc w warunkach pogotowia ratunkowego. Odnosząc się do złożonego wniosku oskarżycielki posiłkowej związanego z naprawieniem szkody, Sąd zamiast tego obowiązku orzekł nawiazkę w kwocie 30000 zł. ustalanie bowiem pełnej, realnej szkody byłoby przedłużaniem toczącego się postępowania karnego. Kwota zaś nawiazki w pewien sposób zaspokoi najpilniejsze potrzeby oskarżycielki posiłkowej i jej rodziny.

O kosztach postępowania orzeczono na podstawie art. 627 kpk, w tym o opłacie na podstawie art. 2 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 23 czerwca 1973 r. o opłatach w sprawach karnych (Dz U z 1983 r., nr 49, poz. 223 z późn. zm.), zaś o kosztach pełnomocnika oskarżycielki posiłkowej zgodnie z art. 627 kpk.