

Sygn. akt *II K 759/14 (1 Ds. 137/14)*

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 17 marca 2016r.

Sąd Rejonowy dla Wrocławia-Śródmieścia w II Wydziale Karnym w składzie:

Przewodniczący: SSR Sebastian Marcinowski

Protokolant: sekret. sąd. Izabela Łukaszewicz

w obecności Prokuratora Prok. Rej. Wrocław-Śródmieście

po rozpoznaniu dnia 29 stycznia, 12 i 26 marca, 8 kwietnia, 22 kwietnia, 1 i 17 czerwca, 21 września 2015r. oraz 3 marca 2016r. sprawy

**A. Ż. (1)**

córki W. i B. z domu K.

urodzonej (...) w K.

PESEL (...)

**oskarżonej o to, że:**

w dniu 14 września 2009 roku we W., będąc lekarzem anestezjologiem w Klinice (...) i Intensywnej Terapii (...) Publicznego Szpitala (...) we W., będąc zobowiązaną do opieki nad P. Ż. (1) i mając wiedzę o występującym u niego nadciśnieniu tętniczym i skłonności do siniaków, w ramach czynności przedoperacyjnych podjęła decyzję o przeprowadzeniu planowanego zabiegu operacyjnego usunięcia guza głowy trzustki i guza nadnercza w znieczuleniu zewnątrzoponowym ciągłym podłączonym ze znieczuleniem ogólnym, pomimo możliwości przeprowadzenia takiego zabiegu w sposób mniej ryzykowny, w tym zastosowania podaży leków przeciwbólowych metodami tradycyjnymi, a następnie wykonała nakłucie w okolicy odcinka wewnątrz kanału kręgowego w odcinku lędźwiowym, przez co nieumyślnie naraziła P. Ż. (1) na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu paraliżu kończyn dolnych

**- tj. o czyn z art. 160 § 2 i 3 k.k.**

\* \* \*

I. uniewinnia A. Ż. (2) od popełnienia zarzucanego jej czynu;

II. na podstawie art. 632 pkt 2 k.p.k. kosztami postępowania obciąża rachunek Skarbu Państwa.

**Sygn. akt II K 759/14 (3 Ds. 137/14)**

## UZASADNIENIE

**Na podstawie całokształtu okoliczności ujawnionych w toku postępowania jurysdykcyjnego Sąd ustalił następujący stan faktyczny:**

W dniu 24 sierpnia 2009r. P. Ż. (1) (ur. (...)) zgłosił się do (...) w Ś. z silnym bólem brzucha. Przeprowadzony wywiad i badanie lekarskie oraz wykonane badanie USG jamy brzusznej pacjenta wskazywały wstępnie na ostre zapalenie

trzustki, w związku z czym pokrzywdzony został skierowany do dalszego leczenia w Oddziale Chirurgicznym w Ś. w szpitalu (...).

Po zgłoszeniu się przez P. Ż. (1) do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego wskazanego szpitala, został on przekazany do Oddziału Gastroenterologicznego Szpitala (...) w Ś., z powodu rozpoznania ostrego zapalenia trzustki (z bardzo wysokimi wartościami ciśnienia tętniczego rzędu 200/160mmHg – nie reagujących na leczenie), gdzie przebywał do 1 września 2009r. Chory skarżył się na dolegliwości bólowe nadbrzusza promieniujące do kręgosłupa od około 3 tygodni (w tamtym okresie nadużywał alkoholu).

W wyniku przeprowadzonych badań u pokrzywdzonego rozpoznano: ostre zapalenie trzustki, guz głowy trzustki, chorobę refluksową przełyku B wg LA, zapalenie żołądka i opuszki dwunastnicy, zmianę ogniskową wątroby, podejrzenie zespołu (...)’a, guz nadnercza prawego, nadciśnienie tętnicze III st. wtórne i kamicy nerki lewej.

Skutkiem zastosowanego leczenia farmakologicznego uzyskano normalizację parametrów zapalenia trzustki. W związku z wysokimi wartościami ciśnienia tętniczego i stwierdzonym guzem nadnerczy odstąpiono jednocześnie od dalszego leczenia endoskopowego (...) i chirurgicznego zmiany trzustki. Pacjent został wypisany z zaleceniem dalszej diagnostyki i skierowaniem do Kliniki (...) we W. przy ul. (...), gdzie przyjęto go w dniu 1 września 2009r.

**dowód:** zeznania S. Ż. **k. 18-19** ; zeznania W. M. **k. 72-73, 905-906** ; zeznania K. B. **k. 80, 871** ; zeznania E. B. **k. 82, 871** ; zeznania R. K. **k. 84, 871** ; opinia sądowo-lekarska **k. 271-290, 658-662, 917, 936-937** ; opinia prof. dr hab. n. med. M. W. (1) **k. 473-481** ; opinia prof. dr hab. n. med. P. B. **k. 543-547** ;

Podczas pobytu pokrzywdzonego w Klinice (...) we W. u chorego rozpoznano wysokie nadciśnienie tętnicze oraz okresowo hipokaliemię. Pacjent do tej pory nie leczył się przewlekle, nie kontrolował też ciśnienia tętniczego. Na podstawie wykonanych badań nie potwierdzono tła hormonalnego nadciśnienia tętniczego. Także poziomy potasu w czasie pobytu chorego w klinice były prawidłowe. Nie wykazano też innej czynności hormonalnej guza nadnercza.

W czasie hospitalizacji włączono do leczenia antybiotyki oraz zmodyfikowano leczenie nadciśnienia tętniczego, co pozwoliło na osiągnięcie normalizacji ciśnienia tętniczego oraz znaczne obniżenie poziomów enzymów wątrobowych i trzustkowych.

Ponieważ całokształt obrazu klinicznego oraz wyniki badań laboratoryjnych nie pozwalały na postawienie jednoznacznego rozpoznania co do charakteru zmian guzowatych w trzustce i nadnerczu prawym, skierowano pacjenta na oddział chirurgiczny - celem leczenia operacyjnego.

**dowód:** opinia sądowo-lekarska **k. 271-290, 658-662, 917, 936-937** ; opinia prof. dr hab. n. med. M. W. (1) **k. 473-481** ; opinia prof. dr hab. n. med. P. B. **k. 543-547** ;

W dniu 8 września 2009r. P. Ż. (1) został przekazany do I Kliniki (...), Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej we W., w celu leczenia operacyjnego guza trzustki i nadnercza prawego, gdzie pojechał własnym samochodem. W okresie od 8 do 13/14 września 2009r. stan ogólny pacjenta był dobry. P. Ż. (1) nie zgłaszał dolegliwości i problemów zdrowotnych.

W dniu 10 września 2009r. odebrano od P. Ż. (1) zgodę na zabieg operacyjny zgodnie z rozpoznaniem klinicznym. Następnie w dniu 14 września 2009r. A. Ż. (2) przeprowadziła wywiad z pacjentem, pytając o choroby krwi i układu krzepnięcia, w tym skłonności do krwawień i siniaków. Pokrzywdzony zgłosił okoliczność powstawania u niego siniaków.

W wyniku badania oskarżona nie zaobserwowała na ciele pacjenta żadnych siniaków. A. Ż. (3) przeprowadziła z P. Ż. (1) rozmowę wyjaśniającą na temat rodzaju znieczulenia, a także niebezpieczeństwa związanego z planowanym postępowaniem anestezjologicznym.

**dowód:** zeznania S. Ż. **k. 18-19** ; wyjaśnienia A. Ż. (1) **k. 936** ; opinia sądowo-lekarska **k. 271-290, 658-662, 917, 936-937** ; opinia prof. dr hab. n. med. M. W. (1) **k. 473-481** ; opinia prof. dr hab. n. med. P. B. **k. 543-547** ;

Zabieg operacyjny guza nadnercza i guza trzustki sposobem W.'a przeprowadzony u P. Ż. (1) przez R. O., M. G. (1) oraz W. B. odbył się w dniu 14 września 2009r. od godziny 9.00 do godziny 17.15.

Znieczulenie do zabiegu przeprowadzała A. Ż. (2). Podczas nakłuwania przestrzeni zewnątrzoponowej przy odciąganiu tłoka strzykawki, w strzykawce pojawiła się krew, co świadczyło o tym, że zostało nakłute jakieś naczynie. Oskarżona usunęła wówczas igłę z przestrzeni i po około 2-3 minutach dokonała ponownego nakłucia w tym samym miejscu.

Operacja przebiegła bez powikłań. Po operacji, w związku z wystąpieniem pooperacyjnej niewydolności oddechowej, pacjent został przekazany do II Kliniki (...) i Intensywnej Terapii we W..

**dowód:** zeznania S. Ż. **k. 18-19** ; zeznania M. Ż. **k. 138-142** ; zeznania R. O. **k. 111, 906** ; zeznania M. G. (1) **k. 623-624** ; zeznania B. N. **k. 575-577, 679-684, 866** ; zeznania J. O. **k. 625-626, 872** ; zeznania J. S. **k. 608-609, 864** ; zeznania D. P. **k. 621-622, 864** ; zeznania M. W. (2) **k. 634-635** ; zeznania J. J. **k. 559-562, 578-579, 902-904** ; opinia sądowo-lekarska **k. 271-290, 658-662, 917, 936-937** ; opinia prof. dr hab. n. med. M. W. (1) **k. 473-481** ; opinia prof. dr hab. n. med. P. B. **k. 543-547** ;

Z powodu silnych dolegliwości bólowych okolicy jamy brzusznej u P. Ż. (1) prowadzono analgezję ciągłą przez cewnik zewnątrzoponowy. W dniu 17 września 2009r. w godzinach rannych (5.25) pacjent zgłosił zaburzenia czucia (od pachwiny w dół) oraz brak ruchomości w kończynach dolnych. Zaprzestano wówczas podawania leków do przestrzeni zewnątrzoponowej, a po 12 godzinach, z powodu leczenia przeciwzakrzepowego Heparyną drobnocząsteczkową, usunięto cewnik zewnątrzoponowy. Następnie, po wykluczeniu działania środków znieczulenia miejscowego jako przyczyny obserwowanych zaburzeń, w dniu 18 września 2009r. wykonano badanie (...), które wykazało obecność krwiaka w przestrzeni nadoponowej.

**dowód:** zeznania B. B. **k. 563-565, 662-672, 865** ; zeznania I. R. **k. 566-568, 865** ; zeznania J. C. **k. 569-570, 864** ; zeznania E. M. **k. 571-572, 864-865** ; zeznania W. S. **k. 573-574, 865** ; zeznania M. B. **k. 100, 906-907** ; zeznania A. S. **k. 102, 859-860** ; zeznania G. S. **k. 109, 858-859** ; zeznania J. S. **k. 608-609, 864** ; zeznania B. S. **k. 617-618** ; zeznania D. P. **k. 621-622, 864** ; zeznania L. Ł. **k. 511, 636-638, 871-872** ; zeznania B. M. **k. 639-641, 873** ; zeznania J. J. **k. 559-562, 578-579, 902-904** ; opinia sądowo-lekarska **k. 271-290, 658-662, 917, 936-937** ; opinia prof. dr hab. n. med. M. W. (1) **k. 473-481** ; opinia prof. dr hab. n. med. P. B. **k. 543-547** ;

W dniu 18 września 2009r. o godzinie 11.00 P. Ż. (1) został przekazany do Kliniki (...) we W., gdzie wykonano laminectomię z częściową ewakuacją krwiaka (odbarczenie kanału kręgowego w odcinku piersiowo-lędźwiowym).

**dowód:** zeznania M. G. (2) **k. 96, 876** ; opinia sądowo-lekarska **k. 271-290, 658-662, 917, 936-937** ; opinia prof. dr hab. n. med. P. B. **k. 543-547** ;

W dniu 19 września 2009r. P. Ż. (1) trafił ponownie do Kliniki (...)i (...). Przez cały czas pobytu w (...) Publicznym Szpitalu (...)we W.P. Ż. (1)pozostawał oddechowo i krążeniowo stabilny.

**dowód:** zeznania M. W. (2) **k. 634-635** ; opinia sądowo-lekarska **k. 271-290, 658-662, 917, 936-937** ; opinia prof. dr hab. n. med. M. W. (1) **k. 473-481** ; opinia prof. dr hab. n. med. P. B. **k. 543-547** ;

W dniu 29 września 2009r. P. Ż. (1) w trybie pilnym poddano krótkiej operacji płukania jamy brzusznej z uwagi na podejrzenie ropnia jamy brzusznej. Podczas zabiegu wykonano drenaż okolicy zespolenia trzustkowo-jelitowego. Zabieg przebiegł prawidłowo i bez powikłań.

**dowód:** zeznania B. K. **k. 113, 859** ; zeznania P. C. **k. 120, 858** ; opinia sądowo-lekarska **k. 271-290, 658-662, 917, 936-937** ; opinia prof. dr hab. n. med. M. W. (1) **k. 473-481** ; opinia prof. dr hab. n. med. P. B. **k. 543-547** ;

Również w dniu 21 października 2009r. P. Ż. (1) był operowany ze wskazań zaostrzonych w związku z podejrzeniem zbiornika płynu w jamie brzusznej. Także ten zabieg przebiegł bez powikłań śródoperacyjnych i pooperacyjnych.

**dowód:** zeznania P. D. **k. 124, 858** ; opinia sądowo-lekarska **k. 271-290, 658-662, 917, 936-937** ; opinia prof. dr hab. n. med. M. W. (1) **k. 473-481** ; opinia prof. dr hab. n. med. P. B. **k. 543-547** ;

W dniu 24 listopada 2009r. P. Ż. (1) został przekazany na Oddział Rehabilitacyjny Szpitala (...) przy ul. (...) we W.. Do dnia śmierci pacjenta, tj. 19 czerwca 2013r. u P. Ż. (1) utrzymywała się plegia kończyn dolnych. W tym czasie pokrzywdzony przebywał w różnych szpitalach.

**dowód:** zeznania S. Ż. **k. 18-19** ; zeznania M. Ż. **k. 138-142** ; zeznania J. T. **k. 90, 876** ; zeznania B. Z. **k. 92, 876** ; zeznania A. H. **k. 94875-876** ; opinia sądowo-lekarska **k. 271-290, 658-662, 917, 936-937** ; opinia prof. dr hab. n. med. M. W. (1) **k. 473-481** ; opinia prof. dr hab. n. med. P. B. **k. 543-547** ; odpis skrócony aktu zgonu P. Ż. (1) **k. 357** ;

Tu należy pisać dalej J

**A. Ż. (2)** ma (...), jest panną, nie posiada dzieci. Pracuje jako lekarz. Nie była w przeszłości karana.

**dowód:** dane osobopoznawcze **k. 698-699** ; dane o karalności **k. 939** ;

Prokurator oskarżył A. Ż. (2) o to, że w dniu 14 września 2009 roku we W., będąc lekarzem anestezjologiem w Klinice (...)i (...)(...) Publicznego Szpitala (...)we W., będąc zobowiązaną do opieki nad P. Ż. (1) i mając wiedzę o występującym u niego nadciśnieniu tętniczym i skłonności do siniaków, w ramach czynności przedoperacyjnych podjęła decyzję o przeprowadzeniu planowanego zabiegu operacyjnego usunięcia guza głowy trzustki i guza nadnercza w znieczuleniu zewnątrzoponowym ciągłym podłączonym ze znieczuleniem ogólnym, pomimo możliwości przeprowadzenia takiego zabiegu w sposób mniej ryzykowny, w tym zastosowania podaży leków przeciwbólowych metodami tradycyjnymi, a następnie wykonała nakłucie w okolicy odcinka wewnątrz kanału kręgowego w odcinku lędźwiowym, przez co nieumyślnie naraziła P. Ż. (1) na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu paraliżu kończyn dolnych, to jest o popełnienie czynu z art. 160 § 2 i 3 k.k.

**A. Ż. (2)** zarówno w postępowaniu przygotowawczym jak i jurysdykcyjnym nie przyznała się do popełnienia zarzucanego jej czynu.

W postępowaniu przygotowawczym wyjaśniła (vide: k. 699-700), że przed operacją zebrała wywiad od pacjenta, z którego wiedziała, że P. Ż. (1) ma nadciśnienie tętnicze i skłonność do siniaków, jednak według obowiązującego stanu wiedzy, nie są to przeciwwskazania do przeprowadzenia operacji w znieczuleniu zewnątrzoponowym ciągłym, połączonym ze znieczuleniem ogólnym. Wyjaśniła, że jej zdaniem znieczulenie takie przynosi choremu więcej korzyści niż samo znieczulenie ogólne, a w okresie pooperacyjnym podaż leków przeciwbólowych tylko inną drogą niż zewnątrzoponowa jest mniej korzystna. Wskazała też, że powstanie krwaka wewnątrz kanału kręgowego może nastąpić w wyniku nakłucia lędźwiowego, lecz nie jest ono zawinione przez anestezjologa. Krwiak ten występuje z określoną częstotliwością, przy czym każde działanie lekarskie obarczone jest określonymi powikłaniami nie będącymi wynikiem nieumiejętności, zaniedbania czy złej woli lekarza. Podkreśliła, że w jej karierze lekarskiej, w trakcie której wykonała kilkaset znieczuleń zewnątrzoponowych, zdarzyła się to pierwszy raz. Wskazała, że krwiak taki, jeśli jest w porę leczony, absolutnie nie stwarza bezpośredniego niebezpieczeństwa utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Wyraziła przy tym ubolewanie, że doszło do powikłania w postaci krwaka kanału kręgowego, zaznaczając jednocześnie, że nie czuje się winna narażenia pana P. Ż. (1) na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

Przed Sądem ( vide: k. 809-811) wyjaśniła, że nie podjęła decyzji o samym zabiegu operacyjnym, lecz wybrała metodę znieczulenia optymalną do zaplanowanego zabiegu usunięcia guza trzustki i guza nadnercza. Wskazała, że wybrana przez nią metoda zapewnia komfort i bezpieczeństwo choremu i chirurgowi oraz przyczynia się do lepszego przebiegu pooperacyjnego po tego typu zabiegach. Stąd wybór znieczulenia tzw. kombinowanego, czyli ogólnego (narkoza) zewnątrzoponowego ciągłego. Wybór tego znieczulenia podyktowany był przeświadczeniem, opartym na wiedzy medycznej oskarżonej i doświadczeniu wskazującym, że jest to metoda optymalna. Oskarżona wyjaśniła przy tym, że znieczulenie zewnątrzoponowe ciągłe hamuje reakcję stresową na bodziec chirurgiczny, poprawia układ immunologiczny, poprawia ruchomość, czyli perystaltykę jelit w przebiegu pooperacyjnym, co pozwala wcześniej żywić chorego metodą naturalną. W przypadku znieczulenia kombinowanego odnotowuje się mniejszą śmiertelność pooperacyjną, szczególnie u chorych z podwyższonym ryzykiem, zmniejsza ono także częstość występowania przerzutów guza nowotworowego. A. Ż. (2)wskazała, że w swoim wyborze opierała się jednocześnie na wytycznych Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii opublikowanych w 2008r., które określają ból po operacji jako jeden z najcięższych i plasujących się w tzw. drabinie analgetycznej (bólowej) na najwyższym stopniu i dlatego zalecają zastosowanie obu znieczuleń jednocześnie.

A. Ż. (3)odnosząc się bezpośrednio do zarzucanego jej wybór zastosowanego znieczulenia przy stwierdzonym u chorego nadciśnieniu stwierdziła, że uważa ten zarzut za nietrafny, ponieważ samo znieczulenie zewnątrzoponowe obniża łagodnie ciśnienie krwi, co dla wymienionego pacjenta jest wręcz korzystne. Podniosła przy tym, że żaden z podręczników anestezjologii nie wymienia nadciśnienia jako przeciwwskazania do znieczulenia zewnątrzoponowego. Co do zarzucanego jej niewłaściwego wyboru metody znieczulenia mimo, że chory podawał, że robią mu się siniaki podniosła, że jest on za bezpodstawny. Wskazała, że zawsze uściśla się wywiad z pacjentem, a wywiad z pokrzywdzonym nie wskazywał, aby siniaki występowały bez powodu i masywnie. Obraz kliniczny i wygląd chorego również nie przemawiał za tym jakoby chory miał tzw. skazę krwotoczno-naczyniową, natomiast dwie inne skazy krwotoczne, czyli osoczowa i płytkowa zostały wykluczone na podstawie badań laboratoryjnych. Zauważyła, że zarzuca jej się, że wiedziałam, iż chory będzie miał stosowaną w przebiegu pooperacyjnym heparynę niskocząsteczkową, a mimo to wykonała znieczulenie zewnątrzoponowe. W odniesieniu do tego stwierdziła, że według zaleceń Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii z 2005r. stosowanie heparyny niskocząsteczkowej i przeprowadzenia znieczulenia zewnątrzoponowego jest dozwolone.

A. Ż. (2) zaprzeczyła, aby miała nie poinformować pokrzywdzonego o możliwych powikłaniach znieczulenia. Wskazała, że uczyniła to osobiście w sposób dla niego przystępny, jak przeprowadza się obydwie te znieczulenia i jakie mogą być ich powikłania.

Oskarżona przyznała, że w czasie wykonywania znieczulenia zewnątrzoponowego przypadkowo nakłuła oponę twardą. Podkreśliła przy tym, że rzadko prowadzi to do wystąpienia krwiaka zewnątrzoponowego, co niestety stało się w tym przypadku. Dodała, że dane z literatury fachowej podają, że częstość występowania tego powikłania występuje od 1:2700 do 1: 200000 przypadków, a jedyną skuteczną metodą leczenia krwiaka zewnątrzoponowego i uniknięcia ewentualnego porażenia kończyn dolnych jest, w razie wystąpienia objawów klinicznych, szybka diagnostyka radiologiczna. Podała również, że pacjent po operacji został przekazany na oddział Intensywnej Terapii planowo.

Przyznała, że wystąpienie krwiaka zewnątrzoponowego zależy między innymi od doświadczenia anestezjologa. Wskazała przy tym, że czuła się uprawniona do wykonania tego typu znieczulenia. Podkreśliła, że jest lekarzem pracującym wiele lat, szkoli młodszych lekarzy, jest ich kierownikiem specjalizacji, a jej dysertacja doktorska dotyczyła znieczulenia zewnątrzoponowego. Nadmieniła, że od 20 lat, w którym pracuje, prowadzi tzw. serwis przeciwbólowy oraz, że przed dwoma laty przyczyniła się do zdobycia przez jej szpital certyfikatu „Szpital bez bólu”, który przyznaje Polskie Towarzystwo Badań i Leczenia Bólu. Aby uzyskać ten certyfikat dla szpitala została postawiona przed oblicze specjalnej komisji w K., która zweryfikowała także jej wiadomości. Aby certyfikat mógł być utrzymany, prowadzi w szpitalu systematyczne szkolenia dla całego personelu.

Oskarżona wyjaśniła, że u P. Ż. (1)występowało zwiększone ryzyko znieczulenia. Wskazała przy tym, że ryzyko to jest skatalogowane według Amerykańskiego Towarzystwa Anestezjologii i ma pięć stopni, a skala wiąże się ze

śmiertelnością pooperacyjną (według skali 1 to jest pacjent bez żadnych obciążeń, a 5 to pacjent w stanie bezpośrednio zagrażającym życiu). Pokrzywdzony plasował się w tej skali na poziomie dwa, a powodem sklasyfikowania go właśnie na poziomie ASA 2 było nadciśnienie. Oskarżona świadomie uznała, że znieczulenie kombinowane będzie dla tego pacjenta korzystne.

A. Ż. (2) podniosła, że zabieg wykonany u pokrzywdzonego jest to najboleśniejsza w chirurgii jamy brzusznej operacja i żadne środki podane inną drogą, nie zapewnią bezbolesności po operacji w takim stopniu jak znieczulenie zewnątrzoponowe, z uwagi na rozległość i długotrwałość operacji i stopień inwazyjności.

Na koniec oskarżona stwierdziła, że w swojej wypowiedzi posługiwała się pojęciem wytycznych Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Wskazała przy tym, że niezastosowanie się przez nią do wytycznych Towarzystw Naukowych także mogłoby zostać zarzucone samo w sobie. Wyjaśniła, że w styczniu 2015 roku uczestniczyła w posiedzeniu Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii, w którym brali udział medycy sądowi, etycy, filozofowie, prawnicy i duchowny. Podczas tego spotkania prokurator S.z Prokuratury (...)bardzo podkreślała rolę wytycznych stworzonych przez Lekarskie Towarzystwa Naukowe. Wskazywała, że mają one kluczowe znaczenie w postępowaniu lekarza i biegli powinni wiedzieć, że takie wytyczne zostały stworzone, opublikowane i powinni czuć się obiektywnie zobowiązani tymi wytycznymi.

### **Sąd zważył co następuje:**

W pierwszej kolejności zauważyć należy, że w sprawie nie istnieją wątpliwości co do stanu zdrowia pokrzywdzonego w jakim znajdował się on w momencie jego przyjęcia do szpitala (...) w Ś., a następnie do szpitala (...) we W. oraz do Szpitala (...) przy ul. (...) we W..

Co do przebiegu zdarzeń w okresie między 24 sierpnia 2009r. a 19 września 2009r. Sąd zasadniczo uznał za wiarygodne zarówno wyjaśnienia oskarżonej jak i zeznania wszystkich przesłuchanych w toku postępowania świadków oraz uznał za w pełni wiarygodną dokumentację dotyczącą procesu leczenia P. Ż. (1). Dowody te nie były kwestionowane przez żadną ze stron. Jednocześnie brak jakichkolwiek przesłanek do przyjęcia, aby którakolwiek z przesłuchanych w sprawie osób miała powód do zeznania nieprawdy bądź zatajenia prawdy, czy też zainteresowana była konkretnym rozstrzygnięciem sprawy. Świadkowie zeznawali spontanicznie, opierając się na zapamiętanych faktach oraz posiłkując się zabezpieczoną w sprawie dokumentacją medyczną. Nie istnieją pomiędzy ich relacjami rażące rozbieżności. Z kolei pojawiające się między nimi nieścisłości i odmienności należy tłumaczyć wpływem czasu jaki minął od zdarzenia.

Pierwszorzędne znaczenie dla wyjaśnienia przebiegu całego zdarzenia i oceny prawidłowości procesu leczenia P. Ż. (1), szczególnie w odniesieniu do czynności podejmowanych przez oskarżoną miały opinie sporządzone przez biegłych (zarówno powołanych w sprawie jak również opiniujących w postępowaniu toczącym się w (...) Izbie Lekarskiej).

Zarzut aktu oskarżenia opiera się w zasadzie w całości na opinii biegłych ze (...) w K., w której opiniujący stwierdzili, że „materiał dowodowy zawiera informacje, które pozwalają wysnuć pewne wątpliwości dotyczące procesu przygotowania P. Ż. (1) do zabiegu operacyjnego z dnia 14 września 2009 roku. Powyższa uwaga dotyczy przedoperacyjnego diagnozowania i decyzji o wyborze sposobu okołoperacyjnego postępowania anestezjologicznego względem chorego”. Biegli wskazali przy tym, że „w „przedoperacyjnej ankiecie anestezjologicznej” z okresu poprzedzającego znieczulenie do tego zabiegu i sam zabieg, wyraźnie zaznaczone są informacje o skłonności pacjenta do krwawień i siniaków oraz wysokim ciśnieniu krwi”. Dalej opiniujący stwierdzili, że „P. Ż. (1) został zakwalifikowany do znieczulenia ogólnego , w celu wykonania długotrwałego i traumatycznego zabiegu operacyjnego, który w swojej istocie połączony jest ze znacznym zakresem zniszczeń tkankowych i dużego stopnia ubytkami krwi. Znieczulenie to zostało uzupełnione założeniem cewnika do przestrzeni zewnątrzoponowej, co miało służyć podaży tą drogą leków przeciwbólowych w bezpośrednim okresie pooperacyjnym. Zdecydowano też o podaży – w ramach profilaktyki przeciwzakrzepowej fraxiparyny (heparyny drobnocząsteczkowej)”. Biegli podnieśli, że „mimo tego, że chory zgłosił w dniu 17 września 2009r. zaburzenia czuciowe i ruchowe w obrębie kończyn dolnych, lek antyagregacyjny odstawiono dopiero w dniu następnym. Również dopiero w dniu 18 września 2009r. przystąpiono do zdiagnozowania

sygnalizowanych przez niego od godzin wczesnorannych poprzedniego dnia zaburzeń, do których doszło po podaniu kolejnej dawki leków przez cewnik. Poddanie chorego badaniu (...) pozwoliło na ustalenie, że przyczyną tego stanu stał się krwiak zlokalizowany w przestrzeni zewnątrzoponowej - najprawdopodobniej związany z nakłuciem tej przestrzeni do wprowadzenia cewnika”. Komentując powyższe biegli wyjaśnili, że „prawdopodobieństwo krwiaka w przestrzeni zewnątrzoponowej u chorych z prowadzoną profilaktyką przeciwzakrzepową heparynami drobnocząsteczkowymi wyraźnie wzrasta. Stosowanie zaś cewników zewnątrzoponowych powoduje 20 razy większą ilość takich krwiaków w stosunku do liczby chorych znieczulanych tym sposobem bez użycia cewnika”. Jednocześnie biegli przyznali, że postępowanie w ramach profilaktyki przeciwzakrzepowej jest rzeczywiście szeroko praktykowane i nie stanowi ono błędu w sztuce lekarskiej. Taką samą uwagę należy opatrzyć zewnątrzoponowe stosowanie leków przeciwbólowych w ramach anestezjologicznych metod zwalczania bólów w postępowaniu pooperacyjnym za pośrednictwem cewnika, ale decyzja w sprawie kojarzenia tych działań powinna być bardzo starannie rozważona” (k. 287-288).

W odpowiedzi na pytanie czy i którzy lekarze, choćby nieumyślnie narazili P. Ż., w trakcie opisanego diagnozowania i leczenia, na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu biegli raz jeszcze wskazali na „pewne niedociągnięcia, w szczególności w zakresie braku wyjaśnienia przyczyn zgłaszanych tendencji do powstawania sińców itp. oraz nie rozwinięcie wcześniej pełnego wachlarza czynności, mających na celu wyjaśnienie przyczyn zgłaszanych w dniu 17 września dolegliwości o charakterze neurologicznym – co spowodowało opóźnienie w powstaniu właściwej diagnozy i zastosowaniu celowanej terapii. Jednakże ze względu na niemożność prześledzenia powodów, dla których w stosunku do pokrzywdzonego zastosowano taki model postępowania anestezjologicznego (dotyczącego zwalczania bólu), brak możliwości katerycznego stwierdzenia, że działanie lekarzy (...) we W. było nieprawidłowe, a także możliwości wystąpienia powikłań po znieczuleniu zewnątrzoponowym (również w przypadku w pełni prawidłowego postępowania kwalifikacyjnego), w naszej ocenie nie można z całą pewnością powiedzieć, że w tym zakresie doszło do narażenia P. Ż. (1) na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu” (k. 288-289). Biegli stwierdzili również, że „uniknięcie rozwinięcia się krwiaka do kanału kręgowego w miejscu punkcji byłoby możliwym uniknięciem jedynie w przypadku nie założenia cewnika” (k. 290).

W pisemnej opinii uzupełniającej biegli stwierdzili, że „biorąc pod uwagę fakt zaprogramowania znieczulenia jako ogólne – skojarzone ze znieczuleniem zewnątrzoponowym ciągłym i przewidywanym stosowaniem leków przeciwzakrzepowych, decyzja taka była bardzo ryzykowna”. W opinii biegłych przedoperacyjne zaprogramowanie innego sposobu znieczulenia do tej operacji, to jest na przykład przeprowadzenie znieczulenia ogólnego bez kojarzenia go ze znieczuleniem przewodowym i stosowanie podarzy leków przeciwbólowych metodami tradycyjnymi, pozwoliłoby na zwiększenie marginesu bezpieczeństwa w zakresie posługiwania się lekami przeciwkrzepliwymi. Z kolei pooperacyjne wskazane było wdrożenie w trybie pilnym diagnostyki radiologicznej w związku ze stwierdzonymi przez chorego porannymi dolegliwościami w dniu 17 września 2009r. (k. 654).

Przed Sądem (k. 936-937) biegli przyznali, że zarówno znieczulenie zewnątrzoponowe (ogólnie mówiąc przewodowe) jak i znieczulenie ogólne mają swoje zalety i niedoskonałości i można korzystać zarówno z jednego jak i z drugiego sposobu znieczulenia. Pod względem skuteczności są one równoważne natomiast warunki jakie powinny być spełnione i niebezpieczeństwa, które mogą wynikać z kojarzenia znieczuleń przewodowych z ogólnymi należy bardzo dokładnie rozważyć, za nim podejmie się decyzję o kojarzeniu tych znieczuleń u konkretnego pacjenta. W odniesieniu do przypadku P. Ż. (1) takim niebezpieczeństwem było stosowanie środków przeciwkrzepliwych przy równoczesnym korzystaniu ze znieczulenia przewodowego. Na tym polegało przede wszystkim podstawowe niebezpieczeństwo dla tego chorego. Znieczulenie przewodowe zastosowane u takiego pacjenta nie powodowałoby kolizji z kanałem rdzenia kręgowego, a co za tym idzie możliwość pooperacyjnej obserwacji pacjenta byłaby łatwiejsza, ponieważ pacjent byłby sprawy ruchowo, a zaburzenia czucia, gdyby zaistniały, byłyby możliwe do zaobserwowania i zasygnalizowana przez pacjenta wcześniej, po okresie wybudzenia ze znieczulenia ogólnego. Na tym w ocenie biegłych polegało nieszczęście tego pacjenta, że dłuższy czas po zaaplikowaniu znieczulenia przewodowego był pozbawiony kontroli, a co za tym idzie także i zespół jego zachowania się i reakcji także i bólowych. Działania przeciwbólowe niewątpliwie potrzebne temu pacjentowi można było osiągnąć na drodze stosowania leków nie drogą przewodowego znieczulenia, tj. za pomocą cewnika, ale na drodze podaży pozajelitowej - dożylniej czy domięśniowej. Biegli wskazali, że każde znieczulenie musi

być dostosowane do konkretnego pacjenta, a w tym przypadku, jak wynika z historii choroby i wywiadu, zaistniała możliwość zaistnienia powikłań krwotocznych. Sygnalizowane siniaki wskazywały na to, że nie należy zlekceważyć możliwości takiego powikłania.

Odnosząc się do kwestii krwiaka powstałego u P. Ż. (1) biegli stwierdzili, że jeśli dochodzi do przzerwania ciągłości naczynia, co objawia się krwawieniem, to najbezpieczniej jest wycofać się z wkłucia. Podkreślili przy tym, że w rozpatrywanym przypadku istota polegała na tym, że należałoby zastosować inny sposób znieczulenia, który nie brałby pod uwagę założenia cewnika zewnątrzoponowego przy równoczesnym stosowaniu u chorego środków przeciwwkrwotocznych, a te środki były stosowane i to długotrwale. Jednocześnie biegli przyznali, że po zakończeniu znieczulenia oskarżona na pewno nie miała dalszego wpływu na stosowanie środków przeciwwkrzepliwych, które były stosowane na zlecenie operatora. Podkreślili przy tym, że każda rutyna jest wrogiem indywidualnego podejścia do chorego, a tego uczy medycyna. Jeśli nawet wkłucie nie stało się bezpośrednią przyczyną tego ciężkiego powikłania, późno zresztą wykrytego u pacjenta, to z całą pewnością przyczyniło się do tego dalsze stosowanie środków przeciwwkrzepliwych u tego chorego. Ten chory był już w którejś dobie po zabiegu i miał założony nadal cewnik, przez który były stosowane środki znieczulające, a obok tego w jego organizmie krążyły aplikowane środki wzmagające krwawienie, ale A. Ż. (2) nie miała już wówczas możliwości obserwacji tego pacjenta.

Odnosząc się bezpośrednio do powstałego u P. Ż. (1) krwiaka biegli stwierdzili, że nie można bezpośrednio powiązać, że wkłucie wywołało wystąpienie krwiaka. Podkreślili przy tym, że w ich ocenie do powstania krwawienia z pewnością doszło w skutek nieszczęśliwego zbiegu okoliczności jest on następstwem całości zdarzeń medycznych, które powstały od założenia cewnika do wystąpienia objawów ucisku śródkanałowych. Nie można w sposób kategoriyczny powiedzieć, że to jest wina tylko i wyłącznie wkłucia. Nie ma możliwości precyzyjnego określenia chwili, kiedy nastąpiło krwawienie do kanału rdzenia kręgowego. Nie sposób określić, czy była to chwila wkłucia, czy też np. za jakiś czas przesunięcie się cewnika, na który oskarżona już dawno nie miała wpływu.

Biegli przyznali również, że nadciśnienie tętnicze i skłonności do siników nie są przeciwwskazaniem takiego znieczulenia jakie przeprowadzono u pacjenta. Powinien to być jednak sygnał do bardziej wnikliwego spojrzenia na pacjenta zwłaszcza, że czekał go bardzo trudny zabieg, który sam w sobie jest obarczony dużą śmiertelnością. Podkreślili przy tym, że trudno mieć pretensje do intencji anestezjologa, że chce pacjentowi ulżyć wybierając jego zdaniem najlepsze znieczulenie. Trzeba myśleć w kategoriach lekarza, który znalazł się w danej sytuacji, a nie na podstawie tego co później zaistniało.

Odnosząc się z kolei do opinii M. W. (1) biegli stwierdzili, że należałoby się z nią zgodzić co do optymalności tego sposobu znieczulenia, który został zastosowany wobec P. Ż. (1), ale trzeba wziąć pod uwagę, że określenie „optymalne” ztraca swoją istotę, kiedy rozpoznamy skutki, które nastąpiły. O optymalności można bowiem mówić, kiedy pozna się skutki, które w przekonaniu biegłych był niezawinione.

W przywołanej przez biegłych opinii prof. dr hab. n. med. M. W. (1) (k. 473-481) sporządzonej na zlecenie Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej (...) Izby Lekarskiej stwierdziła ona, że „decyzja lekarza o założeniu cewnika zewnątrzoponowego była słuszka. Znieczulenie zewnątrzoponowe i analgezja zewnątrzoponowa są szeroko i z dobrym skutkiem stosowane w celu znieczulania bólu w okresie okołoperacyjnym. Szczególnie często wykorzystuje się ciągłą analgezję zewnątrzoponową do uśmierzania bólu w okresie pooperacyjnym po rozległych zabiegach operacyjnych, między innymi w obrębie narządów jamy brzusznej, a takiej operacji był poddany P. Ż. (1). Jakość zewnątrzoponowej analgezji pooperacyjnej istotnie poprawia się wówczas, gdy stosuje się tę technikę przed zadziałaniem bodźca chirurgicznego, szczególnie u chorych znieczulanych ogólnie. Tak też postąpił anestezjolog znieczulający P. Ż. (1). Podkreślanymi korzyściami przytoczonej techniki zwalczania bólu w stosunku do systemowego leczenia przeciwbólowego są poprawa przepływu narządowego i motoryki jelit, często lepsza jakość analgezji, poprawa funkcji układu oddechowego i krążeniowego, wcześniejsza ekstubacja i mobilizacja. Natomiast przeciwwskazaniem są przede wszystkim brak zgody pacjenta na znieczulenie zewnątrzoponowe i ciężkie zaburzenia krzepnięcia. Żadna z tych okoliczności nie miała miejsca z przypadku P. Ż. (1)”. Opiniująca wskazała przy tym, że w jej ocenie „sygnałem



ostrzegawczym powinna być odnotowana w karcie zatytułowanej „Końcowe badanie anestezyjologiczne” skłonność chorego do występowania siniaków”.

Prof. dr hab. n. med. M. W. (1) na koniec wskazała, że nie uważa, iż został popełniony błąd w czasie znieczulenia, a działania anestezyjologa były prawidłowe. Jedyne zastrzeżenie zgłosiła co do braku adnotacji w karcie znieczulenia, że w czasie zakładania cewnika do przestrzeni nadoponowej doszło do niezamierzonego nakłucia opony twardej. „Być może gdyby taka adnotacja była, to dalsze postępowanie dotyczące analgezji pooperacyjnej byłoby inne, a tak powstał łańcuch niekorzystnych zdarzeń i w konsekwencji to rzadkie, ale tragiczne powikłanie”.

Również biegły prof. dr hab. n. med. P. B. – ordynator Oddziału Neurochirurgii (...) Szpitala (...) w K. w opinii sporządzonej również na zlecenie Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej (...) Izby Lekarskiej (k. 543-547) stwierdził, że nie uważa, aby został popełniony błąd lekarski w czasie całego postępowania leczniczo-diagnostycznego w odniesieniu do P. Ż. (1), a powikłania były skutkiem szeregu niepożądanych zdarzeń przy tak dużym i obciążającym zabiegu, jakim jest operacja guza trzustki i nadnercza.

Mając na uwadze powyższe opinie stwierdzić należy, że A. Ż. (2) wybrała metodę kombinowanego znieczulenia z uwagi na zmniejszenie dolegliwości bólowych pacjenta. Jak sama wyjaśniła, zabieg wykonany u pokrzywdzonego jest to najboleśniejsza w chirurgii jamy brzusznej operacja i żadne środki podane inną drogą, nie zapewnią bezbolesności po operacji w takim stopniu jak znieczulenie zewnątrzoponowe, z uwagi na rozległość i długotrwałość operacji i stopień inwazyjności. Fakt, że zabieg wykonany u pokrzywdzonego należy do jednych z poważniejszych w chirurgii potwierdza opinia biegłych ze (...) w K. oraz opinie profesorów dr hab. n. med. M. W. (1) i P. B.. Także z dokumentacji lekarskiej wynika, że po operacji u P. Ż. (1) występowały silne dolegliwości bólowe okolicy jamy brzusznej, co było powodem prowadzenia analgezji ciągłej przez cewnik zewnątrzoponowy.

Oceniając zgromadzony w sprawie materiał dowodowy należy stwierdzić, iż główną przyczyną dolegliwości ujawnianych przez P. Ż. (1) po operacji w postaci paralizu kończyn dolnych był krwiak. Nie sposób wszelako łączyć jego powstania z decyzją A. Ż. (1) o przeprowadzeniu planowanego zabiegu operacyjnego usunięcia guza głowy trzustki i guza nadnercza w znieczuleniu zewnątrzoponowym ciąglem podłączonym ze znieczuleniem ogólnym o czym dobitnie przekonują opinie biegłych wypowiadających się w niniejszej sprawie. Łącząc bowiem informacje zawarte we wszystkich opiniach znajdujących się w aktach niniejszego postępowania należy stwierdzić, że „powikłania były skutkiem szeregu niepożądanych zdarzeń”, „powstał łańcuch niekorzystnych zdarzeń i w konsekwencji to rzadkie, ale tragiczne powikłanie”, „do powstania krwawienia z pewnością doszło w skutek nieszczęśliwego zbiegu okoliczności jest on następstwem całości zdarzeń medycznych, które powstały od założenia cewnika do wystąpienia objawów ucisku śródkanałowych. Nie można w sposób kategoryczny powiedzieć, że to jest wina tylko i wyłącznie wkłucia”. Jednocześnie sam zabieg wykonany u pokrzywdzonego był „duży i obciążający”, „rozległy”, „bardzo trudny zabieg, który sam w sobie jest obarczony dużą śmiertelnością”.

Z kolei wybór metody znieczulenia przez oskarżoną pomimo możliwości przeprowadzenia takiego zabiegu w sposób mniej ryzykowny, w tym zastosowania podaży leków przeciwbólowych metodami tradycyjnymi, należy oceniać „kategoriach lekarza, który znalazł się w danej sytuacji, a nie na podstawie tego co później zaistniało”.

Wybierając metodę znieczulenia w ocenie Sądu A. Ż. (2) brała pod uwagę powagę zabiegu oraz chęć ulżenia pacjentowi.

Podstawowe znaczenie praktyczne dla odpowiedzialności karnej lekarza ma zawinienie nieumyślne. Trudno sobie bowiem wyobrazić, by lekarz chciał poprzez swoje działanie lub zaniechanie osiągnąć niekorzystny skutek dla życia i zdrowia pacjenta szczególnie w zamiarze bezpośrednim, ale również ewentualnym.

Na strukturę nieumyślności składają się trzy podstawowe okoliczności: 1) brak zamiaru (zarówno bezpośredniego, jak i ewentualnego), 2) niezachowanie ostrożności wymaganej w danych okolicznościach oraz 3) przewidywanie możliwości popełnienia czynu lub przynajmniej możliwość takiego przewidzenia. Dopiero łączne wystąpienie

powyższych okoliczności pozwala na stwierdzenie istnienia nieumyślności, a w konsekwencji przypisania sprawcy wywołanego jego czynem przebiegu przyczynowości i w efekcie pociągnięcie go do odpowiedzialności karnej.

Pierwsza ze wskazanych okoliczności z oczywistych powodów nie wymaga szerszego omówienia. Odnosząc się przeto do kwestii naruszenia zasad ostrożności stwierdzić należy, iż „we współczesnej teorii prawa karnego przeważa pogląd, że dla urzeczywistnienia znamion przestępstwa nieumyślnego nie wystarcza jakiegokolwiek działanie bądź zaniechanie, lecz tylko takie, które narusza wymaganą w obrocie ostrożność” Jednocześnie „porządek prawny zabrania tylko takich naruszeń, które były możliwe do uniknięcia” (vide: K. Buchała, Komentarz do kodeksu karnego, Część ogólna, Warszawa 1994, s. 61; A. Liszewska, Odpowiedzialność karna za błąd w sztuce lekarskiej, Zakamycze 1998, s. 100). Naruszenie zasad ostrożności należy więc ustalać w oparciu o pewien obiektywnie istniejący i wypracowany w danej sferze działalności lekarskiej standard zachowań, stawiany wobec osoby, która się w danej sytuacji znalazła. Dla ustalenia tego standardu pomocne mogą być przepisy czy reguły instrukcyjne obowiązujące w danej sferze działania, a także pewne utrwalone praktyką lekarską zasady rutynowego postępowania w przypadku leczenia określonego schorzenia (co określa się niekiedy niezbyt ściśle zasadami sztuki lekarskiej). Chodzi tu więc o zachowania, których wymagać można w danej sytuacji od należycie wykwalifikowanego i rozsądnego lekarza. Ocena ta ma charakter zobiektywizowany i opierający się na pewnym abstrakcyjnym wzorcu postępowania, oderwanym niejako od indywidualnych cech i możliwości konkretnego lekarza, którego przypadek rozpatrujemy. Gdy ustalimy, iż lekarz ten zachował się zgodnie z takim standardem, dalsze rozpatrywanie nieumyślności nie wchodzi w rachubę i lekarza takiego należy uniewinnić, ewentualnie umorzyć postępowanie. Jeśli natomiast ustalimy, że standardy te zostały naruszone, przechodzimy do ustalania, czy sprawca przewidywał lub przynajmniej mógł przewidzieć, że swym nieostrożnym zachowaniem doprowadzić może do wyczerpania ustawowych znamion czynu zabronionego (w przypadku przestępstw skutkowych — spowoduje niekorzystny dla pacjenta skutek zdrowotny).

Tu przechodzimy na grunt trzeciej z przesłanek nieumyślności, która w odróżnieniu od poprzedniej (zachowania ostrożności) ma już charakter subiektywny oraz zindywidualizowany i odnoszona jest do konkretnego sprawcy działającego w konkretnej sytuacji. Uwzględnić tu musimy cały szereg okoliczności zindywidualizowanych, takich jak możliwości umysłowe sprawcy, jego wiedzę, doświadczenie, status zawodowy itp. Nie ulega bowiem wątpliwości, iż inne możliwości (i powinności) przewidzenia mieć będzie profesor medycyny, wybitny specjalista z danej dziedziny, inne zaś młody początkujący lekarz tuż po stażu. Także i tu jednak nie jesteśmy całkowicie wolni od pewnych ocen obiektywizujących. Konkretnie zachowanie konkretnego lekarza odnieść bowiem musimy nie do abstrakcyjnie przeciętnego lekarza plasującego się pomiędzy profesorem uniwersyteckiej kliniki a młodym lekarzem, a do wzorca przeciętnego lekarza analogicznej jak sprawca kondycji zawodowej (np. przeciętnego profesora danej specjalności, przeciętnego lekarza rejonowego z danym stopniem specjalizacji itp.).

Uwzględnić tu też musimy konkretne okoliczności danego przypadku, takie jak na przykład osłabienie percepcji związane ze zmęczeniem spowodowanym ciężkim dyżurem, działanie w stanie silnego stresu, w sytuacji dla sprawcy nowej itp.

Dopiero po łącznym rozważeniu wszelkich tych okoliczności stwierdzić możemy ostatecznie, czy sprawca przewidywał szkodliwe następstwa swych działań, lecz bezpodstawnie przypuszczał, że ich uniknie (świadoma nieumyślność, lekkomyślność, luxuria), czy też ich nie przewidywał, choć mógł przewidzieć (nieświadoma nieumyślność, niedbalstwo, negligentia) co ma znaczenie prawne w płaszczyźnie wymiaru kary.

Tak więc dopiero po ustaleniu takiego przewidywania lub przynajmniej jego możliwości możemy przypisać sprawcy spowodowany przezeń czyn (w szczególności zaś skutek) i uznać go za winnego określonego przestępstwa, co umożliwia skazanie zań. (vide: M. Filar, Lekarskie prawo karne, Zakamycze 2000).

Mając powyższe na uwadze Sąd dokonał oceny zachowania oskarżonej tak w zakresie nieumyślnego narażenia przez nią jako osoby, na której ciążył obowiązek opieki, P. Ź. (1) na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w postaci paraliżu kończyn dolnych, jak również w zakresie nieumyślnego spowodowania u pacjenta długotrwałej choroby realnie zagrażającej życiu.

Przestępstwa określone w art. 156 § 1-3 k.k. i art. 160 § 1-3 k.k. są przestępstwami materialnymi. Oznacza to, iż w odniesieniu do art. 156 k.k. jego dokonanie następuje w chwili rzeczywistego spowodowania skutku zaś w odniesieniu do art. 160 k.k. przestępstwo to dokonane jest już z chwilą wywołania „stanu niebezpieczeństwa”. Przestępstwo materialne (skutkowe) bowiem, to takie przestępstwo, dla którego bytu (wyczerpanie ustawowych znamion) niezbędne jest także wyczerpanie znamienia skutku danego czynu. Oznacza to, iż czyn zabroniony jest dokonany dopiero w chwili, gdy w jego wyniku zaistnieje określona zmiana w świecie zewnętrznym. Między czynem sprawcy a opisaną w ustawie jako znamię przestępstwa skutkowego zmianą w świecie zewnętrznym musi jednak zachodzić nie tylko sekwencja następstwa czasowego (po czynie następuje zmiana — post hoc „po tym”), lecz i związek przyczynowy (propter hoc — „z powodu tego”). Ustalenie w procesie karnym tego właśnie rodzaju więzi nie jest zadaniem łatwym. W karnych procesach lekarskich ma zaś ono wręcz fundamentalne znaczenie, zwłaszcza gdy chodzi o procesy związane z tzw. niepowodzeniem w leczeniu, tj. w sytuacji, gdy lekarzowi imputuje się, iż w związku z jego zachowaniami w płaszczyźnie świadczeń zdrowotnych (zaniechanie ich udzielenia lub niewłaściwego ich udzielenia), nastąpiła konkretna zmiana w świecie zewnętrznym odnośnie do życia albo zdrowia pacjenta. Dopóki bowiem nie ustali się istnienia związku przyczynowego między takim właśnie zachowaniem lekarza a określoną zmianą w świecie zewnętrznym stypizowaną w danym przepisie jako znamię skutku danego przestępstwa materialnego, o odpowiedzialności karnej za dokonanie przestępstwa w oparciu o taki przepis mowy być nie może. Podstawową techniką badania istnienia takiego związku przyczynowego jest wywodzący się z tzw. teorii ekwiwalencyjnej tekst *conditio sine qua non* (warunek „bez tego nie”). Polega on na tym, iż z łańcucha wydarzeń poprzedzających wystąpienie określonej w ustawie karnej jako znamię skutku zmiany w świecie zewnętrznym eksponujemy to, które stanowi istotę określonego czynu, którego znaczenie dla nastąpienia owej zmiany w świecie zewnętrznym pragniemy ustalić i zastanawiamy się, czy bez jego spełnienia owa zmiana w świecie zewnętrznym nastąpiłaby czy też nie. Jeśli zmiana taka nastąpiłaby i bez tego czynu, stwierdzamy, iż między nim a ową zmianą nie zachodzi więź przyczynowa, a więc czyn ów nie był przyczyną wystąpienia tej zmiany. Uniemożliwia to tym samym pociągnięcie do odpowiedzialności karnej osoby dokonującej owego czynu za przestępstwo skutkowe. Gdyby jednak okazało się, że bez spełnienia owego czynu zmiana w świecie zewnętrznym (opisana w ustawie karnej jako znamię skutku) by nie nastąpiła (*sine qua non*), występuje między nimi więź przyczynowa i czyn ten uznać należy za przyczynę opisanego w ustawie karnej skutku.

Nie przesądza to co prawda jeszcze odpowiedzialności karnej sprawcy takiego czynu (nie należy bowiem rozstrzygać zagadnienia tzw. przypisywalności), stwarza jednak podstawę dla jej dalszego rozważania nie zamykając doń drogi.

Nawet jednak ustalenie, iż między czynem danej osoby a zmianą w świecie zewnętrznym w postaci opisanego w ustawie znamienia tzw. skutku zachodzi więź przyczynowa ustalona w oparciu o test *sine qua non* (bez tego czynu nie byłoby skutku), nie przesądza jeszcze kwestii przypisywalności określonemu sprawcy takiego związku, a w konsekwencji przypisywalności skutku. Potrzebne jest tu bowiem spełnienie pewnych dodatkowych kryteriów tej przypisywalności.

Bez wdawania się w skomplikowaną w doktrynie prawa i orzecznictwie problematykę szczegółową, należy jednak zaprezentować uznawane w tym zakresie powszechnie dodatkowe (a więc uzupełniające test *sine qua non*) przesłanki takiej przypisywalności. Trzy z nich mają charakter obiektywizujący, czwarta subiektywny. Przesłankami obiektywizującymi są:

a) adekwatność przebiegu związku przyczynowego, co oznacza, iż sprawcy czynu przypisane mogą być jedynie te następstwa, które nie wykraczają jednoznacznie poza granice typowych przebiegów przyczynowości zachodzących w takich przypadkach w oparciu o codzienne doświadczenie, a więc przebiegi „przewidywalne”;

b) dopuszczenie się działania nieostrożnego, tj. takiego zachowania, które przy uwzględnieniu prawidłowości wynikających z obserwacji „typowości” przebiegów przyczynowości narusza reguły postępowania, które zabezpieczają dane dobro prawne przed perspektywą nastąpienia skutku, który w efekcie właśnie nastąpił;

c) zwiększenie ryzyka naruszenia dobra chronionego prawnie, tj. spowodowanie swym obiektywnie nieostrożnym czynem, iż ryzyko utraty przez pacjenta życia lub pogorszenie stanu jego zdrowia w związku z tym czynem istotnie się zwiększyło w stosunku do stanu rzeczy, który zaistniałby, gdyby czynu owego nie popełniono.

Przesłanką czwartą, o znaczeniu zasadniczym, mogącą modyfikować wymienione powyżej przesłanki obiektywizujące, jest subiektywna przesłanka przewidywania lub przynajmniej możliwości przewidywania spowodowanego swym czynem przebiegu przyczynowości, w tym zwłaszcza określonego w ustawie jako znamię przestępstwa materialnego skutku. Przesłanka ta wiąże się jednak z zagadnieniem winy (zawinienia) (vide: M. Filar, Lekarskie prawo karne, Zakamycze 2000).

Powracając do realiów niniejszej sprawy, oceny zachowania oskarżonej należy dokonać w odniesieniu do chronologii zdarzeń oraz stanu jej wiedzy, tak ogólnej jak i szczególnej wynikającej z doświadczenia w zakresie znieczulania i zapobiegania bólowi.

Trzeba przy tym mieć również na uwadze treść art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jednolity Dz.U. z 2005r. Nr 226, poz.1943), zgodnie z którym lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniem aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością.

W ocenie Sądu postępowanie A. Ż. (1) w odniesieniu do P. Ż. (1) było zgodne ze wskazaniem aktualnej wiedzy medycznej. Nie sposób również przypisać jej niestaranności. Prowadzone przez oskarżoną czynności w odniesieniu do P. Ż. (1), nie były działaniami nieprawidłowymi. Bezspornie zachowanie oskarżonej nie sposób ocenić jako wyczerpującego znamiona występku z art. 156 k.k. czego zresztą jej nie zarzucono.

Jednocześnie nie sposób również uznać, iż poprzez swoje zachowanie A. Ż. (2) naraziła P. Ż. (1) na bezpośrednie niebezpieczeństwo skutku, który u niego nastąpił. Wskazać w tym miejscu należy, iż „bezpośrednie niebezpieczeństwo zachodzi w sytuacji, gdy grozi ono utratą życia lub ciężkim uszczerbkiem na zdrowiu w najbliższej chwili. Warunku tego nie spełnia zatem wywołanie niebezpieczeństwa odległego, ewentualnego, zależnego od zaistnienia dalszych przyczyn, które nie są koniecznym, a jedynie możliwym skutkiem czynu sprawcy” (vide: SN 249/34). Wymóg bezpośredniości nastąpienia skutku należy rozumieć w ten sposób, że musi charakteryzować się wysokim stopniem prawdopodobieństwa spełnienia (vide: wyrok Sądu Najwyższego z 23 grudnia 1999r. w sprawie II KKN 377/97). Mając przeto na uwadze rozpiętość czasową między osłabieniem roli gwaranta jaką spełniała A. Ż. (2) względem pacjenta, a skutkiem w postaci paraliżu kończyn dolnych jaki wystąpił u pokrzywdzonego, stan wiedzy i doświadczenie lekarza, nie sposób przyjąć, że zachowanie oskarżonej choćby naraziło P. Ż. (1) na niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

Mając powyższe na uwadze brak podstaw do uznania, iż zachowanie A. Ż. (1) wyczerpuje znamiona jakiegokolwiek przestępstwa, w szczególności zaś występku z art. 160 § 2 i 3 k.k.

O kosztach orzeczono w oparciu o przepis art. 632 pkt 2 k.p.k.