

UZASADNIENIE

Formularz UK 2	Sygnatura akt	IV Ka 316/21	
Załącznik dołącza się w każdym przypadku. Podać liczbę załączników:	1		
1. CZĘŚĆ WSTĘPNA			
1.1. Oznaczenie wyroku sądu pierwszej instancji			
Wyrok Sądu Rejonowego w Belchatowie z dnia 20 stycznia 2021 r. w sprawie o sygn. akt II K 452/19.			
1.2. Podmiot wnoszący apelację			
# oskarżyciel publiczny albo prokurator w sprawie o wydanie wyroku łącznego			
# oskarżyciel posiłkowy			
# oskarżyciel prywatny			
# obrońca			

# oskarżony albo skazany w sprawie o wydanie wyroku łącznego			
# inny			
1.3. Granice zaskarżenia			
1.1.1. Kierunek i zakres zaskarżenia			
# na korzyść # na niekorzyść	# w całości		
# w części	#	co do winy	
#	co do kary		
#	co do środka karnego lub innego rozstrzygnięcia albo ustalenia		
1.1.2. Podniesione zarzuty			
Zaznaczyć zarzuty wskazane przez strony w apelacji			
#	art. 438 pkt 1 k.p.k. – obraza przepisów prawa materialnego w zakresie kwalifikacji prawnej czynu przypisanego oskarżonemu		

#	art. 438 pkt 1a k.p.k. – obraza przepisów prawa materialnego w innym wypadku niż wskazany w art. 438 pkt 1 k.p.k., chyba że pomimo błędnej podstawy prawnej orzeczenie odpowiada prawu	
#	art. 438 pkt 2 k.p.k. – obraza przepisów postępowania, jeżeli mogła ona mieć wpływ na treść orzeczenia	
#	art. 438 pkt 3 k.p.k. – błąd w ustaleniach faktycznych przyjętych za podstawę orzeczenia, jeżeli mógł on mieć wpływ na treść tego orzeczenia	
#	art. 438 pkt 4 k.p.k. – rażąca niewspółmierność kary, środka karnego, nawiązki lub niesłusznego zastosowania albo niezastosowania środka zabezpieczającego, przypadku lub innego środka	
#	art. 439 k.p.k.	
#	brak zarzutów	

1.4. Wnioski				
#	uchylenie	#	zmiana	
2. Ustalenie faktów w związku z dowodami przeprowadzonymi przez sąd odwoławczy				
1.5. Ustalenie faktów				
1.1.3. Fakty uznane za udowodnione				
Lp.	Oskarżony	Fakt oraz czyn, do którego fakt się odnosi	Dowód	Numer karty
2.1.1.1.	W. N.	Klasyfikacja i interpretacja siły zaleceń w ramach różnych kategorii schorzeń.	Polskie wytyczne profilaktyki i leczenia żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej. Aktualizacja 2012	597-600
2.1.1.2.	W. N.	W. N. w dniu 9 maja 2016 roku wystawił skierowanie pacjentki R. K. do szpitala	Pismo Szpitala (...) w R. Skierowanie Skierowanie do szpitala	k 653, k 657 k 654, k 658 k 659
2.1.1.3.	W. N.	W. N. i P. G. nieprawomocnym orzeczeniem dyscyplinarnym zostali ukarani za przewinienia	Nieprawomocne orzeczenie dyscyplinarne Okręgowego Sądu Dyscyplinarnego w Ł. z dnia 21 kwietnia	k 686-690

		dyscyplinarne polegające na niedołożeniu należytej staranności lekarskiej w dniu 9. 05. 2016 roku (odpowiednio upomnieniem i naganą).	2021 roku w sprawie OSL/Wu/12/19	
1.1.4. Fakty uznane za nieudowodnione				
Lp.	Oskarżony	Fakt oraz czyn, do którego fakt się odnosi	Dowód	Numer karty
2.1.2.1.				
2.1.2.2.				
1.6. Ocena dowodów				
1.1.5. Dowody będące podstawą ustalenia faktów				
Lp. faktu z pkt 2.1.1	Dowód	Zwięźle o powodach uznania dowodu		
2.1.1.1	Polskie wytyczne profilaktyki i leczenia żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej. Aktualizacja 2012	Dokument opracowany dla potrzeb praktyki lekarskiej. Określa przypadki, w których zaleca się lub sugeruje stosowanie HDCz, Nie nakłada obowiązku stosowania heparyny		

		drobnocząsteczkowej przez lekarzy.	
2.1.1.2	Pismo Szpitala (...) w R. Skierowanie Skierowanie do szpitala	Dokumenty urzędowe, Brak jest podstaw do ich kwestionowania.	
	Nieprawomocne orzeczenie dyscyplinarne Okręgowego Sądu Dyscyplinarnego w Ł. z dnia 21 kwietnia 2021 roku w sprawie OSL/Wu/12/19	orzeczenie nieprawomocne. Wskazuje fakt ukarania W. N. i P. G. w pierwszej instancji.	
1.1.6. Dowody nieuwzględnione przy ustaleniu faktów (dowody, które sąd uznał za niewiarygodne oraz niemające znaczenia dla ustalenia faktów)			
Lp. faktu z pkt 2.1.1 albo 2.1.2	Dowód	Zwięźle o powodach nieuwzględnienia dowodu	
3. STANOWISKO SĄDU ODWOŁAWCZEGO WOBEC ZGŁOSZONYCH ZARZUTÓW i wniosków			
Lp.	Zarzut		
3.1.	Obraza przepisów postępowania oraz	# zasadny	

błędu w ustaleniach faktycznych mające wpływ na treść orzeczenia:

częściowo zasadny

niezasadny

a) art. 7 kpk poprzez dokonanie dowolnej, a nie swobodnej oceny zeznań świadka P. G. i bezpodstawne uznanie, że lekarz P. G. jedynie dokonał konsultacji ortopedycznej dotyczącej pacjentki R. K., w sytuacji gdy na rozprawie w dniu 9 września 2020 r. świadek złożył jednoznaczne zeznania, iż pamięta że w dniu 9 maja 2016 r. zszedł na Izbę Przyjęć ponieważ pacjentka została skierowana na jego oddział, a on był lekarzem dyżurnym oddziału ortopedycznego oraz to on zbadał pacjentkę i ocenił, że nie wymaga przyjęcia na oddział ortopedyczny, a następnie zaopatrzył pacjentkę poprzez założenie gipsu i ustalił termin wizyty kontrolnej.

Doprowadziło to do dokonania błędnych ustaleń faktycznych stanowiących podstawę rozstrzygnięcia, że oskarżony nie skierował pacjentki na oddział

ortopedyczny, a jedynie zlecił konsultację ortopedyczną oraz że oskarżony był zobowiązany do leczenia pacjentki tj. był gwarantem nienastąpienia skutku, gdy przy prawidłowej ocenie w/w dowodu Sąd winien ustalić, że lekarz W. N. skierował pacjentkę na Oddział Ortopedyczny, lekarz dyżurny Oddziału (...) Urazowo-Ortopedycznej dalej zwanym Oddziałem Ortopedii P. G. dokonał kwalifikacji pacjentki i zdecydował o nieprzyjęciu jej na oddział, a następnie zaopatrzył pacjentkę poprzez założenie gipsu, a więc lekarzem zobowiązanym do leczenia pacjentki był lekarz P. G. a nie lekarz W. N., co jest zgodne z treścią dowodu w postaci Księgi Postępowania Medycznego w Szpitalu (...) w R. z 2014 r. rozdział 5 „Postępowanie z pacjentem, którego stan zdrowia nie wymaga hospitalizacji w oddziałach szpitalnych (odmowy przyjęcia)”

oraz zeznań świadka
B. P..

b) art. 7 kpk
poprzez dokonanie
dowolnej, a nie
swobodnej oceny
zeznań świadka P.
G., świadka B.
P. oraz Księgi
Postępowania
Medycznego w
Szpitalu (...) w
R. z 2014 r.,
która doprowadziła
do wewnętrznej
sprzeczności ustaleń
Sądu, który w pkt. 2
i 3 faktów uznanych
za udowodnione
błędnie wskazuje,
iż lekarz P.
G. udzielił jedynie
konsultacji przy
leczeniu pacjentki R.
K., a następnie w
pkt 9 Sąd przyjmuje
za ustalony fakt,
iż to lekarz
G. zdecydował
o nie przyjęciu
pokrzywdzonej R.
K. na Oddział
Ortopedyczny.
Doprowadziło to
do błędnych i
sprzecznych ustaleń
faktycznych, że z
jednej strony lekarz
G. jedynie udzielił
konsultacji, a
jednocześnie sam
był lekarzem
decydującym o
przyjęciu lub nie
przyjęciu pacjentki
na oddział w
sytuacji gdy z treści
Księgi Postępowania
Medycznego w

Szpitalu (...) w R. z 2014 r. jednoznacznie wynika, iż o przyjęciu lub nieprzyjęciu pacjenta na konkretny oddział decyduje lekarz dyżurny tego oddziału a nie lekarz dyżurny (...), który ma jedynie uprawnienie do skierowania pacjenta na oddział,

c) art. 7 kpk poprzez dokonanie dowolnej, a nie swobodnej oceny zeznań świadka M. W. poprzez błędne i nielogiczne przyznanie jej zeznaniom waloru częściowej wiarygodności w sytuacji gdy świadek od samego początku postępowania błędnie wskazywała lekarza W. N. zamiast lekarza P. G., jako lekarza który rozpoczął leczenie pokrzywdzonej, pomimo wyraźnych różnic w wyglądzie obu lekarzy, a więc nie można, ustalić, która część zeznań świadka dotyczy działań oskarżonego, a która działań P. G., co doprowadziło do dokonania błędnych ustaleń faktycznych stanowiących

podstawę rozstrzygnięcia, że lekarz P. G. udzielił jedynie konsultacji ortopedycznej dotyczącej R. K., gdy prawidłowa ocena materiału dowodowego winna doprowadzić do wniosku, że wbrew twierdzeniom świadka M. W. lekarzem, który rozpoczął leczenie R. K. był lekarz P. G. i to on był zobowiązany do kompleksowego zaopatrzenia pacjentki w tym do przepisania wszystkich niezbędnych leków,

d) art. 7 kpk poprzez dokonanie dowolnej, a nie swobodnej oceny zeznań świadka M. W. poprzez nieustalenie rzeczywistego miejsca zdarzenia w sytuacji gdy świadek M. W. w swoich zeznaniach twierdzi, że lekarz G. przyjął pokrzywdzoną R. K. w innym gabinecie niż przyjmował lekarz W. N., a w swoich zeznaniach lekarz P. G. wskazał, iż wszedł do gabinetu lekarza W. N., z którego to gabinetu lekarz N. wyszedł, a więc w ustaleniach Sądu I instancji znajdują

się wewnętrzne i
nielogiczne
sprzeczności w
ramach faktów,
które Sąd uznał za
udowodnione,

e) art. 7 kpk
poprzez dokonanie
dowolnej, a nie
swobodnej oceny
zeznań świadka
B. P., która
jednoznacznie
zeznała, iż to
lekarz dyżurujący
na konkretnym
oddziale decyduje o
przyjęciu pacjenta
na ten oddział
a nie lekarz
(...) i wyciągnięcie
błędnych wniosków,
że w przypadku
nieprzyjęcia
pacjenta na
konkretny oddział
lekarz (...) zobowiązany jest do
dalszego leczenia
pacjenta gdy
prawidłowa ocena
w/w zeznań świadka
w konfrontacji z
treścią Księgi
Postępowania
Medycznego w
Szpitalu (...) w
R. z 2014 r.
(obowiązującej w
dacie zdarzenia)
rozdział 5
„Postępowanie z
pacjentem, którego
stan zdrowia nie
wymaga
hospitalizacji w
oddziałach
szpitalnych
(odmowy przyjęcia)”

winna doprowadzić do wniosku, iż lekarzem zobowiązanym do kompleksowego zaopatrzenia pacjenta jest lekarz dyżurny oddziału, który zdecydował o nieprzyjęciu pacjenta na oddział a nie lekarz dyżurny (...), który nie posiada kompetencji do przyjęcia lub odmowy przyjęcia pacjenta na konkretny oddział,

f) art. 7 kpk poprzez dokonanie dowolnej, a nie swobodnej oceny dowodu z dokumentów tj.: karta informacyjna leczenia szpitalnego z dnia 09.05.2016 r., której Sąd w całości dał wiarę, poprzez błędne przyjęcie, iż okres unieruchomienia lewej kończyny R. K. został ustalony co najmniej do dnia 02.06.2016 r. gdy prawidłowa ocena przedmiotowego dowodu winna doprowadzić do logicznego wniosku, iż kończyna R. K. winna być unieruchomiona na okres 2 tygodni, natomiast ewentualna wizyta w poradni ortopedycznej

została wyznaczona na dzień 2.06.2016 r. Doprowadziło to do błędnych ustaleń faktycznych, że terapia heparyną drobnocząsteczkową winna zostać wprowadzona na cały okres od dnia 09.05.2016-02.06.2016 r., gdy literalna treść przedmiotowego dokumentu w sposób jednoznaczny wskazuje, iż wyznaczony okres unieruchomienia kończy się pokrzywdzonej miał trwać 2 tygodnie, szczególnie, że pacjentka mogła umówić się na ściągnięcie gipsu z lekarzem P. G. w innym miejscu niż (...) o czym lekarz N. mógł nie wiedzieć, co więcej w dniu 09.05.2016 r. lekarz N. nie mógł wiedzieć ani zakładać, iż R. K. będzie mieć unieruchomioną kończynę dłużej niż zalecił lekarz ortopeda tj, dłużej niż dwa tygodnie.

g) art. 7 kpk poprzez dokonanie dowolnej, a nie swobodnej oceny dowodu z dokumentu tj. Księgi Postępowania Medycznego w Szpitalu (...) w

R. z 2014 r.
(obowiązującej w
dacie czynu) poprzez
wyciągnięcie
wniosków, iż
lekarzem
gwarantem
zobowiązany do
leczenia pacjentki R.
K. był lekarz W.
N. w sytuacji gdy
prawidłowa ocena
przedmiotowego
dowodu w
szczegółności
analiza rozdziału
5 „Postępowanie z
pacjentem, którego
stan zdrowia nie
wymaga
hospitalizacji i w
oddziałach
szpitalnych
(odmowy przyjęcia)”
winno doprowadzić
do jednoznacznych
wniosków, iż to
lekarz dyżurny
oddziału w tym
wypadku lekarz
dyżurny Oddziału
Ortopedycznego
lekarz P. G.
winien zamieścić
informację o
przyczynie odmowy
przyjęcia na oddział,
oraz umieścić
informację o
dalszym
postępowaniu,
zaleceniach lub
uzyskaniu pomocy
w innej jednostce.
Doprowadziło to do
błędnych ustaleń
faktycznych
stanowiących
podstawę
orzeczenia, że

lekarzem odpowiedzialnym za zaopatrzenie pacjentki oraz przepisanie wszelkich wymaganych leków był lekarz dyżurujący na (...) W. N., a nie lekarz dyżurujący na Oddziale Ortopedii lekarz P. G., który podjął decyzję o nieprzyjęciu pacjentki na oddział oraz rozpoczął jej leczenie poprzez założenie opatrunku gipsowego, gdy prawidłowa ocena w/w dowodu winna doprowadzić do wniosku, że lekarzem odpowiedzialnym, za leczenie R. K. był lekarz P. G., który zdecydował o nieprzyjęciu jej na oddział oraz rozpoczął jej leczenie,

h) art. 410 kpk poprzez pominięcie istotnych okoliczności mających znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy tj. wyjaśnień oskarżonego, zeznań świadka P. G., w zakresie w jakim oskarżony oraz świadek wskazywali, iż w dniu 9 maja 2016 r. system informatyczny

obowiązujący w Szpitalu (...) w R. uniemożliwił uwzględnienia w karcie leczenia szpitalnego, że pacjentka została skierowana przez lekarza (...) na konkretny oddział w sytuacji gdy lekarz dyżurujący na oddziale odmówił przyjęcia pacjenta na dany oddział i w takiej sytuacji z uwagi na konstrukcję systemu informatycznego wbrew procedurom obowiązującym w Szpitalu tj. Księdze Postępowania Medycznego w Szpitalu (...) w R. z 2014 r., co doprowadziło do błędnych ustaleń faktycznych, że lekarzem leczącym pacjentkę był lekarz W. N. gdy przy prawidłowej ocenie materiału dowodowego Sąd winien ustalić, iż w dniu 9 maja 2016 r. system informatyczny uniemożliwił sporządzenia wypisu wraz ze wszystkimi zaleceniami lekarzowi dyżurującemu na oddziale na który pacjent został skierowany, dlatego dokument podpisany jest przez

lekarza W. N., który w rzeczywistości nie prowadził leczenia pacjentki R. K.,

i) art. 7 kpk poprzez dokonanie dowolnej, a nie swobodnej oceny dowodu z dokumentu tj. Księgi Postępowania Medycznego w Szpitalu (...) w R. z 2014 r. (obowiązującej w dacie czynu) poprzez błędną interpretację rozdziału 9. Przeprowadzenie konsultacji medycznych w szpitalu i przyjęcie, że lekarz P. G. wykonując jedynie konsultację dla lekarza W. N. był uprawniony do zadecydowania o nie przyjęciu pokrzywdzonej R. K. na Oddział Ortopedii oraz rozpoczęcia leczenia pacjentki poprzez założenie opatrunku gipsowego w sytuacji gdy prawidłowa ocena przedmiotowego dowodu winna doprowadzić do wniosku, że lekarz konsultujący nie jest uprawniony do podejmowania decyzji o przyjęciu lub nie przyjęciu pacjenta na oddział oraz do rozpoczęcia

	<p>leczenia lecz jedynie do wsparcia swoją wiedzą specjalistyczną lekarza prowadzącego leczenie.</p> <p>Doprowadziło to do błędnych ustaleń faktycznych, że lekarz P. G. w dniu 09.05.2016 r. udzielił w sprawie R. K. jedynie konsultacji ortopedycznej, natomiast prawidłowa ocena dowodu winna doprowadzić do wniosku, że lekarz P. G. w dniu 09.05.2016 r. jako lekarz dyżurny Oddziału Ortopedii dokonał kwalifikacji pacjentki i zdecydował o jej nie przyjęciu na oddział oraz rozpoczął jej leczenie, zatem to on był odpowiedzialny za całkowite zaopatrzenie pacjentki, a nie lekarz dyżurny (...), który pacjentkę na Oddział skierował.</p>		
<p>Zwięźle o powodach uznania zarzutu za zasadny, częściowo zasadny albo niezasadny</p>			
<p>Wymienione wyżej zarzuty zostaną rozpoznane łącznie, co pozwoli uniknąć</p>			

powtarzania tych samych analiz i ocen.

Ma rację obrońca, iż ustalenia faktyczne Sądu I instancji nie są w pełni prawidłowe i wymagają poprawy, która została dokonana w instancji odwoławczej w ramach poniższych korekt.

Zdaniem Sądu odwoławczego w dniu 09.05.2016 r. W. N. pełnił dyżur lekarski w (...) Szpitala (...) w R. w Gabinetcie Zabiegowym Chirurgicznym.

Tego dnia o godzinie 17.52 w systemie informatycznym (...),

zainstalowanym w Szpitalu (...) w R., została

zarejestrowana R. K. w celu udzielenia jej pomocy medycznej z powodu urazu kolana lewego. Po zbadaniu pacjentki, oskarżony rozpoznał u niej skręcenie stawu kolanowego lewego z

uszkodzeniem więzadła pobocznego piszczelowego i wystawił

skierowanie na Rtg stawu kolanowego lewego, celem

poszerzenia
diagnostyki. Po
ocenie
rentgenogramu na
monitorze
komputera W. N.
wystawił R. K.
skierowanie do
Oddziału (...) Urazowo-
Ortopedycznej
Szpitala (...) w R.,
na co wskazują
wyjaśnienia
oskarżonego
znajdujące
potwierdzenie w
zaświadczeniu
Szpitala (...) w
R., wydruku z
systemu (...),
wydruku
skierowania do
szpitala (k
657-659). Pacjentka
w dalszym etapie
postępowania była
zaopatrywana
(podczas
nieobecności
oskarżonego) w
Gabiniecie
Zabiegowym
Chirurgicznym przez
lekarza ortopedę P.
G., który pełnił
tego dnia dyżur
w Oddziale (...) Urazowo-
Ortopedycznej
szpitala. Po
powrocie W. N. do
Gabinetu
Zabiegowego
Chirurgicznego,
pacjentka miała już
założony opatrunek
gipsowy na
kończynę dolną
lewą, tzw. „tutor

gipsowy”
unieruchamiający
staw kolanowy (gips
obejmował udo,
staw kolanowy i
podudzie, natomiast
staw skokowy i
stopa pozostały bez
unieruchomienia).

Oskarżony od
dyżurnego ortopedy
dowiedział się, że
pacjentka nie
wymaga leczenia w
oddziale
ortopedycznym, w
związku z tym
nie będzie przyjęta
do szpitala. Lekarz
ortopeda po
wykonaniu zabiegu
u R. K. wpisał
w systemie (...)
następujące
informacje i
zalecenia:

- stan po skręceniu
kolana lewego,

- ból po stronie
przyśrodkowej,
uczucie
niestabilność kolana
lewego, obrzęk,
palpacyjna
bolesność w rzucie
(...),

- niestabilność
przyśrodkowa
kolana L(+), objaw
Lachmanna (+), ślad
płynu w stawie,
Rtg kolana L
bez uszkodzeń w
układzie kostnym,

- szyna tutorowa na 2tyg. dalsze leczenie w (...),

- odciążanie kończyny dolnej lewej, chodzenie o kulach,

- nie wymaga leczenia w oddziale ortopedycznym.

Po powrocie do gabinetu, oskarżony uzgodnił z wychodzącym lekarzem ortopedą termin wizyty pacjentki w (...) na dzień 02.06.16r. zaproponowany przez P. G.

(wyjaśnienia k 424, zeznania P. G. k 473).

Słusznie zauważył skarżący, iż:

- w systemie informatycznym (...), w rubryce tryb opuszczenia izby przyjęć nie ma możliwości wybrania procedury „odmowa przyjęcia” w chwili gdy pacjent nie zostaje przyjęty do oddziału, na który jest kierowany przez lekarza Chirurgicznego Gabinetu Zabiegowego. Gdyby istniała taka możliwość, to zgodnie ze stanem faktycznym, na

karcie informacyjnej wydanej pacjentce przez oskarżonego pojawiłby się zapis: odmowa przyjęcia do Oddziału (...) Urazowo-Ortopedycznej, co kończyłoby proces diagnostyczny, w którym powinien brać udział oskarżony. Kartę informacyjną oraz skierowanie do (...) z drugiej części porady (w której oskarżony nie brał udziału), polegającej na założeniu szyny tutorowej (gipsu) i wydaniu zaleceń co do dalszego leczenia, (zgodnie ze stanem faktycznym) sporządziłby i wydał R. K. wykonujący te czynności ortopeda,

- zeznania P. G. ocenione zostały w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku w sposób dowolny, jak również Sąd I instancji całkowicie pominął tę część jego relacji, która dla oskarżonego była korzystna i zgodna z jego wyjaśnieniami. W dniu 9 września 2020 r. na rozprawie P. G. jednoznacznie podał, iż pamięta, że wówczas zszedł na Izbę Przyjęć ponieważ pacjentka została skierowana

na jego oddział, a on był lekarzem dyżurnym oddziału ortopedycznego oraz to on zbadał pacjentkę i ocenił, że nie wymaga przyjęcia na oddział ortopedyczny, a następnie zaopatrzył pacjentkę poprzez założenie gipsu i ustalił termin wizyty kontrolnej. Z powyższych twierdzeń jednoznacznie wynika, iż P. G. zszedł na Izbę Przyjęć w celu zakwalifikowania pacjentki na oddział lub odmowy jej przyjęcia i to on po weryfikacji diagnozy lekarza (...) zakładał gips na nogę pacjentki,

- w niniejszej sprawie błędnie zostały też ocenione przez sąd zeznania M. W., która od początku postępowania mylnie wskazywała, iż lekarzem zakładającym gips R. K. był W. N.. Weryfikują je w tym zakresie wyjaśnienia oskarżonego i zeznania P. G. złożone w postępowaniu sądowym. Osoby te nie miały powodów, aby kreować wspólnie

nieprawdziwy obraz
zajścia, zwłaszcza
że ich interesy
procesowe nie są
zbieżne.

Podkreślenia
wymaga, iż M.
W. konsekwentnie
wywodziła, iż matce
zakładał gips jeden
lekarz obecny w
gabinecie. Na
podstawie
niewiarygodnych
zeznań M. W. Sąd
I instancji błędnie
ustalił przebieg
zdarzenia z dnia
09.05.2016 r.
wskazując, iż
opatrunek gipsowy
został R. K. założony
w innym gabinecie
niż przyjmował
lekarz N., w sytuacji
gdy z pozostałego
materiału
dowodowego
jednoznacznie
wynika, iż lekarz
P. G. przyjmował
pokrzywdzoną w
gabinecie
zajmowanym przez
W. N., po
wcześniejszym
opuszczeniu
gabinetu przez
lekarza (...).

Powyższe ustalenia
mają znaczenie dla
ustalenia sposobu
komunikacji między
lekarzami, sposobu
oraz miejsca i trybu
wpisania zaleceń
przez P. G..

W przedmiotowej
sprawie, po

odmowie przyjęcia pacjentki przez lekarza ortopedę w celu zakończenia porady, oskarżony był zmuszony do wystawienia karty informacyjnej leczenia szpitalnego w (...) z adnotacją w rubryce tryb opuszczenia izby przyjęć - „wypisany”, oraz w rubryce powód odmowy przyjęcia: „brak wskazań do leczenia szpitalnego” (co stało w oczywistej sprzeczności z intencją skierowania pacjentki do Oddziału (...) Urazowo-Ortopedycznej wyrażonej poprzez wcześniejsze wystawienie przez oskarżonego skierowania do tego oddziału i wezwaniu lekarza dyżurnego tego oddziału P. G.).

Z Księgi Postępowania Medycznego w Szpitalu (...) w R. z 2014 r.

(rozdział 5, „Postępowanie z pacjentem, którego stan zdrowia nie wymaga hospitalizacji w oddziałach szpitalnych (odmowy przyjęcia)”) wynika ,

że pacjent kierowany (przez lekarza dyżurnego (...)) ponoszącego odpowiedzialność za właściwe kwalifikowanie pacjenta do odpowiedniego oddziału szpitalnego) do poszczególnego oddziału szpitala jest zawsze kwalifikowany przez lekarza dyżurnego wskazanego na skierowaniu oddziału. Lekarz dyżurny, do którego kierowany jest pacjent po zebraniu wywiadu oraz zbadaniu pacjenta podejmuje decyzję o hospitalizacji lub też o odmowie wskazań do hospitalizacji kierowanego pacjenta. W przypadku odmowy przyjęcia do szpitala lekarz dyżurny oddziału musi odnotować w systemie informatycznym (przyjęcie ambulatoryjne) przyczynę odmowy lub braku kwalifikacji do przyjęcia, oraz umieścić informację o dalszym postępowaniu, zaleceniach lub uzyskaniu opieki w innej jednostce.

Lekarz dyżurny oddziału docelowego odpowiada za przeprowadzenie kwalifikacji pacjenta ze skierowaniem. Zgodnie z rozdziałem 9 regulaminu pacjenci hospitalizowani w ramach oddziałów mają możliwość korzystania z konsultacji specjalistycznych. Konsultant jest zobowiązany do dokonania wpisu przeprowadzonej konsultacji w dokumentacji medycznej. Zgodnie z rozdziałem 2 „Przyjęcie pacjenta do szpitala” lekarz dyżurny (...) zleca konsultacje specjalistyczne, jeżeli stan pacjenta tego wymaga.

Ma rację obrońca podnosząc, iż konfrontując w/w dowody osobowe z treścią w szczególności rozdziału 5 Księgi Postępowania Medycznego w Szpitalu (...) w R. z 2014 r. należy dojść do wniosku, iż skoro to P. G. był lekarzem kompetentnym do podjęcia decyzji o nie przyjęciu pacjentki na oddział to zgodnie z

w/w przepisami wewnętrznymi, był on – po skierowaniu na jego oddział szpitalny przez lekarza dyżurnego (...) lekarzem zobowiązanym do opieki nad R. K.. Przepisy obowiązujące w Szpitalu (...) w R. nie przewidywały możliwości, aby lekarz dyżurny konkretnego oddziału mógł zdecydować o przyjęciu lub odmowie przyjęcia pacjenta na oddział, jeżeli ten pacjent wcześniej nie został skierowany na jego oddział. Takie samo stanowisko w swoich zeznaniach, którym dał wiarę Sąd I instancji przedstawiła świadek B. P., która wskazała, że „Lekarz dyżurujący na oddziale przychodzi na Szpitalny Oddział Ratunkowy, zapoznaje się ze stanem pacjenta i decyduje, czy przyjąć go na oddział, czy nie.” Co więcej analiza treści Księgi Postępowania Medycznego w Szpitalu (...) w R. z 2014 r. (rozdział 9) „Przeprowadzanie konsultacji medycznych w

szpitalu” wskazuje, iż lekarz udzielający jedynie konsultacji nie miał uprawnień do podjęcia decyzji o przyjęciu lub odmowie przyjęcia pacjenta na oddział. Gdyby P. G. udzielał w niniejszej sprawie jedynie konsultacji to nie miałby prawa podjąć decyzji o nie przyjęciu pacjentki R. K. na Oddział Ortopedyczny, co niewątpliwie uczynił. Ponadto podkreślić należy, że zgodnie z treścią Księgi Postępowania Medycznego w Szpitalu (...) w R. z 2014 r. P. G. po odmowie przyjęcia pacjentki na Oddział Ortopedii rozpoczął jej leczenie poprzez założenie opatrunku gipsowego, wyznaczenie okresu unieruchomienia kończyny w opatrunku gipsowym oraz wyznaczeniu terminu wizyty kontrolnej. Powyższe świadczy o tym, iż wbrew twierdzeniom P. G. (podnosił, że „został wezwany w trybie, czy leczymy w szpitalu, czy nie”) nie konsultował pacjentki R. K., lecz zajmował się leczeniem pacjentki

do niego skierowanej.

P. G. podał, że wystawienie skierowania to nie jest zakończenie procedur. Jego pacjentem staje się osoba przyjęta na oddział. Do tego momentu jest pacjentem Oddziału (...). Nie pamiętał czy uzgadniał dzień zgłoszenia się pacjentki na zdjęcie gipsu. Na pewno pacjentka wiedziała, że ma się zgłosić do poradni na zdjęcie gipsu. Nie wie dlaczego pacjentka dostała skierowanie na dzień 2 czerwca 20216 roku do poradni (żeby zdjąć gips potrzebne jest skierowanie). Uważał, że niekoniecznie do jego obowiązków należało założenie gipsu. Zrobił to grzecznościowo.

Rozmawiał z lekarzem dyżurnym (...) o trybie dalszego leczenia, to znaczy czy przyjmujemy na oddział, czy nie. Dalsze leczenie pozostawił doktorowi N. (k 473-474).

Zeznania P. G. wskazują, iż nie miał „przerobionej” Księgi Postępowania Medycznego w

Szpitalu (...) w R. z 2014 r. Myli konsultacje specjalistyczne, z procedurą dotyczącą skierowania pacjenta na jego oddział, na którym był dyżurantem. W systemie (...) odnotował on jednak dane związane z kwalifikowaniem pacjentki na oddział ortopedyczny. Odmówił hospitalizacji pacjentki skierowanej przez lekarza (...) na jego oddział i zastosował leczenie (unieruchamiające nogę) umożliwiające jego kontynuację poza szpitalem w warunkach ambulatoryjnych.

Z wyjaśnień oskarżonego i jego pism procesowych wynika, iż procedury te były mu znane i rozróżnia je we wskazanych wyżej zakresach. Określa relacje pomiędzy lekarzem dyżurnym (...) a lekarzem dyżurnym innego oddziału szpitalnego i zauważa rozbieżności pomiędzy regułami postępowania w szpitalu a praktyką, także w

inkryminowanym przypadku.

W. N. wyjaśnił, iż gdy wrócił do gabinetu P. G. poinformował go, że nie będzie przyjmował pacjentki do szpitala, wpisał do systemu (...) co zrobił pacjentce, co założył. Na tym działalność oskarżonego się kończyła. Kiedy ortopeda wychodził, zapytał go o termin wizyty kontrolnej (P. G. podał 2.06.2016 r.). Wydał jeszcze pacjentce kartę informacyjną leczenia szpitalnego, zaświadczenie lekarskie od 9 .05. do 2. 06.2016 r. oraz receptę na 10 ampulek preparatu C. po 40 miligramów. Oskarżony podniósł, iż z Księgi Postępowania Medycznego w Szpitalu (...) w R. z 2014 r. wynika, że lekarz pełniący dyżur na oddziale, na który jest kierowany pacjent ponosi całkowitą odpowiedzialność za działania medyczne podjęte w stosunku do pacjenta, w tym rozumie się ustalanie wizyt, wypisywanie leków.

Gdyby P. G. przyjął pacjentkę w systemie widniałby zapis przyjęcia. Ponieważ pacjentki nie przyjął, na oskarżonym ciążył obowiązek wynikający z tego, że chciał jak najlepiej zaopatrzyć pacjentkę. Gdyby nie wystawił karty informacyjnej (...), to nie byłoby go tu dzisiaj (k 423-424).

Z takim stanowiskiem oskarżonego Sąd odwoławczy nie zgadza się. Skoro W. N. widział, iż lekarz ortopeda nie dopełnił obowiązujących go procedur jako lekarza dyżurnego Oddziału Ortopedycznego przejmującego opiekę nad pacjentem, mógł zażądać od niego ich zakończenia. Tymczasem W. N. nie zrobił tego, natomiast uzgadniając termin wizyty kontrolnej i wypisując receptę, samodzielnie dopełnił tych procedur przejmując na siebie w tym zakresie funkcje lekarza gwaranta nad pacjentką. Jednostką realizującą

świadczenie zdrowotne był szpital i lekarze powinni je przeprowadzić w całości zgodnie z zasadami sztuki medycznej. W tym przypadku w istocie opiekę nad pacjentem wykonywali zamiennie i niezależnie dwaj lekarze, którzy w ramach przyjętych na siebie procedur mieli się wzajemnie uzupełniać, jednak żaden z nich nie sprawował swoich obowiązków w pełni prawidłowo.

Oskarżony wskazuje, iż w niniejszej sprawie z uwagi na nieprawidłową ocenę materiału dowodowego, szczególnie w postaci karty informacyjnej leczenia szpitalnego z dnia 09.05.2016 r., której Sąd w całości dał wiarę doszło do błędu w ustaleniach faktycznych, który stanowił podstawę orzekania. Zgodnie z treścią przedmiotowego dokumentu P. G. zalecił unieruchomienie kończyny R. K. na okres dwóch tygodni, natomiast

Sąd I instancji bezzasadnie przyjął, iż w dniu 09.05.2016 r. W. N. winien zakładać, iż pokrzywdzona wbrew zaleceniom lekarza G. będzie pozostawać w unieruchomieniu aż do dnia 02.06.2016 r. Analiza karty informacyjnej nie wymaga posiadania przez pacjenta wiedzy medycznej dla wyciągnięcia logicznych wniosków, iż opatrunek gipsowy winien zostać u pokrzywdzonej zdjęty po 2 tygodniach. Wyznaczenie wizyty kontrolnej w Przychodni (...) na dzień 02.06.2016 r. nie należy utożsamiać w wyznaczeniem terminu zdjęcia opatrunku gipsowego. Jak wynika z wyjaśnień oskarżonego, jak również doświadczenia życiowego czynność polegająca na zdjęciu opatrunku gipsowego nie jest wyjątkowo skomplikowana oraz nie wymaga nakładu czasu, dlatego często pacjenci zgłaszają się do lekarza o zdjęcie gipsu na dyżurze w szpitalu

bez dodatkowego skierowania.

Zważając na jednoznaczne zalecenia lekarza P. G. wskazane w treści dokumentu, któremu Sąd w pełni dał wiarę oraz czynił na jego podstawie ustalenia faktyczne, odwołujący się podnosi, iż w dniu 09.05.2016 r. ustalony okres unieruchomienia kończyny R. K. wynosił 14 dni i maksymalnie na taki okres lekarz W. N. mógł przepisać pacjentce heparynę drobnocząsteczkową; gdyby W. N. przepisał pacjentce heparynę drobnocząsteczkową na okres dłuższy niż dwa tygodnie, a wystąpiłyby u pokrzywdzonej skutki uboczne przyjmowania tego leku, stawiano by lekarzowi zarzut przepisania za dużej ilości leku, gdyż z karty jednoznacznie wynika, że pacjentka miała mieć kończynę unieruchomioną przez dwa tygodnie, a nie do wizyty kontrolnej tj. do dnia 02.06.2016 r.

Z taką argumentacją nie można się w pełni zgodzić.

Opinia Instytutu
– (...) w K.
(po uwzględnieniu
korekt w zakresie
stanu faktycznego
dokonanych przez
sąd odwoławczy) w
zakresie zachowania
procedur
medycznych przez
oskarżonego (czyli
wiadomości
specjalnych)
zachwała swoją
aktualność.

Instytut podniósł,
iż z dokumentacji
medycznej wynika,
że pacjentce
wykonano zdjęcie
RTG kolana, jednak
w aktach sprawy
brakuje opisu ww.
zdjęcia. Pacjentce
założono gips
obejmujący całą
kończynę dolną.
Lekarz (...) W. N.
zlecił C. 40 mg 10
ampulek, skierował
pacjentkę na wizytę
kontrolną do (...)
w dniu 02.06.2016
r. W trakcie wizyty
kontrolnej lekarz P.
G. ściągnął R. K. gips
i założył ortezę.

Opierając się na
całości
dokumentacji
medycznej oraz na
zeznaniach
świadków Instytut
uznał, że właściwie
rozpoznano
uszkodzenie
kończyny dolnej
lewej i prawidłowo

podjęto decyzję o jej unieruchomieniu poprzez założenie gipsu, a następnie ortezy. W tym zakresie postępowanie lekarzy (...) i (...) uznać należy za prawidłowe.

Zgodnie z Z. (...) Żyłnej Choroby Z.-Z. W (...) (Aktualizacja Z Dnia 18.02.2014) pkt. D9.3 „w przypadku izolowanych uszkodzeń urazowych kończyn dolnych wymagających unieruchomienia kończyny w opatrunku gipsowym lub w ortezie zaleca się stosowanie profilaktyki farmakologicznej z wykorzystaniem drobnocząsteczkowych pochodnych heparyny lub fondaparynuksu w dawkach rekomendowanych przez producenta przez cały okres unieruchomienia i dalej do chwili powrotu funkcji pompy mięśniowej w obrębie podudzia”.

W dniu 09.05.2016 r. lekarz przyjmujący R. K. na (...) szpitala w R. zalecił

przyjmowanie
heparyny
drobnocząsteczkowej
- preparatu C.
- przez 10 dni.
Zalecił także wizytę
kontrolną w (...) w
dniu 02.06.2016 r.

Zdaniem biegłych
takie postępowanie
było błędne.
Optymalnie
heparyna
drobnocząsteczkowa
powinna zostać
zalecona do czasu
wizyty kontrolnej -
zdjęcia
unieruchomienia
(lub wizyty
kontrolnej jeszcze w
okresie
unieruchomienia).

Podnoszone przez
lekarza (...) ryzyko
trombocytopenii po
zastosowaniu
heparyny
drobnocząsteczkowej
nie jest
usprawiedliwieniem
dla stosowania tego
leku przez tak krótki
czas. Jeżeli lekarz
miał wątpliwości,
czy stosowanie
heparyny
drobnocząsteczkowej
nie spowoduje
powikłań, powinien
zalecić pacjentce
kontrolę w POZ z
kontrolą morfologii
po kilku dniach i
przedłużenie
stosowania
heparyny

drobnocząsteczkowej
przez lekarza POZ.

Podczas wizyty w
(...) w dniu
02.06.2016 r.,
zgodnie z
zacytowanymi wyżej
wytycznymi, można
było rozważyć
ponowne włączenie
heparyny
drobnocząsteczkowej,
do czasu pełnego
uruchomienia
pompy mięśniowej
(kilka dni). Jeżeli
pacjentka poruszała
kończyną dolną, nie
było wskazań do
ponownego
włączenia heparyny
drobnocząsteczkowej.
W dokumentacji
medycznej brakuje
informacji, jaka
była ruchomość
kończyny (stawu
kolanowego) w dniu
02.06.2016 r.

Zdaniem Instytutu
lekarz (...) szpitala
w R. W. N. swoim
postępowaniem
przeniósł pacjentkę
w stan bardziej
niebezpieczny od
tego, w jakim
wyjściowo się
znajdowała -
poprzez zwiększenie
ryzyka wystąpienia
zatorowości płucnej,
będącej stanem
realnego zagrożenia
dla życia. Tym
samym można
powiedzieć, że w
związku z tym doszło

do narażenia chorej na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

Instytut zwrócił uwagę na brak pełnej skuteczności profilaktyki przeciwzakrzepowej. Nawet przy prawidłowym stosowaniu leczenia u tego typu pacjentów (z unieruchomioną kończyną dolną w opatrunku gipsowym) zdarza się, że dochodzi do rozwoju żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej, z jej najcięższym powikłaniem tj. zatorowością płucną. Trudno oszacować stopień (wyrażony w %) zwiększenia ryzyka wystąpienia zakrzepicy, spowodowany zbyt krótkim okresem stosowania heparyny drobnocząsteczkowej (preparatu C.).

W przypadku, gdyby lekarz W. N. zalecił stosowanie C. przez cały okres unieruchomienia (lub do wizyty kontrolnej w POZ/ (...)), a doszłoby do

zatorowości płucnej u pacjentki - wtedy formułowanie zarzutów wobec lekarza byłoby nieuprawnione.

Dodać należy, że istnieje wiele czynników ryzyka rozwoju zakrzepicy, a uraz i (długotrwałe) unieruchomienie jest tylko jednym z nich.

W opinii uzupełniającej (...) wskazuje, iż z wyjaśnień W. N. wynika, że w dniu 9 .05.2016 r. on skierował pacjentkę na oddział Urazowo-Ortopedyczny. Jeżeli tak istotnie było, wtedy odpowiedzialność za pacjentkę przejmował lekarz dyżurny Oddziału Ortopedii, a takie postępowanie lekarza W. N. należy uznać za prawidłowe. Brak jest logiki w postępowaniu zarówno lekarza ortopedy (zalecenie unieruchomienia w opatrunku gipsowym na 2 tygodnie i wizyty kontrolnej za 4 tygodnie, brak sprecyzowania czasu stosowania heparyny drobnocząsteczkowej

(HDCz), jak i lekarza (...) wypisanie recepty na preparat C. na 10 dni, przy informacji o wizycie kontrolnej za 4 tygodnie. Konsultujący pacjentkę na (...) lekarz ortopeda nie wydał żadnych zaleceń odnośnie czasu leczenia HDCz. Lekarz (...) miał możliwość dopytać specjalistę ortopedę – wobec braku spójności czasu utrzymania opatrunku i zalecanej wizyty kontrolnej – o czas leczenia HDCz. Mimo sprzecznych informacji o czasie utrzymywania unieruchomienia gipsowego i dacie wizyty kontrolnej, lekarz (...) podjął decyzję o przepisaniu tylko 10 ampulek HDCz. W przedmiotowej sprawie to lekarz (...) powinien zapewnić ciągłość leczenia heparyną drobnocząsteczkową – w tym zakresie nie można zgodzić się z wyjaśnieniami oskarżonego, że to chora powinna zastosować się do informacji w ulotce i nie odstawiać leku tylko zgłosić się do lekarza. Lekarz (...) powinien

zweryfikować
sprzeczne
informacje co do
zaleceń wskazanych
przez ortopedę.

Sąd odwoławczy
zwraca uwagę, iż
lekarz - jako
gwarant życia i
zdrowia człowieka -
jest zobowiązany do
tego, by odwracać
niebezpieczeństwo
dla życia lub
zdrowia, a nie
tylko do tego, by
go nie zwiększać.
Gwarant ma bowiem
obowiązek wdrożyć
wszystkie te
działania, które w
warunkach
sytuacyjnych, w
jakich działa, są
według
rekomendacji
wynikających z
aktualnego stanu
wiedzy medycznej
wymagane jako
dające szansę na
wykluczenie,
ograniczenie czy
neutralizację
niebezpieczeństwa
„pierwotnego” -
a nie tylko
takie, które mogą
do tego prowadzić
w sposób pewny.
Zakres obowiązków
ciążących na
gwarancie musi być
bowiem definiowany
w odniesieniu do
tego momentu
czasowego, w
którym on działa,
w oparciu o

wtedy dostępne mu informacje o okolicznościach stanu faktycznego. W odniesieniu do tego momentu formułowane być powinny wnioski co do zakresu realizacji tychże obowiązków i niebezpieczeństw, które wynikać mogą z ich zaniechania. Odpowiedzialność lekarza gwaranta na płaszczyźnie art. 160 kk nie musi polegać tylko na popełnieniu przez niego błędu diagnostycznego czy medycznego. Mogą to być różne inne podejmowane albo zaniechane przez niego czynności, narażające człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Dla przypisania lekarzowi popełnienia przestępstwa z art. 160 KK bez znaczenia pozostaje okoliczność, że pacjenta badał inny lekarz, który dopuścił się błędu diagnostycznego lub terapeutycznego. Podmiotem czynu zabronionego z art. 160 § 2 (i § 3 kk) może być wyłącznie osoba, na której ciąży

obowiązek opieki nad osobą narażoną na niebezpieczeństwo. Sprawca, mający status tzw. gwaranta, musi mieć prawny, szczególny obowiązek zapobiegnięcia skutkowi, czyli powstaniu bezpośredniego niebezpieczeństwa dla życia lub zdrowia pokrzywdzonego” (J. Giezek (w:) Kodeks karny..., teza 5) Okolicznością kwalifikującą jest stwierdzenie, że na sprawcy ciążył obowiązek opieki nad osobą narażoną na niebezpieczeństwo (art. 160 § 2 kk). Zgodnie z wyr. SA we Wrocławiu z 25.10.2017 r. (II AKa 282/17, Legalis): „źródłem obowiązku opieki, o którym mowa w art. 160 § 2 kk może być nie tylko przepis prawa, ale także dobrowolne zobowiązanie, w wyniku którego sprawca przyjmuje na siebie obowiązek pieczy nad inną osobą, a tym samym funkcję gwaranta zapobiegnięcia skutkowi w postaci narażenia człowieka na bezpośrednie

niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Przyjęcie na siebie takiego obowiązku może mieć doraźny charakter i nie wymaga formy cywilnego kontraktu.

Konieczne jest jednak rzeczywiste objęcie funkcji gwaranta. (..)

Treścią obowiązku gwaranta jest nie tylko podjęcie działań zapobiegających wystąpieniu konkretnego niebezpieczeństwa dla dobra chronionego, ale także podjęcie działań zmierzających do obniżenia stopnia konkretnego niebezpieczeństwa dla jego dobra, które istniało w chwili aktualizacji jego obowiązku”.

Narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu może nastąpić w konfiguracji wieloosobowej, gdy sprawcy wspólnie i w porozumieniu swoim zachowaniem wywołują skutek stypizowany w art.

160 KK, jak i wówczas, gdy jedność podejmowanych zachowań narażających dobra wynika wyłącznie z tożsamości czasu i miejsca (sprawstwo równoległe), brak zaś elementów statuujących działanie w warunkach współsprawstwa.

Z taką sytuacją mamy do czynienia w przypadku W. N.. W związku ze sposobem funkcjonowania systemu (...) i odmową przyjęcia pacjentki do szpitala podjętą przez lekarza ortopedę, oskarżony był zobowiązany do wystawienia pacjentce karty informacyjnej leczenia szpitalnego, a zauważając niekompletność działań P. G., jako lekarz „zamykający” wizytę R. K. podjął się ich dopełnienia.

Na akceptację zasługują w tym zakresie wymienione wyżej wnioski Opinii Instytutu (...), dotyczące oceny działań oskarżonego w tym zakresie.
Zaopatrujący

pacjentkę na (...)
lekarz ortopeda
nie wydał żadnych
zaleceń odnośnie
leczenia HDCz.
Lekarz (...)
miał możliwość
dopytać specjalistę
ortopedę – wobec
braku spójności
czasu utrzymania
opatrunku i
zalecanej wizyty
kontrolnej – o
czas leczenia HDCz.
Mimo sprzecznych
informacji o czasie
utrzymywania
unieruchomienia
gipsowego i dacie
wizyty kontrolnej,
lekarz (...)
podjął decyzję o
przepisaniu tylko
10 ampulek HDCz.
W przedmiotowej
sprawie to lekarz
(...) mógł jeszcze
zapewnić ciągłość
leczenia heparyną
drobnocząsteczkową
na rzeczywisty czas
unieruchomienia
nogi pacjentki i
upewnić się, czy
rozumie ona
niespójne zalecenia.
Jeżeli oskarżony
miał wątpliwości,
czy stosowanie
heparyny
drobnocząsteczkowej
nie spowoduje
powikłań, powinien
zalecić pacjentce
kontrolę w POZ z
kontrolą morfologii
po kilku dniach i
przedłużenie
stosowania

heparyny drobnocząsteczkowej przez lekarza POZ		
Wniosek		
Wniosek o zmianę zaskarżonego wyroku i uniewinnienie oskarżonego od zarzucanego mu czynu.	# zasadny # częściowo zasadny # niezasadny	
Zwięźle o powodach uznania wniosku za zasadny, częściowo zasadny albo niezasadny.		
Nie można mówić o istnieniu jakiegokolwiek realnej potrzeby ponownego rozpoznania sprawy, w sytuacji możliwości wykorzystania przez sąd II instancji inicjatywy dowodowej nadanej mu przez treść art. 452 § 2 kpk. Jeśli zatem sąd okręgowy uznałby, że zachodzi potrzeba poszerzenia i weryfikacji materiału dowodowego, to samodzielnie winien ten materiał uzupełnić, a następnie dokonać jego stosownej oceny, zwłaszcza, że w sprawie niniejszej nie występowały		

ograniczenia z art. 454 kpk do wydania orzeczenia reformatoryjnego. Brak jest podstaw faktycznych i prawnych do uchylenia wyroku i przekazania sprawy do ponownego rozpoznania. Brak również podstaw prawnych do uwzględnienia wniosków w ramach podniesionych przez obrońcę zarzutów. Argumenty wywiedzione w apelacji obrońcy nie mogły doprowadzić do zmiany zaskarżonego wyroku i uniewinnienia oskarżonego, bowiem nie pozwala na to ocena kluczowych w sprawie dowodów. Obrońca oskarżonego, polemizując z dokonanymi przez sąd merytorycznymi ustaleniami, doprowadził do ich częściowej korekty, jednak nie przedstawił argumentów, które mogłyby doprowadzić do jego uniewinnienia.

3.2.

Obraza przepisów postępowania oraz błędu w ustaleniach faktycznych mające

zasadny

częściowo zasadny

wpływ na treść
orzeczenia:

niezasadny

a) art. 7 kpk
poprzez dokonanie
dowolnej, a nie
swobodnej oceny
dowodu z opinii
(...) w K. z
dnia 24.04.2018 r.
i opinii sądowo-
lekarskiej
uzupełniającej z
dnia 13.12.2018 r.
poprzez przyznanie
jej walurowi
wiarygodności,
logiczności i
profesjonalności w
sytuacji gdy z treści
przedmiotowej
opinii wynikają
sprzeczne wnioski
tj. biegli z jednej
strony sami poddają
pod wątpliwość
skuteczność
stosowania leku
C. (heparyny) w
przypadku
unieruchomienia
kończyny dolnej
wskazując, iż nawet
gdyby pacjentka
przyjmowała lek C.
(heparynę) przez
cały okres
unieruchomienia
kończyny dolnej to
mogłoby dojść do
zatorowości płucnej i
wtedy nie widzieliby
żadnego zawinienia
lek. W. N., natomiast
we wcześniejszej
treści tej samej
opinii stwierdzają,
iż nieprzepisanie
pacjentce leku na
cały okres

unieruchomienia
kończyny naraziło R.
K. na bezpośrednie
niebezpieczeństwo
utruty życia albo
ciężkiego uszczerbku
na zdrowiu, co
doprowadziło do
błędnych ustaleń
faktycznych
stanowiących
podstawę
orzeczenia, że
zachowanie
oskarżonego
naraziło pacjentkę
na bezpośrednie
niebezpieczeństwo
utruty życia albo
ciężkiego uszczerbku
na zdrowiu w
sytuacji gdy
prawidłowa ocena
przedmiotowego
dowodu winna
wskazywać, iż brak
jest jednoznacznych
dowodów
wskazujących na
skuteczność
heparyny
drobnocząsteczkowej
i nawet w sytuacji
podania jej
pacjentowi przez
cały okres
unieruchomienia
zatorowość może
u takiego pacjenta
wystąpić. Zatem
brak jakiegokolwiek
dowodu,
potwierdzającego że
na skutek
niepodatna
pacjentce heparyny
drobnocząsteczkowej
na cały okres
unieruchomienia
powstał stan,

którego
nieuchronnym
następstwem
dalszego rozwoju
sytuacji, bez
konieczności
pojawienia się
jakichś nowych
czynników
„dynamizujących”,
byłoby
niebezpieczeństwo
utruty życia albo
ciężkiego uszczerbku
na zdrowiu, gdyż
nie w każdej
sytuacji niepodania
tego leku zatorowość
występuje, a więc
do jej powstania
niezbędne są
dodatkowe
„dynamizujące”
czynniki.

b) art. 7 kpk w zw.
z art. 5 § 2 kpk
poprzez dokonanie
dowolnej, a nie
swobodnej oceny
dowodu z opinii
(...) w K. z
dnia 24.04.2018 r.
i opinii sądowo-
lekarskiej
uzupełniającej z
dnia 13.12.2018
r. oraz nie
rozstrzygnięcie na
korzyść oskarżonego
nie dających się
rozstrzygnąć
wątpliwości co do
ustalenia czy lub
w jakim stopniu
działanie polegające
na przepisaniu
heparyny
drobnocząsteczkowej
na okres 10 dni

zamiast cały okres unieruchomienia kończyny pokrzywdzonej powoduje pogorszenie stanu w jakim znajdowała się pokrzywdzona, gdyż jak wskazali biegli w pkt 7 opinii (karta 138) z uwagi na brak pełnej skuteczności profilaktyki przeciwzakrzepowej biegli nie byli w stanie ustalić w jakim procencie jakiegokolwiek ryzyko zostało zwiększone, a więc nie da się jednoznacznie ustalić czy ryzyko zostało zwiększona w jakimkolwiek stopniu, zatem Sąd winien powyższą okoliczność rozstrzygnąć na korzyść oskarżonego i ustalić, iż działanie oskarżonego w żadnym procencie nie spowodowało pogorszenia sytuacji zdrowotnej pokrzywdzonej,

c) art. 7 kpk w zw. z art. 193 kpk poprzez dokonanie dowolnej, a nie swobodnej oceny dowodu z opinii Prof. dr hab. n. med. K. K. (1) poprzez uznanie jej za niewiarygodną w całości z powodu, iż według Sądu opinia była sprzeczna z

przeprowadzonym w sprawie postępowaniem dowodowym w sytuacji gdy Sąd nie posiada wiedzy specjalistycznej w zakresie medycyny, natomiast biegli sądowi wbrew wnioskowi obrony nie wypowiedzieli się na temat twierdzeń podnoszonych przez Prof. dr hab. n. med. K. K. (1) w sytuacji gdy treść opinii w zakresie w jakim biegły wskazuje, iż wytyczne wynikające z Z. (...) Żylnej Choroby Z.-Z. w (...) z roku 2014 nie stanowią źródła obowiązku, a są jedynie zaleceniem dla lekarza, który to ostatecznie sam podejmuje decyzje o zastosowaniu terapii heparyną drobnocząsteczkową, co jest zbieżne z pominiętą przez Sąd treścią opinii prof. n. med. M. S. (1) oraz w zakresie w jakim Prof. dr hab. n. med. K. K. (1) wskazuje na brak pewności co do skuteczności leczenia heparyną drobnocząsteczkową opinia znajduje potwierdzenie w treści opinii prof. n. med. M. S. (1) oraz opinii (...) w K.,

d) art. 193 kpk w zw. z art. 201 kpk poprzez nieprzeprowadzenie dowodu z uzupełniającej opinii biegłych (...) w K., zawnioskowanej w piśmie z dnia 24.11.2020 r., pomimo, potrzeby wyjaśnienia okoliczności wymagających wiedzy specjalistycznej oraz faktu, że treść opinii z dnia 24.04.2018 r. i opinii sądowno-lekarskiej uzupełniającej z dnia 13.12.2018 r. jest wewnątrznie sprzeczna oraz sprzeczna z treścią innych dowodów przeprowadzonych w niniejszej sprawie, w szczególności z dokumentem w postaci opinii prof. dr hab. n. med. K. K. (1) w zakresie rozbieżności co do bezwzględnego obowiązku zastosowania przez lekarza leczenia heparyną drobnocząsteczkową na cały okres unieruchomienia kończyny u pacjenta oraz skuteczności takiego leczenia, co doprowadziło do błędnych ustaleń faktycznych stanowiących

podstawę
orzeczenia, iż na
oskarżonym
spoczywał
bezwzględny
obowiązek
zastosowania
leczenia heparyny
drobnocząsteczkowej
przez cały okres
unieruchomienia
kończyny R. K.,
w sytuacji gdy
stosowanie
heparyny
drobnocząsteczkowej
zgodnie z treścią Z.
(...) Żylnej Choroby
Z.-Z. w (...) jest
jedynie zalecane, a
ostateczna decyzja
o jej zastosowaniu
należy do lekarza,
jak również istnieją
naukowe
wątpliwości co do
skuteczności
leczenia heparyną
drobnocząsteczkową,
a zatem brak
jest podstaw do
formułowania w
stosunku do
oskarżonego
zarzutów,

e) art. 193 kpk
w zw. z art.
201 kpk poprzez
nieprzeprowadzenie
dowodu z
uzupełniającej opinii
biegłych (...) w
K., zawnioskowanej
w piśmie z
dnia 24.11.2020 r.,
pomimo, potrzeby
wyjaśnienia
okoliczności
wymagających

wiedzy specjalistycznej w sytuacji gdy znajdując się w aktach sprawy opinia (...) w K. z dnia 24.04.2018 r. i opinia sądowno-lekarska uzupełniająca z dnia 13.12.2018 r. oparta została jedynie tą częścią materiału dowodowego, która zgromadzona została w trakcie postępowania przygotowawczego, w sytuacji gdy w trakcie postępowania przed Sądem I instancji zgromadzono obszerny i nowy, nieznanymi biegłym materiał dowodowy w szczególności w postaci Księgi Postępowania Medycznego w Szpitalu (...) w R. z 2014 r., nowych zeznań świadka P. G., zeznań świadka B. P., dokumentów zgromadzonych podczas postępowania przed Okręgowym Sądem Lekarskim w Ł. czy obszernych wyjaśnień oskarżonego złożonych przed Sądem, co doprowadziło do błędnych ustaleń faktycznych stanowiących podstawę orzeczenia

polegających na
uznaniu, iż
obowiązkiem
lekarza (...)
było przepisanie
pacjentce heparyny
drobnocząsteczkowej
na cały okres
unieruchomienia w
sytuacji gdy ze
zgromadzonego
materiału
dowodowego
wynika, iż lekarzem
odpowiedzialnym za
prawidłowe
zaopatrzenie
pacjentki był lekarz
dyżurny O.
Ortopedycznego,
który podjął decyzję
o nieprzyjęciu
skierowanej
pacjentki na oddział
oraz rozpoczął jej
leczenie.

f) art. 410 kpk
poprzez pominięcie
istotnych
okoliczności
mających znaczenie
dla rozstrzygnięcia
sprawy, tj.
potraktowanie
dowodu w sposób
wybiórczy i
pominięcie
twierdzeń
korzystnych dla
oskarżonego, a więc
tej części opinii prof.
n. med. M. S. (1)
z której wynika,
iż wytyczne do
stosowania
heparyny
drobnocząsteczkowej
wskazywane przez
autorytety z

dziedziny ortopedii,
nie są dokumentem
obligującym do
wdrażania
profilaktyki
heparyną
drobnocząsteczkową,
lecz jedynie
zaleceniami,
wskazówkami dla
lekarzy i mogą być
one przestrzegane
w zależności od
oceny lekarza, jak
również brak jest
jednoznacznych
dowodów na
skuteczność
profilaktyki
heparyną
drobnocząsteczkową,
co doprowadziło do
błędnych ustaleń
faktycznych, że
stosowanie
heparyny
drobnocząsteczkowej
przez cały okres
unieruchomienia
kończyny u
pokrzywdzonej było
bezwzględny
obowiązkiem
lekarza, gdy biegły
w pominiętej części
opinii w sposób
jednoznaczny
stwierdza, że nie
istnieje żaden nakaz
stosowania
heparyny
drobnocząsteczkowej
u każdego pacjenta
z unieruchomieniem
kończyny dolnej, a
ostateczna decyzja
o wdrożeniu terapii
jest indywidualną
decyzją lekarza w
konkretnej sprawie,

jak również brak jest jednoznacznych dowodów, że terapia heparyną jest skuteczna w każdym przypadku.

g) art. 410 kpk poprzez dokonanie ustaleń faktycznych co do istnienia oraz treści dokumentu w postaci Z. (...) Żylnej Choroby Z.-Z. w (...) oraz rzekomych obowiązków wynikających z treści dokumentu pomimo, że w aktach sprawy taki dokument się nie znajduje, jak również Sąd nie wskazał przedmiotowego dokumentu w ramach dowodów będących podstawą ustaleń faktów, natomiast Sąd powołuje się na jego treść w zarzucie stawianym oskarżonemu oraz w uzasadnieniu wyroku, w sytuacji gdy oskarżony konsekwentnie od początku postępowania kwestionował fakt istnienia obowiązku wynikającego z dokumentu, wskazując jedynie na zalecenia,

h) błąd w ustaleniach faktycznych

	<p>przyjętych za podstawę wyroku polegający na ustaleniu przez Sąd że śmierć pokrzywdzonej w jakikolwiek sposób związana jest z działaniem oskarżonego, w sytuacji gdy taki wniosek nie wynika z żadnego z przeprowadzonych dowodów, nie została przeprowadzona sekcja zwłok pokrzywdzonej, a więc nie ma żadnego dowodu wskazującego na przyczynę zgonu R. K., natomiast dowolne domysły Sądu co do przyczyn powstania u pokrzywdzonej zakrzepicy żyłnej nie mogą zastąpić przeprowadzonego postępowania dowodowego oraz stanowić podstawy jakichkolwiek decyzji podejmowanych w niniejszej sprawie.</p>		
<p>Zwięźle o powodach uznania zarzutu za zasadny, częściowo zasadny albo niezasadny</p>			
<p>Lekarz - jako gwarant życia i zdrowia człowieka - jest zobowiązany do</p>			

tego, by odwracać niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia, a nie tylko do tego, by go nie zwiększać. Odpowiedzialność lekarza gwaranta na płaszczyźnie art. 160 KK nie musi polegać tylko na popełnieniu przez niego błędu diagnostycznego czy medycznego. Mogą to być różne inne podejmowane albo zaniechane przez niego czynności, narażające człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Narażenie człowieka na niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu powinno być bezpośrednie, co oznacza, że w sytuacji przez sprawcę już stworzonej, a więc bez dalszych działań z jego strony, istnieje duże prawdopodobieństwo nastąpienia w najbliższym czasie wymienionych w przepisie skutków. Sąd Najwyższy tłumaczył znamię „bezpośrednie” jako „nieuniknione lub co najmniej wysoce prawdopodobne w

dającej się przewidzieć przyszłości, ale niekoniecznie natychmiastowe. W przypadku czasowej rozbieżności pomiędzy działaniem a skutkiem powinien zostać wykazany automatyzm dowodzący co najmniej wysokiego prawdopodobieństwa jego zaistnienia” (wyr. z 29.5.2012 r., III KK 87/12, Legalis; zob. także: post. SN z 26.1.2016 r., V KK 342/15, Legalis; wyr. SN z 15.11.2017 r., IV KK 293/17, Legalis). Bezpośredniość wiązać należy „nie tyle z bliskością czasową skutku mogącego nastąpić w związku z rozwojem sytuacji, ile ze stanem, gdy nieuchronnym następstwem dalszego rozwoju sytuacji, bez konieczności pojawienia się jakichś nowych czynników „dynamizujących”, jest niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia”. Trafny jest pogląd, iż bezpośredniość niebezpieczeństwa należy wiązać nie tyle z bliskością

czasową skutku
mogącego nastąpić
w związku z
rozwojem sytuacji,
co z „bliskością
przyczynową”. Stan
bezpośredniego
niebezpieczeństwa
dla życia lub
zdrowia człowieka
nie musi powstać już
z chwilą działania
lub zaniechania
sprawcy.

Stan
niebezpieczeństwa w
tym przypadku
pogłębiał się po
zaprzestaniu
stosowania przez
pacjentkę HDCz.
Oskarżony przepisał
ją R. K. tylko na 10
dni, ale nie ustalił
z pacjentką dalszej
terapii, prowadzącej
do zażywania
heparyny
drobnocząsteczkowej
przez cały okres
unieruchomienia
kończyny. Uzgodnił
z ortopedą datę
wizyty kontrolnej,
po określonym przez
ortopedę terminie
zdejścia gipsu. Takie
zalecenia nie były
logiczne, na co
zwracali uwagę
wszyscy biegli.
Pomimo tego, nie
ustalił z pacjentką
etapów dalszej
profilaktyki, z której
ona kojarzyła, że ma
brać zastrzyki przez
dziesięć dni, a po

miesiącu udać się na wizytę kontrolną.

Stan

niebezpieczeństwa może także wystąpić jako skutek przyszły takiego zachowania.

Bezpośrednie

niebezpieczeństwo zatem to taki stan rzeczy, w którym przy założeniu normalnego przebiegu

przyczynowości,

człowiekowi realnie zagraża nastąpienie jednego ze skutków ujętych w art. 160 kk, a więc, że zrealizują się one w ramach następnego ogniwa przebiegu przyczynowego.

Brak podawania HDCz do czasu uruchomienia

pompy mięśniowej po zdjęciu gipsu wpływał na

powstanie realnego ryzyka powstania

choroby zakrzpowo-zatorowej, co zresztą u pokrzywdzonej się

stało, jednak nie ustalono w oparciu o jakie czynniki.

W tym zakresie zastosowano do oskarżonego w

sposób zasadny art., 5 § 2 kk, nie obejmując tego skutku zarzutem.

Realizacja

znamienia narażenia na bezpośrednie

niebezpieczeństwo w warunkach art. 160 § 2 może polegać zarówno na: 1) wywołaniu takiego stanu, 2) jego zwiększeniu, 3) lub na jego utrzymaniu, mimo istnienia powinności jego neutralizacji czy choćby zmniejszenia (w przypadku zaniechania).

Rzecz w tym, iż R. K. została pozostawiona przez lekarzy wobec niespójnych zaleceń co do dalszego leczenia, które mógł ostatecznie sprecyzować oskarżony lub upewnić się, że pacjentka we właściwy sposób je zrozumiała. Instytut (...) wskazał, iż zgodnie z Z. (...) Żylnej Choroby Z.-Z. W (...) (Aktualizacja Z Dnia 18.02.2014) pkt. D9.3 „w przypadku izolowanych uszkodzeń urazowych kończyn dolnych wymagających unieruchomienia kończyny w opatrunku gipsowym lub w ortezie zaleca się stosowanie profilaktyki farmakologicznej z wykorzystaniem

drobnocząsteczkowych pochodnych heparyny lub fondaparynuksu w dawkach rekomendowanych przez producenta przez cały okres unieruchomienia i dalej do chwili powrotu funkcji pompy mięśniowej w obrębie podudzia". W dniu 09.05.2016 r. lekarz przyjmujący R. K. na (...) szpitala w R. zalecił przyjmowanie heparyny drobnocząsteczkowej - preparatu C. - przez 10 dni. Zalecił także wizytę kontrolną w (...) w dniu 02.06.2016 r., której data nie pokrywała się z odnotowanym w dokumentacji medycznej terminem zdjęcia gipsu.

W ocenie Sądu odwoławczego sygnalizowanie przez oskarżonego pacjentce wizyty kontrolnej w dniu 02. 06. 2016 roku - bez różnicowania - z terminem zdjęcia gipsu, mogło pacjentce sugerować, iż należy zgłosić się do lekarza tylko w tym późniejszym terminie. Stawienie się R. K. dopiero

na wizytę kontrolną, w zastawieniu z zeznaniami jej bliskich potwierdza tą tezę.

Z relacji W. N. i P. G. wynika jednoznacznie, iż przyjmując R. K. uznawali za konieczne zastosowanie wobec niej profilaktyki heparyną drobnocząsteczkową.

Oskarżony wyjaśnił, iż wydał jeszcze pacjentce kartę informacyjną leczenia szpitalnego, zaświadczenie lekarskie od 9 .05. do 2. 06.2016 r. oraz receptę na 10 ampulek preparatu C. po 40 miligramów (jako profilaktykę, ponieważ po założeniu gipsu kończyna jest unieruchomiona i pacjent nie może poruszać się swobodnie jak zdrowa osoba). Taki rodzaj profilaktyki zastosował w oparciu o skale C., która określa ryzyka żyłnej choroby zakrzepowozatorowej. Jeśli chodzi o ilość ampulek, to kierowała nim zasada, że lek może szkodzić choremu. Heparyna

drobnocząsteczkowa nie jest lekiem obojętnym dla organizmu i w pewnych sytuacjach może prowadzić do powikłań zagrażających życiu i zdrowiu człowieka, czyli może dawać uczulenia i skazę małopłytkową. Nie kwestionował potrzeby dalszego stosowania tego leku, ale już w oparciu o inicjatywę pacjentki po lekturze ulotki leku. Podnoszenie przez oskarżonego przed Sądem odwoławczym, że w istocie nie było przesłanek do stosowania wobec R. K. heparyny drobnocząsteczkowej z uwagi na rodzaj unieruchomienia jej nogi ma charakter obronny.

Z zeznań P. G. wynika, iż o przepisaniu leków pacjentce nie rozmawiał z W. N.. Nie przyszło mu do głowy instruować lekarza co do leków, zaleceń dotyczących dalszego postępowania, ponieważ przyjął, że lekarz który pracuje na Izbie Przyjęć jest doświadczonym chirurgiem i mówienie o tym nie

ma sensu, Chodziło tu o zastosowanie profilaktyki przeciwobrzękowej i przeciwzakrzepowej. Takiej pacjentce podaje się leki przeciwbólowe, przeciwzakrzepowe i przeciwobrzękowe. On wypisałby takiej pacjentce leki przeciwbólowe, przeciwzakrzepowe i przeciwobrzękowe, zaleciłby chodzenie o kulach i częściowe obciążenie tej nogi. Leki przeciwzakrzepowe podaje wszystkim na czas unieruchomienia kończyny. Leki przeciwzakrzepowe stosują (lekarze ortopedzi) standardowo i nie dyskutują, czy brać, czy nie brać. On z reguły wypisuje leki przeciwzakrzepowe na dłużej, niż unieruchomienie kończyny, bo nigdy nie ma pewności, kiedy pacjent trafi do poradni i będzie miał możliwość uzyskania kolejnych leków.

Terapia ta była uznawana przez obu lekarzy w momencie przyjmowania pacjentki za zgodną z ich wiedzą medyczną i konieczną.

Oskarżony, który ponownie przejął szczególny obowiązek opieki nad pokrzywdzoną - R. K. naraził ją na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. W. N. był lekarzem pełniącym dyżur w szpitalnej izbie przyjęć, gdzie R. K. została przewieziona po upadku, w wyniku którego doznała urazu kończyny lewej. Po zaopatrzeniu pacjentki przez P. G. przejął wobec niej obowiązki gwarant. Podstawową powinnością prawną gwaranta jest, nawiązując do treści art. 9 § 2 k.k., zachowanie „ostrożności wymaganej w danych okolicznościach”. Obowiązek lekarza - jako gwaranta obejmuje przeprowadzenie czynności diagnostycznych, pozwalających na ustalenie, czy występują zagrożenia dla życia lub zdrowia pacjenta oraz podjęcie stosownych czynności terapeutycznych,

zmniejszających
owo zagrożenie, o ile
obiektywnie jest to
możliwe. Oskarżony
nie upewnił się, czy
pacjentka rozumie
zalecenia co do
dalszego sposobu
leczenia oraz zlecił
pacjentce
przyjmowanie
heparyny
drobnocząsteczkowej
tylko przez okres
10 dni, a nie
przez cały okres
unieruchomienia
kończyny. Tym
samym nie
zastosował się do Z.
(...) Żylnej Choroby
Z.-Z. w (...). W
toku postępowania
sądowego W. N.
tłumaczył ten fakt
ewentualnymi
skutkami
ubocznymi, jakie
niesie za sobą
przyjmowanie leków
przeciwzakrzepowych.
Nie sposób jednak
nie dostrzec
niekonsekwencji w
jego działaniu,
bowiem skoro
obawiał się skutków
ubocznych
przepisywanego leku
winien
przeprowadzić
wyczerpujący
wywiad u pacjentki
pod kątem
ewentualnych
przeciwwskazań
medycznych do
stosowania
heparyny
drobnocząsteczkowej,

czego nie uczynił. Skoro zaś widział mimo to ryzyko wystąpienia skutków ubocznych przyjmowania leku C., to powinien zlecić badanie kontrolne w POZ po kilku dniach stosowania w celu ustalenia, czy może ona nadal ten lek przyjmować bez szkody dla zdrowia i ewentualnego przedłużenia jego stosowania przez lekarza rodzinnego. Nadto oskarżony nie wyjaśnił z ortopedą, który konsultował przypadek - P. G., dlaczego zlecił założenie opatrunku gipsowego na okres 2 tygodni, skoro wizyta kontrolna w (...) odbyć się miała dopiero w dniu 2 czerwca 2016 roku, a więc niemal miesiąc od założenia gipsu. (...) oskarżonego w zakresie ciążących na nim obowiązków gwaranta doprowadziło do tego, że przeniósł on pacjentkę w stan bardziej niebezpieczny od tego, w którym się wyjściowo znajdowała - poprzez zwiększenie ryzyka wystąpienia zakrzepu i zatorowości płucnej,

będącej stanem zagrożenia dla życia.

W tym zakresie Sąd odwoławczy uwzględnił jako zasadniczy materiał dowody opinii Instytutu (...), jako logiczną, kompleksową, udzielającą fachowych odpowiedzi na postawione pytania. Opinia ta nie wymagała uzupełnienia z uwagi na korektę stanu faktycznego; przedstawioną w niej ocenę zachowania się oskarżonego sąd zweryfikował w oparciu o nowe okoliczności, co nie wymagało wiedzy specjalistycznej; w ocenie sądu odwoławczego opinia ta nie była wewnętrznie sprzeczna i nie zachodziły przesłanki z art. 201 kpk.

Okoliczność, iż korekcie uległy ustalenia faktyczne w drugiej instancji, nie wpłynęło to zasadniczo na ocenę postępowania oskarżonego w ramach inkryminowanego mu czynu.

Opinie biegłych,
opiniujących do
postępowania
dyscyplinarnego
wskazują, iż:

- ostateczne decyzje
co do sposobu
postępowania
podejmuje lekarz
prowadzący.

Unieruchomienie
gipsowe jest na
pewno ważnym
czynnikiem
podnoszącym ryzyko
zatorowości płucnej,
ale nie jest to
czynnik
rozstrzygający.

Stosowanie heparyn
niskocząsteczkowych
nie gwarantuje
uniknięcia tego
powikłania. Nie
można więc wykazać
w sposób
jednoznaczny i nie
budzący wątpliwości
powiązania
przyczynowo-
skutkowego
pomiędzy
niepodaniem
heparyny
niskocząsteczkowej
przez cały czas
unieruchomienia
kończyny dolnej
a zatorem tętnicy
płucnej. Chory
powinien otrzymać
jasne i zrozumiałe
zalecenia od lekarza
leczącego, w tym
przypadku od
lekarza ortopedy (K.
K. (2));

- lekarz specjalista ortopedii powinien ustalić zakres profilaktyki przeciwzakrzepowej, biorąc pod uwagę rodzaj urazu, sposób jego leczenia i czas unieruchomienia, ryzyko niezastosowania profilaktyki i ryzyko jej zastosowania; w dokonanej konsultacji pomijają oni konieczność zastosowania farmakologicznej profilaktyki wystąpienia choroby zakrzepowo-zatorowej. W opinii biegłego - mogła wystąpić taka sytuacja medyczna, w której lekarz biorąc pod uwagę zagrożenia i korzyści stosowania, nie zaleca stosowania profilaktyki.

Konsensus z 2017 roku zawiera tabelę z której wynika, że unieruchomieniu gipsowemu przypisuje się „małe ryzyko” wystąpienia choroby zakrzepowo-zatorowej i chorzy w tej grupie nie wymagają stosowania profilaktyki przeciwzakrzepowej. Jednak dodatkowo za wiek pacjentka R. K. powinna być

oceniona o 1 punkt więcej, co oznacza już „umiarkowane ryzyko” wystąpienia u niej choroby zakrzepowo-zatorowej.

Konsensus z 2017 roku rekomenduje stosowanie profilaktyki przeciwzakrzepowej tylko u chorych z umiarkowanym i dużym ryzykiem wystąpienia powikłań zakrzepowo-zatorowych. Zaleca się stosowanie profilaktycznych dawek HDCz przez czas trwania uruchomienia i 5-7 dni po nim.

W Wytycznych dla Ortopedów z 2012 roku zaleca się stosowanie heparyny drobnocząstkowej w przypadku izolowanych uszkodzeń urazowych kończyn dolnych wymagających unieruchomienia kończyny w opatrunku gipsowym lub w ortezie przez cały czas unieruchomienia i dalej do chwili powrotu funkcji pompy mięśniowej w obrębie podudzia.

Według Wytycznych dla Ortopedów w

przypadku schorzenia R. K. ryzyko wystąpienia zakrzepicy żył głębokich kończyn dolnych należy ocenić jako „umiarkowane”. W przypadku unieruchomienia kończyny w opatrunku gipsowym, czy ortezie uniemożliwiającej ruchy stosowanie profilaktyki przeciwzakrzepowej jest u niektórych pacjentów korzystne i dlatego warto ją stosować w zależności od oceny ryzyka wystąpienia zakrzepicy i ryzyka powikłań po stosowaniu leku przeciwzakrzepowego.

Istnieje wystarczająco wiele przesłanek, aby stosować leki przeciwzakrzepowe, lub inne sposoby profilaktyki.

Przesłanki te wskazują na zmniejszenie powikłań w postaci występowania choroby zakrzepowo-zatorowej i jej najgorszego oblicza jakim jest zator tętnicy płucnej u chorych z unieruchomieniem.

Przesłanki do stosowania leków

przeciwzakrzepowych
wynikają ze
stanowiska
ekspertów, co
znajduje
odzwierciedlenie w
różnego rodzaju
wytycznych. Do
lekarza należy
zbilansowanie tych
korzyści. W
przypadku pacjenta
skierowanego do
Oddziału
Ortopedycznego
lekarz dyżurny tego
oddziału po
dokonaniu oceny
chorego i odmowy
jego przyjęcia
powinien ustalić
zasady dalszego
postępowania, w
tym zastosowanie
profilaktyki
przeciwzakrzepowej
lub rezygnację z tej
profilaktyki wraz z
uzasadnieniem (M.
S. (2));

- obaj lekarze
podnieśli, iż
heparyny
drobnocząsteczkowe
nie posiadają
rejestracji do
wskazań z jakich w
w/w przypadkach są
stosowane.
Stosowanie tych
leków ma charakter
„off-label”.

Ma rację obrońca,
iż wytyczne są
zaleceniami; mimo
braku obowiązku
prawnego należy je
jednak stosować w

przewidzianych w nich przypadkach, gdyż wynika to ze wskazań wiedzy medycznej, badań, ukształtowanych procedur medycznych, oczywiście w ramach rozpoznania indywidualnego przypadku na podstawie decyzji lekarza. Na konieczność stosowania HDCz w stosunku do R. K. wskazują w szczególności opinie: (...), M. S. (2), wytyczne i zalecenia.

P. G. i W. N. co do sposobu postępowania z pokrzywdzoną i dalszego jej leczenia nie mieli wątpliwości, iż należy z uwagi na charakter unieruchomienia kończyny zastosować wobec niej dalsze leczenie heparyną drobnocząsteczkową, co wynikała z ich wiedzy medycznej i praktyki (z tym, że P. G. był przekonany, iż bez jego sugestii taką terapię z pewnością zastosuje wobec pacjentki oskarżony). Nie można zaakceptować tez K. K. (1), iż stosowanie

heparyny
drobnocząsteczkowej
jest nieefektywne w
prewencji
objawowej żyłnej
choroby
zakrzepowo-
zatorowej, Przeczą
temu opinie (...) i M.
S. (2), które zwracają
uwagę tylko na brak
pełnej skuteczności
profilaktyki
przeciwzakrzepowej
ale doceniają
pozytywne skutki
leczenia
przecizakrzepowego,
zalecenia i wytyczne
lekarskie, Z opinii
(...) i M. S.
(2) wynika, iż
R. K. powinna
być poddana terapii
HDCz do czasu
uruchomienia
pompy mięśniowej.
P. G. i W.
N. nie stwierdzili
przeciwskażeń do
takiej terapii. Mimo
to W. N. zalecił jej
stosowanie
pacjentce jedynie
przez 10 dni, co
odbiega od istoty
dawkowania tego
leku w omawianym
przypadku. Uznając
przesłanki do
zastosowania HDCz,
oskarżony powinien
określić okres tej
terapii - do
czasu uwolnienia
kończyny pacjentki i
pełnego
uruchomienia
pompy mięśniowej.
Obawiając się

powikłań, mógł zlecić pacjentce kontrole w POZ. W konsekwencji W. N. takim postępowaniem przeniósł pacjentkę w stan bardziej niebezpieczny od tego, w jaki się wyjściowo znajdowała – poprzez zwiększenie ryzyka wystąpienia zatorowości płucnej, będącej stanem realnego zagrożenia dla życia. Nie wykazano w toku postępowania w sposób jednoznaczny i nie budzący wątpliwości powiązania przyczynowo-skutkowego pomiędzy niepodaniem heparyny cząsteczkowej przez cały okres unieruchomienia kończyny dolnej a zatorem płucnym i śmiercią pacjentki. Dlatego zarzucony oskarżonemu czyn mówi o „nieumyślnym narażeniu pokrzywdzonej na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu”, a nie spowodowania takiego skutku. Dlatego wartościowanie

przedmiotowego
czynu z punktu
widzenia późniejszej
śmierci R. K. jest
nieuzasadnione i
sprzeczne z jego
znamionami.

Obowiązkiem
gwaranta jest zatem
nie tylko podjęcie
działań
zapobiegających
wystąpieniu
konkretnego
niebezpieczeństwa
dla dobra
chronionego, ale
także podjęcie
wszelkich działań
zmierzających do
obniżenia stopnia
konkretnego
niebezpieczeństwa
dla dobra
istniejącego już w
chwili aktualizacji
obowiązku
działania. Tak
rozległy zakres
możliwości
wyczerpania
znamion tego
przestępstwa przez
gwaranta wynika z
samej treści jego
prawnego,
szczególnego
obowiązku wobec
dobra, którego
realizacja polega
nie tylko na
zapobieżeniu
pojawieniu się
konkretnego
niebezpieczeństwa
dla tego dobra, ale
także na podjęciu
wszelkich działań
zmierzających do

obniżenia stopnia tego niebezpieczeństwa istniejącego już w chwili aktualizacji obowiązku.

Należy zatem stwierdzić, iż do przypisania statuującego realizację znamion art. 160 § 2 kk w formie działania, aktywność gwaranta musi wywołać lub co najmniej zwiększyć bezpośrednio niebezpieczeństwo, natomiast dla przypisania tego skutku zaniechaniu gwaranta, niezbędne jest stwierdzenie, że bezpośrednio niebezpieczeństwo co najmniej nie zostało zmniejszone, a więc utrzymane, z czego wynika, że może być także w ten sposób wywołane lub zwiększone. Błąd terapeutyczny ma miejsce, gdy lekarz wybierze metodę leczenia nieadekwatną do choroby, na którą cierpi pacjent, bądź w sytuacji, gdy zastosowana metoda leczenia okaże się błędna lub gdy wybrana metoda leczenia jest błędnie stosowana z winy lekarza. W przypadku tego rodzaju błędu lekarz

podejmuje działanie niezgodne z wiedzą i praktyką medyczną. W przypadku przestępstw nieumyślnych, gdy brak jest co do zasady szczególnej, podmiotowej komponenty negatywnej moralnej oceny czynu w postaci nagannego zamiaru, dla przyjęcia karygodnego charakteru przyczynienia się do powstania skutku konieczne jest ustalenie, że sprawca - niezależnie od innych warunków obiektywnego przypisania skutku - zachowaniem swoim w sposób znaczący zwiększył ryzyko wystąpienia skutku stanowiącego znamię typu czynu zabronionego, co najczęściej będzie można wnioskować z faktu istotnego naruszenia reguł ostrożnego postępowania z dobrem prawnym w danych warunkach (postanowienie Sądu Najwyższego - Izba Karna z dnia 20 września 2017 r. III KK 28/17, Legalis). Brak aktywności wymaganej od gwaranta nienastąpienia

skutku doprowadza do tego, że nie zostaje zmniejszony stan istniejącego niebezpieczeństwa dla dobra, który gwarant zobowiązany jest, ze względu na swoją szczególną prawną pozycję w stosunku do chronionego dobra, zmniejszyć.

Dla przyjęcia, iż sprawca dokonał przestępstwa określonego w art. 160 § 3 kk konieczne jest ustalenie wystąpienia skutku w postaci bezpośredniego niebezpieczeństwa utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

Skutek zarzucony w niniejszej sprawie charakteryzował się jednak realnym stopniem prawdopodobieństwa spełnienia, a pokrzywdzona narażona była na niebezpieczeństwo w wyniku niezachowania wymaganej w danych okolicznościach ostrożności w sytuacji, w której sprawca narażenie człowieka obiektywnie biorąc, mógł przewidzieć. Oczywiście nie

można dokładnie ustalić stopnia tego niebezpieczeństwa, ale było ono istotne biorąc pod uwagę opinię (...), M. S. (2), czy też zalecenia terapeutyczne P. G. i W. N.. Unieruchomienie kończyny na całej długości upośledzało jednak działanie pompy mięśniowej i czyniło korzystnym dla pacjentki wprowadzenie profilaktyki farmakologicznej antyzakrzepowej przez ten okres. Dlatego nie można tu zastosować art. 5 § 2 kpk. HDCz nie w każdym przypadku eliminuje niebezpieczeństwo choroby zakrzepowo-zatorowej, ale oskarżonemu nie zarzucono doprowadzenia do takiego skutku, lecz jedynie do niebezpieczeństwa jego powstania. Nie ma tu sprzeczności w opinii (...).

Do obowiązków lekarzy oraz personelu medycznego należy podjęcie takiego sposobu postępowania (leczenia), które gwarantować powinno, przy

zachowaniu aktualnego stanu wiedzy i zasad staranności, przewidywalny efekt w postaci wyleczenia, a przede wszystkim nie narażenie pacjentów na pogorszenie stanu zdrowia. Skutkiem należącym do znamion strony przedmiotowej występku z art. 160 § 2 i 3 kk jest nie tylko wywołanie takiej sytuacji, w której pacjent znajduje się, nie będąc uprzednio, w położeniu grożącym mu bezpośrednim niebezpieczeństwem dla życia lub zdrowia, ale również na utrzymaniu (nie odwróceniu, nie zmniejszeniu) istniejącego już poziomu tego niebezpieczeństwa w czasie, kiedy urzeczywistnił się obowiązek działania lekarza-gwaranta.

Co więcej, przestępstwo jest dokonane z chwilą narażenia na niebezpieczeństwo, chociażby osoba narażona nie doznała żadnej krzywdy.

Wniosek

<p>Wniosek o zmianę zaskarżonego wyroku i uniewinnienie oskarżonego od zarzucanego mu czynu.</p>	<p># zasadny # częściowo zasadny # niezasadny</p>	
<p>Zwięźle o powodach uznania wniosku za zasadny, częściowo zasadny albo niezasadny.</p>		
<p>Nie można mówić o istnieniu jakiegokolwiek realnej potrzeby ponownego rozpoznania sprawy, w sytuacji możliwości wykorzystania przez sąd II instancji inicjatywy dowodowej nadanej mu przez treść art. 452 § 2 kpk. Jeśli zatem sąd okręgowy uznałby, że zachodzi potrzeba poszerzenia i weryfikacji materiału dowodowego, to samodzielnie winien ten materiał uzupełnić, a następnie dokonać jego stosownej oceny, zwłaszcza, że w sprawie niniejszej nie występowały</p>		

ograniczenia z art. 454 kpk do wydania orzeczenia reformatoryjnego. Brak jest podstaw faktycznych i prawnych do uchylenia wyroku i przekazania sprawy do ponownego rozpoznania. Brak podstaw prawnych do uwzględnienia wniosków w ramach podniesionych przez obrońcę zarzutów. Argumenty wywiedzione w apelacji obrońcy nie mogły doprowadzić do zmiany zaskarżonego wyroku i uniewinnienia oskarżonego, bowiem nie pozwala na to ocena kluczowych w sprawie dowodów. Obrońca oskarżonego, polemizując z dokonanymi przez sąd merytorycznymi ustaleniami, doprowadził do ich częściowej korekty, jednak nie przedstawił argumentów, które mogłyby doprowadzić do

jego uniewinnienia.		
4. OKOLICZNOŚCI PODLEGAJĄCE UWZGLĘDNIENIU Z URZĘDU		
4.1.		
Zwięźle o powodach uwzględnienia okoliczności		
5. ROZSTRZYGNIECIE SĄDU ODWOŁAWCZEGO		
1.7. Utrzymanie w mocy wyroku sądu pierwszej instancji		
5.1.1.	Przedmiot utrzymania w mocy	
Sprawstwo		
Zwięźle o powodach utrzymania w mocy		
Brak jest podstaw faktycznych i prawnych, aby zakwestionować sprawstwo oskarżonego w ramach przypisanego mu czynu.		

5.1.2.	Przedmiot utrzymania w mocy	
Zwrot kosztów zastępstwa procesowego na rzecz oskarżycieli procesowych.		
Zwięźle o powodach utrzymania w mocy		
Wyrok nie podlegał w tym zakresie korekcie.		
5.1.3.	Przedmiot utrzymania w mocy	
Wydatki zasądzone od oskarżonego na rzecz Skarbu Państwa		
Zwięźle o powodach utrzymania w mocy		
Wyrok nie podlegał w tym zakresie korekcie.		
1.8. Zmiana wyroku sądu pierwszej instancji		
5.2.1.	Przedmiot i zakres zmiany	
W miejsce orzeczonej grzywny, na podstawie art. 66 § 1 kk, art. 67 § 1 kk postępowanie karne		

<p>zostało warunkowo umorzone wobec W. N. na okres próby jednego roku.</p>	
<p>Zwięźle o powodach zmiany</p>	
<p>Okoliczności popełnienia przedmiotowego czynu nie budzą wątpliwości.</p> <p>W. N. nie był uprzednio karany. Fakt ten ma większe znaczenie wobec osoby dojrzałej i świadczy, iż w/w przez kilkadziesiąt lat dorosłego życia przestrzegał porządku prawnego.</p> <p>Oskarżony ma stałe miejsce zamieszkania, pracuje. Z tych danych osobopoznawczych wynika jednoznacznie, iż prowadzi on ustabilizowane życie, co wskazuje, że czyn ten był incydentem w jego dotychczasowym zachowaniu, a w szczególności w jego drodze zawodowej.</p> <p>Na przyjęcie społecznej szkodliwości tego czynu i stopnia zawinienia - nieznacznego</p>	

stopnia wskazują jego okoliczności:

-czyn ma charakter nieumyślny;

- oskarżony prawidłowo zdiagnozował pacjentkę, skierował ją do szpitala. Po odmowie przejścia jej przez lekarza ortopedę, na skutek niekompletnej porady, dalej świadczył jej pomoc medyczną, do której się poczuwał. To on jednak przepisał R. K. HDCz, chociaż na zbyt krótki okres. Również pacjentka nie dążyła do upewnienia się odnośnie dalszych procedur. Lekarze powinni je wyjaśnić. Jednak i ona otrzymała kartę leczenia szpitalnego, z której wynikał termin zdjęcia gipsu po dwóch tygodniach. Rola oskarżonego, jako lekarza dyżurnego (...) w diagnozowaniu i podejmowaniu decyzji, była podrzędna i ograniczona, gdyż pokrzywdzona posiadała skierowanie na ortopedię i lekarz ortopeda podjął decyzję o odmowie jego hospitalizacji.

Szczegółowe przesłanki dotyczące sprawy uzasadniają postawioną wobec niego dodatnią prognozę kryminologiczną.

Postawy oskarżonego z punktu widzenia przyjętego przez porządek prawny systemu aksjologicznego – są pozytywne i nie ma potrzeby obecnie ich korygowania poprzez wymierzenie mu kary.

Sąd odwoławczy nie podzielił wywodów Sądu I instancji wskazujących, iż sprawca wymaga wymierzenia mu kary. Uznał ostatecznie, iż zaistniały przesłanki do warunkowego umorzenia postępowania.

Dlatego w miejsce kary grzywny wymierzonej w zaskarżonym wyroku

warunkowo umorzył postępowanie wobec W. N. na okres próby jednego roku. Należy zaznaczyć, iż okres próby będzie służył weryfikacji postawionej wobec

sprawcy prognozy kryminologicznej.			
1.9. Uchylenie wyroku sądu pierwszej instancji			
1.1.7. Przyczyna, zakres i podstawa prawna uchylenia			
5.3.1.1.1.		# art. 439 k.p.k.	
Zwięźle o powodach uchylenia			
5.3.1.2.1.	Konieczność przeprowadzenia na nowo przewodu w całości	# art. 437 § 2 k.p.k.	
Zwięźle o powodach uchylenia			
5.3.1.3.1.	Konieczność umorzenia postępowania	# art. 437 § 2 k.p.k.	
Zwięźle o powodach uchylenia i umorzenia ze wskazaniem szczególnej podstawy prawnej umorzenia			
5.3.1.4.1.		# art. 454 § 1 k.p.k.	

Zwięźle o powodach uchylenia		
1.1.8. Zapatrywania prawne i wskazania co do dalszego postępowania		
1.10. Inne rozstrzygnięcia zawarte w wyroku		
Punkt rozstrzygnięcia z wyroku	Przytoczyć okoliczności	
1 ustęp drugi	Orzeczenie zadośćuczynienia za krzywdę wyrządzoną przez przestępstwo jest możliwe jedynie wtedy, gdy prawo cywilne dopuszcza zadośćuczynienie za daną krzywdę (post. SN z 28.4.2008 r., I KZP 6/08, OSNKW 2008, Nr 6, poz. 42). Chodzi o art. 445 i 448 kc przewidujące zadośćuczynienie za doznaną krzywdę. W myśl art. 445 kc w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia, jak też w wypadku pozbawienia wolności oraz w wypadku skłonienia za pomocą podstępny, gwałtu lub	

nadużycia stosunku
zależności do
poddania się
czynowi
nierządnemu, sąd
może przyznać
poszkodowanemu
odpowiednią sumę
tytułem
zadośćuczynienia
pieniężnego za
doznaną krzywdę.
Zgodnie zaś z art.
448 kc, w razie
naruszenia dobra
osobistego sąd może
przyznać temu,
czyje dobro osobiste
zostało naruszone,
odpowiednią sumę
tytułem
zadośćuczynienia
pieniężnego za
doznaną krzywdę,
lub na jego
żądanie zasądzić
odpowiednią sumę
pieniężną na
wskazany przez
niego cel społeczny,
niezależnie od
innych środków
potrzebnych do
usunięcia skutków
naruszenia. Artykuł
46 § 1 kk nakazuje
stosować przepisy
prawa cywilnego, a
zatem i art. 445
i art. 448 kc.
Zgodnie z art. 445
§ 3 kc roszczenie
o zadośćuczynienie
przechodzi na
spadkobierców tylko
wtedy, gdy zostało
uznane na piśmie
albo gdy powództwo
zostało wytoczone
za życia

	<p>poszkodowanego. Pokrzywdzona R. K. zmarła. Skutek ten nie jest znamieniem czynu przypisanego oskarżonemu, jest nim jedynie narażenie jej narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub uszczerbku na zdrowiu przez błąd terapeutyczny. W inkryminowanym zachowaniu nie mieszczą się zdarzenia, o których mowa w art. 445 i 448 kc, które mogłyby być podstawą prawną do orzeczenia zadośćuczynienia na rzecz następców prawnych pokrzywdzonej.</p>	
<p>1 ustęp trzeci</p>	<p>Orzeczenie od oskarżonego świadczenia pieniężnego w kwocie 5000 złotych na rzecz FPPoPP przede wszystkim służyć będzie poprawczo-wychowawczym celom środka probacyjnego. Orzeczona z tego tytułu kwota sprzyja realizacji zadań w zakresie prewencji indywidualnej; jednocześnie jest możliwa do wykonania przez</p>	

	oskarżonego, uwzględniając jego dochody i inne obciążenia finansowe wynikające z wyroku.	
6. Koszty Procesu		
Punkt rozstrzygnięcia z wyroku	Przytoczyć okoliczności	
2	<p>Od skazanego w sprawach z oskarżenia publicznego sąd zasądza koszty sądowe na rzecz Skarbu Państwa oraz wydatki na rzecz oskarżyciela posiłkowego (art. 627 kpk).</p> <p>Przepis art. 627 kpk stosuje się odpowiednio w razie warunkowego umorzenia postępowania (art. 629 kpk). Oskarżyciel posiłkowy może dochodzić zasądzenia jedynie swoich uzasadnionych wydatków, w tym z tytułu ustanowienia w sprawie jednego pełnomocnika (art. 616 § 1 pkt 2 kpk).</p> <p>Uregulowanie te oznaczają, iż zasadą jest, iż w przypadku warunkowego</p>	

	<p>umorzenia postępowania koszty procesu w sprawie ponosi oskarżony.</p> <p>Opłaty stanowiące podstawę zasądzania kosztów zastępstwa prawnego i kosztów adwokackich należało ustalić przed sądem okręgowym jako drugą instancją w wysokości 840 zł. na rzecz każdego z trzech oskarżycieli posiłkowych</p>	
3	<p>Do kosztów procesu za postępowanie odwoławcze od orzeczeń kończących postępowanie w sprawie mają odpowiednie zastosowanie przepisy o kosztach za postępowanie przed sądem pierwszej instancji (art. 634 kpk). Sąd odwoławczy zasądził od oskarżonego na rzecz Skarbu Państwa 100 złotych opłaty za obie instancje i 20 złotych tytułem zwrotu wydatków poniesionych w postępowaniu odwoławczym.</p>	
7. PODPIS		

1.11. Granice zaskarżenia			
Kolejny numer załącznika	1		
Podmiot wnoszący apelację	Obrońca oskarżonego		
Rozstrzygnięcie, brak rozstrzygnięcia albo ustalenie, którego dotyczy apelacja	Wina		
0.1.1.3.1. Kierunek i zakres zaskarżenia			
# na korzyść # na niekorzyść	# w całości		
# w części	#	co do winy	
#	co do kary		
#	co do środka karnego lub innego rozstrzygnięcia albo ustalenia		
0.1.1.3.2. Podniesione zarzuty			
Zaznaczyć zarzuty wskazane przez strony w apelacji			
#	art. 438 pkt 1 k.p.k. – obraza przepisów prawa materialnego w zakresie kwalifikacji prawnej czynu przypisanego oskarżonemu		

#	art. 438 pkt 1a k.p.k. – obraza przepisów prawa materialnego w innym wypadku niż wskazany w art. 438 pkt 1 k.p.k., chyba że pomimo błędnej podstawy prawnej orzeczenie odpowiada prawu	
#	art. 438 pkt 2 k.p.k. – obraza przepisów postępowania, jeżeli mogła ona mieć wpływ na treść orzeczenia	
#	art. 438 pkt 3 k.p.k. – błąd w ustaleniach faktycznych przyjętych za podstawę orzeczenia, jeżeli mógł on mieć wpływ na treść tego orzeczenia	
#	art. 438 pkt 4 k.p.k. – rażąca niewspółmierność kary, środka karnego, nawiązki lub niesłusznego zastosowania albo niezastosowania środka zabezpieczającego, przypadku lub innego środka	
#	art. 439 k.p.k.	
#	brak zarzutów	
0.1.1.4. Wnioski		
#	uchylenie	# zmiana