

temat:

Ospa sepsa czy białaczka - o wątpliwościach diagnostycznych i kolizji obowiązków

Okręgowy Sąd Lekarski w Warszawie
Orzeczenie z dnia 22 listopada 2012 r.
Nr sprawy **09/10**

UZASADNIENIE

1. Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej oskarżył **lek. Małgorzatę P-T** o to, że **24 grudnia 2008 r.**, na wizycie domowej u Jana O. (l. 3 i 4/12), rozpoznając czynną ospę wietrzną i podejrzewając zapalenie stawu biodrowego lewego, zastosowała leczenie zachowawcze i wystawiła jedynie skierowania na badania dodatkowe, wiedząc, że przy tym są nikłe szanse na wykonanie ich w czasie świąt, a zaniechała skierowania dziecka do szpitala zakaźnego, gdzie można było wykonać badania kompleksowe, i w ten sposób opóźniła wdrożenie prawidłowego leczenia pacjenta

Czyn ten Rzecznik zakwalifikował jako przewinienie zawodowe z art. 8 KEL w zbiegu z art. 4 uzlld.

2. Rzecznik oskarżył także **lek. Mohammeda K.** o to, że **25 grudnia 2008 r.**, pełniąc dyżur w Przychodni przy ul. R., wezwany na wizytę domową do tego samego pacjenta, nie dołożył należytej staranności w jego badaniu i nie skierował go do Szpitala Zakaźnego, mimo że jego stan (ospa wietrzna, zapalenie lewego stawu biodrowego) to nakazywało, czym opóźnił wdrożenie adekwatnego leczenia. Czyn ten ROZ zakwalifikował jako przewinienie zawodowe z art. 8 KEL w zbiegu z art. 4 uzlld.

3. Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej oskarżył **lek. Magdalenę J-C** o to, że **27 grudnia** będąc lekarzem dyżurnym szpitala przy ul. N. w Warszawie i badając Jana O. (lat 3) chorego od sześciu dni na ospę wietrzną, stwierdzając zapalenie stawu biodrowego lewego (potwierdzone w USG) oraz odczyn zapalny okolicy stawu kolanowego prawego oraz znając wyniki badań laboratoryjnych: CRP 123 mg/l, poziom płytek $62000/\text{mm}^3$), nie skierowała go w trybie pilnym do Szpitala Zakaźnego, mimo, że dane te nakazywały podejrzewać, że małopłytkowość i zapalenie wielostanowe są powikłaniami ospy wietrznej. Ograniczyła się do zalecenia kontroli w dniu następnym, czym opóźniła prawidłowe leczenie, a tym samym naraziła na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty zdrowia i życia dziecka. Czyn ten ROZ zakwalifikował jako przewinienie zawodowe z art. 8 KEL w zbiegu z art. 4 uzlld.

4. ROZ oskarżył także **lek. Agnieszkę O-P** o to, że **28 grudnia 2008 r.**, jako lekarz dyżurny w Izbie Przyjęć Szpitala Klinicznego w Warszawie przy ul. M., uprzedzona telefonicznie przez lek. Michała Z, chirurga dziecięcego ze Szpitala przy ul. N o przesłaniu do Kliniki Hematologii tegoż pacjenta Jana O, ze stwierdzoną małopłytkowością ($10.000/\text{mm}^3$), CRP 263 mg/l, zapaleniem stawu biodrowego lewego i kolanowego prawego, po przebytej ospie wietrznej, nie badając chorego odesłała go transportem prywatnym do Szpitala Zakaźnego przy ul. W na konsultację celem wykluczenia zakaźności pacjenta, czym opóźniła wdrożenie leczenia, a tym samym naraziła na bezpośrednie niebezpieczeństwo życie i zdrowie dziecka.

Czyn ten Rzecznik zakwalifikował jako przewinienie zawodowe z art. 8 KEL w zbiegu z art. 4 uzlld.

5. Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej oskarżył **lek. Pawła Ł** o to, że **28 grudnia 2008 r.** w Klinice Pediatrii Hematologii i Onkologii w Warszawie przy ul. M, jako lekarz dyżurny, przyjmując do oddziału o 17.30 Jana O., będącego w stanie ogólnym dość ciężkim, po świeżo przebytej ospie wietrznej z rozpoznaniem małopłytkowości, zapalenia wielostanowego oraz podejrzeniem białaczki sugerowanym przez lekarza kierującego, po stwierdzeniu wybroczyn, powiększenia wątroby, wysokiego poziomu CRP, podejrzewając ogólne zakażenie (sepsis), nie podał natychmiast antybiotyków, a uczynił to dopiero po upływie trzech godzin (20.44), po nawodnieniu

dziecka, pobraniu krwi na badanie i otrzymaniu wyników, co było opóźnieniem leczenia i narażało na szwank zdrowie i życie dziecka. Czyn ten Rzecznik zakwalifikował jako przewinienie zawodowego z art. 8 KEL w zbiegu z art. 4 uzlld.

Jakkolwiek sprawy niektórych lekarzy były wyłączone do odrębnego postępowania, Sąd sporządził jedno uzasadnienie, gdyż chodzi o ten sam, złożony stan faktyczny, którego nie da się rozbić na fragmenty i spójnie opisać.

Świadek Anna K (matka) zeznaje: najpierw na ospę wietrzną zachorował starszy syn; miał zwykle, charakterystyczne objawy. Wezwała wtedy lekarza z Przychodni Damiana, który m.in. uprzedził, że prawdopodobnie w ciągu 2-3 tygodni młodszy (tj. Jan O.) również zachoruje, „ponieważ tak jest standardowo”. Rzeczywiście, po pewnym czasie zauważyła u niego pierwsze wykwity skórne. Początkowo wszystko wyglądało jak u starszego syna, który nie kulał, w zasadzie nie gorączkował, temperatura nie przekraczała 37,5°C i prawie nie było potrzeby podawania leków przeciwgorączkowych.

Potem przebieg ospy wietrznej u Jana O. stał się „nienaturalny”, 23 grudnia wieczorem zaczął się uskarżać, że boli go noga. Sądziła, że się gdzieś uderzył, ale objawy pasowały do zapalenia stawu biodrowego, a wiedziała z internetu, że jest to jedno z możliwych powikłań ospy. Następnego dnia (24 grudnia) rano ból się utrzymywał, więc zadzwoniła do Przychodni Damiana zamówić wizytę domową. Pracownicy rejestracji upewnili się, czy dziecko nie gorączkuje powyżej 39°C i uprzedzili, że w takim razie na wizytę trzeba będzie bardzo długo czekać.

Na wizytę przybyła lek. Małgorzata P-T, która według oceny świadka zajęła się pacjentem bardzo starannie. Powiedziała, że takie powikłania przy ospie zdarzają się i w większości są niegroźne. Przepisała leki, świadek pamięta Heviran i Calpol plus. Zaleciła wykonanie badań laboratoryjnych (CRP, OB) oraz USG stawu biodrowego. Na pytanie, jak wyglądało skierowanie na badania wystawione przez lek. M. P-T, świadek odpowiada, że były to „dwie karteczki”, stanowiące skierowanie „takie Damianowe, wewnętrzne jakby”. Jedna odnosiła się do badań laboratoryjnych, druga była skierowaniem na USG stawu biodrowego, natomiast nie było skierowania na badanie ortopedyczne, oba były wystawione „na cito”. Tą wizytą świadek „czuła się zaopiekowana”; wizyta trwała długo, dziecko zostało rzetelnie zbadane, a ona – poinformowana o tym, co się może dalej dziać. Lekarz nie mówiła o możliwości powikłań kończących się śmiercią.

Po wyjściu lek. M. P-T świadek ponownie zadzwoniła do Przychodni Damiana i okazało się, że zleconych badań tego dnia u nich wykonać się nie da; będzie to możliwe dopiero po świętach, tj. 27 grudnia w sobotę. Może dałoby się w warunkach szpitalnych. Świadek telefonowała do kilku innych zakładów opieki zdrowotnej, m.in. do szpitala przy Kopernika, i „jakby się nagle okazało, że specjalistów od USG nigdzie nie ma”; nawet w szpitalach dziecięcych byłoby to bardzo utrudnione. Świadek nie jest pewna, lek. M. P-T. zostawiła jej chyba swój telefon, ale nie mogła się dodzwonić. Zatelefonowała natomiast do infolinii w Przychodni Damiana; tam ktoś powiedział, że jeżeli dziecko „nie gorączkuje itd.” to nie ma potrzeby się spieszyć, wystarczy zrobić badania w sobotę po świętach. A Jan O. był wtedy w bardzo dobrej formie, ruchliwy, normalnie bawił się z bratem. Ostatecznie badania te wykonano właśnie 27 grudnia, wcześniej nie było to możliwe.

Następnego dnia po wizycie lek. M. P-T (25 grudnia) Jan O. czuł się gorzej, pojawiła się wysoka gorączka, dochodząca do 41°C. Z powodu tej gorączki był półprzytomny, trząsł się, większość czasu spędzał leżąc na kanapie. Zadzwoniła po pogotowie [wyjazdową pomoc lekarską – OSL], opisując aktualną sytuację, w tym bardzo wysoką gorączkę i ból stawów. Rejestratorka bagatelizowała zgłoszenie, mówiąc że wysoką gorączką u dzieci nie należy się przejmować. Mówiła też, że na lekarza się długo czeka i żeby pójść z synem do przychodni. Ale świadek nie chciała, bo na zewnątrz było zimno, a syn był w okresie zakaźnym i uważała, że byłoby nieodpowiedzialne iść z nim między inne dzieci. Nalegała, aż w końcu rejestratorka przyjęła zgłoszenie, ale ostrzegła, że trzeba czekać do czterech godzin.

Na pytanie, czy możliwe jest, aby dzwoniąc po pomoc wymieniła jako objaw ból podudzia, odpowiada, że nie, bo nazewnictwa anatomicznego normalnie na co dzień nie używa, a także nie jest pewna, która część nogi nazywa się podudziem. Ona mówiła o bólu stawu biodrowego.

Po dłuższym czasie przybył lekarz, był to obwiniony lek. Mohammed K. Syn wtedy spał po przyjęciu leku przeciwgorączkowego. Obudziła go do badania. Lekarzowi opisała całą sytuację, mówiła także o bólu stawów, pokazała też skierowania otrzymane od lek. M. P-T poprzedniego dnia. Lekarz oświadczył jej wtedy, że jest „histeryczką”, a dziecko zwyczajnie przechodzi ospę i nic nadzwyczajnego się nie dzieje, należy tylko podawać leki tak, jak zostały przepisane. że te

wszystkie rzeczy, które się dzieją z dzieckiem są normalne przy ospie i że po prostu nie ma żadnych; żeby podawać leki, tak, jak było przepisane i że po prostu trzeba czekać, że ospa u dzieci tak wygląda. Mówił też, że gorączkę u dzieci zwalczą się wsadzając je do wanny z chłodną wodą. Obejrzał syna, który miał na ciele wykwyty w różnych stadiach i stwierdził, że „tutaj lepiej smarować no i tyle”. Zalecał też kąpiele, ale o tym wiedziała już wcześniej. Badanie było zdaniem świadka „bardzo niechlujne” i ograniczało się do obejrzenia dziecka, lekarz stawów nie badał, nie osłuchiwał, sprawiał wrażenie, jakby bardzo się spieszył. Sądzi, że lekarz w czasie wizyty musiał widzieć jak syn stoi i podkurcza nóżkę, tę która bolała, tak jakby nie chciał jej obciążać. Żadnej karty informacyjnej ani innych dokumentów nie pozostawił; świadek nie poznała nawet jego tożsamości, którą ustalono dopiero ex post, w postępowaniu karnym. Na uwagę, że u starszego syna choroba tak nie przebiegała, odpowiedział, „że dzieci są różne, ludzie są różni”. Świadek sądzi, że traktował ją „generalnie dosyć niegrzecznie”.

26 grudnia syn gorączkował nadal, choć temperatura była już niższa. W dalszym ciągu leżał, zwłaszcza że mu odradzała chodzenie i obciążanie bolącej nogi. Czekala, aż następnego dnia będzie można wreszcie wykonać zleczone badania.

27 grudnia rano pojawiła się w Przychodni Damiana i tam wykonano badania laboratoryjne, natomiast nie było ortopedy ani nie można było wykonać USG. Po dłuższych poszukiwaniach telefonicznych ustaliła, że w Medicoverze przyjmuje lek. Iwona M. Wykupiła wizytę; lek. M zbadala dziecko, po czym wystawiła skierowanie do szpitala i wytłumaczyła, żeby poczekać na wyniki badań; jeśli okażą się one nieprawidłowe, to należy z tym skierowaniem pojechać do szpitala. Jeśli będą w normie, to należy tylko w poniedziałek zgłosić się na wizytę kontrolną do ortopedy. Lekarka I. M powiedziała też, że tego dnia dyżuruje szpital przy N, który ma dobrze funkcjonujący oddział ortopedii.

Na pytanie odpowiada, że Jan O. był wówczas „osowiały i trochę obolały, ale generalnie w dobrym humorze”. Nie sprawiał wrażenia ciężko chorego. Lekarka I. M nie badała go pod kątem ospy. Świadek tego dnia nie widziała u syna żadnych świeżych wykwitów i sądziła, że „problem ospy się już jakby skończył”. Pojechała z synem do domu na obiad i wtedy zadzwonili z Damiana, że **wyniki są bardzo złe**.

Udała się z synem i jego ojcem (Tomaszem O.) na N, po drodze wzięli wyniki badań laboratoryjnych. Odbiegały one od normy, CRP było bardzo wysokie a płytki krwi bardzo niskie, ale nie wiedziała wtedy jeszcze, co z tego konkretnie wynika. Do szpitala weszli osobnym, „zakaźnym” wejściem, przyjęła ich obwiniona lek. Magdalena J-C. Zbadala dziecko i powiedziała, że trzeba zrobić USG stawu biodrowego. Badanie to wyszło nieprawidłowo. Po zapoznaniu się z wynikiem lekarka powiedziała, że dziecko jest w stanie ogólnym dobrym. Zapytała o podawane leki; odpowiedzieli jej, że Heviran oraz leki przeciwbólowe i przeciwgorączkowe. Powiedziała, żeby wrócili z pacjentem do domu, utrzymali te same leki, następnego dnia przyszli na wizytę kontrolną, a gdyby coś się działo, to żeby zgłosili się niezwłocznie. Nie proponowała hospitalizacji na miejscu ani przekazania dziecka do szpitala zakaźnego. Świadek jest tego pewna.

Na pytanie, czy w czasie tego badania stwierdzono świeże wykwyty na skórze, zaprzecza. Były tylko woskowe, przyschnięte.

Na pytanie, czy którykolwiek z obwinionych lekarzy zaproponował jej przyjęcie syna do szpitala, czemu ona odmówiła, świadek stanowczo zaprzecza. Przypomina, że 27 i 28 grudnia jeździli z dzieckiem po kolejnych szpitalach i wykonywali zalecenia kolejnych lekarzy. Gdyby ktokolwiek powiedział jej, że jest potrzeba hospitalizacji, to ona mogłaby powiedzieć „wolałabym nie” lub coś podobnego, bo pobyt małego dziecka w szpitalu nie jest perspektywą przyjemną. Ale nie oznacza to odmowy. Ona nie jest lekarzem i nie ma dostatecznej wiedzy, żeby kwestionować potrzebę leczenia szpitalnego.

Na pytanie, czy konkretnie lek. Magdalena J-C 27 grudnia proponowała jej przekazanie dziecka do szpitala zakaźnego, odpowiada, że nie przypomina sobie czegoś takiego. Na pytanie, czy mogła wówczas powiedzieć: „tylko nie szpital” odpowiada, że być może zapytała, czy to konieczne, a lekarka powiedziała, że nie. Pamięta, że zostali odesłani do domu z informacją, żeby przyjść następnego dnia rano, a w razie pogorszenia nawet wcześniej.

28 grudnia rano syn wydawał się być w bardzo dobrym stanie. Po śniadaniu zawieźli go do szpitala, gdzie dyżurował lek. Michał Z. Było około 10:00. Tam pobrano krew do badań, a oni czekali na wyniki. **W tym czasie syn zaczął wymiotować i miał rozwolnienie, co zgłosili, ale zostało to zignorowane, zmieniono mu tylko pościel. Pojawiła się pielęgniarka mówiąc, że badania trzeba powtórzyć, bo wynik jest „niewiarygodnie zły”.** Powtórny wynik okazał się również nieprawidłowy, a w USG okazało się, że są już zainfekowane oba stawy

biodrowe i staw kolanowy. Kolano było bolesne, opuchnięte i ciepłe. Lekarz M. Z powiedział wówczas, że „generalnie dziecko ma jakiś problem hematologiczny”, że szpital na N hematologią się nie zajmuje i żeby przewieźli dziecko na Litewską. Lekarz nie wystawił skierowania, lecz powiedział, że wystarczy okazanie poprzedniego skierowania, wystawionego przez lek. I. M., które świadek miała nadal. To, że u Jana O jest jakiś problem hematologiczny, po raz pierwszy usłyszeli właśnie od lek. M. Z. **Informacji o podejrzeniu ostrej białaczki w ogóle nikt im nie przekazał, dowiedzieli się o tym dopiero w wyniku postępowania karnego.** Mówiono im tylko, że rozpoznania jeszcze nie ma, a jak tylko zostanie ustalone, to lekarze o tym poinformują. Lekarz M. Z nie mówił, że potrzebny jest pośpiech, bo stan dziecka jest ciężki, a tylko powiedział, że skoro mają samochód, to niech nim jadą i tak będzie szybciej. Potem dodaje jednak, że **lekarz „mówił, że dziecko jakby jest w złym stanie i że to się może skończyć jakby zagrożeniem życia”, podawał to jednak w takiej formie, że nie czuli się zaniepokojeni.**

Na pytanie odpowiada, że lek. M. Z badał Jana O, ale nie mówił, czy dziecko zaraża, czy nie, w ogóle nic nie powiedział poza tym, że „trzeba wykonać badania” .

Dalej zeznaje, że przejazd trwał krótko, a gdy dotarli na Litewską, było około 13:00. **W recepcji nikt o niczym nie wiedział i powiedziano im, żeby czekać.** Na pytanie odpowiada, że było tam kilka osób oczekujących, ale nie pamięta, ile; może trzy, a może siedem. **Następnie pojawiła się lek. A. O-P. Zreferowali jej wszystko i pokazali dokumenty, które mieli ze sobą. Ona je obejrzała i powiedziała, że „to nie jest jej problem (...) to nie jest jej pacjent, jest to pacjent zakaźny i mają jechać do szpitala zakaźnego”. Uzasadniała to tak, że jeżeli pacjent ma ospę „aktywną”, to powinien być leczony w szpitalu zakaźnym.** Ona także żadnych skierowań ani innych dokumentów im nie dawała. Świadek sądzi, że lek. A. O-P „była zdecydowanie zirytowana” tym, że przysłano jej kolejnego pacjenta z innego szpitala; i że chciała się ich „pozbyć jako problemu” odsyłając na Wolską. **Rozmowa trwała najwyżej minutę, lek. A. O-P „przerzuciła papiery”, a Jana O w ogóle nie oglądała. Nie proponowała, żeby go przenieść do izby przyjęć, a na pytanie, czy można przynieść dziecko do zbadania, odpowiedziała, „że jakby chorobami zakaźnymi w tym mieście zajmuje się szpital na Wolskiej”, po czym poszła sobie.**

Na pytanie świadek odpowiada, że **lek. A. O-P mówiła o telefonie od lek. M. Z, ale że on zadzwonił dopiero po tym, jak ich odesłano na Wolską.** Świadek nie wie, jak było naprawdę.

W międzyczasie z rozmowy telefonicznej ze znajomą lekarką [świadkowie czyli rodzice dziecka] **dowiedzieli się, że dziecko z małopłytkowością 10 tys. jest zagrożone krwotokiem i powinno być przewożone transportem sanitarnym. Jednak próby zorganizowania transportu karetką nie powiodły się i do szpitala zakaźnego (przy Wolskiej) udali się własnym samochodem.** Po dotarciu na miejsce wnieśli dziecko na górę, gdzie „pani doktor, bardzo miła” zbadła je i potwierdziła, że powinno być przewożone karetką. Wezwała karetkę i odesłała ich z powrotem na Litewską. Syn był już wtedy w złym stanie „przelewał się przez ręce”, ale był przytomny i narzekał na ból. **Podczas pobytu na Wolskiej syn już miał wybroczyny, ale lekarz powiedziała, że to może wynikać z małej ilości płytek. Powiedziała także, że dziecko nie ma ospy, że przewożenie go na Wolską było zbędne, bo lekarz pediatra jest w stanie ocenić, czy dziecko jest zaraźliwe.** Wybroczyny pojawiły się w drodze na Wolską, a podczas ponownego pobytu na Litewskiej było ich już bardzo dużo.

Gdy wrócili na Litewską było około 17:00. Zbadła go lek. A. O-P, która powiedziała, że dziecko jest w stanie średnim i że ma powiększoną wątrobę. Syn został przyjęty na hematologię, po czym przez kolejne 30-40 minut nic się nie działo. Ponieważ znów gorączkował i źle się czuł, świadek poprosiła pielęgniarkę o leki przeciwbólowe, na co ona odpowiedziała, żeby podać własne leki, bo tak będzie szybciej.

Potem przyszedł lekarz ortopeda, zbadał dziecku stawy, ale „jakby nie był rozmowny”. Pojawił się inny lekarz, także zbadał dziecko i powiedział, że bez badań dodatkowych nie można mówić o rozpoznaniu, niemniej wygląda, że pacjent będzie musiał pozostać w szpitalu na dłużej. Jeszcze później pielęgniarki pobierały krew i przy tym zaczęły krzyczeć: „ojej, zobacz, jak on puchnie!”. Następnie było wykonane badanie RTG płuc; wyszło prawidłowe, zdaniem świadka „to ma znaczenie”, bo w kilka godzin później badanie powtórzono i wówczas „był już jakby ten RTG zupełnie inny”. Potem lek. Paweł Ł zlecił podłączenie monitorowania oddechu, ale pielęgniarka zrobiła to „byle jak”, bo nie umiała. Później ten sam lekarz wezwał ją i Tomasza O i powiedział, że „wyniki nie są dobre, wygląda, że sytuacja jest poważna i będzie się na pewno rozwijała”, ale konkretnego rozpoznania nie postawił. Dopiero na wyraźne pytanie powiedział, że syn ma „uogólniony stan

zapalny”. W krótkim czasie po tym dziecko zostało przeniesione na OIOM. Oni tam poszli i ordynator powiedział, że syn ma sepsę, umiera, został przywieziony tak późno, że nie uda się go uratować. Później jeszcze lekarze robili im jakieś nadzieje, dziecku podawano antybiotyki o szerokim spektrum działania, ale o 4:45 zmarło.

Świadek od razu otrzymała kopię dokumentacji. Dwa dni później anestezjolog z OIOMu poprosił ją i Tomasza O na rozmowę i ona tę rozmowę potajemnie nagrała. Uzasadnia to tak, że bała się, że w stresie nie zrozumie „medycznych rzeczy”. Ten lekarz powiedział, że syn zmarł na sepsę, wywołaną przez *Streptococcus pyogenes*, a on „jakby jest oburzony”, bo w tej sprawie „dużo nieszczęśliwych zbiegów okoliczności tutaj było zrobionych”. Dodał, że jeśli podejrzewają, że lekarze zajmowali się dzieckiem nieprawidłowo, to istnieje możliwość zawiadomienia samorządu lekarskiego.

Świadek Tomasz O (ojciec) zeznaje: 23 grudnia wieczorem zadzwoniła Anna K, że młodszy syn skarży się na ból nogi i pytała, czy w ciągu dnia też tak było. Przypomniałem sobie, że około 17.00 syn narzekał, że go boli, ale świadek nie zwrócił na to szczególnej uwagi. Sądził, że może podczas snu „sobie jakoś przyleżał tę nóżkę, czy coś”. Uzgodnili, że z decyzjami zaczekają do następnego dnia, bo może to przejdzie. 24 grudnia był u Anny K, pomóc przywieźć i ubrać choinkę, ale podczas wizyty lekarskiej (M. P-T) nie był obecny, a później jeszcze doręczył leki wykupione w aptece i wrócił do siebie.

25 grudnia odwiedził ich ok. 10:00 rano, syn leżał w łóżku, spał i miał dreszcze. Zmierzył mu temperaturę, która wyniosła 40° C. Anna K. mówiła, że może przy ospie tak bywa, ale po przedyskutowaniu sprawy uzgodnili ponowne wezwanie lekarza. Przy wizycie lek. Mohameda K. nie był już obecny, wieczorem Anna K. przekazała mu telefonicznie, lekarz był, po badaniu powiedział, że to nic niepokojącego i złożył się na „zawracanie mu głowy zwykłą ospą”. Utrzymał dotychczasowe leczenie, tj. Heviran i w razie gorączki Paracetamol.

26 grudnia zauważył, że syn skarży się na złe samopoczucie, unika zabawy, przysypia. Siedział przy stole i jadł, ale bez apetytu. Nie podawał konkretnych dolegliwości, tylko mówił, że źle się czuje. Podawali mu leki przeciwgorączkowe; gdy gorączka spadała, ożywiał się. Kiedy powiedział Annie K., że to niepokojące, odpowiedziała, że w święta niewiele można zrobić, i że dwoje lekarzy stwierdziło, że nic złego się nie dzieje. Jednak „generalnie, po dyskusji”, uzgodnili, że 27 grudnia rano ona pojedzie z dzieckiem na badania.

27 grudnia Anna K. zatelefonowała, że czekają na wyniki, a potem ponownie, że wyszły złe wyniki badań krwi, i należy pojechać na konsultacje do szpitala. Pojechali wspólnie na N, gdzie dotarli ok. 15.00. Skierowano ich do izolátky, gdzie dotarli omijając izbę przyjęć. Przyjęła ich lek. Magdalena J-C. Po badaniu ogólnym skierowała pacjenta na USG. W USG wyszło zapalenie stawu biodrowego. Z tym wynikiem wrócili do lek. M. J-C. Ona powiedziała, że to jest „w zasadzie typowe” powikłanie przy ospie. Świadek niepokoił się i pytał, czy to nie jest powód do podania antybiotyków, na co lek. M. J-C odpowiedziała, że przy ospie się nie podaje antybiotyków, zapalenie nie musi być bakteryjne, a przy ospie zwykle nie jest. Rozmawiali z nią, czy Jan O nie powinien zostać w szpitalu i on wtedy zaczął płakać, że nie chce. Oni też woleliby uniknąć tego w okresie świątecznym i powiedzieli, że „to tak nijak, żeby to dziecko tak zostawiać w szpitalu w Święta”. Lekarka Magdalena J-C **powiedziała, że „w zasadzie nie ma takiej konieczności, żeby zostało dziecko w szpitalu”** i dodała, że z chorym na ospę i tak musieliby jechać na Wolską. Dodała, że skoro w USG wyszło zapalenie, to muszą rano wrócić na kontrolę, a gdyby działo się coś niepokojącego, to należy przyjechać wcześniej. Po odwiezieniu syna do domu, świadek pojechał do siebie.

28 grudnia rano syn sprawiał w pierwszej chwili lepsze wrażenie, ale gdy wziął go na ręce, zauważył, że się zsiusiał. Było to dziwne, bo miał trzy i pół roku i załatwiał się samodzielnie, ale świadek nie sądził, że to coś niepokojącego. Przebraliśmy go i pojechali na N. Było około 10.30; czekali w samochodzie, na bardzo silnym mrozie, bo zakazano im wchodzić do izby przyjęć z dzieckiem chorym zakaźnie. Ponieważ w samochodzie robiło się coraz zimniej, po dłuższym czasie świadek wziął syna na ręce i tam wszedł. Wtedy przekierowano ich do jakiegoś osobnego pomieszczenia i tam czekali dalej. W końcu przyszedł lek. M. Z. Świadek powiedział mu, że wczoraj rozpoznano zapalenie, że były złe wyniki badań laboratoryjnych, i że przyszli na kontrolę. Przekazał mu kartę informacyjną z poprzedniego dnia i wyniki dotychczasowych badań. Lekarka powiedziała, że badania trzeba powtórzyć; pielęgniarki pobrały krew. Podczas oczekiwania na wyniki syn zwymiotował oraz dwukrotnie „zrobił pod siebie”; był rzadki stolec; przebiegali go po tym. Narzekał stale na pragnienie. Po długim czasie lek. M. Z. powiedział, że badania krwi wyszły tak złe, że zachodzi podejrzenie, że to jakiś błąd techniczny, więc chcieliby je powtórzyć. Po ponownym badaniu wyniki

nadal były nieprawidłowe; przyszedł lek. M. Z z innymi lekarzami i powiedział, że jest podejrzenie ostrej białaczki i trzeba jechać do szpitala na Litewską, bo na N nie leczy się takich chorób. Powiedział, że skoro są własnym samochodem, to niech się spakują i jadą z dzieckiem na Litewską.

Jednak na pytanie świadek prostuje, że lek. M. Z na pewno użył określenia, że chodzi o „jakiś problem hematologiczny”, ale chyba padło także słowo „białaczka”. O tym, że choroba może mieć gwałtowny przebieg i zagrażać życiu, nie mówił. Przeciwnie, zapewniał, że w czasie potrzebnym na przewiezienie na Litewską stan dziecka „dość się radykalnie nie zmieni”.

Na pytanie świadek odpowiada, że Anna K. była przy tej rozmowie nieobecna, więc jej zeznanie, że o podejrzeniu białaczki jej wtedy nie poinformowano, odpowiadają prawdzie.

Na pytanie, czy na Litewską wysłano ich celem przyjęcia dziecka do szpitala, czy jedynie konsultacji, odpowiada, że na ile zrozumiał, syn miał być przyjęty do szpitala na oddział hematologiczny. Oni więc sądzili, że zostanie na Litewskiej. Nie pamięta, czy dostali jakieś skierowanie, to Anna K. „zarządzała papierami”.

Na Litewskiej zaparkowali pod szpitalem, Anna K. z dokumentami weszła do izby przyjęć, a on z dzieckiem został w samochodzie. Wydaje mu się, że ktoś na N uprzedzał, żeby tego nie robić, ze względu na tę potencjalną zaraźliwość pacjenta. Nie było jej dość długo. Syn nadal stale mówił, że chce mu się pić. Świadek poił go wodą, w niewielkich ilościach. Po ok. 20 minutach wróciła Anna K, mówiąc, że „ta pani doktor” zapoznała się z wynikami, powiedziała, że to stan zagrażający życiu, ale, że ona nie może przyjąć Jana O na oddział hematologiczny, ze względu na podejrzenie, że zaraża ospą. Gdyby rzeczywiście zarażał, byłoby śmiertelne zagrożenie dla innych pacjentów. Trzeba to sprawdzić w szpitalu na Wolskiej i w zależności od wyniku dziecko albo zostanie tam i będzie leczone „zdalnie, że tak powiem, przez telefon, konsultowane hematologicznie”, albo wróci na Litewską. Do tej pory nie zdawali sobie sprawy, że sprawa jest tak poważna. Na pytanie, czy jest pewien, że Anna K. użyła wyrażenia „stan zagrożenia życia”, potwierdza. Przypomina, że on sam przy rozmowie z lek. A. O-P nie był.

Pojechali do szpitala zakaźnego, przez pewien czas nie mogli go znaleźć. Na miejscu syn był badany przez lekarkę, której nazwiska świadek nie pamięta. Ona m.in. obejrzała dokładnie wykwity i stwierdziła, że wszystkie są przyschnięte. Napisała „tam takie oświadczenie”, że ospa już nie jest zaraźliwa.

Na pytanie odpowiada, że nie proponowano im pozostania w szpitalu na Wolskiej, ani oni tego nie oczekiwali. Oni wykonywali polecenia lekarzy. Na Wolską wysłano ich po to, by sprawdzić, czy ospa jest zakaźna, a jeśli nie, mają wracać na Litewską.

Na pytanie, dlaczego Jan O był z Wolskiej na Litewską wieziony karetką, odpowiada, że to na ich prośbę załatwiła lek. Sabina D., a oni wcześniej dowiedzieli się telefonicznie, że przy małopłytkowości 10 tys. pacjent powinien być przewożony transportem sanitarnym. Powiedziała, że „jeżeli tak uważamy, czy czujemy, że tak będzie bezpieczniej, to tak”, chociaż transport karetką potrwa dłużej.

Anna K. z synem wrócili na Litewską, a on czekał na sporządzenie karty informacyjnej. Kiedy dotarł na Litewską, oni czekali jeszcze w izbie przyjęć. Później syna badała lek. Agnieszka O-P; trwało to około 10 minut i lekarka nie sprawiała wrażenia zaniepokojonej. Potem poszła z nimi na oddział hematologiczny, gdzie syn został przyjęty i zajmował się nim dyżurujący tam lek. Paweł Ł. Syn przebywał na sali długo, zanim zaczęto mu robić badania; trwało to około półtorej godziny. Potem były trudności z pobraniem krwi, która była gęsta. Pielęgniarki ją wyciskały, a dziecko bardzo płakało, jakby to było bolesne. Po pobraniu czekali na wyniki, a poza tym „w zasadzie to się nic nie działo”. Potem wyszedł ze szpitala, żeby zrobić zakupy dla syna, bo było oczywiste, że on zostanie w szpitalu. Gdy wrócił, wyników jeszcze nie było, dopiero około 20:45 lub 21:00 lek. Paweł Ł poprosił ich na rozmowę i powiedział, że Jan O jest w ciężkim stanie, „znaczy ma uogólnione zapalenie”, ale jeszcze nie wiedzą, z jakiej przyczyny. Zapytany, „czy to uogólnione zapalenie oznaczę tę sepsę, o której się mówi w mediach”, odpowiedział, że „być może, a może powiedział, że z tego może się rozwinąć sepsa, coś takiego”, świadek nie pamięta.

Okolo 21:15 dziecku założono maskę tlenową, „ale jakoś tak niezdarnie”, że spadała. Dziecko było niespokojne, rzucało głową, a świadek tę maskę poprawiał. Po następnych kilku minutach przyszedł lek. P. Ł, żeby go przenieść na OIOM. Odbywało się to około 21.30, „w bardzo dużym pośpiechu”, „wszyscy byli bardzo poruszeni, biegali”. Świadek był dezorientowany, do tego oddziału go nie wpuszczono, a anestezjolog, lek. R, nie chciał rozmawiać tłumacząc, że musi ratować pacjenta. Potem wyproszono go z oddziału. Po ok. 20 minutach lekarz pojawił się i powiedział, że jego syn ma sepsę (lub wstrząs septyczny), a jego szanse na przeżycie są zerowe.

Obwiniona Małgorzata P-T wyjaśnia: około 12.00 została wezwana na wizytę domową do dziecka; jako powód było podane, że ma wietrzną ospę i utyka na nogę. Poprosiła pielęgniarkę, żeby przekazała matce pacjenta, że na wizycie domowej ona „ma ręce i słuchawkę, i więcej nic specjalnie nie może zrobić” i byłoby lepiej, gdyby przyjechała do kliniki Damiana, gdzie jest możliwość wykonania badań dodatkowych lub konsultacji specjalistycznej. Ta jednak odpowiedziała, że „ona ma abonament w Damianie i jej się po prostu należy, żeby była wizyta domowa lekarza”. Wizyt tego dnia było bardzo dużo, więc do Jana O dotarła po 15.00, może o 15.30. Zastała dziecko „biegające, fikające, uciekające, wrywające się, nie chcące się zbadać (...) wrywał się, tak popłakiwał troszkę, mama go uspokajała”. Z tego powodu badanie odbywało się na raty, a obwiniona nie była w stanie starannie wypełnić karty wizyty. Wnioskując z jego zachowania, pacjent nie gorączkował. Biegając utykał; Anna K podała, że syn ma ospę wietrzną, a utyka od poprzedniego dnia lub od dwóch dni, obwiniona nie pamięta.

Dziecko było w bardzo dobrym stanie ogólnym. Dający dolegliwości staw biodrowy lewy nie był ucieplony ani obrzęknięty, była niewielka bolesność przy zginaniu i odwodzeniu. Poza tym jedynym odchyleniem od stanu prawidłowego były wykwyty ospy wietrznej, nie były liczne, głównie na głowie i twarzy, na kończynach nie występowały. Była to trzecia lub czwarta doba trwania choroby; ospa nadal w fazie czynnej, niektóre wykwyty były świeże. Wybroczyn nie było na pewno. Żadnych symptomów posocznicy nie było na pewno.

Annę K poinformowała, że podejrzewa zapalenie stawu biodrowego, i że nie wiadomo, czy jest zapalenie maziowe, czy bakteryjne i to trzeba dalej diagnozować. Jeśli okaże się, że to łagodne zapalenie, wystarczy leczenie w domu, oszczędzanie nogi, leżenie, środki przeciwbólowe i NLPZ. Jeśli jednak jest to zapalenie septyczne, będzie potrzebne leczenie szpitalne.

Obwiniona zleciła leki: Heviran, Nurofen, w razie potrzeby Panadol. Skierowała pacjenta „na cito” na badania dodatkowe (CRP, OB, leukocytoza, morfologia z rozmazem, nadto USG bolącego stawu biodrowego), jak również na konsultację ortopedyczną. Ze względu na sytuację badania laboratoryjne należało wykonać jak najszybciej, natomiast konsultacja ortopedyczna i USG nie były tak pilne. Przychodnia Damiana jeszcze pracowała i było możliwe wykonanie wszystkich badań dodatkowych przy Wałbrzyskiej. Szpital pracuje 24 godziny na dobę, w takiej sytuacji schodzi pielęgniarka ze szpitala i pobiera materiał na badania i przekazuje do laboratorium. Obwiniona wykonała serię telefonów i umówiła pacjenta jeszcze na ten sam dzień, byle tylko został przyprowadzony przed określoną godziną (o ile pamięta, przed 18.00). Z reakcji Anny K. wynikało, że rozumie ona sytuację, w żaden sposób nie oponowała; obwiniona była przekonana, że zawiezie syna na te badania

Obwiniona telefonowała, kontynuowała badanie, wypisywała recepty oraz skierowania na badania, tak że wizyta trwała prawie godzinę. Annie K zostawiła prywatny numer telefonu i powiedziała, że gdy będzie miała wyniki badań, to niech zadzwoni do niej albo do lekarza dyżurującego w Damianie. Jednak nie zadzwoniła ani 24, ani 25 grudnia, gdy obwiniona również pracowała. Wnioskowała z tego, że widocznie wszystko jest dobrze.

Z **oświadczenia pisemnego** (t. II k.185) wynika, że pielęgniarka Małgorzata W. dnia 24 grudnia 2008 r. pełniła dyżur w *hot line* Przychodni Damiana przy ul. Wałbrzyskiej 46, między 12:00 a 13:00 przyjęła zgłoszenie wizyty u Jana O, a ok. 16:00, w czasie wizyty, zatelefonowała lek. M. P-T, prosząc o ustalenie, gdzie i do której godziny można wykonać zleczone badania dodatkowe (morfologia z rozmazem, OB., CRP, RTG lub USG stawu biodrowego) oraz konsultację ortopedyczną. Ustaliła, że badania da się wykonać w przychodni przy Wałbrzyskiej 46, dopóki będzie czynna, a później w laboratorium przy Szpitalu Damiana. Informacje te przekazała telefonicznie lek. M. P-T. Po zakończonej wizycie lekarka prosiła ją, aby zadzwoniła do Anny K i jeszcze raz te same informacje jej przekazała, co też M. W. uczyniła.

Z **informacji pisemnej** od dyrektora medycznego „Centrum Medycznego Damiana”, sp. z o.o., Barbary P (dokument z dnia 24 maja 2011 r.) wynika, że w 2008 r. możliwość wykonania badań laboratoryjnych w trybie „cito” istniała codziennie, także w godzinach nocnych i w dni świąteczne.

Obwiniony Mohammed K wyjaśnia: on tego dnia dyżurował w karetce wyjazdowej firmy Falck, miał bardzo dużo wyjazdów, więc w przychodni go nie było. Była tam pielęgniarka, która wykonywała zadania dyspozytora. To z nią rozmawiała Anna K, gdy wzywała lekarza.

Po okazaniu mu historii choroby wyjaśnia, że to on ją wypełniał, z wyjątkiem zapisu „ból nogi, podudzia, temperatura 40 st.” [zapis wyraźnie inną ręką – OSL]; dokonała go pielęgniarka. W tej firmie nie ma kart wyjazdowych przekazywanych przez dyspozytora. Jest karta wyjazdowa, którą on wypełnia w całości, w miejscu wizyty, i jest druga karta, która leży w dyspozytorni i stanowi wkładkę

do historii choroby. Pielęgniarka wpisuje do niej powód wezwania, natomiast on po zakończeniu dyżuru uzupełnia jej treść na podstawie karty wyjazdowej. Zlecenie pielęgniarka przekazuje ustnie przez telefon komórkowy, który odbiera kierowca, notuje na kartce i z kolei przekazuje kartkę lekarzowi. Lekarz wie tylko tyle, co mu przekażą. Niekiedy kierowca odbywa tę rozmowę w samochodzie, kiedy on jest na wizycie domowej, więc nawet nie słyszy przebiegu rozmowy.

Na pytanie, czy to oznacza, że wyjeżdżając do pacjenta nie zna powodu wezwania, odpowiada, że bywa i tak. „Niekiedy pielęgniarka przekazuje telefonicznie tylko jeden objaw, a niekiedy tylko adres wezwania i personalia pacjenta.” Przyznaje, że gdy nie wie, co jest powodem wezwania, to jest dlań trudna sytuacja.

25 grudnia dnia ból podudzia jako powód wezwania odnotowała pielęgniarka. Ale on nie widział, co ona odnotowała, ani z nią nie rozmawiał. Wchodząc do mieszkania dziecka nie wiedział o bólu podudzia, o zapaleniu stawów biodrowych. Z wywiadu wynikało, że dziecko ma ospę wietrzną, że gorączkuje, ale gorączka po lekach spadła, że wcześniej było u innego lekarza. Badanie przedmiotowe wykonał odsłaniając tułów i kończyny górne.

Dziecko było w bardzo dobrym stanie ogólnym, nie było „żadnych takich objawów niepokojących”. Na pytanie, czy dziecko leżało, czy było chodzące, odpowiada, że tego nie pamięta, ale na pewno musiało stanąć, kiedy je badał. W innym miejscu stwierdza, że pacjent w czasie wizyty nie był w łóżku, był chodzący, a on badał go zarówno w pozycji stojącej; jak leżącej. Żadnych objawów ze strony stawu biodrowego nie demonstrował. W innym miejscu dodaje, że badaniem stwierdził, że ze stawami się nic nie dzieje [! – OSL].

Na pytanie o liczbę świeżych wykwitów odpowiada, że nie pamięta, bo „miał tysiąc wizyt”. Przebieg wydarzeń opisuje głównie na podstawie dokumentacji. Gdyby nie zjrzał do dokumentacji, nie byłby w stanie tego odtworzyć. Rozpoznał: czynną ospę wietrzną u dziecka w stanie ogólnym dobrym, mającego zapewnione leczenie i opiekę w domu. Nie było wskazań do leczenia szpitalnego. O rozpoznanym zapaleniu stawu biodrowego, o bólu nogi, o skierowaniach na badania, wystawionych 24 grudnia, nic nie wiedział, nie podano mu tego w wywiadzie. Gdyby o tym wiedział, toby inaczej postąpił. Ale że taki był powód wezwania dowiedział się ex post.

Zaordynował standardowe leczenie, tzn. Heviran, paracetamol, kąpiel w nadmanganianie potasu.

Na pytanie odpowiada, że był wówczas w trakcie specjalizacji z medycyny rodzinnej, a aktualnie jest już po egzaminie.

Z **historii choroby** (t.I, k121-122) wynika powód wizyty: „ból nogi podudzie, temp. 40°”.

Z **karty zlecenia wyjazdu pogotowia ratunkowego** (t.I, k152) wynika co następuje: rubryka „powód wezwania” nie wypełniona. Wywiad: „od kilku dni ospa wietrzna, temp. do 40°C”. Objawy: Stan ogólny dziecka stabilny, z kontaktem. Serce i płuca bez zmian. Zmiany skórne charakterystyczne dla ospy. Brzuch bez zmian. Heviran 400 mg. Paracetamol syrop. Rozpoznanie: ospa wietrzna.”

Obwiniona Magdalena J-C wyjaśnia: nie przyznaje się do przewinienia zawodowego. Fakty powołane przez oskarżenie się zgadzają, ale zostały źle zinterpretowane.

Jan O zostało skierowany przez lekarza z „Medicoveru” z rozpoznaniem ropnego zapalenia stawów w przebiegu ospy wietrznej. 27 grudnia ona go badała w izolatce, bo miał jeszcze świeże wykwity na ręce. Przy badaniu byli oboje rodzice. Stwierdziła ograniczenie ruchomości w lewym stawie biodrowym i zaczerwienienie na wysokości prawego stawu kolanowego, niewielkie zakażenie tkanek miękkich. Zrobiła mu USG stawów kolanowych i biodrowych. W stawie biodrowym lewym była mniejsza ilość płynu w stosunku do badania wyjściowego [? – OSL]. Obraz, zdaniem obwinionej, odpowiadał odczynowemu zapaleniu stawów. Wyniki badań laboratoryjnych „rzeczywiście były złe”, a jednocześnie stan ogólny pacjenta dość dobry, nie było wybroczyn, żadnych objawów sugerujących posocznice, nie było gorączki.

Na pytanie, czy w momencie badania stan dziecka zagrażał jego życiu lub zdrowiu, odpowiada, że wyniki badań dodatkowych „na pewno tak”, a stan ogólny nie; jedno z drugim „nie było współmierne”. W rozmowie z Anną K i Tomaszem O objawy te i wyniki określała jako niepokojące. Nie mówiła o zagrożeniu życia.

W dokumentacji odnotowała wyniki badań laboratoryjnych, zapisała, że stwierdziła odczynowe zapalenie stawu biodrowego w przebiegu ospy wietrznej, utrzymała leczenie Heviranem i dodała Ibufen ze względu na działanie przeciwzapalne.

Zasugerowała, żeby pojechali z dzieckiem do szpitala zakaźnego na Wolską, ale nie zwróciła się formalnie do rodziców o zgodę na hospitalizację. Nie potrafi powiedzieć, dlaczego tego nie zrobiła.

Na tę sugestię Anna K zawołała „tylko nie szpital!, tylko nie szpital!”, co ona potraktowała jako odmowę. Na pytanie odpowiada, że nie odnotowała tego w dokumentacji. Nie należała i nie proponowała transportu karetką, bo dziecko „było w wyjątkowo dobrym stanie, jeżeli chodzi o badanie ogólne”. Gdy opuszczali szpital, powiedziała, żeby zgłosili się z synem ponownie w razie pogorszenia.

Leczenia w szpitalu przy N nie proponowała, bo nie ma tam możliwości leczenia pacjentów chorych zakaźnie; nie ma oddziału izolacyjnego. W razie zachorowania dziecka już przyjętego do szpitala wyłącza się część oddziału jako izolacyjną, a sporadycznie wysyła do szpitala przy Wolskiej.

Powodem propozycji odesłania do szpitala były powikłania w przebiegu ospy wietrznej: ból w stawie kolanowym, nadkażenie w okolicy tkanek miękkich stawu kolanowego, wysokie czynniki zapalne we krwi. Na pytanie odpowiada, że taki stan może skutkować posocznicą, ale każde zakażenie może skutkować posocznicą, nawet zmiana na skórze twarzy. Na pytanie, czy wyniki stwarzały jakieś podejrzenia w kierunku chorób krwi, odpowiada, że jej zdaniem dziecko powinno być hospitalizowane w szpitalu zakaźnym. Na pytanie, co zrobiłaby w razie podejrzenia choroby hematologicznej, odpowiada, że zależałoby to od stanu dziecka.

Z karty informacyjnej SOR z 27 grudnia (t.I, zał. do historii choroby k11b) wynika:

(wywiad, stan przedmiotowy, badania dodatkowe, leczenie:) „Skarży się na ból w stawach – biodrowym lewym od 23.12.08, dzisiaj ból w prawym st. kolanowym, w przebiegu ospy wietrznej. USG -> LSB W szparze praw. 2,5 , w zachyłku podtorebkowym do 3 mm. Prawy staw biodrowy i oba stawy kolanowe prawidłowe w bad. USG. Leukocytoza z miasta 4,6; CRP 133. Niewielki obrzęk i [wzrost] uciepl. prawego st. kolanowego, ograniczenie ruchów w LSB. Ibufen (nurofen) syr. 3 x dz, ew. Calpol przy [wzroście] dolega. Bólowych. (Leczony Heviranem)
(rozpoznanie wg ICD-10) M.65 [zapalenie błony maziowej]
(skierowany do) jutro rano kontrola SOR.

Świadek Michał Z zeznaje: 28 grudnia 2008 r. był jednym z trzech lekarzy SOR szpitala przy N. ”W godzinach okołopołudniowych” zgłosiło się dziecko tuż po przebytej ospie wietrznej, z bólem stawu biodrowego (na pytanie potwierdza, że dziecko przebywało w SOR od ok. 10.35 do 13.45). Poprzedniego dnia w tym samym SORze miało stwierdzone odczynowe zapalenie stawów jako powikłanie po ospie wietrznej; 28 grudnia ból trwał i dołączył się ból stawu łokciowego. Do tego złe samopoczucie i temperatura podwyższona, ale chyba poniżej 38°C. Pacjent był w stanie dobrym, wydolny oddechowo i krążeniowo. Poprzedniego dnia był jeszcze świeży wykwit, świadek już żadnego nie stwierdził, a tylko przyschnięte. Wywnioskował, że choroba minęła i nie traktował pacjenta jako zakaźnego. Wybroczyn nie było. Odwodnienia ani innych niepokojących objawów nie było. Potrzeby dopajania dziecka nie było.

Nie pamięta, czym dziecko było wcześniej leczone z powodu ospy; zgaduje, że Heviranem. Jeśli chodzi o zapalenie stawów, typowo zlecało się leżenie, odciążanie, Nurofen lub inne leki przeciwzapalne i kontrolę w poradni chirurgicznej lub pediatrycznej, gdyby coś działo się coś niepokojącego.

Na pytanie odpowiada, że nie wie, dlaczego dziecko mimo stwierdzonej małopłytkowości i dziesięciokrotnie podwyższonego CRP nie zostało hospitalizowane w dniu poprzednim. Z pewnością rodzicom powiedziano, żeby w razie pogorszenia lub braku poprawy zgłosili się ponownie.

Zlecił ponowne USG stawu biodrowego, które w porównaniu z dniem poprzednim sugerowało poprawę (mniejszą ilość płynu surowiczego). Świadek powtórzył też morfologię krwi i CRP. Poprzedniego dnia wyniki były nieprawidłowe, nie wykluczał, że wystąpił błąd laboratoryjny; w każdym razie badania wymagały powtórzenia. Kiedy dostał wyniki, okazało się, że jest bardzo zmniejszona ilość płytek krwi, limfopenia, podwyższona leukocytoza, podwyższony CRP. Świadek pokazał te wyniki lek. K, pediatrze z którą dyżurował. Doszła ona do tego samego wniosku co on, tzn. że dziecko powinno być hospitalizowane.

Wysyłając Jana O. na Litewską sugerował konsultację hematologiczną, gdyż obraz wynikający z badań był niejasny lecz niepokojący, a on ani pediatra (lek. K) nie są hematologami. W szpitalu przy N są tylko oddziały: pediatryczny, urazowo-ortopedyczny i chirurgiczny, bez możliwości konsultacji innych specjalistów, gdy na Litewskiej jest szeroki wachlarz specjalistów, w tym dyżurujący hematolog. Obraz wynikający z dotychczasowych badań był niejasny, nie pozwalał na postawienie rozpoznania; świadek sądził, że dziecko wymaga leczenia „w oddziale specjalistycznym (...) z takim szerokim zapleczem diagnostycznym”.

Na N nie ma także zakaźnego oddziału ani izolatki. W razie wystąpienia takiej potrzeby opróżnia się jakąś salę i traktuje ją jako izolatkę.

Dalej zeznaje, że wprawdzie szpital na N miał umowę z jedną z firm „pogotowiarskich”, ale on dowiedział się, że oczekiwanie na przewóz trwałoby dwie lub trzy godziny, dlatego zaproponował rodzicom, żeby przewieźli dziecko własnym transportem. Nie miałyby sensu czekać tak długo, a po tym czasie byłaby i tak dostępna tylko karetka transportowa, bez lekarza. Na pytanie odpowiada, że gdy powiedział rodzicom Jana O że zachodzi potrzeba przyjęcia go do szpitala ze względu, nie kwestionowali tego, lecz po prostu przyjęli do wiadomości. Na pytanie, czy mówił im o podejrzeniu ostrej białaczki, odpowiada, że na pewno nie. Mówił, że być może jest to jakaś choroba hematologiczna.

Na pytanie odpowiada, że nie powiedział rodzicom, by zostawili dziecko w samochodzie, a nie brali go do IP. Powiedział, że rozmawiał z lekarzami z Litewskiej i ci zapewnili, że dziecko będzie przyjęte. Mają jechać bezpośrednio do tamtego szpitala. Do szpitala przy Litewskiej nie wystawił skierowania, bo oni skierowania „na ogół nie pisali”, wystarczająca była karta SORu z opisem przypadku. Uściśla, że kierował Jana O na konsultację, żeby o przyjęciu zdecydował lekarz izby przyjęć, on sam nie potrafił określić, do jakiego oddziału ten pacjent miałby być przyjęty. Natomiast w rozmowie telefonicznej z lek. A. O-P sugerował przyjęcie do szpitala. Sądził, że stan dziecka wymaga uprzedzenia lekarzy IP na Litewskiej, że taki pacjent przyjedzie.

Na pytanie o treść tej rozmowy telefonicznej odpowiada, że poinformował ją, że wysła dziecko, „które jest, umówmy się tak, bardzo chore”, a on podejrzewa jakiś problem hematologiczny. Mówił, że dziecko wymaga przyjęcia do szpitala, który zatrudnia konsultantów z różnych dziedzin i stwarza możliwość szerszej diagnostyki. Natomiast nie sugerował w żaden sposób, że zachodzi bezpośrednie zagrożenie życia pacjenta. Pamięta, że powiedział lek. A. O-P, że **dziecko jest po przebytej ospie i bez świeżych wykwitów, dlatego wysła je właśnie na Litewską**. W tych okolicznościach ogóle nie rozważał przesłania go do szpitala zakaźnego.

Na pytanie odpowiada, że stwierdzenie w karcie informacyjnej, że pacjent jest w ósmej dobie ospy wietrznej, a nie są opisane świeże wykwity, w jego przekonaniu oznacza, że choroba się skończyła. Nadto stwierdzając świeże wykwity skierowałby pacjenta wprost do szpitala zakaźnego.

Z karty informacyjnej SOR z 28 grudnia (t. I, k10D) wynika:

(wywiad, stan przedmiotowy, badania dodatkowe, leczenie:) „W dniu dzisiejszym stwierdzam [? – mało czytelne] obrzęk prawego stawu kolanowego. Płaczliwy, niespokojny. (Dziecko w 8-9 dobie ospy wietrznej.) USG: wysięk w zachyłku nadrzepkowym do 6 mm, maziówka do 5 mm, niewielki obrzęk tkanek podskórnych [? – nieczyt. OSL] Cechy zapalenia stawu kolanowego.

Morfol. L – 15,7 (neutrofile 86%, limfocyty 8%); E – 4,8; Hb – 13,4; Ht – 38; MCHC – 35. Płytki krwi 10! CRP – 263 mg/l

(rozpoznanie wg ICD-10) M.65

(skierowany do) konsultacji w oddz. Hematologii ul. Litewska

Obwiniona Agnieszka O-P wyjaśnia: do popełnienia przewinienia nie przyznaje się, gdyż w uzasadnieniu wniosku o ukaranie błędnie oznaczono godziny, w których przyjmowała Jana O w izbie przyjęć [! – OSL]. Przede wszystkim zaś obwiniona twierdzi, że lek. M. Z nie stwierdził, że pacjent jest niezakaźny. Ona nie mogła więc tego *a priori* zakładać i tym samym odesłanie Jana O do szpitala zakaźnego było uzasadnione.

Wyjaśnia, że dyżur w IP 28 grudnia pełniła od 8.30. do 20.00, przyjmując w tym czasie ogółem 43 pacjentów. **Okolo 13.50-14.00 zadzwonił lek. M. Z, lekarz dyżurny SOR szpitala przy N, że jedzie do niej pacjent, którego przekierował na konsultację hematologiczną z podejrzeniem białaczki, a jednocześnie jest pod koniec ospy wietrznej, być może jeszcze w fazie zakaźnej. Zapytany, na jakiej podstawie podejrzewa białaczkę, odpowiedział, że pacjent ma zapalenie stawów i małopłytkowość. Powiedziała, że mogą to być powikłania towarzyszące ospie wietrznej i że może należało pacjenta wysłać do szpitala zakaźnego, przeznaczonego do leczenia chorób zakaźnych i ich powikłań. Lekarz M. Z powiedział wtedy, że jest już za późno, bo pacjent jest już w drodze do szpitala przy Litewskiej. Okolo 15-20 minut po tej rozmowie przybyła Anna K. Była sama, mówiła, że syna zostawiła w samochodzie. Obwiniona w ogóle nie wie, gdzie to dziecko wówczas było, gdzie był zaparkowany ten samochód, ona o to nie pytała.**

Obwiniona przejrzała dokumenty, które Anna K miała z sobą; wśród nich były m.in. wynik USG stawów biodrowych i karta informacyjna z SOR przy ul. N, podpisana przez lek. M. Z. Nie był tam szczegółowo opisany stan pacjenta, tylko że ma zapalenie stawów i jest w ósmej dobie ospy wietrznej, z poziomem leukocytów ok. 15 tys., płytek krwi ok. 10 tys. i podwyższonym CRP. Lekarz

M. Z nie informował, że pacjent jest po przebytej ospie wietrznej. Odniosła wręcz wrażenie, że telefonował właśnie po to, żeby uprzedzić, że pacjent jeszcze może zarażać.

Wyjaśnia, że w szpitalu przy Litewskiej nie powinny się znaleźć dzieci z chorobą zakaźną. Obecność nosiciela mogłaby stwarzać szczególne zagrożenie w oddziałach Hematologii i Onkologii, Kardiologii oraz Nefrologii; dotyczy to zwłaszcza nosicieli ospy wietrznej i półpaśca. Na tych oddziałach przebywają pacjenci poddawani immunosupresji lub mielosupresji. Gdyby np. choroba zakaźna rozwinęła się w czasie leczenia białaczki, należałoby przerwać leczenie, a pacjenta przesłać do szpitala zakaźnego. W tych warunkach uważała za bezpieczniejsze wysłanie Jana O na konsultację do szpitala zakaźnego zanim będzie przyjęty do Oddziału Hematologii i Onkologii.

Także w izbie przyjęć tamtejszego szpitala nie ma właściwych warunków do zbadania dziecka podejrzanego o chorobę zakaźną. Przebywa tam wiele osób, jeszcze bez postawionego rozpoznania, więc nie wiadomo, czy kontakt z podejrzanym o zakażenie w jakiś sposób im nie zaszkodzi. Ona w żaden sposób nie mogłaby zorganizować badania pacjenta zakaźnego w IP, gdyż do tego musiałaby opróżnić izbę przyjęć, a dzieci tam oczekujące „są już jakby pod jej opieką”, więc jej nie wolno byłoby wyprosić na zewnątrz. Wprawdzie przy IP jest pomieszczenie oznaczone jako izolotka, ale jego lokalizacja praktycznie wyklucza, by mogło pełnić tę funkcję. Aby się tam znaleźć, pacjent musiałby przejść przez pediatryczną izbę przyjęć oraz przez poczekalnię, która jest wspólna dla IP pediatrycznej i chirurgicznej. Gdyby rodzice przynieśli tego pacjenta do izby przyjęć, a nie zostawili w samochodzie, to ona by go zbadała, ale później wszystkich obecnych trzeba by traktować jako mających kontakt z czynnikiem zakaźnym, a potem izba przyjęć i pomieszczenie, gdzie pacjent był badany, musiałyby przejść procedurę odkażenia: wietrzenie, mycie, naświetlanie ultrafioletem. Nie pamięta, ile osób oczekiwało wtedy w IP, ale na pewno bardzo wiele.

Przedstawiła tę sprawę Annie K. Przeczytała dostarczone karty informacyjne. Zebrała od niej wywiad, pytając, czy zauważyła u syna jakieś świeże wykwyty. Ta odpowiedziała, że jest na nadgarstku jeden wykwit nie do końca przyschnięty. Wtedy obwiniona wytłumaczyła jej, że dziecko ma wskazania do leczenia szpitalnego, ale najpierw trzeba ustalić, czy nie jest zakaźnie chory, bo wówczas byłby leczony w szpitalu zakaźnym; w przeciwnym razie będzie przyjęty na Litewską. Anna K pytała, czy jest możliwość leczenia w domu, na co obwiniona odpowiedziała, że nie. Szacuje, że wszystko to trwało około 10-15 minut. Nadto obwiniona zadzwoniła do szpitala zakaźnego i przedstawiła sytuację dyżurującej tam lek. Sabinie D, która zapewniła, że jeśli pacjent okaże się zakaźny, to ona przyjmie go na Wolską, a jeśli nie, to odeśle z powrotem na Litewską. Skontaktowała się z lek. Pawłem Ł, żeby upewnić się, czy w ogóle jest miejsce dla takiego pacjenta.

Na skierowaniu, które miała przy sobie Anna K dopisała, że prosi o konsultację i ewentualne leczenie Jana O, pacjenta z podejrzeniem ospy, z zapaleniem stawów i małopłytkowością. Z tym skierowaniem rodzice pojechali z dzieckiem do szpitala zakaźnego. Około 16.00 dostała telefon od lek. Sabiny D, że Jan O jest niezakaźny, a na życzenie rodziców będzie na Litewską przewieziony karetką. Nie wie, co to była za karetka, w każdym razie ona nie dostała później karty transportu pacjenta. Przywieziono go około 16.30.-16.40. Ona go zbadała, stwierdzając stan ogólny średni, dziecko wydolne oddechowo i krążeniowo, przytomne, rozmawiało, z pełnym kontaktem. Natomiast cierpiało z powodu bólu stawów. O ile pamięta, zajęty był prawy staw biodrowy, staw kolanowy i oba stawy łokciowe. Z powodu bólu Jan O przyjmował pozycję przymusową, z przykurczami w obrębie zajętych stawów.

Na pytanie odpowiada, że obrzęk stawów łokciowych i stawu kolanowego był wyraźny, a co do stawu biodrowego, to trudno jest stwierdzić obrzęk. Były pojedyncze wybroczyny, prawdopodobnie na kończynach, ale nie jest pewna. Nie zwracały one „jakiejś takiej dużej uwagi”. Brzuch był miękki, narządy mięsiste niepowiększone, na ciele strupy po ospie wietrznej, w tym na nadgarstku lewym zmiana „faktycznie, niecałkowicie przyschnięta”.

Nie potrafi powiedzieć, czy miał objawy odwodnienia, w każdym razie nie było głębokiego odwodnienia, błony śluzowe jamy ustnej wilgotne, nie było zapadniętych gałek ocznych ani fałdu skórznego.

Po zbadaniu pacjent został przekazany do Oddziału Hematologii, dokąd zaniósł go matka. Na tym skończył się jej kontakt z tym pacjentem.

Odnosząc się do stwierdzenia biegłego, że podwyższona leukocytoza, zapalenie stawów i małopłytkowość 10 tys., powinny być ją zaniepokoić, wyjaśnia, że dla hematologa lub onkologa to nie są objawy niepokojące. Takie wyniki są nieprawidłowe i niepokoją „pediatrów, lekarzy ogólnych, osoby niedoświadczone”. Ona jest

hematologiem-onkologiem dziecięcym z 20-letnim stażem pracy i takie wyniki badań nie budzą jej niepokoju, gdyż „samo podanie trzech tego typu wartości nie świadczy o żadnej chorobie konkretnej”. Małopłytkowość 10 tys. nie zawsze wymaga przetaczania płytek krwi, bo to zależy od rozpoznania. Taki poziom płytek daje objaw w postaci skazy krwotocznej, może powodować krwawienia. Podwyższone CRP wskazuje na stan zapalny, ale niekoniecznie na zakażenie, bo nie jest to badanie swoiste dla zakażeń. **Jakkolwiek takie wyniki wymagają diagnostyki w warunkach szpitalnych, jednak ogólnie „trudno tu mówić o niepokoju”, sytuacja wymagała najwyżej „racjonalnego zaplanowania diagnostyki tego pacjenta”.** Przy takich wynikach pacjent nie był w stanie bezpośredniego zagrożenia życia i nie wymagał natychmiastowego przyjęcia do szpitala. Także lek. M. Z w rozmowie telefonicznej nic nie mówił o potrzebie natychmiastowej hospitalizacji lub o stanie zagrożenia życia. On „wysyłał pacjenta na konsultację, nawet nie kierując go do szpitala”, ona zakłada, że w takim razie pacjent mógłby wrócić do szpitala przy ul. Nieklańskiej, „bo takie są, że tak powiem, zasady konsultacji”. Ona sądzi, że Jan O wymagał przyjęcia do szpitala, ale „trudno powiedzieć, że natychmiastowego”. W wyjaśnieniach z 12 listopada 2009 r. (t.II, k137 odwrót) podawała jednoznacznie, że „pacjent miał bezwzględne wskazania do hospitalizacji”, ale zachodziła potrzeba wyboru właściwego szpitala. Dodaje, że gdyby była pewna, że Jan O jest niezakaźny, toby go przyjęła do oddziału hematologii i onkologii.

Świadek Sabina D zeznaje: 28 grudnia 2008 r. była lekarzem dyżurnym w Szpitalu Zakaźnym przy ul. Wolskiej Około 14.00 zadzwoniła lek. A. O-P z prośbą o skonsultowanie trzypółletniego dziecka w trakcie ospy wietrznej w (prawdopodobnie) ósmej lub dziewiątej dobie, z małopłytkowością i zapaleniem stawów. Była to prawdopodobnie ospa wietrzna. Do Oddziału Hematologii zostało wcześniej skierowane z powodu narastającej małopłytkowości; w rozmowie padła sugestia, że jest podejrzenie choroby rozrostowej. Konsultacja w szpitalu zakaźnym miała ustalić, czy pacjent stanowi zagrożenie epidemiologiczne. Lekarz A. O-P podała, że jeśli dziecko jest niezakaźne, to przyjmie je do Oddziału Hematologii. Po upływie 2 godzin lub więcej zadzwonił portier, że przybył ów pacjent umówiony wcześniej. Na pytanie odpowiada, że nie wie, czemu droga trwała tak długo. Rodzice przynieśli Jana O, ona go zbadała. Był w stanie dobrym, był z kontaktem, płaczący, zaniepokojony sytuacją, na rozbieranie reagował niecierpliwie. Wydolny krążeniowo i oddechowo, ciśnienie (prawdopodobnie) 95/65, tętno ok. 120, nie gorączkował. Nie pamięta, by miał cechy odwodnienia. Z wywiadu nie wynikała biegunka lub wymioty. Nie oceniała saturacji, bo nie było saturatora w IP.

Stwierdziła: wysiew ospy nieobfity, raczej mierny. Świeżych pęcherzyków brak. Na skórze widoczne strupki, część już odpadała; na na tułowiu i na śluzówkach jamy ustnej pojedyncze wybroczyny. Były problemy z ruchomością stawu biodrowego (prawdopodobnie) lewego oraz w stawie łokciowym prawym i kolanowym prawym. Staw kolanowy był obrzęknięty, ale bez zaczerwienienia lub wylewu podskórnego. Ustaliwszy, że ospa wietrzna jest niezakaźna, zatelefonowała do lek. A. O-P, że pacjent do nich wraca. Wezwała karetkę przewozową z firmy zewnętrznej, szpital w tych godzinach nie dysponował własną. Stan dziecka nie był na tyle niepokojący, żeby przewozić „R-ką” (na pytanie uściśla, że ogólnie stan dziecka był średni). Karetka przybyła dosyć szybko, zanim zdążyła opisać wynik konsultacji, poprosiła więc Tomasza O, żeby zaczął na dokument.

Na pytanie odpowiada, że nie przyszło jej nawet do głowy, by zatrzymać pacjenta w szpitalu, bo nie mogłaby mu na miejscu zapewnić należytej opieki; mogłaby go „położyć, dać mu antybiotyki i to wszystko”.

Na pytanie odpowiada, że karetkę zaproponowała z własnej inicjatywy, a nie na prośbę rodziców. Powiedziała, że przy takiej małopłytkowości mogą być różnego rodzaju powikłania i wylewy. Jest tego pewna. Pamięta też, że pytała, czy wcześniej ktoś proponował przewóz sanitarny, a rodzice odpowiedzieli, że nie.

Na pytanie odpowiada, że przyjmują do szpitala dzieci z ospą wietrzną i jej powikłaniami, także septycznymi, ale raczej łagodnymi powikłaniami, typu nadkażenia skóry. Nie mają w szpitalu OIOMu, ani nawet należytego zaplecza diagnostycznego; w weekend np. nie są w stanie wykonać USG ani RTG klatki piersiowej; nawet dla oznaczenia grupy krwi trzeba by materiał odsyłać na Działdowską.. W razie potrzeby takich badań odsyła się pacjenta na Działdowską lub na Marszałkowską. Gdy u pacjenta hospitalizowanego pojawi się podejrzenie zakażenia uogólnionego i ryzyko pogorszenia, odsyła się go do CZD, na Marszałkowską lub N, bo tam funkcjonuje intensywna

terapia. Na pytanie odpowiada, że szpital zakaźny ma oddział intensywnej terapii, ale zorientowany na dorosłych.

Na pytanie precyzuje, że u Jana O nie podejrzewała, że będzie wymagał intensywnej terapii i nie z tego powodu odesłała go na Marszałkowską. Odesłała go, bo było podejrzenie choroby hematologicznej.

Na pytanie odpowiada, że w razie potrzeby umieszczenia na intensywnej terapii dziecka zakaźnie chorego nie bywa z tym trudności, choć niektóre szpitale nie mają separatki na OIOMie. Na przykład Marszałkowska nie ma, a CZD i N – tak. Jednakże również i Marszałkowska przyjmuje naszych pacjentów z sepsą meningokokowopochodną.

Obwiniony lek. Paweł Ł. wyjaśnia: do popełnienia przewinienia zawodowego nie przyznaje się. Fakty powołane we wniosku o ukaranie się zgadzają, ale interpretacja oskarżyciela jest błędna.

Co do przebiegu wydarzeń podaje, że Jan O został przyjęty do Oddziału Hematologii-Onkologii o 17.30. Obwiniony przejrzał dokumentację, ustalił, że dziecko nie jest zakaźne, potem szukał dlań miejsca, co było trudne, bo dziecko było małe, a on miał po jednym wolnym miejscu na hematologii i onkologii, i tylko na salach dla dużych dzieci. Zebrał wywiad od matki pacjenta, dowiedział się, że był on wcześniej konsultowany w szpitalu na N, a później w szpitalu zakaźnym. Ze szpitala przy N pacjent przyjechał z podejrzeniem białaczki, miał małopłytkowość, obrzęki stawowe, to są objawy białaczki. Na pytanie odpowiada, że lek. A. O-P w dokumentacji określiła stan pacjenta jako średni. Nie pamięta, czy rozmawiał z nią bezpośrednio na temat tego pacjenta. Jest pewien, że z lek. M. Z tego dnia nie rozmawiał telefonicznie.

Zbadał Jana O, który w tym momencie był wydolny krążeniowo i oddechowo, bez objawów wstrząsu, z kontaktem, odwodniony, prawdopodobnie z powodu wielogodzinnego krążenia po szpitalach. Obwodowe części ciała nie były zimne. Z bilansu płynów wynika, że o 19.00 pacjent oddał mocz. Ciśnienie było mierzone przy przyjęciu, potem jeszcze raz lub dwa razy, że gdyż pomiar był dla pacjenta dolegliwy z powodu bólu stawów. Był założony pulsoksymetr i kardiomonitor. Ze względu na odwodnienie zlecił podanie płynu Ringera; były wtedy kłopoty z podłączeniem kroplówki. To uważał za zadanie najpilniejsze, bo „podstawowym standardem” jest, że dziecko odwodnione potrzebuje płynoterapii. Do tego trzeba było pacjenta nawodnić ze względu na planowane podanie antybiotyków, bez nawodnienia podanie leków mogłoby prowadzić do niewydolności nerek. W wyjaśnieniach z 16 grudnia 2010 r. (t.II, k k203) podawał, że dziecko przy przyjęciu nie miało pełnych objawów SIRSu, które mogłyby wskazywać na sepsę.

Zlecił badania dodatkowe; zaznacza, że rozmaz ręczny i badanie szpiku wieczorem nie mogły być wykonane. Z pobraniem krwi także był kłopot; pielęgniarki nie mogły się wkluć i założyć dojsćcia z powodu odwodnienia, a u pacjenta z małopłytkowością należało to robić ostrożnie. Udało się to po 18.00.

Na pytanie odpowiada, że stan pacjenta przy przyjęciu określił jako ciężki, a to ze względu na gorączkę, odwodnienie i podejrzenie białaczki, a przebieg białaczki „może być różny”. Po nawodnieniu stan poprawił się na średnio-ciężki; wtedy można było pobrać materiał do badań. Zatorów bakteryjnych nie było. Były pojedyncze, „punkcikowate” wybroczyny, typowe przy małopłytkowości na poziomie 10 tysięcy. Występowały na całym ciele.

O 18.28 był wykonany RTG klatki piersiowej, który zlecił w poszukiwaniu źródła infekcji i podejrzewając, że chodzi o zapalenie płuc, guz śródpiersia, czy innych zmian, które „mogłyby być u takich pacjentów z białaczką”. Wynik był: „bez cech zagęszczeń, serce w normie, jamy opłucnowe wolne”.

Pierwsze wyniki otrzymał o 19.00; badania odnoszące się do układu krzepnięcia były „bez interpretacji” (niemiarodajne), ze względu na warunki pobrania krwi która była „wyciskana”. Wiarygodne były tylko morfologia i CRP; CRP podwyższone, obniżony poziom płytek. Powziął wówczas podejrzenie, że może to być białaczka z jednoczesnym zakażeniem, zlecił dwa antybiotyki (aminoglikozyd, cefalosporyna II generacji) „plus jeszcze płyny i inne rzeczy”. Jest to odnotowane w dokumentacji o 19:00. Pielęgniarki same ustaliły podanie antybiotyków na 20.00, bo tak łatwiej jest im podawać. On o tym początkowo nie wiedział, ale zorientował się około 20.30 i polecił, żeby antybiotyk podać natychmiast.

Na pytanie odpowiada, że podanie dwóch antybiotyków u dziecka w takim stanie jest w ich szpitalu postępowaniem standardowym, także wówczas, gdy brak jeszcze potwierdzenia bakteriologicznego. On przed 21:00 nie miał pewności, czy chodzi o uogólnione zakażenie, ale „to było podane jakby głównie profilaktycznie, że mam infekcję”.

O 21.00 dostał wszystkie wyniki powtórnych badań, w tym zaburzeń układu krzepnięcia i oznaczenie grupy krwi. Wtedy, będąc już przekonany, że dziecko ma sepsę, odbył rozmowę z jego rodzicami, zapoznał z wynikami i powiedział, że jest to uogólnione zakażenie i będzie potrzebna pomoc anestetyczna. W tym czasie Jan O był wydolny oddechowo i krążeniowo, reagował na bodźce i był stabilny. Obwiniony poszedł na oddział anestetyczny prosząc o konsultację. Na pytanie odpowiada, że powodem konsultacji nie było pogorszenie stanu pacjenta, który był w tym momencie stabilny, z saturacją 100%; powodem były wyniki badań dodatkowych, stwierdzające zaburzenia układu krzepnięcia. Wynik badania saturacji (100% o 21:00) zna z raportu pielęgniarskiego. Pielęgniarki kontrolowały saturację, nie wie, z jaką częstotliwością.

Na pytanie pokrzywdzonego Tomasza O, dlaczego po otrzymaniu wyników świadczących, że rozwinęło się uogólnione zakażenie, najpierw rozmawiał z nim i Anną K, a dopiero potem, po ok. 15 minutach poszedł do oddziału anestetycznego, obwiniony odpowiada, że dlatego, że rodzice byli wtedy razem na sali, a on ma zawsze zwyczaj informowania rodziców o stanie pacjenta. Dodaje, że trwało to pięć minut, nie piętnaście. Dziecko było w tym czasie stabilne; w przeciwnym razie on nie poszedłby do OIT, tylko wezwał anestezjologów na miejsce.

Około 21.15-21.30 przyszli anestezjolodzy, zbadali pacjenta, zakwalifikowali go do przeniesienia na OIT, a o 21.40 zadzwonili, że już są gotowi go przejąć. U nich w szpitalu anestezjolodzy w razie potrzeby zabierają pacjenta do OIT natychmiast, a w tym przypadku tak nie było. Obwiniony wnioskuje z tego, że stan dziecka anestezjologowie ocenili jako na tyle ciężki, że wymagający intensywnej terapii, ale stabilny. Na pytanie odpowiada, że anestezjologowie powiedzieli, żeby nie włączać leków inotropowych. Obwiniony zorganizował i nadzorował przewiezienie Jana O do tamtego oddziału. Był on wtedy nadal wydolny oddechowo i krążeniowo. Do OIT obwiniony poszedł raz jeszcze między 1.00 a 2.00, pielęgniarka powiedziała, że dziecko jest stabilne. Na tym skończył się jego kontakt z pacjentem.

Należy nadmienić, że w wyjaśnieniu pisemnym (t. II k152 a-d) obwiniony wskazywał, że „zgodnie z załączonymi standardami postępowania [Society of Critical Care Medicine, *Improving time to broad-spectrum antibiotics*, k152e-152f] włączenie empirycznego leczenia za pomocą antybiotyków powinno nastąpić w ciągu 3 godzin od postawienia rozpoznania sepsy”, a on zmieścił się w tych granicach. Powołuje się też na artykuł (R. Z. Jaeschke, J. L. Brożek, *Aktualizacja międzynarodowych zaleceń dotyczących postępowania w ciężkiej sepsie i wstrząsie septycznym 2008 – czy powinniśmy zmienić naszą obecną praktykę kliniczną?*, „Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej”, nr 118 (3) z 2008 r.; II, k152g-152j), z którego wynika, że włączenie antybiotykoterapii powinno nastąpić w godzinę od spadku ciśnienia tętniczego, a w tym przypadku antybiotyk został włączony przed wystąpieniem spadku ciśnienia. Z tego powodu sądzi, że „dopełnił wszelkich zasad właściwej opieki nad chorym”.

Z **dokumentacji indywidualnej** prowadzonej przez obwinionego (wkl. do hist. choroby, t.I, k11b) NIECZYTELNE

Z **raportu pielęgniarskiego** (t.I, k16) wynika m.in.: „O godz. 20:00 otrzymał 300 mg Paracetamolu, o godz. 21:14 [?] 110 mg Netramycyny, o godz. 21:30 [liczba pogrubiana lub przeprowiana] 400 mg Claforanu wg karty zlec. lek. Około godz. 21:00 stan chłopca nagle zaczął się pogarszać. Parametry życiowe monitorowane, wynosiły: 21:00 SPO₂ – 100%, T – 124; 21:30 SPO₂ – 86%, T- 136; 21:45 SPO₂ – 78%, T – 168. O 21:30 odbyła się konsultacja anestetyczna, decyzją lekarza dziecko zostało przeniesione na oddział IT w stanie ciężkim, przytomn[e], na własnym oddechu.”

Z **opinii biegłego prof. Wojciecha S** (t. I, k107-113) wynikają następujące konkluzje: (1) u Jana O w przebiegu ospy wietrznej rozwinęła się posocznica z zespołem wykrzepiania wewnątrznaczyniowego (DIC) i zapalenia wielostawowego, wywołana przez bakterię *Streptococcus pyogenes*, wrażliwą na większość antybiotyków. Wczesne przyjęcie do szpitala pediatrycznego i dożylnie podanie antybiotyków dawało możliwość zapobieżenia zgonowi. (2) Po rozpoznaniu ospy wietrznej i zapalenia stawu biodrowego należało pacjenta skierować Kliniki Chorób Zakaźnych Wiek. Dziecięcego AM w Warszawie przy ul. Wolskiej, celem wdrożenia natychmiastowego leczenia przyczynowego drogą dożylną. (3) **Hematolog dyżurująca w szpitalu przy Marszałkowskiej 24 (Litewskiej) powinna była zbadać dziecko tam skierowane, a w razie stwierdzenia, że pacjent jest niezakaźny – niezwłocznie przyjąć go do oddziału.**

W **opinii uzupełniającej** z 13 stycznia 2012 r. biegły stwierdza: (1) u Jana O wystąpiła

posocznica. Nie jest możliwe precyzyjne wskazanie momentu, gdy doszło do przełamania barier ochronnych i uogólnienia zakażenia (którego punktem wyjścia był prawdopodobnie staw biodrowy), jednak zawiera się on **między 24 a 25 grudnia** 2008 r. Przemawia za tym gorączka do 40°C w dniu 24 grudnia i wystąpienie bólów w okolicy stawu biodrowego lewego i stawu kolanowego prawego, co świadczy o rozprzestrzenianiu się zakażenia drogą krwionośną. (2) Stan pacjenta o 16:30 w dniu 28 grudnia należy określić jako ciężki (a nie średni, jak odnotował lekarz IP). Jednak w przypadku pacjenta, mającego zachowany własny oddech i wydolnego krążeniowo leczenie może być skutecznie prowadzone nie tylko w warunkach OIOMu, ale i w specjalistycznych oddziałach takich, jak Klinika Onkologii i Hematologii WUM. **Istotne jest natomiast możliwie szybkie wdrożenie adekwatnej terapii**, co w tym wypadku jednak nie nastąpiło. (3) 27 grudnia lek. M. J-C stwierdziła: ból lewego stawu biodrowego, prawego stawu kolanowego, wybroczyny skórne, gorączkę, zapalenie wielostawowe, CRP 133 mg%, co jednoznacznie wskazywało na rozwijającą się posocznicę i dawało podstawę do przyjęcia do szpitala albo szybkiego przekazania pacjenta do innego szpitala dziecięcego, jeśli szpital przy Niekańskiej nie był przygotowany do leczenia pacjentów o takim profilu. **Hospitalizację należało w takim wypadku zaproponować jednoznacznie**. Przełożenie decyzji na następny dzień biegły uważa za niezrozumiałe. (4) Mętna treść w obrębie stawów, opisana w protokole oględzin zwłok [k89 i n. – OSL], oraz wcześniejszy obraz kliniczny (zaczerwienienie wokół stawu kolanowego, obrzęk i ból przy próbie ruchomości) odpowiadają ropnemu (bakteryjnemu) zapaleniu stawów. Rozpoznanie takie biegły uważa za „ewidentne” i nie przeczy mu fakt, że z treści stawowej nie wyhodowano bakterii odpowiedzialnej za posocznicę. (4) Przebycie ospy wietrznej jest czynnikiem obniżającym odporność, a w literaturze opisywana jest zwiększona częstotliwość powikłań bakteryjnych u pacjentów w końcowej fazie ospy wietrznej lub bezpośrednio po jej przebyciu. Stwarzało to element niekorzystny dla rozwoju choroby, co jednak wobec ewidentnych objawów klinicznych posocznicy nie powinno być powodem odroczenia leczenia przyczynowego (antybiotykoterapii). (5) Biegły uważa za niezrozumiałe, czemu dziecko z CRP 263,4 mg/l (norma do 10 mg/l), leukocytoza w krwi obwodowej 15,7 K/UI, płytki krwi 10 K/UI, tj. „ewidentnymi wykładnikami posocznicy, z zapaleniem stawów (...) stan absolutnie nagły, sepsa była w pełni rozwinięta, istniało bezpośrednie zagrożenie dla życia” spędziło w SOR przy Niekańskiej 3 godziny, a jego stan ogólny określano jako dobry. (6) Dla lekarza hematologa, jakim jest lek. A. O-P, przekazanie z innego szpitala 3,5 letniego chłopca w 7 dobie ospy wietrznej, z małopłytkowością, bólami stawów i narastającą leukocytozą, powinno być „szczególnie alarmujące”. Jednocześnie w większości przypadków w 7 lub 8 dobie ospy wietrznej u dzieci nie będących w immunosupresji choroba już jest niezakaźna. **Biegły nie widzi wytłumaczenia dla zaniechania zbadania Jana O, nawet po uwzględnieniu specyfiki szpitala przy Litewskiej, na którą powołuje się obrona**. Odesłanie dziecka do kolejnego szpitala dało w efekcie kolejną godzinę opóźnienia we wdrożeniu adekwatnego leczenia.

Z opinii biegłego prof. Andrzeja R wynika co następuje: (1) 24 grudnia 2008 r., podczas badania przez lek. M. P-T były już zaznaczone objawy zakażenia bakteryjnego i zapalenia stawów, „sprawa już wówczas wyglądała w oczywisty sposób na bakteryjne zapalenie stawów” i dziecko powinno zostać natychmiast skierowane do szpitala zakaźnego, przyjęte, a po potwierdzeniu tego podejrzenia – intensywnie leczone (antybiotykoterapia dożylna). (2) 25 grudnia lek. Mohammed K z jakichś powodów w ogóle nie zorientował się, że pacjent cierpi na dolegliwości ze strony stawu biodrowego, przedłużył dotychczasowe postępowanie, nie kierując do szpitala. (3) 27 grudnia lek. M. J-C miała do czynienia z pacjentem w końcowej fazie ospy wietrznej, z trzema nieprzyschniętymi wykwitami oraz z objawami septycznego zapalenia stawów (gorączka, ból, zaczerwienienie, wysokie CRP). Dziecko nie powinno zostać odesłane do domu, nadto nie należało zlecać ibuprofenu, który w ospie wietrznej może sprzyjać zakażeniom paciorkowcowym. (4) **Wyniki badań z 28 grudnia wskazywały na postępujący proces septyczny, a nie na „problem hematologiczny”**. Lekarz M. Z nie powinien był odsyłać pacjenta do Kliniki Hematologii SPDSK (jakkolwiek biegły zaznacza, że obecność skazy krwotocznej „usprawiedliwiała taki ruch”). Pacjenta należało przyjąć do szpitala i natychmiast włączyć antybiotykoterapię skierowaną na paciorkowca ropotwórczego lub gronkowca złocistego z ewentualnym pokryciem beztlenowców. (5) **Lekarz A. O-P odesłała Jana O, nie badając go, na konsultację w Szpitalu Zakaźnym; jest „zrozumiałe, że każdy onkolog boi się jak ognia ospy wietrznej na swoim oddziale i stara się taki przypadek odepchnąć”, jednak chodziło o dziecko, wymagające natychmiastowego leczenia, a do sprawdzenia, czy ospa jest w fazie zakaźnej, nie jest potrzebny specjalista chorób zakaźnych**. (6) Lekarz Sabina D powinna była przyjąć Jana O do

klinicznego oddziału zakaźnego i natychmiast włączyć leczenie, a nie odsyłać go z powrotem na Litewską. Biegły upatruje tu „poważnego zaniechania”, gdyż rzecz działa się w szpitalu najbardziej kompetentnym w leczeniu powikłań ospy wietrznej. (7) Co do lek. Pawła Ł, biegły nie widzi żadnych nieprawidłowości, gdyż pacjenta on zbadał, postawił wstępne rozpoznanie, zlecił badania dodatkowe, a po otrzymaniu wyników zlecił adekwatne leczenie.

Uzupełniając opinię na rozprawie biegły dodał, że (1) zakaźność ospy wietrznej u dzieci trwa osiem do dziesięciu dni, ale miarodajnym i bezpiecznym kryterium jest nie tyle upływ czasu, co moment, kiedy przyschły ostatnie wykwit. Na pytanie, czy wyrażenie użyte w karcie informacyjnej: „pacjent w ósmej dobie ospy wietrznej” jest równoznaczne z tym, że pacjent nie jest już zakaźny, biegły zaprzeczył. Na pytanie, czy treść karty informacyjnej sporządzonej przez lek. M. Z mogła wprowadzić w błąd lek. A. O-P i utrudnić jej prawidłowe zdiagnozowanie stanu pacjenta, biegły odpowiada: jeśli uwzględnić podejrzenie hematologiczne, to **„absolutnie” dziecko powinno było być zbadane, gdy przyjechało na Litewską.**

(2) Biegły sądzi, że lekarze w oddziałach ratunkowych mogli nie skojarzyć, że ospa wietrzna należy do najbardziej immunosupresyjnych zakażeń, stwarza dużą możliwość powikłania bakteryjnego. Nadto pacjentów z ospą Ibuprofen dodatkowo obniża odporność. Na to ostatnie istnieją wprawdzie tylko dowody epidemiologiczne (z badań obserwacyjnych), a nie ma dowodów z RCT, niemniej ospa stanowi przeciwwskazanie do podawania Ibuprofenu. **Hipoteza, że chodzi o proces septyczny, powinna zostać postawiona znacznie wcześniej**, a najpóźniej 28 grudnia w szpitalu zakaźnym; **z tego szpitala dziecko nie powinno już być wypuszczone.**

(3) Na pytanie, co należałoby zrobić „wedle wiedzy i praktyki medycznej”, gdyby była potrzeba zbadania pacjenta z podejrzeniem choroby zakaźnej, a IP miała wadliwą organizację przestrzenną, odpowiada, że **on by wyszedł zbadać pacjenta w samochodzie, niezależnie od zasad organizacyjnych obowiązujących w szpitalu**. Odesłanie dziecka z ospą wietrzną do szpitala zakaźnego byłoby właściwym sposobem postępowania, ale **pod warunkiem zbadania pacjenta**. On rozumie lęk przed ospą wietrzną w warunkach szpitala hematologicznego; to, co zrobiła obwiniona lek. A. O-P da się zrozumieć, zwłaszcza w stresowej sytuacji izby przyjęć, ale to nie było uzasadnione. Biegły **podtrzymuje stwierdzenie, że lekarz nie może podejmować decyzji nie badając pacjenta.**

(4) Zapytany o poprawność postępowania lek. M. P-T na wizycie domowej 24 grudnia, biegły odpowiada, że w sytuacji, gdy mogło chodzić o odczynowe (nieinfekcyjne) zapalenia stawów lub infekcyjne, to on sam by wysłał dziecko do szpitala „jeśli miałbym wysokie CRP, jeśli miałbym objawy wysokiej leukocytozy”. Ale nie uważa, by skierowanie na badania dodatkowe w trybie ambulatoryjnym stanowiło „wielkie przeoczenie albo zaniedbanie (...) na pewno nie był to błąd w sztuce (...) tylko takie jakby przyjęcie wersji z dużym znakiem zapytania i optymistycznej”. **Skoro obwiniona uzgodniła wykonanie badań jeszcze tego samego dnia, to biegły „wcale tego nie uważa za jakiś błąd”.**

(5) Na pytanie biegły odpowiada, że nie może powiedzieć, w którym momencie zaczęła się sepsa u dziecka. Gorączka może występować także w przebiegu ospy wietrznej, ale potem **zmiana toru gorączki mogła sugerować, że już zaczął się proces septyczny.**

(6) Zaznaczmy, że skierowane do biegłego pytanie obwinionego Mohammeda K, na podstawie jakich kryteriów miałby na wizycie domowej 25 grudnia różnicować między septycznym zapaleniem stawu (uzasadniającym skierowanie do szpitala), a zapaleniem błony maziowej (co daje się leczyć w warunkach domowych) należało potraktować jako retoryczne. Zgodnie z treścią jego własnych wyjaśnień obwiniony na owej wizycie nie rozpoznał żadnych (ani septycznych, ani odczynowych) zmian w obrębie stawów, a nawet nie wiedział, że dyspozytor odnotował taki powód wezwania. On nic na temat zapalenia stawu biodrowego nie wiedział.

Z materiału dowodowego wynika jednoznacznie, że Jan O zmarł w wyniku powikłania ospy wietrznej – posocznicy z zespołem wykrzepiania wewnątrznaczyniowego, wywołanej przez nieantybiotykooporną bakterię *Streptococcus pyogenes*. Ten ostatni fakt był wprawdzie możliwy do ustalenia tylko *ex post*, pozwala jednak wnioskować, że przy szybkim postawieniu rozpoznania i wdrożeniu odpowiedniego leczenia, zgonowi temu można było zapobiec.

Jednocześnie **prawidłowość postępowania lekarskiego i procesu decyzyjnego może być oceniana jedynie *ex ante***, tzn. na podstawie faktów, o których obwinieni wiedzieli, lub które przynajmniej były im dostępne.

Pod tym względem sytuacja poszczególnych obwinionych jest różna, gdyż zetknęli się oni z

Janem O w różnym czasie i w różnym kontekście sytuacyjnym. Należy to opisać z zachowaniem chronologii.

(1) 24 grudnia pacjenta badała lek. **Małgorzata P-T**, wezwana na wizytę domową z powodu: ospa wietrzna, ból nogi. Zastała dziecko w dobrym stanie ogólnym, ruchliwe, choć utykające na nogę i chwilami „popłakujące troszkę”, bez gorączki, z wykwitami ospowymi, które nie były liczne, ale częściowo w fazie czynnej. Innych zmian, w szczególności wybroczyn, na skórze nie było. Z wywiadu wynikało, że jest to trzecia lub czwarta doba od początku choroby. Staw biodrowy lewy nie był ucieplony ani obrzęknięty, występowała tylko niewielka bolesność przy zginaniu i odwodzeniu. **Materiał dowodowy nie stwarza nawet cienia sugestii, by badanie było przeprowadzone niestarannie.** Wizyta trwała bardzo długo, a postępowanie lekarki sprawiało na Anny K wrażenie rzetelnego.

Także **wnioskowanie obwinionej było najzupełniej poprawne**: trafnie podejrzewała, że idzie o zapalenie stawu biodrowego, jednak badanie podstawowe nie dawało odpowiedzi, czy jest to zapalenie odczynowe, czy septyczne. Kwestia ta była istotna, gdyż w każdym z tych przypadków decyduje o dalszym postępowaniu z pacjentem musiałyby być inne. Septyczne zapalenie stawu wymaga podania antybiotyków, a w epoce przedantybiotykowej było obciążone bardzo wysoką śmiertelnością. Aby „bezpiecznie” postawić rozpoznanie zapalenia błony maziowej trzeba wykluczyć, że chodzi o zapalenie septyczne. Obwiniona zaplanowała adekwatne czynności w zakresie diagnostyki różnicującej, przy czym (i słusznie) skierowanie wystawiła jako pilne. Wyjaśnia, że ze względu na zbliżające się święta sprawdziła, że badania laboratoryjne da się wykonać tego samego dnia, jeśli nie w przychodni przed 18:00, to w Szpitalu Damiana, w późniejszej porze. Zostawiła Annie K swój numer telefonu i poprosiła Małgorzatę W, by ta raz jeszcze zatelefonowała do niej z przychodni, co też ta ostatnia uczyniła. Wychodząc obwiniona była przekonana, że Anna K niezwłocznie zgłosi się z synem do przychodni na Wałbrzyską.

Obraz wydarzeń przedstawia się do pewnego stopnia odmiennie w opisie Anny K. Podaje ona, że lek. M. P-T „chyba” zostawiła jej numer telefonu, a zarazem że nie mogła się do niej dodzwonić [?! – OSŁ]. Potwierdza, że po wizycie rozmawiała z kimś z Przychodni Damiana. Z rozmowy tej zrozumiała, że badań laboratoryjnych nie da się wykonać tego dnia, że może dałoby się to zrobić w warunkach szpitalnych, ale nie ma powodu się spieszyć, można zrobić te badania po świętach.

Ta wersja wydarzeń jest niewiarygodna. Małgorzata W nie miała żadnego racjonalnego powodu, by informować, że laboratorium jest nieczynne, gdy było ono czynne. Nie było powodu, by ją zapewniać, że pośpiech jest zbędny, gdy **nawet z treści skierowań wynikało, że badania powinny być wykonane pilnie. Prawdopodobnie doszło tu do jakiegoś tragicznego nieporozumienia.** Za takim podejrzeniem przemawia fakt, że Anna K jeszcze 25 i 26 grudnia pozostawała w przekonaniu, że „dwoje lekarzy stwierdziło, że nic złego się nie dzieje” (wynika to z zeznań Tomasza O).

Należy zaznaczyć, że z pierwotnej opinii biegłego prof. A. R wynikało, że już w chwili badania przez lek. M. P-T „sprawa wyglądała w oczywisty sposób na bakteryjne zapalenie stawów”. Tezy tej biegły jednak w żaden sposób nie uzasadnia, a w opinii uzupełniającej wręcz jej zaprzecza. Przyznaje bowiem, że **24 grudnia fakty wskazywały, że może chodzić albo o zapalenie odczynowe, albo o zapalenie septyczne.** Wprawdzie on sam wysłałby dziecko do szpitala, ale tylko „jeśli miałbym wysokie CRP, jeśli miałbym objawy wysokiej leukocytozy”. Tymczasem obwiniona wyników takich nie miała, ona dopiero kierowała pacjenta na takie badania. Ostatecznie biegły stwierdził, że jeśli badania laboratoryjne miały być wykonane jeszcze tego samego dnia, to postępowanie obwinionej mieści się w granicach poprawności.

(2) 25 grudnia samopoczucie chorego istotnie się pogorszyło, gorączka wzrosła (wg zeznań Anny K do 40-41°C), ból stawów nasilił się. O takich powodach wezwania lekarza mówi ona sama i potwierdza je treść adnotacji o przyjęciu zgłoszenia w historii choroby.

Obwiniony lek. **Mohammed K** wyjaśnia, że o powodach wezwania nie wiedział, bo dyspozytorzy nie informują o tym lekarzy. Wiedział tylko tyle, co ustalili z badania podstawowego; jego zdaniem pacjent był w stanie ogólnym bardzo dobrym i nic niepokojącego się nie działo. O bólu stawów nikt w wywiadzie nie mówił, pacjent nie demonstrował żadnych dolegliwości ze strony stawu biodrowego, a on sam badaniem stwierdził, że ze stawami się nic nie dzieje.

O tych samych zdarzeniach Anna K zeznaje, że mówiła lek. Mohamedowi K. o powodach wezwania, a także o skierowaniach wystawionych poprzedniego dnia. W jej ocenie jednak lekarz zachowywał się, jakby się spieszył, sytuację bagatelizował, badanie przeprowadzał „niechlujnie”, a wezwanie go traktował jako wyraz fanaberię czy przewrażliwienia. Tak też opisała przebieg wizyty

Tomaszowi O. Istniejący materiał dowodowy nakazuje dać jej wiarę. Jan O miał objawy zapalenia stawów co najmniej od poprzedniego dnia i nie mogły one magicznie zniknąć 25 grudnia. Jest też najzupełniej wiarygodne, że w tym dniu musiało nastąpić jakieś dramatyczne pogorszenie, skoro Anna K zdecydowała się – mimo trwających świąt – wezwać lekarza na wizytę domową. Dodajmy, że (jak wynika z opinii biegłych) to najprawdopodobniej właśnie wtedy, między 24 a 25 grudnia, doszło do uogólnienia zakażenia.

Skoro obwiniony zbierając wywiad nie zdołał nawet ustalić, jaki jest rzeczywisty powód wezwania, zmusza to, by uznać jego postępowanie za niestaranne. W wyniku tej niestaranności bezpodstawnie uznał Jana O za pacjenta w stanie bardzo dobrym i nie dostrzegł powodów, aby skierować go do szpitala. W jego przypadku wniosek o ukaranie jest więc uzasadniony.

(3) 27 grudnia z pacjentem miała do czynienia lek. **Magdalena J-C.** W tym momencie były już wyniki badań laboratoryjnych, pozwalające rozpoznać toczący się proces septyczny. Okolice stawów były zaczerwienione. Obwiniona zdawała sobie sprawę, że wyniki badań laboratoryjnych są „rzeczywiście złe” i „niepokojące”, ale stan ogólny pacjenta wydawał się jej „dość dobry”. Jedno z drugim wydawało się jej „niewspółmierne”.

Sytuacja ta dawała podstawę do skierowania pacjenta do szpitala zakaźnego. Ona tego jednak nie uczyniła, a nie potrafi powiedzieć dlaczego. Miała podstawy podejrzewać, że ma do czynienia z powikłaniami septycznymi ospy wietrznej, przy czym wie, że taki stan może prowadzić do posocznicy (ale „każde zakażenie może skutkować posocnicą”). Z niezrozumiałych powodów doszła jednak do przekonania, że chodzi o zapalenie odczynowe. Sugerowała rodzicom, że mogliby z dzieckiem pojechać na Wolską, nie tłumacząc im jednak, dlaczego taka potrzeba istnieje. Sugestia ta musiała być dalece niejednoznaczna, a nadto opatrzona komentarzem, że hospitalizacja wcale nie jest konieczna (zeznanie Tomasza O).

Obaj biegli są zgodni, że dane istniejące 27 grudnia: gorączka, ból, zaczerwienienie, wysokie CRP, jednoznacznie wskazywały na rozwijającą się posocnicę i dawały podstawę do przyjęcia do szpitala (choć niekoniecznie do szpitala przy N). **Hospitalizację należało w takim wypadku zaproponować jednoznacznie, a decyzja o odesłaniu pacjenta na wizytę kontrolną następnego dnia jest niezrozumiała.**

Rozumowanie obwinionej jest racjonalnie nie do pojęcia, a przy tym trzeba zakładać, że podjęcie leczenia antybiotykami w tym dniu dawałoby jeszcze istotne szanse powodzenia. W tym przypadku oskarżenie znajduje pełne potwierdzenie w faktach.

(4) 28 grudnia Jan O został przywieziony z N na Litewską, prywatnym transportem. Tam lek. **Agnieszka O-P** uchyliła się od zbadania go i odesłała do szpitala zakaźnego, celem potwierdzenia lub wykluczenia, że pacjent ma ospę w fazie czynnej. Istota oskarżenia w tym wypadku sprowadza się do tego, że obwiniona podjęła taką decyzję bez żadnego kontaktu z pacjentem.

Materiał dowodowy nie pozwala rozstrzygnąć, co dokładnie wiedziała obwiniona na temat Jana O, gdy oczekiwał on w samochodzie zaparkowanym koło szpitala. Należy dać wiarę świadkowi M. Z, że u Jana O nie stwierdził żadnych świeżych wykwitów i był przekonany, że choroba zakaźna już się skończyła. Przemawia za tym fakt, że wkrótce później potwierdziła to lek. Sabina D w szpitalu zakaźnym (zał. do historii choroby, k11b). Rozsądne jest też tłumaczenie tego świadka, że gdyby pacjent był zakaźny, to on by go nie kierował na Litewską, lecz do szpitala zakaźnego. To jest jednak za mało, pozostaje bowiem pytanie, czy wnioski lek. M. Z dotarły do świadomości obwinionej lek. A. O-P. Na pytanie to dowody nie dają odpowiedzi. Należy bowiem przyznać, że karta informacyjna wystawiona przez lek. M. Z nie stwierdzała jednoznacznie, że pacjent ten jest niezakaźny. Być może fakt taki wynikał z rozmowy telefonicznej, o czym zeznaje sam lek. M. Z. Jednak obwiniona temu zaprzecza, co może być jej umyślnym wykrętem, ale może też odpowiadać prawdzie, gdyż mogło dojść do jakiegoś nieporozumienia w czasie ich rozmowy telefonicznej. Sprzeczności tej rozstrzygnąć się nie da, a art. 5 § 2 kpk nakazuje rozstrzygnąć wątpliwość na korzyść obwinionej.

Obwiniona wiedziała wszakże, że chodzi o pacjenta w ósmej lub dziewiątej dobie choroby, a więc **najprawdopodobniej niezakaźnego** (co więcej, *ex post* wiadomo, że Jan O. **faktycznie był już niezakaźny**). To, czy ospa wietrzna jest w fazie czynnej, obwiniona mogła przy tym stwierdzić sama, gdyż – zgodnie z trafną uwagą biegłego prof. A. R – nie jest do tego potrzebny specjalista w dziedzinie chorób zakaźnych. Ona wszakże nie podjęła żadnej próby zbadania Jana O przed odesłaniem go do szpitala zakaźnego.

Obwiniona tłumaczy się tym, że szpital przy Litewskiej, a już zwłaszcza tamtejszy oddział onkologii i hematologii, nie jest przystosowany do leczenia pacjentów zakaźnie chorych. Na tę okoliczność przedstawia liczne i wiarygodne dowody (dokumenty załączone do wniosku

dowodowego z 5 lipca 2011 r.), z których wynika, że nawet wykonywanie badań diagnostycznych u pacjentów „zakażających” stwarza dla tego szpitala sytuację wysoce kłopotliwą (niemniej, że badania takie są w nim wykonywane i przygotowano na tę okoliczność stosowne procedury).

Tłumaczenie to nie ma jednak znaczenia dla wyrokowania. Zarzuty wobec lek. A. O-P **nie polegają na tym, że nie przyjęła pacjenta „w ciemno” do oddziału onkologiczno-hematologicznego**, lecz na tym, że **odesłała go w ogóle nie badając**, choć został przysłany na konsultację, a znane jej były (co przyznaje) niepokojące wyniki badań laboratoryjnych.

Obwiniona tłumaczy także, że dla niej takie wyniki nie są niepokojące i „nie świadczą o żadnej chorobie konkretnej”. Jest to „argument” sprowadzający się do prostego zaprzeczenia opinii biegłych i jako taki nie może być wzięty pod uwagę. Stan chorego nakazywał w tym momencie podejrzewać (w każdym razie jako jedno z możliwych rozpoznań) posocznicę, a więc chorobę o często piorunującym przebiegu, szczególnie u małych dzieci. Nie sposób więc wziąć za dobrą monetę tłumaczeń obwinionej, że sytuacja nie wymagała natychmiastowej reakcji. Można natomiast się domyślać, że rozpoznanie takie po prostu nie przyszło jej do głowy, gdyż ukierunkowało ją sformułowane przez lek. M. Z podejrzenie, że pacjent ma ostrą białaczkę. W sensie psychologicznym jest to dobre wytłumaczenie; z punktu widzenia ocen nie usprawiedliwia ono lek. A. O-P, ale stanowi istotną okoliczność łagodzącą przy sądownym wymiarze kary.

Wbrew linii obrony prezentowanej przez obwinioną, zbadanie pacjenta leżało w granicach jej możliwości. Było to możliwe na terenie (szeroko rozumianej) Izby Przyjęć. Stwierdzenie obrońców lek. A. O-P, że IP przy Litewskiej jest tak zaprojektowana, że „nie ma możliwości zbadania dziecka z podejrzeniem choroby zakaźnej bez skontaktowania go a innymi chorymi, **w tym pacjentami oddziału onkologicznego i hematologicznego” nie znajduje żadnego potwierdzenia w materiale dowodowym.** **Z planu tej części szpitala (zał. do pisma procesowego z 5 lipca 2011 r., t.III) nie wynika, że do IP wchodzi się przez oddział onkologiczno-hematologiczny; rozwiązanie takie byłoby zresztą skrajnie niebezpiecznym absurdem.**

Z wyjaśnień samej obwinionej wynika co innego, mianowicie, że pobyt w IP pacjenta potencjalnie zakaźnego mógłby być w pewnym stopniu ryzykowny dla innych oczekujących, a w razie potwierdzenia podejrzenia o zakażenie wymuszałyby co najmniej wietrzenie i odkażanie pomieszczeń. Jest to, ogólnie rzecz biorąc, tłumaczenie rozsądne. Jednakże przypadki, gdy do szpitala zgłaszają się osoby podejrzone o zakażenie, nie są niczym niezwykłym. Obowiązkiem szpitala jest urządzenie na taki przypadek izolowanych pomieszczeń, pozwalających przynajmniej na doraźne zbadanie pacjenta.

Należy podkreślić, że obowiązek taki spoczywa na podmiocie leczniczym, tj. szpitalu. Należałoby się zgodzić z abstrakcyjną tezą, że lekarz zatrudniony w szpitalu nie jest w mocy, by samodzielnie zorganizować izolatkę na terenie IP, gdyby takiej izolatki nie było. Ale izolatka w szpitalu przy Litewskiej istnieje i jest do niej odrębne wejście. Z dowodowego planu wynika, że właśnie to wejście prowadzi najkrótszą drogą do izolatki, bez przechodzenia przez rejon, w którym oczekują pacjenci. Można dodać, że na tym właśnie polega prawidłowa organizacja przestrzenna. Wprawdzie w powołanym wyżej piśmie procesowym (s. 6) obrońcy utrzymują, że **wejście owo (od strony ul. Litewskiej) jest zamknięte i nie używane**, a pacjenci wchodzi przez recepcję (od strony ul. Marszałkowskiej). Faktu takiego obwiniona w wyjaśnieniach nie podaje, przyjmijmy go jednak za dobrą monetę. **Tłumaczenia, że drzwi te są zamknięte, nie sposób brać na serio, gdyż zamknięte drzwi można w razie potrzeby otworzyć.**

Tylko na marginesie należy zaznaczyć, że **poza zbadaniem dziecka w izolatce istniała też (zgodnie z uwagą biegłego) możliwość, by badanie przeprowadzić w samochodzie.** Żaden przepis ustawy tego nie zabrania, choć być może wyjście poza teren IP koliduje z regulaminem pracy lub z regułami organizacyjnymi szpitala (w ostatnich latach media nagłośniły parę przypadków, gdy wysyłano karetkę pogotowia po nieprzytomnych pacjentów, znajdujących się w odległości rzędu metrów od SOR lub izby przyjęć szpitala). Nawet jeśli tak jest, sytuacje tego rodzaju muszą być rozwiązywane na zasadzie kolizji obowiązków (art. 26 § 5 kk). Wyjście na zewnątrz skutkowałoby przerwaniem na krótki czas ciągłości pracy IP; odesłanie pacjenta do innego szpitala groziło odwleczeniem diagnozy i leczenia, co przy podejrzeniu posocznicy stanowi efekt znacznie groźniejszy.

Jakkolwiek trudno wymagać od lek. A. O-P bezpośredniej znajomości przepisu art. 26 § 5 kk, pojęcie kolizji obowiązków jest jej znane, gdyż właśnie na taką kolizję sama się powołuje wówczas, kiedy jest to dla niej wygodne (utrzymuje, że obowiązek wobec Jana O. musiał ustąpić obowiązkowi wobec osób oczekujących w IP).

(5) Oskarżenie lek. **Pawła Ł** nie znalazło potwierdzenia w materiale dowodowym. Na wstępie należy zaznaczyć, że od przyjęcia pacjenta do oddziału (17:30), do momentu dożylnego podania antybiotyków (ok. 20:30-20:40) upłynęły trzy godziny.

Argumentacja tego lekarza, powołana w postępowaniu wyjaśniającym, zgodnie z którą „zmieścił się” on z podaniem antybiotyków w granicach czasowych, wynikających z literatury, jest nietrafna ze względów omówionych w uzasadnieniu postanowienia OSŁ z 14 października 2010 r. (t. II k197-198). Z powołanej przez tego obwinionego literatury wynika bowiem, że po rozpoznaniu posocznicy należy błyskawicznie (*rapidly*) włączyć antybiotyki, oraz że zaleca się ustanowienie standaryzowanego protokołu klinicznego, obejmującego empiryczne stosowanie antybiotyków w ciągu najdalej 3 godzin od pojawienia się objawów przy przyjęciach do *Emergency Departments*, a w ciągu jednej godziny dla *Intensive Care Units*. Nie znaczy to, że antybiotyki mogą być podane w dowolnym momencie, byle nie przekroczyć granicy trzech godzin., lecz że **należy je podać możliwie najszybciej po rozpoznaniu**. Identyczne wnioski wynikają z powołanego przezeń artykułu. Na tej podstawie Sąd wówczas powziął wręcz podejrzenie, że lek. Paweł Ł albo uprawia cherry-picking, albo nie rozumie, co czyta.

Problem leży jednak w innym miejscu. Lekarz Paweł Ł przyjmował Jana O do oddziału jako pacjenta z podejrzeniem białaczki, bo z takim podejrzeniem trafił on na Litewską z N. Do tej pory rozpoznania alternatywnych nikt nie rozpatrywał, choć dostępne dane dawały podstawę, by podejrzewać (choć jeszcze nie rozpoznać) posocznicę. Obwiniony jako pierwszy w ogóle z lekarzy występujących w sprawie powziął takie podejrzenie, około godziny 19:00, po otrzymaniu wyników pierwszych (nie w pełni wiarygodnych) badań laboratoryjnych. Już wówczas można mówić o swego rodzaju przewlekłości postępowania (od przyjęcia do szpitala upłynęło półtorej godziny), jednak powodem było to, że pacjent trafił do oddziału silnie odwodniony, co wcześniej utrudniło pobranie krwi na badania. Otrzymał wyniki, z których wynikało podejrzenie sepsy, obwiniony zdecydował o „profilaktycznym” wdrożeniu antybiotykoterapii. Jednak ta sama okoliczność (odwodnienie) była przeciwwskazaniem do podania antybiotyków: tłumaczenie, że odwodnione dziecko było zagrożone niewydolnością nerek, jest najzupełniej uzasadnione. Około 21:00 obwiniony dysponował już dostatecznymi informacjami, by podejrzenie zamieniło się w pewność, co nakazywało uznać, że nie obejdzie się bez intensywnej terapii.

Opóźnienie w podaniu antybiotyków, będące podstawą oskarżenia, było więc wynikiem zbiegu wielu czynników: nietrafnej sugestii choroby hematologicznej, nie w pełni rozwiniętych symptomów ogólnoustrojowej reakcji zapalnej (SIRS), trudnościami w pobraniu krwi na badania laboratoryjne, potrzebą nawodnienia pacjenta przed podaniem antybiotyków, wreszcie określeniem zbyt późnej godziny podania leków przez pielęgniarki, co nastąpiło bez wiedzy obwinionego i co on niezwłocznie skorygował. Sąd nie może absolutnie wykluczyć, że reakcja lek. Pawła Ł na sytuację mogła być nieco szybsza, ale konkluzji takiej nie da się uzasadnić materiałem dowodowym. W tych okolicznościach należało orzec o uniewinnieniu.

Sąd Najwyższy

Sygn. akt SDI 12/14

POSTANOWIENIE

Dnia 8 maja 2014 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Jarosław Matras (przewodniczący)

SSN Krzysztof Cesarz (sprawozdawca)

SSN Dariusz Świecki

Protokolant Anna Kuras

przy udziale Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej

w sprawie lekarza **A. O.**,

ukaranej z art. 8 Kodeksu Etyki Lekarskiej w zbiegu z art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry,

po rozpoznaniu w Izbie Karnej na rozprawie w dniu 8 maja 2014 r. kasacji, wniesionej przez obrońcę ukaranej, od orzeczenia Naczelnego Sądu Lekarskiego z dnia 5 lipca 2013

r.,

zmieniającego orzeczenie Okręgowego Sądu Lekarskiego w [...] z dnia 22 listopada 2012 r.,

1/ oddała kasację jako oczywiście bezzasadną,

2/ obciąża ukaraną A. O. kosztami sądowymi postępowania kasacyjnego, w tym kwotą 20 (dwudziestu) zł tytułem wydatków.

UZASADNIENIE

Okręgowy Sąd Lekarski orzeczeniem z dnia 22 listopada 2012 r., uznał A. O. za winną tego, że „pełniąc w dniu 28.12.2008 r. obowiązki lekarza dyżurnego w Izbie Przyjęć Szpitala Klinicznego w [...], uprzedzona telefonicznie przez dr M. Z. - chirurga dziecięcego ze Szpitala [...] o przesłaniu do Kliniki [...] dziecka J. O. 1/3 4/12 z małopłytkowością (10.000 mm³) CRP 263 mg/l, zapaleniem stawu biodrowego lewego i kolanowego prawego, po przebytej ospie wietrznej, nie badając chorego odesłała go transportem prywatnym do Szpitala Zakaźnego [...] na konsultację celem wykluczenia zakaźności pacjenta, czym opóźniła wdrożenie leczenia, a tym samym naraziła na bezpośrednie niebezpieczeństwo życia i zdrowia dziecka” to jest przewinienia zawodowego z art. 8 Kodeksu Etyki Lekarskiej (dalej KEL) w związku z art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (dalej – u.z.l.l.d.), za które wymierzył **karę upomnienia** i obciążył obwinioną kosztami postępowania.

Odwołania od tego orzeczenia złożyli: pokrzywdzeni A. K. i T. O. **oraz obrońca obwinionej**. Pokrzywdzeni zarzucili rażącą łagodność orzeczonej kary i wnosili o „ponowne rozpatrzenie sprawy”.

Obrońca obwinionej w swoim odwołaniu, nazwanym apelacją, zarzucił:

I. rażącą obrazę art. 424 k.p.k. w zw. z art. 2 § 2 k.p.k., art. 167 k.p.k. w zw. z art. 9 k.p.k., art. 424 k.p.k. w zw. z art. 4 k.p.k. i 5 § 2 k.p.k., art. 201 k.p.k., art. 410 k.p.k. w zw. z art. 4 k.p.k., art. 385 k.p.k. i 386 k.p.k. w zw. z art. 6 k.p.k., mającą wpływ na treść orzeczenia, a ewentualne

II. naruszenia prawa materialnego:

1. art. 8 Kodeksu Etyki Lekarskiej w zbiegu z art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty poprzez błędną wykładnię skutkującą przyjęciem, że A. O. dopuściła się przewinienia zawodowego,
2. art. 26 § 2 i art. 26 § 5 k.k. w zw. z art. 8 KEL i z art. 4 u.z.l.l.d. poprzez jego niezastosowanie pomimo, że A. O. działała w okolicznościach, które wyłączają jej winę za zarzucany czyn.

Obrońca wniósł o uchylenie zaskarżonego orzeczenia i przekazanie sprawy Sądowi I instancji do ponownego rozpoznania albo zmianę orzeczenia przez uniewinnienie obwinionej.

Orzeczeniem z dnia 5 lipca 2013 r., **Naczelny Sąd Lekarski** zmienił zaskarżone orzeczenie w ten sposób, że orzekł wobec obwinionej **karę nagany**.

Kasację od orzeczenia Naczelnego Sądu Lekarskiego złożył obrońca ukaranej, podnosząc zarzuty:

„I. rażącej obrazę prawa procesowego mającej istotny wpływ na treść orzeczenia poprzez:

1. naruszenie art. 433 § 2 k.p.k. poprzez brak należytego rozważenia przez Sąd II instancji zarzutów podniesionych w odwołaniu złożonym przez obwinioną A. O.,
2. naruszenie art. 457 § 3 k.p.k. poprzez brak należytego wyjaśnienia przez Sąd II instancji w uzasadnieniu skarżonego orzeczenia, dlaczego uznał za bezzasadne zarzuty podniesione w odwołaniu, w jaki sposób ustalił, że obwinionej można przypisać winę za zarzucany jej czyn i z jakich przyczyn dokonał zmiany zaskarżonego orzeczenia w zakresie kary wymierzonej obwinionej”,

II. ewentualnie „zarzuty naruszenia prawa materialnego:

1. art. 8 Kodeksu Etyki Lekarskiej w zbiegu z art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty poprzez jego niewłaściwe zastosowanie skutkujące przyjęciem, że A. O. dopuściła się przewinienia zawodowego, podczas gdy nie można przypisać jej winy za zarzucany jej czyn zważywszy na warunki lokalowo-sanitarne Szpitala Klinicznego [...] i stan wiedzy obwinionej na temat zdrowia J.

O. w czasie zarzucanego jej czynu,

2. art. 26 § 2 i art. 26 § 5 k.k. w zw. z art. 8 KEL i z art. 4 u.z.l.l.d. poprzez jego niezastosowanie pomimo, że A. O. działała w sytuacji kolizji obowiązków, w której nie mogła jednocześnie zapewnić jako lekarz izby przyjęć Szpitala Klinicznego [...] bezpieczeństwa pacjentom znajdującym się w izbie przyjęć i podjąć się zbadania J. O., zważywszy na warunki lokalowo-sanitarne Szpitala Klinicznego [...] i stan wiedzy obwinionej na temat zdrowia J. O. w czasie zarzucanego jej czynu.”

W konkluzji skarżący wniósł o uchylenie obu orzeczeń i przekazanie sprawy Sądowi I instancji do ponownego rozpoznania albo uniewinnienie obwinionej.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje.

Skarga okazała się oczywiście bezzasadna. Upoważniało to do skrótowego odniesienia się do jej zarzutów i wniosków (argument z art. 535 § 1 zd. pierwsze k.p.k. w zw. z art. 112 pkt 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich – dalej u.i.l.).

Wskazany przepis art. 112 pkt 1 u.i.l. stanowi, że do postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy przepisy Kodeksu postępowania karnego (dalej k.p.k.) stosuje się **odpowiednio** (podkr. – SN). Zastrzeżenie to zostało poczynione przez ustawodawcę m.in. dlatego, że okręgowe sądy lekarskie i Naczelny Sąd Lekarski (NSL) składają się z lekarzy, a nie sędziów zawodowych. Procedowanie sądów lekarskich, odrębnych ustrojowo od sądów powszechnych i sądów wojskowych (zob. art. 4 ust. 1 pkt 9 i 10 u.i.l.), choć powinno spełniać standardy ustawowe określone w k.p.k., w części nieuregulowanej ustawą o izbach lekarskich, to z racji innego przecież przygotowania zawodowego sędziów sądów lekarskich nie może wyznaczać tych standardów. Zatem ocena, czy zostały one dochowane, w szczególności wymogi rozpoznania sprawy i sporządzenia uzasadnienia orzeczenia, przewidziane w art. 433 § 2 k.p.k. i art. 457 § 3 k.p.k., musi uwzględniać **nieprawniczy skład** tych sądów. Z lektury pisemnych motywów orzeczenia pięciorga lekarzy NSL wynika dotrzymanie minimalnych standardów postępowania określonych w wymienionych przepisach.

W pkt I ppkt 1 i 2 kasacji nie twierdzi się, co znamienne, że Sąd odwoławczy nie rozważył zarzutów odwołania i nie podał, dlaczego uznał je za niezasadne, lecz, iż brak jest „należytego” wykonania tych powinności. Takie subiektywne przekonanie skarżącego nie wystarcza jednak do uwzględnienia nadzwyczajnego środka zaskarżenia. **W kasacji musi być wykazane, co nie nastąpiło, że Sąd odwoławczy dopuścił się rażącego naruszenia prawa oraz że mogło ono mieć istotny wpływ na treść jego orzeczenia** (pokr. – SN). Dodać tu trzeba, w nawiązaniu do zarzutu z pkt I pkt 2, że na Sądzie II instancji nie ciążył obowiązek ustalenia winy obwinionej, ponieważ w ramach swych powinności uczynił to Sąd I instancji. Zadaniem Sądu odwoławczego było jedynie zweryfikowanie trafności zarzutu odwołania kwestionującego tę winę, które Sąd w sposób niedoskonały, ale dostateczny wykonał. Brak oczekiwanego przez obrońcę prawniczego wyводу odnoszącego się do alternatywnych zarzutów obrazy prawa materialnego, nie dyskwalifikuje uzasadnienia orzeczenia Sądu odwoławczego, gdy się uwzględni wspomniany rodzaj tego Sądu, a przede wszystkim zwrócenie przezeń uwagi na istotę zachowania obwinionej oraz jego ocenę dokonaną przez Sąd I instancji, co umknęło zarówno odwołaniu jak i kasacji.

Przypomnieć więc trzeba, że obwiniona uznana została za winną m.in. tego, że „nie badając chorego odesłała go transportem prywatnym...” do innego szpitala (zakaźnego). Naruszyła w ten sposób dyspozycję art. 4 u.z.l.l.d., powołanego do kwalifikacji prawnej przypisanego przewinienia, ale również konkretyzujący ten przepis – art. 42 u.z.l.l.d., stanowiący, że „lekarz orzeka o stanie zdrowia określonej osoby po uprzednim, osobistym jej zbadaniu”. Z kolei tylko konkretyzacją naruszonego też przepisu art. 8 KEL jest m.in. art. 9 tego Kodeksu, w myśl którego „lekarz może podejmować leczenie po uprzednim zbadaniu pacjenta”.

Zaniechanie obwinionej, czyli postąpienie wbrew tym przepisom, było przedmiotem szczególnej uwagi Sądu I instancji, co znalazło wyraz m.in. najpierw w pytaniach do biegłych, do

obwinionej, wreszcie w uzasadnieniu orzeczenia tego Sądu. **Biegli byli zgodni co do tego, że: przedstawione obwinionej przez matkę dziecka wyniki badań wskazywały na postępującą posocznicę**, powinno ono być zbadane przez obwinioną przed podjęciem przez nią dalszych decyzji, sprawdzenie, czy ospa wietrzna jest w fazie zakaźnej, nie wymaga badania przez specjalistę chorób zakaźnych (tu przypomnieć również trzeba, że obwiniona jest m.in. specjalistą chorób dzieci z wieloletnim już wówczas stażem).

Opinie biegłych w tych kwestiach podzielił Sąd I instancji, a jego ocenę zaaprobował, czemu dał wyraz, Sąd odwoławczy. Sąd ten przychylił się również do przekonania Sądu *meriti*, że zbadanie dziecka przez obwinioną mogło się odbyć bez konieczności opuszczania terenu szpitala. Jest w nim izolatka, do której można dostać się (dostarczyć chorego) bez przechodzenia przez izbę przyjęć, a więc obok innych chorych (zob. plan szpitala – k. 92 – 93, t. III akt Sądu I in.). Sama obwiniona wyjaśniła, że wprawdzie drzwi zewnętrzne od strony izolatki były zamknięte, ale klucz mieli portierzy lub pracownicy ochrony (wyjaśnienia – k. 156 v, t. III). Wystarczyło więc polecić otworenie tych drzwi i odsunięcie pacjentów z rejonu izolatki.

Sąd I instancji stwierdził, że obwiniona mogła zbadać dziecko bez opuszczania szpitala i narażania zdrowia innych dzieci (s. 24 uzasadnienia). **Sąd wykazał w ten sposób, że nie zachodziła kolizja obowiązków, o której mowa w art. 26 § 5 k.k., ponieważ wszystkie mogły być przez obwinioną spełnione.** „Tylko na marginesie” Sąd zaznaczył, że ta okoliczność znosząca odpowiedzialność karną (kolizja obowiązków) aktualizowałaby się wówczas, gdyby obwiniona wyszła pod szpital do chorego celem zbadania go i to uczyniła. Doszłoby do przerwania ciągłości pracy w izbie przyjęć, ale dla ratowania dobra o oczywiście większej wartości (tamże – s. 24). **Wykluczona byłaby więc odpowiedzialność obwinionej za takie tylko przerwanie ciągłości pracy.** Należy tu pamiętać, że nigdy nie twierdziła ona, iż inne dziecko (chory) wymaga jej niezwłocznej pomocy, w szczególności - badania. Obwiniona poświęciła kilkanaście minut na rozmowę z matką dziecka i przejrzenie dostarczonej przez nią dokumentacji, **nie wygospodarowała zaś kilku minut** na sprawdzenie w dzień (ok. godz. 14.30), czy dziecko jest jeszcze „zakaźne”. Gdyby przez chwilę, jak chce kasacja, rozpatrywać zachowanie obwinionej na płaszczyźnie instytucji kolizji obowiązków, to najwyżej wchodziłby w rachubę nieusprawiedliwiony błąd co do wystąpienia takiej kolizji, który nie zwalniałby obwinionej od odpowiedzialności (art. 29 k.k.). Bowiem **skoro wyniki badań lekarskich jednoznacznie sugerowały rozwijającą się posocznicę, a zarazem bezpodstawnie zaniechane badanie wykluczyłoby ospę w fazie zakaźnej, to doszłoby tylko do urojenia kolizji obowiązków, która w rzeczywistości nie zaistniała, i przy dochowaniu przez obwinioną należytej staranności (art. 4 u.z.l.l.d.) nie mogłaby powstać.** Zarzuty naruszenia prawa materialnego z pkt II są chybione również dlatego, że forsuje się w nich tezę o usprawiedliwiających obwinioną: warunkach lokalowo-sanitarnych szpitala i jej wiedzy o stanie zdrowia dziecka, podczas gdy ustalono (Sądy I i II in.), iż **warunki te były jednak odpowiednie, a obwiniona bezpodstawnie sama pozbawiła się dostatecznej wiedzy o stanie dziecka.** Skarga próbuje więc przeforsować własne ustalenia faktyczne w tych kwestiach, a przez to podnosi niedopuszczalny w postępowaniu kasacyjnym zarzut błędu w ustaleniach faktycznych co do okoliczności mających istotne znaczenie dla odpowiedzialności obwinionej.

Z wyżej przytoczonych względów zarzuty i wnioski kasacji okazały się ewidentnie chybione. Dlatego oddalono skargę jako oczywiście bezzasadną.

Kodeks Etyki Lekarskiej

Art. 8. Lekarz powinien przeprowadzać wszelkie postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze z **należyłą starannością**, poświęcając im niezbędny czas.

Przepisy prawa

Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty

Art. 4. 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**.

Art. 42. 1. Lekarz **orzeka o stanie zdrowia określonej osoby po uprzednim, osobistym jej zbadaniu** lub zbadaniu jej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, a także po analizie dostępnej dokumentacji medycznej tej osoby.

Kodeks karny

Art. 26. § 1. Nie popełnia przestępstwa, kto działa w celu uchylenia bezpośredniego niebezpieczeństwa grożącego jakimkolwiek dobru chronionemu prawem, jeżeli niebezpieczeństwa nie można inaczej uniknąć, a **dobro poświęcone przedstawia wartość niższą od dobra ratowanego**.

§ 2. Nie popełnia przestępstwa także ten, kto, ratując dobro chronione prawem w warunkach określonych w § 1, poświęca dobro, które nie przedstawia wartości oczywiście wyższej od dobra ratowanego.

§ 3. W razie przekroczenia granic stanu wyższej konieczności, sąd może zastosować nadzwyczajne złagodzenie kary, a nawet odstąpić od jej wymierzenia.