

Sygn. akt II K 390/12

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 6 października 2015 roku

Sąd Rejonowy w Piotrkowie Trybunalskim w II Wydziale Karnym w składzie:

Przewodniczący **Sędzia SR Renata Folkman**

Protokolant: Jolanta Łukasik, Witold Wojtak, Agnieszka Lis, Anna Midera, Dorota Słomka, Joanna Kotala

w obecności Prokuratora: Tomasza Retyka, Piotra Grochulskiego, Kamila Majdy, Marcina Polaka

po rozpoznaniu dnia 29 sierpnia 2012 r., 18 października 2012 r., 14 listopada 2012 r., 17 grudnia 2012 r., 30 września 2014 r., 3 listopada 2014 r., 17 grudnia 2014 r., 19 grudnia 2014 r., 29 września 2015 r. na rozprawie sprawy

I. K. (1)

urodzonej dnia (...)

w P. (...)

córki J. i E. z domu K.

oskarżonej o to, że:

dnia 06 września 2008 r. w P. (...)woj. (...) będąc lekarzem Pogotowia (...) wezwanym na interwencję do pacjenta A. R. (1), nieумыślnie naraziła go na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia w ten sposób, iż podczas transportu pacjenta karetką pogotowia do Szpitala Miejskiego przy ul. (...) nie monitorowała stanu jego zdrowia poprzez podłączenie do kardiomonitora i pulsoksymetru oraz zaniechała tlenoterapii ograniczając się do wzrokowej obserwacji oraz kontroli pulsu na tętnicy szyjnej, tym samym nie zachowując ostrożności wymaganej od lekarza w danych okolicznościach, czym pogłębiła bezpośrednie zagrożenie życia A. R. (1),

tj. o czyn z art. 160§1, §2 i §3 kk

orzeka

1. oskarżoną I. K. (1) uniewinnia od popełnienia zarzucanego jej czynu;
2. wydatkami w sprawie obciąża Skarb Państwa.

UZASADNIENIE

Sąd ustalił stan faktyczny:

W dniu 06.09.2008 r. A. R. (1) (lat 85) po obudzeniu się usiadł i poczuł zawroty głowy oraz wystąpiła wówczas u niego duszność. Z tego powodu o godzinie 8.26 rodzina do pacjenta wezwała pogotowie ratunkowe, jako powód wezwania podając duszność. O godzinie 8.31 do domu pacjenta przybył zespół pogotowia ratunkowego z lekarką I. K. (1). W dokumentacji wywiadu lekarskiego istnieje zapis, że pacjent skarżył się na bóle brzucha od poprzedniego dnia. Natomiast z zeznań rodziny pacjenta wynika, że występowała u niego duszność i sinica w obrębie małżowin usznych, co wskazywałoby na niedotlenienie, jednakże nie występował ból brzucha. Z kolei z wyjaśnień lekarki I. K. (1) wynika, że u pacjenta nie tylko nie występowała sinica, ale również nie skarżył się on na duszność, a w rzeczywistości powodem wezwania był ból brzucha. Ponadto w wywiadzie odnotowano, że u pacjenta występowała niewydolność

krążenia i migotanie przedsionków. W zapisach badania przedmiotowego stan pacjenta określono jako dość ciężki, z obniżonym ciśnieniem tętniczym krwi do 80/40 mmHg (norma od 90/50 mmHg do 135/90 mmHg) oraz nieco przyspieszoną akcją serca do około 100/min (norma 60 – 100/min). Powyższe parametry ciśnienia skurczowego i tętna wykazały podwyższony do 1,25 wskaźnik A. ($100 : 80 = 1,25$, prawidłowo poniżej 1), co wskazywało na rozwijający się wstrząs. Lekarka wykonała badanie EKG, które wykazało obecność migotania przedsionków. Natomiast mając na uwadze informacje, które lekarka mogła uzyskać od pacjenta o dotychczasowych chorobach, w tym ewentualności przebytego zawału serca, utrwalonym migotaniu przedsionków i bloku w układzie przewodzącym serca, interpretacja wykonanego przez nią badania EKG była znacznie utrudniona. Niemniej jednak zapis EKG nie wskazywał na ostre, świeże uszkodzenie mięśnia serca. Ponadto osłuchowo u podstawy płuc lekarka stwierdziła u chorego obecność rżężeń, co mogło być wykładnikiem przewlekłej niewydolności krążenia albo zmian zapalnych w pucach. W badaniu lekarskim brzuch był twardy, z obroną mięśniową, z obecnym objawem B. (objaw B. występuje przy ostrym zapaleniu otrzewnej) oraz mało słyszalną perystaltyką jelit. Taki wynik badania brzucha sugerował poważne ostre schorzenie jamy brzusznej, jednak na tym etapie diagnostyki nie było możliwości wskazania jego podłoża. Z uwagi na niejasny obraz kliniczny i konieczność podjęcia specjalistycznego leczenia, lekarka podjęła decyzję o przewiezieniu pacjenta do oddalonego o około 1 km Oddziału Chirurgicznego Szpitala powiatowego w P. (...) przy ulicy (...). Pacjenta transportowano w pozycji siedzącej na krzeselku kardiologicznym i podczas trwającego około 3 – 4 minuty przewozu lekarka prowadziła obserwację tętna jedynie za pomocą badania ręcznego, przy czym nie są znane wyniki tych obserwacji. Z wyjaśnień lekarki wynika, że podczas transportu cały czas rozmawiała z pacjentem. Tlenoterapii, ani obserwacji przy użyciu kardiomonitora nie zastosowała. Wypisała skierowanie do szpitala na Oddział Chirurgiczny, które dodatkowo (po zgonie pacjenta) uzupełniła o Oddział Wewnętrzny.

Podczas pobytu na izbie przyjęć szpitala przy ulicy (...), w czasie oczekiwania na dyżurnego lekarza chirurga, stan A. R. (1) gwałtownie się pogorszył, lekarka pogotowia I. K. (1) wraz z lekarką dyżurną izby M. K. podjęły akcję resuscytacyjną, którą następnie przejął i kontynuował lekarz anestezjolog szpitala S. H. Pomimo tego pacjent zmarł.

Lekarka dyżurna izby – M. K. podjęła decyzję o odstąpieniu od sekcji zwłok pacjenta i wystawiła kartę zgonu, pomimo że przyczyna zgonu pacjenta nie została ustalona i de facto do dzisiaj nie jest znana.

(dowód : opinia Uniwersytetu Medycznego w Ł. – k. 721 - 769)

I. K. (1) urodziła się (...) Jest wyższego wykształcenia medycznego, wykonuje zawód lekarza, zatrudniona w (...) Szpitalu Wojewódzkim w P.(...) w Dziale Pomocy Doraźnej jako lekarz pogotowia, z zarobkiem miesięcznie na poziomie 8.000 zł. brutto. Jest mężatką, ma 6 – letnie dziecko. Nie była karana. (k. 196 v)

I. K. (1) nie przyznała się do popełnienia zarzucanego czynu i wyjaśniła, że powodem wezwania karetki pogotowia były duszności pacjenta. Po przybyciu na miejsce w badaniu fizykalnym stwierdziła, że zły stan pacjenta spowodowany jest procesem chorobowym zachodzącym w jamie brzusznej. Powiedziała, że pacjent negował duszność, natomiast zgłaszał ból brzucha od dnia przedniego. Powiedziała też, że założenie, iż nie doszło do zaostrzenia niewydolności krążenia, potwierdził fakt, że udało się pacjentowi wykonać badanie EKG w pozycji leżącej, co w przypadku załamania krążenia pacjent miałby obrzęk płuc, który absolutnie nie pozwoliłby mu się położyć ze względu na bardzo dużą duszność w tej pozycji. EKG nie wykazało żadnych patologii tłumaczących ten stan ogólny. Wyjaśniła, że w badaniu fizykalnym stwierdziła natomiast, że pacjent ma tzw. „ostry brzuch”, jest to stan zagrożenia życia, do którego mogą doprowadzić różne procesy chorobowe toczące się w jamie brzusznej prowadzące do podrażnienia otrzewnej i ustania perystaltyki jelit. Powiedziała, że „ostry brzuch” rozwija się w ciągu kilku godzin, a tutaj stan był już bardzo zaawansowany. W tym miejscu stwierdziła, że nie wie na co pacjent zmarł, bo nie została wykonana sekcja zwłok, która przeprowadzona być powinna, bo zmarł w ciągu 24 godzin od przyjęcia go do szpitala; w takiej sytuacji przepisy nakazują wykonania sekcji zwłok, zaś dyrektor na prośbę rodziny może odstąpić od tego obowiązku, powiedziała, że uważa iż w tej sytuacji właśnie tak było. Dalej powiedziała, że pacjent był transportowany do szpitala przy ulicy (...), który jest oddalony o około 700 metrów od miejsca zamieszkania pacjenta, na krzeselku kardiologicznym, podczas transportu był przytomny, nie sygnalizował duszności, EKG nie wykazało nieprawidłowości, więc uznała, że nie ma wskazań do podania tlenu. Powiedziała, że po 3 minutach jazdy dotarli do szpitala, gdzie pacjent został przetransportowany na izbę

przyjęć. Powiedziała, że tam czekali dość długo na lekarza dyżurnego z oddziału chirurgicznego, gdyż na ten oddział skierowała pacjenta z rozpoznaniem „ostrego brzucha” celem pilnego otworzenia brzucha. Na lekarza dyżurnego czekali z pewnością dłużej niż 10 minut, w tym czasie pacjenta przekazała pod opiekę personelowi izby przyjęć, czyli pielęgniarkom. Powiedziała, że na izbie przyjęć obecna była lekarz K., która wówczas była lekarzem dyżurnym na kardiologii, ale zajęta była przy pacjencie, który znajdował się na izbie ze skierowaniem na kardiologię. Wyjaśniła, że oczekiwała na izbie przyjęć wraz ze swoim zespołem na lekarza dyżurnego chirurga po to, aby przekazać mu wywiad na temat pacjenta. Po około 10 minutach oczekiwania (nie doczekawszy się lekarza chirurga), pacjent nagle stracił przytomność i przestał oddychać. Powiedziała, że wówczas natychmiast podjęła akcję resuscytacyjną wraz z lekarką K., jednocześnie personel izby przyjęć wezwał zespół reanimacyjny, z tym że zanim zespół ten przybył (bo w szpitalu przy ulicy (...)) nie ma OIOM, więc anestezjolog przebywa na bloku operacyjnym i stamtąd przybywa wraz z pielęgniarką anestezjologiczną na wezwanie z izby przyjęć), to pacjent został już za intubowany przez lekarki K. (...) i K. oraz był już wentylowany workiem ambu. Powiedziała, że zespół reanimacyjny ma obowiązek dotrzeć w ciągu 2 minut i tu pewnie tak było, ale precyzyjnie nie jest w stanie określić, bo była zajęta przy pacjencie. Powiedziała, że dalej już zespół reanimacyjny przejął resuscytację pacjenta. Na pytania dodała, że nie było wskazań do podania tlenu w karetkce i monitorowania pacjenta pulsoksymetrem, bo stan pacjenta podczas transportu był stabilny i nic nie wskazywało, że dojdzie do jego gwałtownego pogorszenia. Dodała, że pacjent miał typowe dla ostrego brzucha objawy, to jest twardy, deskowaty brzuch, objaw dodatni Bloomberga i ściszenie perystaltyki jelit. (k. 197 – 201 v)

W ustosunkowaniu do zeznań Z. R. powiedziała, że rodzina uniemożliwiła jej zbadanie pacjenta, który miał brzuch twardy jak deska i wydęty. Powiedziała też, że ona do karetki wsiadła przodem, gdzie zostawiła torbę i stetoskop, po czym przeszła do tyłu do pacjenta, przy którym była wraz z sanitariuszem D. K., zaś z przodu pozostał kierowca M.. (k. 202 v)

Dodatkowo wyjaśniła, że jej zdaniem przyczyna zgonu A. R. (1) nie była sercowa, tylko brzuszna. Nie udało się pacjenta resuscytować nie z przyczyn sercowych, tylko brzusznych, ale nie wiadomo jakich, bo nie wykonano sekcji zwłok. Powiedziała, że w tym wypadku konieczna była jak najszybciej interwencja chirurgiczna, w tym przypadku standard jak najszybszej interwencji nie został zachowany, bo oczekiwali na chirurga, nie ile ile dokładnie, ale z pewnością dłużej jak 10 – 15 minut i nie doczekali się, jednak ona jako lekarz karetki pogotowia nie ma wpływu na to, bo jest to organizacja pracy pozostająca w gestii dyrektora szpitala. Powiedziała, że w szpitalu przy ulicy (...) na dyżurze dziennym było dwóch chirurgów, z tym że jak lekarz operował, to trzeba było czekać. Wyjaśniła, że w takiej sytuacji, zgodnie z procedurą, winna była przekazać pacjenta lekarzowi dyżurnemu izby przyjęć, czyli lekarce K., która jednak nie była chirurgiem, więc i tak nic by to nie dało, ponadto lekarka K. była zajęta przy innym pacjencie, a z powodu braków personelu, tak w szpitalu przy ulicy (...), jak i w szpitalu przy ulicy (...) na izbie przyjęć dyżuruje jeden lekarz. Z tego względu nie pozostawiła A. R. (1) na izbie przyjęć jej personelowi, czyli w tym wypadku pielęgniarkom, tylko oczekiwała na dyżurnego chirurga, aby jemu bezpośrednio zdać pełną relację w zakresie rozpoznania. Powiedziała, że kartę statystyczną zgonu, w którą wpisuje się przyczyny zgonu wypisała lekarka dyżurna izby przyjęć K. i przyczyny, które tam wpisała (K.) nie odpowiadają stanowi pacjenta, jaki ona (K. – K.) zastała na miejscu, a powinny odpowiadać. Powiedziała, że kartę statystyczną lekarz (w tym wypadku K.) powinien wypisać w oparciu o badanie pacjenta i wywiad zebrany od drugiego lekarza, w tym wypadku lekarza pogotowia (czyli K. – K.). Tymczasem lekarka K. wypisał kartę zgonu już pod nieobecność lekarki pogotowia (czyli K. – K.), nie badając pacjenta za życia i – co najważniejsze – wpisała w tę kartę przyczyny, z jakimi lekarka pogotowia (czyli K. – K.) się nie zgadza, a wpisała mianowicie : jako przyczynę wyjściową - miażdżycę uogólnioną, jako przyczynę wtórną - niewydolność krążenia i jako przyczynę bezpośrednią – zatrzymanie oddechu; podczas gdy oskarżona wyjaśniła, że ona sama wypisując tę kartę wpisałaby następujące przyczyny zgonu: pierwsza – ostry brzuch, druga – nieznaną, trzecia (bezpośrednią) - zatrzymanie krążenia. Powiedziała, że z przyczyn zgonu wpisanych przez lekarkę K. w kartę statystyczną zgadza się tylko z przyczyną ostatnią, czyli bezpośrednią – zatrzymanie krążenia. Nie zgadza się natomiast z pierwszymi dwiema przyczynami. Dodała też, że nie podała A. R. (1) adrenaliny, bo przy rozpoznaniu ostrego brzucha zdekompensowałoby to pacjenta natychmiast, bowiem w przypadku ostrego brzucha płyny uciekają do brzucha i podanie adrenaliny w takim wypadku, skoro przyspiesza akcję serca, to – przy niskim poziomie płynów – spowodowałoby załamanie krążenia. (k. 233 v – 236)

W ustosunkowaniu do zeznań M. K. powiedziała, że ponieważ „żyje ze świadomością tego zdarzenia od 4 lat”, to z pewnością lepiej wszystko pamięta (od M. K.). Wyjaśniła, że oczekiwanie na chirurga z pewnością trwało więcej jak 10 minut. M. K. zajęta była przy innym pacjencie, więc nie badała A. R. (1), dopiero kiedy (oskarżona) zauważyła, że stracił on przytomność, spowolnił mu się oddech, wówczas poprosiła pielęgniarki o wezwanie M. K. do pomocy przy akcji resuscytacyjnej. Tymczasem objawy ostrego brzucha występują wyłącznie przyżyciowo i przy przytomnym pacjencie, bo jest to związane z odruchowym łukiem bólowym. Dodała, że na pewno relacjonowała M. K. z czym pacjenta przywiozła - czyli ostry brzuch, takie też rozpoznanie wpisała w skierowanie powiedziała, że ostry brzuch jest jak gorączka, nie jest przyczyną, tylko objawem, jest to zespół objawów, do których prowadzą liczne choroby, a w tej sprawie nie wiadomo (z powodu braku sekcji zwłok) jaka była przyczyna, która skutkowałą zgonem. Powiedziała, że według niej brak było podstaw do tego, by przyjąć (jak to uznała lekarka dyżurna izby przyjęć), iż przyczyna zgonu jest niewątpliwa. (k. 280)

Z. R. zeznała, że jej ojca A. R. (1) brzuch nie bolał. Tego dnia rano, kiedy się obudził i usiadł na łóżku miał zawroty głowy i duszności, więc zatelefonowała po pogotowie. Kiedy przyjechała karetka, to lekarka nie dała się wypowiedzieć żadnemu z członków rodziny (była wówczas w domu z matką). Ojciec został zniesiony z mieszkania na drugim piętrze do karetki na krzeselku, a lekarka zajęła miejsce obok kierowcy. Sekcji nie wykonano, ale nie wie czemu, nie było kontaktu rodziny ze szpitalem w tym zakresie, choć obie z matką przeciwne były sekcji zwłok. (k. 202 – 203)

W ustosunkowaniu do uzupełniających wyjaśnień I. K. (1) zeznała, że kiedy dotarła do szpitala, to jakaś lekarka poinformowała ją, iż ojciec nie żyje i nic o żadnej sekcji zwłok nie było mowy. (k. 236)

W ustosunkowaniu do zeznań M. K. powiedziała, że po tym jak już dotarła do szpitala i otrzymała informację o zgonie ojca, nikt z nią nie przeprowadzał żadnego wywiadu, zaś kartę statystyczną odebrała w poniedziałek z administracji. (k. 277 v, 278)

M. K. na rozprawie zeznała, że jest lekarzem specjalistą chorób wewnętrznych i medycyny rodzinnej, pracuje w (...)Zespole Opieki Zdrowotnej, w skład którego wchodzi szpital przy ulicy (...) i 3 przychodnie, zatrudniona jest w przychodni, a dyżury pełni w szpitalu. Co do zdarzenia będącego przedmiotem tej sprawy, to powiedziała, że niewiele pamięta, po okazaniu (w śledztwie dokumentacji), powiedziała że pacjent został przywieziony do szpitala w stanie ciężkim, z pojedynczymi oddechami, założyła mu rurkę intubacyjną, wezwano zespół reanimacyjny, rozpoczęto postępowanie reanimacyjne dotyczące wspomagania oddechu aparatem ambu, podano adrenalinę i podjęto masaż serca. Pacjent był monitorowany EKG, stwierdzono rozkojarzenie przedsionkowo – komorowe, bradykardię, a następnie zatrzymanie akcji serca, sinicę obwodową bez czynności oddechu własnego; o godzinie 9.10 odstąpiono od reanimacji i stwierdzono zgon. Powiedziała, że był to zgon naturalny, spowodowany starzeniem się organizmu; pacjent był wyniszczony, schorowany i w starszym wieku, „pacjent zmarł ze starości”, a działania lekarki pogotowia były prawidłowe. (k. 66 v, 203 v)

Uzupełniająco zeznała, że kiedy podeszła do pacjenta, to miał on już pojedyncze oddechy i natychmiast miał założoną rurkę ustno – gardłową, a potem był zaintubowany, podjęta akcja reanimacyjna, miał zasinioną głowę i szyję, co jest konsekwencją niewydolności oddechowo – krążeniowej. Powiedziała, że kartę statystyczną wypisała w oparciu o własną interpretację, mianowicie pacjent był w wieku 80 lat, czyli „w odpowiednim wieku biologicznym” (jak to określiła), wychudzony, odwodniony, w pampersie, a z wywiadu od córki dowiedziała się, że pacjent był leczony od wielu lat z powodów kardiologicznych i neurologicznych, dlatego taką wpisała przyczynę wyjściową zgonu – miażdżycę uogólnioną. Powiedziała, że musiała zebrać od rodziny wywiad na co pacjent chorował oraz uzyskać stanowisko, że rodzina nie żąda sekcji zwłok, bo w przeciwnym wypadku nie mogłaby wypisać karty statystycznej, tylko przekazałaby temat do dyrekcji. Powiedziała, że sekcję wykonuje się w dwóch przypadkach, po pierwsze kiedy rodzina twierdzi, że nie wierzy, iż lekarze zrobili wszystko, by ratować pacjenta, po drugie, gdy lekarz ma wątpliwości co wpisać w karcie statystycznej jako przyczynę zgonu, wówczas sam wnioskuję o sekcję zwłok. Powiedziała, że w każdym z tych dwóch przypadków lekarz kieruje do dyrekcji szpitala pisemny wniosek o sekcję zwłok. W tym wypadku wniosku nie skierowała, bo ani rodzina tego nie żądała, ani ona jako lekarz izby przyjęć, zobowiązany do wystawienia karty statystycznej, nie miała wątpliwości co do przyczyn zgonu. Dodała, że A. R. (1) nie był jeszcze przyjęty do

szpitala, bo przyjęcie następuje z chwilą przyjęcia na oddział, a tu on oczekiwał na izbie przyjęć na badanie chirurga. Powiedziała też, że gdyby rodzina miała wątpliwości co z tym brzuchem pacjenta, to ona jako lekarka izby przyjęć z pewnością nie wypisałaby karty statystycznej, tylko zawnioskowałaby o sekcje zwłok. Powiedziała jednocześnie, że ostry brzuch, to mogła, ale nie musiała być bezpośrednią przyczyną zgonu. Powtórzyła, że przyczyna wyjściowa, to była miażdżycza uogólniona, bo 80 – letni człowiek ma taką miażdżycę, a przyczyna bezpośrednia, to zatrzymanie oddechu. Powiedziała, że objawy ostrego brzucha mogą, ale nie muszą doprowadzić do zatrzymania akcji serca. (k. 276 v – 280)

M. M. (2) zeznał, że był tego dnia w zespole karetki pogotowia jako ratownik medyczny – kierowca, a poza nim był ratownik medyczny K. i lekarka I. K. (1). Pacjenta przewieźli do szpitala. Niczego więcej nie pamiętał. (k. 204 i v, 63)

D. K. zeznał, że w latach 2002 – 2011 pracował w pogotowiu ratunkowym, aktualnie produkuje profile budowlane. Powiedział, że zdarzenia w ogóle nie kojarzy. (k. 297 v – 298)

W śledztwie powiedział dokładnie to samo (k. 65)

S. H. na rozprawie zeznał, że nie kojarzy o jakie zdarzenia chodzi. W śledztwie powiedział, że nie pamięta przebiegu dyżuru z dnia 06.09.2015 r. Po okazaniu dokumentacji stwierdził, że był w zespole reanimacyjnym, który prowadził akcję reanimacyjną A. R. (1). Akcja zakończyła się niepowodzeniem. (k. 64, 205 v)

Uniwersytet (...) **W. K.** zajął stanowisko tak w postępowaniu przygotowawczym, jak i konsekwentnie w postępowaniu rozpoznawczym, że brak sekcji zwłok A. R. (1) uniemożliwia kompleksowe i pełne odniesienie się do oceny prawidłowości postępowania medycznego wobec niego zastosowanego. Jednocześnie biegły ten zaznaczył, że stanowisko to nie jest poddyktowane arbitralnym założeniem, że brak sekcji zwłok w każdym wypadku pozbawia biegłego możliwości wydania opinii, lecz wynika z analizy informacji w tej konkretnej sprawie. Biegły ten stanął na stanowisku, że nie ustalenie jednoznacznej przyczyny zgonu A. R. (1), przy jednocześnie bardzo krótkiej i szczątkowej diagnostyce wynikającej z dynamicznego przebiegu schorzenia nie pozwala na zaopiniowanie. (k. 437, 68)

Biegli z Uniwersytetu(...) **W. W.** zaopiniowali, że zapis EKG wykonany u A. R. (1) w domu wykazywał szereg poważnych nieprawidłowości – migotanie przedsionków z szybką czynnością komór, cechy zaburzeń przewodnictwa lewokomorowego i cechy niedokrwienia ściany dolnej lewej komory serca; lekarka pogotowia (czyli I. K. (1)) potraktowała wynik tego badania jako nieistotny i nic nie wnoszący do sprawy, nie opisując badania w dokumentacji medycznej, przez co ocena badania EKG dokonana przez tę lekarkę była (zdaniem tych biegłych) nieprawidłowa, zapis był niepokojący i wskazywał na konieczność ścisłego monitorowania parametrów życiowych pacjenta. Według opinii tychże biegłych postępowanie I. K. (1) w momencie przybycia na izbę przyjęć szpitala było nieprawidłowe, gdyż biorąc pod uwagę ciężki stan ogólny pacjenta, powinna jak najszybciej przekazać go lekarzowi dyżurnemu, aby niezwłocznie został wdrożony właściwy nadzór nad jego stanem zdrowia, odpowiednie postępowanie diagnostyczne i lecznicze. Biegli zaopiniowali, że lekarka I. K. (1), która była gwarantem zdrowia chorego, nie tylko nie przekazała go niezwłocznie (wraz ze wszystkimi informacjami o jego sytuacji zdrowotnej) lekarce dyżurnej, nie zabezpieczyła odpowiednio monitorowania czynności życiowych, ale również nie spostrzegła gwałtownego pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta (zaburzenia oddychania) prowadzącego do zatrzymania krążenia. Zaopiniowali, że ze skierowania jakie wystawiła, nie wynikało że A. R. (1) znajduje się w stanie ciężkim, z objawami ostrego brzucha, nie określiła też jednoznacznie na jaki oddział jest kierowany. Określenie „ból brzucha do diagnostyki” (co I. K. (1) wpisała w skierowanie), w przeciwieństwie „ostry brzuch”, nie wskazuje na sytuację zagrożenia życia i nie nakazuje pilnych działań diagnostycznych i terapeutycznych, jeżeli lekarzom dyżurnym zarówno z izby przyjęć, jak i z oddziału chirurgii podano tylko takie informacje zawarte w skierowaniu, mieli prawo uznać, że sytuacja nie jest pilna. Zaopiniowali, że w takiej sytuacji zwłoka w przybyciu lekarza dyżurnego z oddziału chirurgii nie może być uznana za zbyt długą i była spowodowana nieprawidłową i nieprecyzyjną informacją lekarki pogotowia, która rozpoznała „ostry brzuch” u pacjenta z licznymi obciążeniami chorobowymi, ale jej działania nie były na tyle intensywne, by zapewnić pacjentowi pomoc adekwatną do jego sytuacji zdrowotnej. Zaopiniowali, że I. K. (1) miała świadomość, iż u A. R. (1) występował stan nagły, wymagający pilnej pomocy, a mimo to sformułowała skierowanie w sposób nie wskazujący na konieczność udzielenia pacjentowi pilnej pomocy, co – według tychże biegłych – było postępowaniem

nieprawidłowym. W opinii tychże biegłych brak bezpośredniego związku przyczynowo – skutkowego pomiędzy nieprawidłowościami postępowania lekarskiego, a zgonem pacjenta. **Wedle tychże biegłych najbardziej prawdopodobną przyczyną zgonu było zaostrzenie przewlekłych schorzeń kardiologicznych. W przypadku pacjentów z tak poważnymi obciążeniami kardiologicznymi ryzyko zgonu jest znaczne nawet przy prawidłowo sprawowanej opiece lekarskiej. Nie mniej jednak w opinii biegłych niezmiennie I. K. (1) popełniła szereg błędów w opiece nad pacjentem, które spowodowały eskalację realnego zagrożenia dla jego życia i zdrowia wynikającego z jego samoistnych schorzeń.** Wedle opinii biegłych decyzja lekarki dyżurnej izby przyjęć szpitala, do którego pogotowie przywiozło A. R. (1), czyli M. K., o odstąpieniu od sekcji zwłok pacjenta, była nieprawidłowa, bowiem zgodnie z art. 24 obowiązującej wówczas ustawy o zakładach opieki zdrowotnej zwłoki osoby zmarłej w szpitalu powinny być poddane sekcji zwłok w sytuacji, kiedy przyczyny zgonu nie można ustalić w sposób jednoznaczny. Sytuacja taka właśnie miała miejsce w przypadku zgonu A. R. (1), bowiem lekarka M. K. dysponując jedynie danymi ze skierowania do szpitala z rozpoznaniem „ból brzucha do diagnostyki”, danymi jakie uzyskała w wywiadzie i podczas prowadzenia akcji resuscytacyjnej nie mogły w sposób jednoznaczny ustalić przyczyny zgonu A. R. (1). Z tego powodu nie powinna odstępować od przeprowadzenia sekcji zwłok, nawet przy braku takiej woli u rodziny. Dalej biegli zaopiniowali, że nieprzeprowadzenie sekcji zwłok uniemożliwia jednoznaczne określenie przyczyny zgonu A. R. (1). Biorąc pod uwagę jego przeszłość chorobową (wieloletni przebieg migotania przedsionków, nadciśnienie tętnicze, chorobę niedokrwienną serca i niewydolność krążenia objawy brzuszne są stosunkowo często spotykane i wynikają z obrzęku wątroby, spowodowanego niewydolnością prawokomorową z zastojem krwi w narządach jamy brzusznej. Zaopiniowali, że z dokumentacji medycznej i wyjaśnień I. K. (1) wynika, iż w dniu 08.09.2008 r. rozpoznała u A. R. (1) ból brzucha z dodatnimi objawami otrzewnowymi – zespół „ostrego brzucha”. Pomimo istnienia objawów niewydolności krążenia – obniżone ciśnienie tętnicze, przyspieszona akcja serca, rżenia u podstawy płuc, I. K. (1) nie postawiła rozpoznania niewydolność krążenia, a jedynie niewydolność krążenia w wywiadzie, co było zdaniem biegłych postępowaniem ze strony tej lekarki nieprawidłowym, bo prawidłowe rozpoznanie w tym wypadku winno obejmować zarówno ból brzucha jak i niewydolność krążenia. W opinii tychże biegłych, w sytuacji zdrowotnej A. R. (1), istniały wskazania do tlenoterapii. (k. 314 – 332)

Biegli ci zaopiniowali także, że dane z badania podmiotowego, przedmiotowego i EKG A. R. (1) przeprowadzone przez I. K. (1) wskazywały na to, że pacjent znajduje się w sytuacji zagrożenia zdrowia i życia (obniżone wartości ciśnienia tętniczego, przyspieszona akcja serca, nieprawidłowy zapis EKG, objawy „ostrego brzucha” i niewydolności krążenia, co rodziło konieczność prowadzenia ścisłego nadzoru stanu zdrowia, wdrożenia postępowania objawowego (tlenoterapii) i jak najszybszego przekazania go do szpitala, gdzie możliwe było podjęcie diagnostyki, ustalenie przyczyny ciężkiego stanu chorego i wdrożenia odpowiedniego postępowania terapeutycznego. Wedle tychże opiniujących zarówno z dokumentacji medycznej sporządzonej przez I. K. (1), jak i z jej wyjaśnień wynika, że rozpoznała sytuację zagrożenia zdrowia i życia pacjenta, ale nie podjęła adekwatnych działań medycznych zapobiegających dalszemu pogarszaniu się stanu pacjenta, co doprowadziło do eskalacji zagrożenia dla jego zdrowia i życia – a więc do narażenia pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. (k. 404 – 408)

Kolejny ***biegły*** – (...) **Uniwersytet Medyczny w K.**, zaopiniował, że A. R. (1) był od wielu lat leczony z powodu niewydolności krążenia w różnych stadiach kompensacji. Cierpiał z powodu migotania przedsionków, zaburzeń rytmu serca i uogólnionej miażdżycy. Najprawdopodobniej z tego powodu (konieczne jest tu poruszenie się w kategoriach przypuszczeń wobec braku sekcji) stwierdzono u niego udar mózgu z lewostronnym niedowładem i zanikami korowo – podkorowymi (co zostało opisane w rozpoznaniu z NZOZ(...) pod datą 06.07.2001 r.). U chorego rozpoznano także zmiany miażdżycowe w świetle aorty brzusznej z częściowym upośledzeniem przepływu krwi (Kardio – Med, 21.10.2004 r.), jak również chromanie i parastezję kończyn dolnych, zawał mięśnia sercowego i nadciśnienie płucne (Kardio – Med, 17.01.2005 r.). Dalej biegły ten zaopiniował, że być może (bo ostatecznie mogłaby to wyjaśnić sekcja zwłok) również na tle migotania przedsionków i niemiarowej akcji serca wystąpiły u pacjenta objawy ostrego brzucha, stwierdzone przez lekarza pogotowia ratunkowego, a sprokurowane materiałem zatorowym, który zaczopował światło np. tętnic krezkowych. Biorąc to pod uwagę oraz ówczesny stan pacjenta kliniczny pacjenta, wykonane EKG i

bliskość szpitala, podjęcie decyzji o jak najszybszym transporcie chorego do szpitala było zasadne. Problematiczne natomiast - zdaniem biegłych - w działaniach lekarki pogotowia pozostają kwestie: monitorowania pacjenta, podjęcia innych środków zapewniających prawidłową wentylację, interpretacji wyniku badania EKG, tlenoterapii oraz wyboru oddziału, na który miał zostać przyjęty A. R. (1). W ocenie tychże biegłych w tym konkretnym przypadku kompleksowa ocena kliniczna pacjenta z monitorowaniem tętna na tętnicy szyjnej była adekwatna do zastanej sytuacji. Natomiast interpretacja zapisu EKG może budzić – zdaniem tychże biegłych – wątpliwości. Dokonano jej jedynie z punktu widzenia oceny rytmu serca i zaburzeń przewodnictwa, natomiast nie ustosunkowała się (co prawdopodobnie miało wpływ na późniejszy przebieg stanu chorego) do zmian niedokrwiennych wsierdza, być może lekarka zadowolila się aktualną oceną hemodynamiczną i perspektywą leczenia szpitalnego, stąd jej wątpliwości co do wyboru oddziału, do którego chory powinien zostać przyjęty. Dolegliwości brzuszne czasami mogą być manifestacją podobnych zmian w EKG. Wydaje się, że nie były one jednak spowodowane przeciążeniem prawej komory, gdyż obraz pacjenta byłby wtedy nieco inny, np. rzucałyby się w oczy poszerzone żyły szyjne (w EKG brak cech przeciążenia prawej komory). Tlenoterapia pozostaje – zdaniem tychże biegłych – zagadnieniem kluczowym. Niezależnie od interpretacji przyczyny wyjściowej, wywiadu, krótkiej perspektywy czasowej transportu do szpitala, stan kliniczny pacjenta wymagał jej bezwzględnego zastosowania. W tym przypadku należy mówić o ostrej hipoksemii, w której należy dążyć do zapewnienia tkankom komfortu tlenowego. Hyperkineza układu krążenia jest tutaj reakcją wtórną na tzw. „głód tlenowy”, która po zapewnieniu tkankom (komórkom) prawidłowej podaży tlenu ustępuje. Sama podaż tlenu nie przywraca prawidłowego funkcjonowania organizmu i go nie leczy, ale zawsze jest bezwzględnie wskazana. Biorąc pod uwagę powyższe – zdaniem tych biegłych – być może skierowanie pacjenta bezpośrednio do oddziału intensywnej terapii lub kardiologii przyspieszyłoby decyzję o jego przyjęciu do szpitala, bez powstałej na izbie przyjęć zwłoki, stwarzając większe realne szanse na zapobieżenie pogorszenia się jego stanu. W ocenie tych biegłych duże wątpliwości budzi organizacja działań samej izby przyjęć (szpitala przy ulicy (...)), procedury przekazywania pacjenta w stanach zagrożenia życia w tym wypadku nie zadziałały, stało się to przyczyną 10 – 15 minutowego opóźnienia w udzieleniu specjalistycznej pomocy w warunkach szpitalnych, która – w opinii biegłych – była pomocą bardziej istotną. Biegli ci zgodzili się z wnioskami biegłych z W. co do tego, że zaniechanie tlenoterapii miało wpływ na ograniczenie szans na poprawę wydolności krążeniowo oddechowej pacjenta. **W opinii tych biegłych (z uwagi na możliwości diagnostyczno – terapeutyczne lekarza pogotowia) brak podstaw do przyjęcia, iż działanie I. K. (1) doprowadziło do wystąpienia bezpośredniego zagrożenia dla życia lub zdrowia A. R. (1). Podobnie ocenili wpływ opóźnienia w udzielaniu pomocy medycznej w szpitalu na dalsze losy zdrowotne A. R. (1), bowiem stan ogólny pacjenta, przebieg oraz stopień zaawansowania licznych, rozpoznawanych u niego schorzeń, pozwala z dużym prawdopodobieństwem stwierdzić, że szanse uratowania jego życia i zdrowia były znikome, nawet przy udzieleniu szybkiej i pełnowartościowej pomocy medycznej. Decyzję o odstąpieniu od sekcji zwłok biegli ocenili jako nieprawidłową, a to z uwagi na brak możliwości pewnego ustalenia przyczyny śmierci chorego oraz jego zgon przed upływem 12 godzin od przyjęcia do szpitala. Brak badania sekcijnego, optymalnie uzupełnionego badaniem histopatologicznym, uniemożliwia pewne wypowiedzenie się co do przyczyny śmierci A. R. (1), w tym także co do możliwości wykluczenia związku pogorszenia się zdrowia chorego z ostrą patologią z obszaru jamy brzusznej**. Biegli zaopiniowali, że z pewnym prawdopodobieństwem sądzić jedynie można, że śmierć pacjenta mogła być związana z zaostrzeniem rozpoznawanych u niego zaawansowanych schorzeń układu sercowo – naczyniowego, skutkujących wystąpieniem ostrej niewydolności krążenia sercowopochodnej. (k. 521 – 540)

Biegli z Uniwersytetu (...)w Ł. zaopiniowali, że stan kliniczny A. R. (1) przed wrześniem 2008 r. był poważny, ponieważ występowały u niego liczne, przewlekłe i zaawansowane schorzenia, które bez dodatkowych czynników zewnętrznych mogły prowadzić bezpośrednio do krytycznego pogorszenia stanu zdrowia, w tym mogły stać się przyczyną śmierci. Należy również podkreślić, że charakter tych przewlekłych chorób – przy uwzględnieniu wieloletniego ich rozwoju i związanego z tym wysokiego stopnia zaawansowania – nie dawał jakichkolwiek szans na wyleczenie, a wręcz należało spodziewać się takiego ich zaostrzenia, że nawet wdrożenie leczenia ratującego życie nie byłoby w stanie dać szans na przeżycie chorego. U A. R. (1) występowały przewlekłe, ciężkie choroby, które nieuchronnie prowadziły do śmierci. Dalej biegli zaopiniowali, że w dniu 06.09.2008 r. A. R. (1) (lat 85) po

obudzeniu się usiadł i poczuł zawroty głowy oraz wystąpiła wówczas u niego duszność. Z tego powodu o godzinie 8.26 rodzina do pacjenta wezwała pogotowie ratunkowe, jako powód wezwania podając duszność. O godzinie 8.31 do domu pacjenta przybył zespół pogotowia ratunkowego z lekarką I. K. (1). W dokumentacji wywiadu lekarskiego istnieje zapis, że pacjent skarżył się na bóle brzucha od poprzedniego dnia. Natomiast z zeznań rodziny pacjenta wynika, że występowała u niego duszność i sinica w obrębie małżowin usznych, co wskazywałoby na niedotlenienie, jednakże nie występował ból brzucha. Z kolei z wyjaśnień lekarki wynika, że u pacjenta nie tylko nie występowała sinica, ale również nie skarżył się on na duszność, a w rzeczywistości powodem wezwania był ból brzucha. Ponadto w wywiadzie odnotowano, że u pacjenta występowała niewydolność krążenia i migotanie przedsionków. W zapisach badania przedmiotowego stan pacjenta określono jako dość ciężki, z obniżonym ciśnieniem tętniczym krwi do 80/40 mmHg (norma od 90/50 mmHg do 135/90 mmHg) oraz nieco przyspieszoną akcją serca do około 100/min (norma 60 – 100/min). Powyższe parametry ciśnienia skurczowego i tętna wykazały podwyższony do 1,25 wskaźnik (...) ($100 : 80 = 1,25$, prawidłowo poniżej 1), co wskazywało na rozwijający się wstrząs. Lekarka wykonała badanie EKG, które wykazało obecność migotania przedsionków. Natomiast mając na uwadze informacje, które lekarka mogła uzyskać od pacjenta o dotychczasowych chorobach, w tym ewentualności przebytego zawału serca, utrwalonym migotaniu przedsionków i bloku w układzie przewodzącym serca, interpretacja wykonanego przez nią badania EKG była znacznie utrudniona. Niemniej jednak zapis EKG nie wskazywał na ostre, świeże uszkodzenie mięśnia serca. Ponadto osłuchowo u podstawy płuc lekarka stwierdziła u chorego obecność rzężeń, co mogło być wykładnikiem przewlekłej niewydolności krążenia albo zmian zapalnych w pucach. W badaniu lekarskim brzuch był twardy, z obroną mięśniową, z obecnym objawem B. (objaw B. występuje przy ostrym zapaleniu otrzewnej) oraz mało słyszalną perystaltyką jelit. Taki wynik badania brzucha sugerował poważne ostre schorzenie jamy brzusznej, jednak na tym etapie diagnostyki nie było możliwości wskazania jego podłoża. Z uwagi na niejasny obraz kliniczny i konieczność podjęcia specjalistycznego leczenia, lekarka podjęła decyzję o przewiezieniu pacjenta do oddalonego o około 1 km Oddziału Chirurgicznego Szpitala (...) w P. (...). Pacjenta transportowano w pozycji siedzącej na krzeselku kardiologicznym i podczas trwającego około 3 – 4 minuty przewozu prowadzono obserwację tętna jedynie za pomocą badania ręcznego, przy czym nie są znane wyniki tych obserwacji. Z wyjaśnień lekarki wynika, że podczas transportu cały czas rozmawiała z pacjentem. Tlenoterapii, ani obserwacji przy użyciu kardiomonitora nie zastosowano. Wypisała skierowanie do szpitala na Oddział Chirurgiczny, które dodatkowo (po zgonie pacjenta) uzupełniła o Oddział Wewnętrzny.

Oceniając postępowanie medyczne lekarki I. K. (1), biegli wskazali na pewnego rodzaju nieprawidłowości. Na podstawie wywiadu lekarskiego oraz badania przedmiotowego można było wysunąć podejrzenie ostrego schorzenia w obrębie jamy brzusznej z zapaleniem otrzewnej i rozpoczynającym się wstrząsem o niejasnym podłożu, być może właśnie w przebiegu zapalenia otrzewnej albo innej groźnej dla zdrowia i życia patologii. Istniała również możliwość obecności zawału mięśnia serca niemego w EKG, z tzw. maską brzuszną. Dodatkowo materiał dowodowy nie rozstrzygnął kwestii występowania u chorego duszności i obecności sinicy. Niemniej jednak nie ma to – zdaniem tych biegłych – istotnego znaczenia, ponieważ mając na uwadze samą obecność wstrząsu należy stwierdzić, że zaistniały wystarczające wskazania do wdrożenia tlenoterapii, bez względu na przyczynę wstrząsu i subiektywne odczucie przez pacjenta duszności. Zatem brak wdrożenia tlenoterapii biegli uznali za postępowanie nieprawidłowe. Jako kolejną nieprawidłowość biegli wskazali brak podłączenia choremu kardiomonitora, a przynajmniej pulsoksymetru, co w praktyce nie pozwalało na obserwację podczas transportu podstawowych parametrów życiowych. Zastosowanie ręcznego pomiaru tętna w takiej sytuacji było – zdaniem biegłych - niewystarczające, ponieważ w ten sposób nie można było obserwować czynności elektrycznej serca i stopnia utlenowania krwi. **Niemniej jednak z uwagi na stabilny, choć ciężki, stan pacjenta, a przede wszystkim okoliczność bardzo krótkiego czasu transportu pacjenta do szpitala, zdaniem tychże biegłych, brak zastosowania tlenoterapii i monitorowania chorego, choć błędny, nie spowodował eskalacji istniejącego stanu niebezpiecznego, ponieważ nie sposób udowodnić, że zastosowanie w tamtym czasie tlenoterapii i monitorowania chorego, uchroniłoby go w czasie transportu od późniejszego pogorszenia stanu zdrowia, tym bardziej, że materiał dowodowy nie wskazuje, aby faktycznie w czasie transportu do takiego pogorszenia stanu zdrowia doszło. Dlatego też powyższe nieprawidłowe postępowanie medyczne I. K. (1) wobec A. R. (1), należy uznać – w opinii tychże biegłych, za bezskutkowe w rozumieniu odpowiednich przepisów kodeksu karnego.**

W pozostałym zakresie biegli ocenili postępowanie medyczne zespołu pogotowia ratunkowego za prawidłowe. Dalej biegli zaopiniowali, że uwzględniając całość obrazu klinicznego A. R. (1) (o czym lekarka pogotowia mogła uzyskać przynajmniej częściowe informacje w czasie zbierania wywiadu lekarskiego), a w szczególności obecność zaawansowanych, przewlekłych schorzeń układu sercowo – naczyniowego i układu oddechowego, jak również sam rezultat badania przedmiotowego, który jednoznacznie wskazywał na występowanie ostrej, groźnej dla życia patologii, takiej jak np.:postać brzuszna zawału serca niemego w EKG, rozlane zapalenie otrzewnej, krytyczna niedrożność przewodu pokarmowego, zator tętnicy krezkowej, czy też pęknięty tętniak aorty; istnieje bardzo wysokie prawdopodobieństwo zaistnienia krytycznie ciężkiego i nieodwracalnego stanu zdrowia chorego. Oznacza to, że stan pacjenta mógł być tak dalece niebezpieczny, że w praktyce niebezpieczeństwa tego nie można było już zwiększyć nawet nieprawidłowym postępowaniem medycznym, ani też z uwagi na duży stopień zaawansowania chorób przewlekłych, nawet prawidłowe postępowanie medyczne niebezpieczeństwa tego nie mogło już uchylić. Innymi słowy, zdaniem tych biegłych, jest bardzo prawdopodobne, że przebieg występujących u pacjenta ciężkich chorób doprowadził do ich krytycznego końcowego okresu, którego nie można było już odwrócić, bądź nawet zminimalizować poprzez zastosowanie leczenia. Dalej biegli zaopiniowali, że nikłe jest prawdopodobieństwo, aby pogorszenie stanu zdrowia z następowym zatrzymaniem krążenia było u chorego spowodowane stosunkowo niegroźnymi i łatwo odwracalnymi przyczynami, ponieważ sama obecność licznych, przewlekłych i zarazem ciężkich schorzeń, minimalizowała szanse powodzenia leczniczego.

Dalej biegli zaopiniowali, że w czasie prowadzonej resuscytacji pacjenta podłączono go do zapisu EKG, który zinterpretowano jako rozkojarzenie przedsionkowo – komorowe. W opinii biegłych, na podstawie znajdującego się w aktach zapisu EKG nie można rozpoznać rozkojarzenia przedsionkowo – komorowego, ponieważ nie można doszukać się obecności załamek „p”. W dalszej kolejności zapis ten wykazuje niskonapieniowe, zejściowe migotanie komór, a całość zapisu EKG należy interpretować jako obraz tzw. umierającego serca. Natomiast dodatkowo uwzględniając informację o braku w tym czasie u chorego tętna, należy stwierdzić, że wyjściowo zamiast rozkojarzenia przedsionkowo – komorowego, u chorego występowała inna, bardzo groźna dla życia patologia, a mianowicie rozkojarzenie elektromechaniczne, zwane inaczej aktywnością elektryczną bez tętna. Polega to na obecności w zapisie EKG czynności elektrycznej układu przewodzącego serca, który jednak nie przekłada się na skurcz serca, albo skurcz ten jest na tyle upośledzony, że w rzeczywistości nie powoduje istotnego hemodynamicznie przepływu krwi, czyli fali tętna. Rozkojarzenie elektromechaniczne jest jedną z form stanu zatrzymania krążenia (śmierci klinicznej). Stan taki może być ostatecznym skutkiem w wielu bardzo groźnych schorzeniach takich jak: rozlane zapalenie otrzewnej, krytycznie zaawansowana niedrożność przewodu pokarmowego, pęknięty krwiak aorty, tamponada serca, krwotok wewnętrzny, krytyczne nadciśnienie płucne, głębokie zaburzenia elektrolitowe, zatrucia i inne. Natomiast obraz kliniczny pacjenta nie wskazywał na możliwość ostrego schorzenia ośrodkowego układu nerwowego. **Biegli zaopiniowali, że należy podkreślić, iż zatrzymanie krążenia w mechanizmie rozkojarzenia elektromechanicznego zawsze rokuje źle, głównie dlatego, że dochodzi do niego na dalece zaawansowanym etapie rozwoju schorzenia wyjściowego.** Dalej biegli zaopiniowali, iż na izbie przyjęć formalnie opiekę nad pacjentem winna była już przejąć lekarka dyżurna M. K., która jednak w tym czasie zajęta była przy innym pacjencie, zatem faktyczną opiekę nad A. R. (1) nadal sprawowała I. K. (1). W takiej sytuacji, w opinii biegłych, niewątpliwie nadal błędnym postępowaniem wobec pacjenta był brak podłączenia kardiomonitora z pulsoksymetrem i brak zastosowania tlenoterapii. Dalej biegli zaopiniowali, że nie sposób udowodnić, iż wykonanie tych czynności uchroniłoby pacjenta przed nagłym zatrzymaniem krążenia, albo zwiększyło jego szanse na przeżycie. Dlatego biegli uznali błędne postępowanie medyczne w tym zakresie za bezskutkowe. Zaopiniowali, że postępowanie medyczne po nagłym zatrzymaniu krążenia było zasadniczo prawidłowe, przy czym nieprawidłowo zinterpretowano EKG, okoliczność ta nie ma jednak znaczenia, bo akcja resuscytacyjna była prowadzona prawidłowo. **Biegli zaopiniowali, że istnieje wysokie prawdopodobieństwo, że przewlekłe schorzenia układu sercowo – naczyniowego, oddechowego, oraz bliżej nieokreślona patologia jamy brzusznej wskazująca na ostre zapalenie otrzewnej, w praktyce powodowały krytyczne zmniejszenie szans na przeżycie chorego, nawet w**

przypadku wdrożenia leczenia o kilka minut wcześniej. Pośrednim dowodem takiego twierdzenia jest sama nieskuteczność prawidłowo przeprowadzonych czynności resuscytacyjnych. Ogólnie – zdaniem biegłych – można wysnuć uzasadnione podejrzenie, że faktyczny stan kliniczny A. R. (1) w dniu 06.09.2008 r. był na tyle krytyczny, że w praktyce nie można już było udzielić mu skutecznej pomocy medycznej. Biegli zaopiniowali, że oczywiście z uwagi na brak przeprowadzenia sekcji zwłok nie można mieć co do tego pewności, niemniej jednak prawdopodobieństwo zaistnienia krytycznego stanu klinicznego chorego jest w tym konkretnym przypadku bardzo wysokie zdaniem tychże biegłych.

W opinii biegłych sekcja winna być przeprowadzona, gdyż bez tego niemożliwe było ustalenie przyczyny zgonu. Określenie przyczyny zgonu w karcie zgonu zostało wpisane błędnie, bo w takiej sytuacji należało wpisać, że przyczyna śmierci nie została ustalona. Zdaniem biegłych brak jest wystarczających podstaw do przyjęcia aby błędne postępowanie medyczne lekarki I. K. (1) wobec A. R. (1) w postaci braku tlenoterapii i monitorowania podstawowych czynności życiowych spowodowało narażenie pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia, albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Biegli zaopiniowali, że nie sposób wykazać, aby brak tlenoterapii był jedyną przyczyną pogłębienia stanu niebezpiecznego dla A. R. (1), bowiem istnieje wysokie prawdopodobieństwo, że zagrożenia zdrowia i życia wynikało z krańcowego etapu przewlekłych, nieuleczalnych i zarazem śmiertelnych chorób. Zgromadzony w aktach materiał dowodowy, zdaniem biegłych, w żaden sposób nie podważa możliwości wstępowania u A. R. (1) objawów ostrego brzucha. (k. 721 - 769)

Sąd ocenił i zważył co następuje:

Kluczowymi dowodami w tej sprawie są oczywiście opinie medyczne. Wypowiedziały się w sumie cztery Uniwersytety Medyczne. Uniwersytet z K. odmówił opiniowania, tłumacząc, że skoro nie było sekcji zwłok, to niemożliwe jest pewne ustalenie przyczyny zgonu pacjenta, a skoro tak, to i niemożliwa jest ocena postępowania personelu medycznego udzielającego pomocy A. R. (1). Z pozostałych trzech Uniwersytetów Medycznych, Uniwersytet z W. zaopiniował na niekorzyść oskarżonej, pozostałe dwa, to jest Uniwersytet z K. i z Ł. – na jej korzyść, przy czym w konfrontacji stanowisk opiniujących biegli z K. nie byli w stanie jasno i logicznie obronić swej opinii, skutkowało to powołaniem czwartego biegłego – Uniwersytetu z Ł..

Opinia (...)Uniwersytetu Medycznego, który opiniował jako ostatni, więc dysponował najobszerniejszym materiałem dowodowym, jest – zdaniem sądu rejonowego – najpełniejsza, najlogiczniejsza i najlepiej osadzona w realiach tej sprawy. Opinia biegłych z W. jest – w ocenie sądu rejonowego - do pewnego stopnia abstrakcyjna w odniesieniu do dowodów i stanu faktycznego tej sprawy. W szczególności chodzi o to, iż biegli - pomimo że uznali skrajnie ciężki stan zdrowia A. R. (1) – to mimo tego przyjęli, że błędy I. K. (1) (brak tlenoterapii i monitorowania urządzeniami podstawowych parametrów życiowych) naraziły pacjenta na niebezpieczeństwo, o jakim mowa w art. 160 kk. W tym zakresie dwie pozostałe opinie, ale zwłaszcza biegłych z Ł., są zdecydowanie bardziej przekonujące i – co ważne – ściśle osadzone w realiach tej konkretnej sprawy, nie zaś czystej teorii (jak opinia biegłych z W.).

Zaznaczyć należy, że wszystkie trzy Uniwersytety, które zgodziły się opiniować, zgodne są co do tego, że oskarżona winna była zastosować tlenoterapię i monitorowanie czynności życiowych A. R. (1) nie tylko manualne, ale i przy użyciu specjalistycznych urządzeń. Na tym jednak koniec zgodności. Biegli bowiem i z K. i z Ł. zaopiniowali dalej, że brak podstaw, aby przyjąć, mimo tych nieprawidłowości po stronie oskarżonej, że naraziła A. R. (1) na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia, albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, a to z uwagi na jego skrajnie ciężki stan zdrowia jeszcze przed przybyciem karetki pogotowia. Biegli z Ł. przedstawili swoją opinię i dokładnie, jasno wyjaśnili jak poważny był stan zdrowia A. R. (1) i dlaczego – pomimo iż I. K. (1) popełniła formalnie błędy, to jednak finalnie nie można powiedzieć, iż naraziła pacjenta na niebezpieczeństwo, o jakim mowa w art. 160 kk. Mianowicie biegli ci bardzo szczegółowo, ale jednocześnie przystępnie opisali jak bardzo schorowanym człowiekiem był A. R. (1) i jak bardzo poważny (skrajnie zły) był jego stan zdrowia w chwili wezwania karetki pogotowia; organizm pacjenta był wycieńczony. Jednocześnie napisali, że z powodu braku sekcji zwłok niemożliwe jest ustalenie w sposób pewny przyczyny zgonu pacjenta. Suma tych okoliczności powoduje brak możliwości stwierdzenia ponad wszelką wątpliwość,

że zastosowanie tlenoterapii i monitorowanie czynności życiowych na urządzeniach cokolwiek by zmieniło w dalszym rozwoju wypadków. Zdaniem biegłych wiele więcej wskazuje za tym, że stan A. R. (2) był aż tak zły, iż nic nie mogło go już uratować, a więc był tak zły, że nic nie mogło tego stanu już pogorszyć, czyli zaniechania lekarki nie mogły narazić go na niebezpieczeństwo, ani niebezpieczeństwa pogłębić. Reasumując, z opinii tej wynika, że w zasadzie wszelkie działania medyczne podejmowane wobec A. R. (1) były w tym sensie medycznie obojętne, że nie były już w stanie odwrócić jego skrajnie ciężkiego stanu. Zdaniem biegłych z Ł. świadczy o tym niepowodzenie bezzwłocznie podjętej i w sposób prawidłowy przeprowadzonej akcji resuscytacyjnej, która nie pomogła. To w opinii biegłych świadczy dobitnie jak skrajnie zły był stan zdrowia A. R. (1) w dniu zdarzenia i pokazuje – w opinii biegłych, która zdaniem sądu rejonowego jest w tym zakresie logiczna, iż stan ten zmierzał nieuchronnie do zgonu. Z tego względu I. K. (1) nie mogła go pogłębić poprzez brak tlenoterapii czy monitorowania czynności życiowych urządzeniami. W tym zakresie opinia biegłych z Ł. (która jest zdecydowanie logiczniejsza, a przede wszystkim lepiej uargumentowana niż biegłych z K.) jest bardziej logiczna, niż opinia biegłych z W.. Opinia biegłych z W. sprowadza się tylko do tego, że oskarżona dopuściła się uchybień (brak tlenoterapii i monitorowania na przyrządach czynności życiowych, co jest zresztą bezsprzeczne w świetle wszystkich trzech opinii merytorycznych). Biegli z W. uchybienia te potraktowali czysto formalnie, w oderwaniu od stanu tej sprawy, to znaczy od stanu zdrowia pokrzywdzonego. W ocenie sądu rejonowego jest to stanowisko błędne, bo wprawdzie przestępstwo z art. 160 kk jest czynem z narażenia, ale w tym wypadku sąd przychyliła się do opinii biegłych z Ł., że nie można narazić pacjenta na niebezpieczeństwa, o jakich mowa w tym przepisie, nawet popełniając błędy, tyle tylko, że te błędy pozostawały bezskutkowe dla stanu zdrowia pacjenta, nie mogły go pogorszyć, bo stan ten – już zanim do błędów doszło – był skrajnie zły, zmierzający do śmierci. Oczywiście nie było sekcji zwłok A. R. (1) (za co zresztą nie odpowiada oskarżona, tylko lekarka dyżurna M. K.), więc niemożliwe jest pewne określenie przyczyny jego zgonu. Okoliczność ta nie może jednak obciążać oskarżonej, po pierwsze dlatego, że byłoby to sprzeczne z podstawową zasadą procesu, iż niewyjaśnione wątpliwości wolno rozstrzygać wyłącznie na korzyść oskarżonego, po drugie dlatego, że biegli z Ł. logicznie wy tłumaczyli, iż jest prawdopodobieństwo graniczące z pewnością, iż stan zdrowia A. R. (1) był skrajnie zły (przemawia za tym niepowodzenie akcji resuscytacyjnej) i niemożliwe było jego uratowanie, po trzecie w końcu, to nie I. K. (1) podjęła błędną (i sprzeczną z przepisami) decyzję o odstąpieniu od sekcji zwłok, a właśnie ta decyzja zaważyła na całym tym postępowaniu w sposób zasadniczy, wywołując konieczność powoływania wielu opinii specjalistycznych. Gdyby bowiem przeprowadzono sekcję zwłok, to przyczyna zgonu byłaby ustalona w sposób pewny. Natomiast bez sekcji wszystko opiera się o wnioski, przy czym wnioski biegłych z (...) Uniwersytetu Medycznego jest najbardziej przekonujące. Z opinii tych biegłych wynika przystępnie, jak schorowany i wyniszczony chorobami był A. R. (1) oraz jakie spektrum schorzeń mogło u niego wystąpić (czy na pewno wystąpiło tego nie wiadomo z braku sekcji zwłok), niemniej jednak przekonująca jest argumentacja o tym, że stan pacjenta był skrajnie zły, skoro akcja resuscytacyjna nie była w stanie pomóc.

Ponieważ spośród trzech opinii merytorycznych (Uniwersytet z K. w ogóle odmówił opiniowania z braku sekcji zwłok) opinia Uniwersytetu (...) jest najpełniej osadzona w realiach tej sprawy, konkretna, rzeczowa, realistyczna (a nie teoretyczna jak Uniwersytetu z W.), to sąd rejonowy ustalając stan faktyczny oparł się właśnie na tej opinii, jako miarodajnej, pozwalającej na rozstrzygnięcie sprawy. Co do opinii biegłych z W., to zaznaczyć można, iż opiniując pierwotnie nie uchwycili, iż zawarty w aktach regulamin dotyczył szpitala z ulicy (...) i odnosili do jego zapisów ustalenia i oceny w sprawie, co następnie – po załączeniu regulaminu szpitala przy ulicy (...) – zweryfikowali, zresztą nie miało to wpływu na ich opinię, ani zasadniczego znaczenia na jej treść. Nie jest to żaden zarzut pod adresem tychże biegłych, bo z akt faktycznie trudno się wnioskowało o specyfice rozwiązań w P. (...). (w zakresie przemienności działania szpitali co do przyjmowania pacjentów z karettek). Istotniejsze jest, iż biegli ci przyjęli założenie, że lekarka była gwarantem zdrowia pacjenta, którego miała w opiece jako lekarz pogotowia, a skoro popełniła błędy, to niejako automatycznie naraziła go na niebezpieczeństwa z art. 160 kk. Sąd rejonowy takiego automatyzmu w rozumowaniu nie podziela, bo uważa, że nie można narazić na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia, czy ciężkiego uszczerbku na zdrowiu człowieka, którego stan zdrowia jest terminalny w takim stopniu, że nawet prawidłowe postępowanie medyczne niebezpieczeństwa tego nie jest w stanie uchylić.

Dowody ze źródeł osobowych, czyli z wyjaśnień oskarżonej i zeznań świadków sąd uznał za wiarygodne w zasadzie w całości, a w szczególności na pewno w takim zakresie, gdzie ich nielogiczności nie wykazała opinia fachowców, czyli

biegłych (chodzi tu o biegłych z (...)Uniwersytetu Medycznego). Są rozbieżności pomiędzy zeznaniami córki A. R. (1)–Z. R.i wyjaśnieniami oskarżonej, ale nie są istotne, nie dotyczą istotnych faktów, a ocen.

Mając powyższe na względzie sąd rejonowy uniewinnił oskarżoną od postawionego jej zarzutu, przyjmując, że nie wypełniła znamion art. 160 § 1, 2, 3 kk (art. 17 § 1 pkt 2 kpk), zwłaszcza że niewyjaśnionych wątpliwości na niekorzyść oskarżonego rozstrzygać nie wolno, a niewątpliwie taką nieusuwalną wątpliwością w tej sprawie pozostanie przyczyna zgonu A. R. (1), której – z braku sekcji zwłok – już nigdy nie da się w sposób pewny ustalić. Okoliczność ta – zgodnie z naczelną zasadą procesu – nie może oskarżonej obciążać (art. 5 § 2 kpk).

O wydatkach w sprawie sąd rozstrzygnął w oparciu o art. 632 pkt 2 kpk.