

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

23 października 2018 r.

Sąd Rejonowy Gdańsk-Południe w Gdańsku w Wydziale II Karnym w składzie:

Przewodniczący SSR Andrzej Wojtaszko

Protokolant Magdalena Wodzick

przy udziale prokuratora Macieja Gnilańskiego

po rozpoznaniu na rozprawie w dniach 3 stycznia, 25 sierpnia, 13 i 24 października, 5 grudnia 2017 roku, 9 sierpnia i 9 października 2018 roku sprawy:

1. **J. H.**, córki R. i S. z domu K., urodzonej (...) w K.

oskarżonej o to, że:

I. w dniu 03 października 2013 roku G. nieumyślnie spowodowała śmierć T. K. (1) w ten sposób, że jako pielęgniarka Oddziału Intensywnego Nadzoru Pooperacyjnego Uniwersyteckiego Centrum (...) w G. w dniu 02 października 2013 r. przetoczyła wyżej wymienionemu niezgodny grupowo z grupą jego krwi koncentrat krwinek czerwonych ARhD +, w następstwie czego u T. K. (1) doszło do ostrego odczynu hemolitycznego, a w konsekwencji tego do zatrzymania krążenia w mechanizmie asystolii i do zgonu wyżej wymienionego w dniu 03 października 2013 roku

to jest o przestępstwo z art. 155 k.k.

2. **P. B.**, syna S. i T. z domu M., urodzonego (...) w M.,

oskarżonego o to, że:

II. w dniu 02 października 2013 roku G., będąc zobowiązany jako lekarz Oddziału Intensywnego Nadzoru Pooperacyjnego Uniwersyteckiego Centrum (...) w G. do opieki nad pacjentem, nieumyślnie naraził T. K. (1) na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia w ten sposób, że nie dokonał właściwej analizy objawów występujących u wyżej wymienionego podczas przeprowadzanej u niego transfuzji krwi, mogących wskazywać na powikłania poprzetoczeniowe i nie podjął decyzji o przerwaniu tej transfuzji, co doprowadziło do dalszego przetaczania T. K. (1) niezgodnego grupowo z jego grupą krwi koncentratu krwinek czerwonych ARhD +

to jest o przestępstwo z art. 160 § 2 i 3 k.k.

I. przy zastosowaniu art. 4§1 k.k. oskarżoną **J. H.** w granicach zarzutu aktu oskarżenia uznaje za winną tego, że w dniu 02 października 2013 roku G., będąc zobowiązana jako pielęgniarka Oddziału Intensywnego Nadzoru Pooperacyjnego Uniwersyteckiego Centrum (...) w G. do opieki nad pacjentem, nieumyślnie naraziła T. K. (1) na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w ten sposób, że dniu 02 października 2013 r. przetoczyła wyżej wymienionemu, posiadającemu grupę krwi o RhD+, niezgodny grupowo z grupą jego krwi koncentrat krwinek czerwonych A Rh D+, z naruszeniem §13 ust. 1, §3 ust. 2 pkt 2 w zw. z §11 ust. 1 pkt 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 11 grudnia 2012 roku w sprawie leczenia krwią w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, w których przebywają pacjenci ze wskazaniami do leczenia krwią i jej składnikami tj. bez udziału lekarza odpowiedzialnego za przetaczanie przy podłączeniu ww. pacjentowi drugiej jednostki koncentratu krwinek czerwonych oraz z naruszeniem dokonania prawidłowej kontroli zgodności biorecy z podłączaną drugą jednostką

koncentratu krwinek czerwonych, czyn ten kwalifikuje z art. 160§2 i 3 k.k. i za to na mocy art. 160§ 3 k.k. skazuje ją na **karę 10 (słownie: dziesięciu) miesięcy pozbawienia wolności**,

II. przy zastosowaniu art. 4§1 k.k. na podstawie art. 69 § 1 i 2 k.k., art. 70 § 1 pkt 1 k.k. wykonanie orzeczonej w stosunku do oskarżonej **J. H.** kary pozbawienia wolności warunkowo zawiesza na okres próby wynoszący 3 (słownie: trzy) lata;

III. przy zastosowaniu art. 4§1 k.k. oskarżonego **P. B.** uznaje za winnego zarzucanego czynu kwalifikowanego jako występki z art. 160§2 i 3 k.k. i za to na mocy art. 160§3 k.k. w zw. z art. 33 §1 i 3 k.k. wymierza oskarżonemu **karę 100 (słownie: sto) stawek dziennych grzywny ustalając wysokość jednej stawki na 100 (słownie: sto) złotych**;

IV. na podstawie art. 626§1 k.p.k. w zw. z art. 627 k.p.k. w zw. z art. 633 k.p.k. i art. 2 ust. 1 pkt 3, art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 23 czerwca 1973r. o opłatach w sprawach karnych (Dz. U. Z 1983r. nr 49, poz. 223 z późn. zm.) zasądza **od oskarżonych** na rzecz Skarbu Państwa kwotę po (...),71 (słownie: pięć tysięcy dwieście czterdzieści sześć i 71/100) złotych tytułem wydatków postępowania oraz opłatę w wysokości 180 (słownie: sto osiemdziesiąt) złotych od oskarżonej **J. H.** i w kwocie 1.000,00 (słownie: tysiąc) złotych od oskarżonego **P. B.**;

Sygnatura akt II K 767/15

UZASADNIENIE

Na podstawie przeprowadzonych i ujawnionych w toku przewodu sądowego dowodów Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

T. K. (1), lat 57, z rozpoznaniem nowotworu złośliwego pęcherza moczowego oraz nadciśnienia tętniczego i cukrzycy, w dniu 01 października 2013 r. został poddany operacji usunięcia pęcherza moczowego i prostaty z następczym wytworzeniem urostomii w Uniwersyteckim Centrum (...) w G.. W trakcie ponad pięciogodzinnej operacji T. K. (1) utracił około 1800 ml krwi, a przetoczono mu 3 jednostki KKCz. O godzinie 16.05 T. K. (1) przekazano do Oddziału Intensywnego Nadzoru Pooperacyjnego tego centrum. U T. K. (1) utrzymywały się dolegliwości bólowe. Prowadzono leczenie przeciwbólowe w postaci utrzymywania znieczulenia zewnątrzoponowego przy użyciu bupiwokainy oraz fentanylu podawanego we wlewie ciągłym. T. K. (1) również gorączkował do 38 stopni celsjusza, otrzymywał antybiotyk, a doraźnie podawano dożylnie metamizol (P.) w celu obniżenia gorączki

W dniu 02 października 2013 r. rano po porannym obchodzie, zdecydowano o przekazaniu T. K. (1) do oddziału macierzystego – Kliniki (...) – dr J. W. (1) zleciła przetoczenie 2 jednostek KKCz przed jego przeniesieniem. Wskazaniem do przetoczenia KKCz była niedokrwistość. Decyzja o przetoczeniu krwi była zasadna. T. K. (1) o grupie krwi O RhD+ zamówiono dwie jednostki KKCz z jego grupy i taka krew została skrzyżowana i wydana dla niego przez bank krwi. Próba zgodności wydania do oddziału była zgodna dla tych pojemników z KKCz.

Pracownik banku krwi przyniósł jednocześnie cztery worki krwi, dwa dla T. K. (1) oraz dwa dla E. C..

Po przyniesieniu KKCz do oddziału pooperacyjnego pierwszą jednostkę KKCz J. H. podłączyła o godzinie 09.10, drugą zaś włożyła do torby izolacyjnej. Transfuzja pierwszej jednostki KKCz przebiegła pomyślnie, bez jakichkolwiek powikłań. Jednocześnie na tej samej czteroosobowej sali nr 3 hospitalizowana była pacjentka po operacji ginekologicznej E. C. o grupie krwi A RhD+, dla której także zaplanowano przetoczenie dwóch jednostek KKCz. Również pierwsze przetoczenie KKCz grupy A (...) + przebiegło u niej pomyślnie.

Pierwsza transfuzja zgodnego grupowo KKCz u T. K. (1) odbyła się w godzinach 09:10-10:15 i trwała 65 minut. Nie przekroczono ani czasu przechowywania krwi do podania (podano od razu) ani czasu przetoczenia. Transfuzję drugiej omyłkowo podłączonej jednostki KKCz grupy A (...) + rozpoczęto niezwłocznie po zakończeniu pierwszej transfuzji. Przed podłączeniem drugiej jednostki KKCz nie została przeprowadzona procedura identyfikacji pacjenta przez lekarza i pielęgniarkę przy łóżku chorego i porównania danych T. K. (1) z danymi na próbie zgodności i wyniku grupy krwi. J. H. w nieobecności lekarza podłączyła KKCz nieprzeznaczoną dla T. K. (1) o niezgodnej grupie krwi, to

jest grupy A (...)+. Powyższe postępowanie nie było sytuacją odbiegającą od zwyczajów przyjętych na tym oddziale w (...) w G..

Po około 5 minutach od rozpoczęcia transfuzji niezgodnego grupowo KKCz, u T. K. (2) wystąpiły dreszcze, ból w klatce piersiowej i w okolicy lędźwiowej, duszność, niepokój.

Widząc powyższe, J. H., około godziny 10:30 zawiadomiła o tych objawach lekarzy, którzy wówczas dokonywali rutynowego obchodu na sali nr 2 tj. dr. W., dr W. i oskarżonego dr P. B.. Lekarze przyjęli informację do wiadomości, jednakże wówczas żaden z nich nie zareagował i nie udał się z J. H. na salę nr 3. Na sali nr 2 wraz wyżej wymienionymi lekarzami znajdowała się również pielęgniarka koordynująca A. S..

Po drugim, kolejnym powiadomieniu przez J. H., które nastąpiło około 5 minut po pierwszym tj. ok. godziny 10.35, dr P. B., jako jedyny z lekarzy ówczesnie przebywających na oddziale, udał się na salę nr 3, zbadał chorego i wydał zlecenia diagnostyczno-lecznicze, nie informując pozostałych lekarzy uczestniczących w obchodzie o tym co stwierdził w badaniu i co zlecił pacjentowi, polecił też kontynuowanie transfuzji, uprzednio wstrzymanej przez J. H. w momencie gdy zdecydowała się na powiadomienie lekarzy o problemach z pacjentem T. K. (1) .

W trakcie badania T. K. (1) miał przyspieszone czynności serca do 110/120 na minutę, podwyższoną temperaturę ciała, skarżył się na bóle, w tym bóle klatki piersiowej.

P. B. nie sprawdził czy T. K. (1) podłączono prawidłową krew i zlecił intensyfikację leczenia przeciwbólowego, zwiększył dawkę fantanylu i przywrócił wlew bupiwokainy oraz zlecił diagnostykę w kierunku zawału mięśnia sercowego oraz ewentualnego zakażenia, po czym opuścił salę nr 3 i udał się do innego pacjenta.

Kolejno, około godziny 11.10 na salę nr 3 przyszedł zespół lekarzy dokonujących obchodu i wtedy dopiero dr M. W. (1) dostrzegła różnicę w grupie krwi między pojemnikiem z resztkami po przetoczonej krwi leżącym na stoliku przy łóżku T. K. (1) (tj. grupą krwi O na etykiecie pojemnika KKCz z resztkami po uprzednim toczeniu), a grupą A na etykiecie pojemnika aktualnie przetaczanego i zleciła zatrzymanie transfuzji. J. H. zatrzymała transfuzję i odłączyła krew od T. K. (1), jednocześnie obecna na sali pielęgniarka A. S. wstrzymała drugą niezgodną transfuzję u pani R.-C..

T. K. (1) otrzymał niezwłocznie kortykosteroid-H. w dawce 200mg w iniekcji i.v., podano też lek uspokajający D. w dawce 5 mg i.v., zlecono badania diagnostyczne. Jego stan poprawił się, uzyskano ustąpienie zgłaszanych dolegliwości. W próbkach krwi z godziny 12:00 stwierdzono hemolizę i nie można było wykonać zleconych badań, a zatem uzyskano potwierdzenie podejrzenia ostrej poprzetoczeniowej reakcji hemolitycznej.

T. K. (1) w rozmowie telefonicznej z małżonką G. K. (która była w drodze do szpitala, żeby go odwiedzić, przywieźć rzeczy i prowiant) przed godziną 14, powiedział jej, żeby nie przyjeżdżała, ponieważ bardzo źle się czuje. G. K. powiedziała mu, że w tej sytuacji tym bardziej przyjedzie.

Po okresie uzyskanej poprawy około godziny 14:00 doszło do ponownego pogorszenia stanu T. K. (1), a więc po około trzech godzinach monitorowania i leczenia powikłania w Oddziale Intensywnego Nadzoru Pooperacyjnego. U T. K. (1) wystąpiła niewydolność oddechowa pacjent został zaintubowany i podłączony do respiratora, który był na wyposażeniu tego oddziału. Wobec dalszego pogarszania stanu w postaci spadku ciśnienia tętniczego krwi, rozpoczynający się wstrząs oraz niewydolność nerek, T. K. (1) przekazano do Pododdziału Intensywnej Terapii. Przy przyjęciu do tego oddziału określono jego stan jako bardzo ciężki. W trakcie około piętnastogodzinnej hospitalizacji (od 16:45 do 07:07 dnia następnego) leczenie T. K. (1) obejmowało postępowanie przeciwwstrząsowe (aminy K.), zwalczanie kwasicy, niewydolności nerek i rozwijającego się zespołu rozsianego wykrzepienia śródnaczyniowego ((...)). U T. K. (1) stosowano płynoterapię i.v., wykonano hemofiltrację i podawano substytucyjne składniki krwi, tj. zwalczano niedokrwistość oraz zaburzenia krzepnięcia krwi wskutek powikłania ostrej hemolizy – zespołu wykrzepiania śródnaczyniowego, w trakcie którego występują niedobory czynników krzepnięcia pochodzenia osocznego i małopłytkowość. T. K. (1) otrzymywał zatem krew, osocze, krioprecypitat i koncentraty krwinek płytkowych. Zwalczano kwasicę, monitorowano bilans płynów. Nie udało się uzyskać poprawy stanu T. K. (1) i

pacjent zmarł z powodu zatrzymania czynności serca w mechanizmie asystolii. Postępowanie resuscytacyjne nie było skuteczne.

Dowód:

Opinia sądowo-lekarska prof. dr hab. n. med. R. P. k. 519-538 950-953

Opinie UM w B. k. 922-923v

Zeznania świadka G. K. k. 136-139

Zeznania świadka A. S. k. 213-216, 869v-871

Zeznania świadka E. W. (1) k. 222-224, 693-696, 882v-883

Zeznania świadka M. W. (2) k. 210-212, 887-892

Zeznania świadka H. S. (1), k. 225-226, 697-700, 883-883v

Zeznania świadka B. W. k. 228-230, 700-702, 883v-884

Zeznania świadka M. W. (1) k.241-243, 892-894

Zeznania świadka J. W. (1) k. 367-373, 871-874

Zeznania świadka R. J. j, 906-907

Protokół oględzin i otwarcia zwłok k. 147

Wyniki badania pośmiertnego, w tym badania histopatologicznego oraz analiza udostępnionej dokumentacji medycznej w postaci kserokopii historii choroby wraz z wynikami wykonanych badań laboratoryjnych wskazują, że T. K. (1) **zmarł w następstwie ostrego odczynu hemolitycznego po przetoczeniu niezgodnego grupowo koncentratu krwinek czerwonych (krew zmarłego należała do grupy o Rh D+, a przetoczony koncentrat krwinek czerwonych należał do grupy A (...)+). Bezpośrednią przyczyną zgonu było nagle zatrzymanie krążenia w mechanizmie asystolii tj. ustania czynności skurczowej mięśnia poprzedzone zwolnieniem akcji serca (bradykardią). Wyżej wymienione zaburzenia pracy serca stanowiły etap końcowy zaburzeń w organizmie w postaci wstrząsu tj. ostrej obwodowej niewydolności krążenia, ostrej niewydolności nerek mimo leczenia nerkozastępczego hemofiltracją żylną-żylną, niedokrwistości oraz skazy krwotocznej towarzyszącej zespołowi wykrzepiania wewnątrznaczyniowego i kwasicy metabolicznej.**

W czasie badania pośmiertnego nie stwierdzono powikłań związanych z wykonanym zabiegiem usunięcia pęcherza moczowego z gruczołem krokowym i wytworzenia tzw. urostomii metodą B. (zespoleń szczelne, drożne). Tak więc zabieg urologiczny i stanowiąca wskazanie do leczenia operacyjnego choroba nowotworowa nie miały wpływu na zgon.

Dowód:

opinia sądowo-lekarska k.153-154

Ograniczenie diagnostyki do zaburzeń kardiologicznych/zakażenia, a postępowania terapeutycznego do złagodzenia bólu byłoby jak najbardziej uzasadnione w przypadku, gdyby pacjent nie otrzymywał krwi. **W tym jednak przypadku decyzja diagnostyczna i w jej następstwie terapeutyczna, były zatem błędne.** Jeżeli bowiem pacjent otrzymuje składnik krwi, a więc produkt biologiczny obarczony ryzykiem wywołania różnych niepożądanych reakcji, w tym zagrażających zdrowiu i życiu, lekarz powinien w pierwszej kolejności wiązać pojawienie się **jakichkolwiek objawów** właśnie z przetaczaną krwią i pierwszym działaniem, a raczej wpojonym

nawykiem, czy wręcz odruchem powinno być zatrzymanie transfuzji krwi poprzez zaciśnięcie aparatu do przetaczania. Wstrzymuje się wtedy dostarczanie substancji szkodliwej dla ustroju. Następnym krokiem powinno być odłączenie wlewu przez wyjęcie igły z żyły pacjenta. Jednocześnie zabezpiecza się żyłę wlewem i.v. płynu infuzyjnego. Postępowanie takie jest zawarte w podręcznikach medycznych, a także w obowiązującym personel medyczny prowadzący leczenie krwią Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 października 2017 r. w sprawie leczenia krwią i jej składnikami w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne. Powinien znać je lekarz i pielęgniarka.

Działania dr B. nie były adekwatne do zaistniałej sytuacji. Po pierwsze lekarz nie powiązał zgłaszanych przez pacjenta dolegliwości, jak i obserwowanych objawów (dreszcze, tachycardia, duszność, znaczny niepokój chorego i bóle zarówno w okolicy łędźwiowej, jak i w klatce piersiowej) z dokonującym się przetoczeniem krwi. Nie rozpoznał powikłania poprzetoczeniowego. W związku z tym nie podjął ani właściwego postępowania diagnostycznego, ani przede wszystkim leczniczego. Pierwszym i zasadniczym elementem postępowania leczniczego powinno być odłączenie krwi. Badania diagnostyczne powinny objąć wszystkie badania podstawowe jakie stosuje się w przypadku podejrzenia powikłania poprzetoczeniowego, w tym ukierunkowanie na udowodnienie procesu hemolizy i znalezienia jej przyczyn (w tym przypadku immunologicznych). Diagnostyka lekarza, nietrafnie i bez uzasadnienia w przypadku tego chorego wobec trwającej transfuzji krwi, ukierunkowana była na zaburzenia układu sercowo-naczyniowego (zawał mięśnia sercowego, o czym świadczy zlecenie oznaczenia troponiny I i CK-MB) bądź zakażenie (zlecono (...)prokalcytoninę). Postępowanie takie mogło być zasadne w świetle zgłaszanych objawów (ból klatki piersiowej, gorączka) gdyby nie było transfuzji krwi. Podobnie podanie fentanylu było bez znaczenia w odniesieniu do rozwijającego się powikłania, ale zmniejszyło dolegliwości bólowe i niepokój. Biegły wskazał, że lekarz twierdzi, że pacjent wtedy nie miał wstrząsu (miał prawidłowe wartości ciśnienia tętniczego). Biegły podał, że jest to zgodne z prawdą, gdyż wstrząs pojawił się kilka godzin później w toku rozwoju powikłania hemolitycznego.

Biegły w swojej opinii stwierdził, że nie było to postępowanie zgodne z obowiązującą wiedzą medyczną. Zdaniem biegłego ówczesny stan zdrowia pacjenta uzasadniał podjęcie decyzji zasadniczej i pierwszej wśród wszystkich podejmowanych, tj. decyzji o przerwaniu przetaczania krwi. Gdyby dr B. zwrócił uwagę na przetaczaną krew, a zwłaszcza spojrzął na pojemnik z aktualnie przetaczaną krwią i leżącym na stoliku pojemnikiem z resztkami po przetoczeniu poprzedniej jednostki krwi, na pewno dostrzegłby różnicę w grupach krwi. Biegły wskazał, że zresztą, gdyby nawet pojemnik z resztkami nie znajdował się w pobliżu, to wystąpienie jakichkolwiek objawów powikłania podczas transfuzji wymaga ustalenia przyczyny tych zaburzeń, a więc przede wszystkim wykluczenia przetoczenia krwi niezgodnej grupowo. Lekarz, widząc niepokojące objawy u pacjenta, nie sprawdził grupy krwi na etykiecie pojemnika z grupą krwi pacjenta. Dr B. w razie zaistnienia wątpliwości mógł też skonsultować przypadek z pozostałą dwójką lekarzy, a zwłaszcza powiadomić o swych decyzjach diagnostyczno-terapeutycznych lekarza, który bezpośrednio był odpowiedzialny za pacjenta, czy osobę kierującą obходом.

Dowód:

Opinia sądowo-lekarska prof. dr hab. n. med. R. P. k. 950-964v

Biegły w swojej opinii wskazał, iż w naukach przyrodniczych, w tym medycynie, założenie wystąpienia 100% związku przyczynowo-skutkowego między jakimś zdarzeniem a zgonem jest dość trudne, a w wielu przypadkach niemożliwe. W opinii biegłego ustalenie związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy stwierdzanymi nieprawidłowościami a zgonem pacjenta w tym właśnie przypadku jest niemożliwe. Bez wątplenia u pacjenta doszło wskutek błędu ludzkiego do zainicjowania procesu hemolizy, **który zawsze stanowi zagrożenie dla życia i zdrowia pacjenta, a więc niewątpliwie doszło do narażenia T. K. (1) na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.**

Jednak ostateczny wynik tego narażenia i wynik procesu hemolizy, zapoczątkowanego niezgodnym przetoczeniem KKCz wskutek błędu ludzkiego (zgon czy powrót do zdrowia czy uszczerbek na zdrowiu) stanowi wypadkową wielu czynników: objętości przetoczonego KKCz, stanu chorego, wydolności narządowej, chorób współistniejących, wieku

pacjenta, stanu układu immunologicznego. Zdaniem biegłego, na niekorzystny rozwój powikłania u chorego mogły po części wpływać uwarunkowania ze strony pacjenta (choroba nowotworowa, stan po rozległej i długotrwałej operacji, utrzymujące się po operacji niedociśnienie i stany gorączkowe). **Przetoczenie niezgodnego grupowo koncentratu krwinek czerwonych nie musi się wiązać ze skutkiem śmiertelnym. Nawet tak podkreślany, bezdyskusyjny czynnik wpływający na skutek reakcji hemolitycznej – objętość przetoczonej niezgodnie krwi, aczkolwiek ma niezwykle istotne znaczenie dla rozwoju i ciężkości reakcji hemolitycznej, nie zawsze musi skutkować ciężką reakcją hemolityczną i zgonem. A zatem przetoczenie niezgodnej grupowo krwi nie zawsze oznacza wystąpienie ostrej pełnoobjawowej hemolizy, a tym bardziej skutku śmiertelnego dla pacjenta.**

Biegły po raz kolejny podkreślił, że transfuzja KKZc niezgodna w układzie (...) nie musi w sposób nieunikniony oznaczać śmierci pacjenta, a nawet wystąpienia objawów, jednak szybkie rozpoznanie powikłania i przerwanie transfuzji są kluczowe, ponieważ transfuzja mniejszej ilości krwi niezgodnej w (...) może zminimalizować objawy przedmiotowe i podmiotowe i może zapobiec śmierci.

W swojej opinii biegły stwierdził, że na skutek przetoczenia przez pielęgniarkę J. H. niezgodnego grupowo z grupą krwi pacjenta KKCz **doszło do narażenia T. K. (1)** na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

Dowód:

Opinia sądowo-lekarska prof. dr hab. n. med. R. P. k. 950-960

W instrukcji postępowania dotyczącego przetaczania krwi i jej składników, w obowiązkach lekarza wskazano między innymi, że ma on **być obecny podczas rozpoczęcia przetoczenia zawartości każdego pojemnika z krwią lub jej składnikiem oraz podjąć odpowiednie postępowanie w razie wystąpienia objawów lub zmian mogących świadczyć o powikłaniu związanym z przetoczeniem.**

Dowód:

Instrukcja postępowania dotyczącego przetaczania krwi i jej składników - obowiązki lekarza k. 294

Natomiast w instrukcji postępowania dotyczącego przetaczania krwi i jej składników – obowiązki pielęgniarki wskazano między innymi, że na zlecenie lekarza dokonać ona powinna kontroli zgodności biorcy **z każdą jednostką krwi lub jego składnika** w obecności pacjenta w tym porównać dane pacjenta z danymi na formularzu próby zgodności, porównać dane na formularzu próby zgodności z danymi na etykiecie pojemnika z krwią lub jej składnikiem (czy ta sama grupa i ten sam numer).

Dowód:

Instrukcja postępowania dotyczącego przetaczania krwi i jej składników – obowiązki pielęgniarki k.295

Przesłuchiwana w postępowaniu przygotowawczym J. H. oświadczyła, że treść pouczeń i zarzutu zrozumiała i nie przyznała się do popełnienia zarzucanego jej czynu. J. H. wyjaśniła, że w dniu 02 października 2013 r. przysłała do pracy na godzinę 7.00, jej dyżur trwał do godziny 19.00, po przyjeździe na oddział dowiedziała się z zeszytu wypełnianego przez pielęgniarkę koordynującą, że ma przyjść na box 3 i na izolatkę, tzn., że miała się tego dnia opiekować razem z koleżanką E. W. (1) pacjentami znajdującymi się na tych salach. J. H. wyjaśniła, że one przejęły nocny dyżur, zapoznały się z dokumentacją pielęgniarską dotyczącą pacjentów, którymi miały się opiekować, kilkanaście minut po godzinie 7.00 przysłała A. S., pielęgniarka koordynująca, która powiedziała, że wszystkie łóżka są zajęte, że na (...) i 3 nie ma pacjentów, którzy tego dnia kwalifikują się do wypisania, wobec czego tylko z S. nr 3 trzeba będzie wypisać pacjentów, żeby móc przyjąć świeże zabiegi. Po tej rozmowie one zrobiły zlecenia lekarskie na godz. 8.00, wpisały parametry każdego z pacjentów do karty obserwacyjnej – było wówczas 4 pacjentów na S. nr 3 i jeden pacjent w izolatce. J. H. wyjaśniła, że przygotowały następnie pacjentów do czynności toaletowych – do porannych toalet. Ona zaczęła toaletę

u pani R.-C., a w trakcie tej toalety przyszli lekarze z dyżuru nocnego i z dziennego (na nocnym dyżurze był dr A. W. i L. H., a na dziennym dr W., dr B. i dr W.), którzy przekazywali sobie dyżur, jak się rozeznali w sytuacji to stwierdzili, że trzeba będzie trzech pacjentów, tzn. panią R.-C., pana K. i pacjentkę, której nazwiska J. H. nie pamiętała, oddać na oddziały macierzyste. J. H. wyjaśniła, że po przejrzeniu przez lekarzy wyników krwi z godziny 5 zdecydowano, że pacjenci R.-C. i K. mają mieć przetoczoną krew. J. H. wyjaśniła, że dr B. ponaglił ją, żeby wysłała kogoś po krew do banku krwi, ona mu powiedziała, że pani już poszła, bo zdążyła wcześniej poprosić panią z firmy (...), żeby tą krew przyniosła. J. H. wyjaśniła, że kiedy jeszcze była w czasie toalety pani R., przysłała pani z banku krwi z firmy (...) z informacją, że nie ma krwi dla pana K., pan B. był lekko poirytowany, ponieważ mówił, że dopiero co sprawdzał w komputerze, że krew jest w banku, więc ona mu zasugerowała, żeby sam to wyjaśnił z bankiem krwi, on tam zadzwonił i okazało się, że faktycznie nie ma tam tej krwi i trzeba ponownie wypisać skierowanie na krzyżówkę i pobrać krew od pacjenta. J. H. wyjaśniła, że w tym samym czasie zapytała tą panią z banku krwi, dlaczego nie przyniosła jej krwi dla pani R., a ona czyli pani z banku krwi, powiedziała że chce wszystkie worki krwi wydać jednocześnie. J. H. wyjaśniła, że zabrała się za pobieranie krwi od pana K. na tą krzyżówkę, pobrała krew i przekazała tej pani, która zaniósła probówkę razem ze skierowaniem do banku krwi. Za jakiś czas ona przysłała z banku krwi z czterema workami krwi, bo okazało się, że jednak jest krew dla pana K.. J. H. wyjaśniła, że kiedy otrzymała te cztery worki była godzina 08.40, sprawdziła tą krew, czy zgadzają się numery worków z wynikiem próby zgodności, godzinę przyjęcia tej krwi, godzinę otrzymania z numerem grupy krwi i numerami worków wpisała do książki transfuzyjnej oddziału, po czym zadzwoniła pod numer do lekarza młodszego, nikt nie odebrał, więc zadzwoniła na numer do lekarza starszego, odebrała dr W., która powiedziała, że pod numerem dla lekarza młodszego jest dziś dr W., ale ona jeszcze nie reaguje na sygnał, dr W. powiedziała, że to ona zaraz przyjdzie. J. H. wyjaśniła, że krew poukładała na biurku, po dwa worki z każdej grupy osobno, czyli 0+ i 0+ na jednej kupce, a A+ i A+ na drugiej. Przysłała dr W., sprawdziła te worki krwi razem z wynikiem grupy zgodności, to co wpisała w książce transfuzyjnej ona też sprawdziła i podbiła tam swoje pieczątki, cztery pieczątki wbiła, po czym powiedziała, że można toczyć i wysłać. J. H. wyjaśniła, że ona podłączyła pierwszy worek u pani R. – krew A+ zgodną grupowo, zmierzyła jej temperaturę i wpisała wszystko do karty obserwacyjnej, tzn. godzinę rozpoczęcia toczenia. Potem przeszła do pana K. i u niego podłączyła krew zgodną grupowo, czyli 0+. Kiedy pierwsze jednostki krwi się wchłaniały ona jeszcze była w trakcie toalety u pana K.. Kiedy robiła te toalety to E. W. (2) wyszła do sali izolacji kontaktowej, gdzie wykonywała czynności ze znajdującym się tam pacjentem. J. H. wyjaśniła, że kiedy zakończyła toaletę u pana K. to podeszła do pacjentki na trzecim łóżku, to była starsza pani po zabiegu guza trzustki, ona była w ciężkim stanie, nieprzytomna, zaintubowana, podłączona do respiratora, wtedy już przy niej była E. W. (2) i razem dokończyły toaletę tej pani. J. H. wyjaśniła, że po godzinie 7 dr W. Przyszedł na salę nr 3 i powiedział im, żeby od pacjenta K. odłączyć L., lek podnoszący ciśnienie tętnicze, co według niej może mieć znaczenie, ponieważ ten pacjent już przez noc miał niskie ciśnienia, ustabilizował się do rana, a potem znowu wymagał po godzinie 15 ponownego podłączenia L.. Około godziny 10.00 ponownie spisały parametry pacjentów, robią to co dwie godziny. J. H. wyjaśniła, że w międzyczasie przysłała doktor anestezjolog do pacjentki na czwartym łóżku, młodej dziewczyny, żeby przełączyć jej lek tzn. F. zamieniła morfiną. E. poszła ponownie na izolatkę, żeby tam spisać parametry pacjenta, wykonać zlecenia na godzinę 10tą, a ona zobaczyła, że u pani R. skończyła się pierwsza jednostka krwi, to było około godziny 10.00-10.15. J. H. wyjaśniła, że odłączyła pusty worek, przepłukała wenflon i podłączyła jej drugi worek z krwią. Po chwili pacjentka z łóżka nr 4 zgłosiła, że jest jej słabo i sennie, podała jej tlen medyczny, chwilę ją obserwowała, jej objawy ustąpiły i poszła do pokoju pielęgniarek przygotować dokumenty do wpisu pacjentów. J. H. wyjaśniła, że po tym zobaczyła, że kończy się krew w pierwszym worku u pana K., podeszła do chorego, odłączyła pusty worek, przepłukała wkłucie głębokie i podłączyła kolejny worek z krwią, to mogła być godzina 10.10-10.15. J. H. wyjaśniła, że przy każdym podłączaniu i odłączaniu krwi sprawdziła temperaturę i parametry pacjentów. Jak podłączyła drugą jednostkę krwi u pana K. to wróciła do biurka, żeby kontynuować wypisywanie dokumentacji. Przy biurku ma monitor z podglądem na kardiomonitorzy pacjentów i ma stamtąd widok na salę nr 3 przez oszkloną szybę. J. H. wyjaśniła, że minęło maksymalnie 7-8 minut, kiedy pacjent K. zgłosił duszność. J. H. wyjaśniła, że podeszła do niego, na monitorze było 120 uderzeń, zmierzyła mu temperaturę, żeby się upewnić, że ta tachykardia nie jest związana z gorączką, zakręciła krew, podała mu tlen medyczny przez maskę i pospieszyła poinformować lekarzy, którzy byli wówczas w trakcie obchodu w S. nr 2 na początku oddziału. Kiedy weszła na tą salę tam była A. S., dr W., dr W. i dr B. oraz koleżanki, które zajmowały się tą drugą salą tzn. H. S. (2) i B. W.. J. H. wyjaśniła, że powiedziała, że pacjent po podłączeniu drugiego worka z krwią ma duszność i tachykardię, nie było na to żadnej reakcji, nikt nie

zareagował na jej komunikat. J. H. wyjaśniła, że szybko wróciła do pacjenta, on powiedział jej, że boli go w klatce piersiowej i wtedy wróciła ponownie na salę nr 2 i powiedziała, że teraz to już ktoś musi przyjść bo pacjent zgłosił bóle w klatce piersiowej. J. H. wyjaśniła, że nie czekając na reakcję lekarzy wróciła do pacjenta, on miał dreszcze, po chwili przyszedł lekarz P. B. (mimo, że odpowiedzialna za przetaczanie tej krwi była dr W.), J. H. wyjaśniła, że powiedziała mu, że te objawy u pacjenta, tzn. głównie tachykardia związane są z drugim workiem podłączonej krwi, on spojrział na kartę pacjenta i powiedział, że pacjent gorączkuje, a ona odpowiedziała mu, że on gorączkował całą noc, w momencie podłączania krwi miał temperaturę 37,9 a przez całą noc miał w granicach 38 stopni. J. H. wyjaśniła, że dr B. kazał zlecić badania na profil sercowy (...) czyli wyznacznik stanu zapalnego, z czego ona wnioskuje, że on przyjął, że tachykardia nie jest związana z tym drugim workiem krwi tylko z jakimś stanem zapalnym, skoro on kazał oznaczyć (...). J. H. wyjaśniła dodatkowo, że jak dr B. przyszedł na salę nr 3 to ona powiedziała mu, że krew zakręciła, a on, po tym jak zlecił (...) i markery sercowe to kazał odkręcić krew, wobec czego ona ją odkręciła wykonując jego polecenie. Po odkręceniu krwi ona pobrała pacjentowi krew na zlecone badania, żeby wysłać krew do laboratorium trzeba w gabinecie zabiegowym wypełnić skierowania, dołączyć próbki, które pocztą pneumatyczną wysła się do laboratorium, ta poczta znajduje się na początku oddziału na wysokości pierwszej S.. J. H. wyjaśniła, że w czasie kiedy poszła wysłać tą krew przy pacjentce pozostał dr B., kiedy wróciła na salę, to było po maksymalnie 5 minutach, były tam już lekarki z obchodem czyli dr W., W. i pielęgniarka A. S., był tam też dr B.. One zaczęły obchód od pacjenta K., u którego cały czas utrzymywały się dreszcze, wtedy ona powiedziała lekarzom, że objawy które występują u pacjenta związane są z tym drugim workiem krwi, oni obserwowali pacjenta, a dr W., która stała przy stoliku pacjenta spojrziała na pusty worek po krwi i zobaczyła, że jest to O+, a wchłania się A=, powiedziała to wszystkim nagłos. J. H. wyjaśniła, że wobec tego ona szybko odłączyła ten worek, tzn. nacisnęła zacisk aparatu kroplowego. W tym samym czasie A. S. zakręciła worek z krwią u pacjentki R.. Dr W. zleciła u pacjenta K. relanium 5mg i hydrokortyzon 200 mg, J. H. podała hydrokortyzon, a oddziałowa relanium, J. H. wyjaśniła, że okryła pacjenta kocem bo on miał cały czas dreszcze. Przynieśli, nie wie teraz kto, taki aparat do ogrzewania pacjenta i po około 30 minutach objawy u pacjenta ustąpiły. Kiedy wcześniej dr B. przyszedł na salę nr 3 z obchodu to pacjent K. powiedział im, że on zawsze tak reaguje na przetaczanie krwi. Potem kiedy pacjent dochodził do siebie to dr W. zgłosiła sytuację do centrum krwiodawstwa, dostała wskazówki jakie badania należy wykonać u pacjenta. J. H. wyjaśniła, że na zlecenie pobrała krew i mocz u pana K. i pani R. do badania. Suche próbki na krew zostały przesłane na oddział z oddziału chirurgii onkologicznej, bo nie było ich na ich oddziale. Zabezpieczyła puste worki po krwi i odesłała do banku krwi. Później dr W. kiedy zakończyła tą dokumentację to J. H. zapytała ją co będą robić, żeby pomóc pacjentowi. Ona odpowiedziała, że nie wie, bo pierwszy raz taka sytuacja się zdarzyła. J. H. wyjaśniła, że około godziny 13 ona stała koło pacjenta, kiedy on zadzwonił do rodziny i powiedział, żeby dziś go nie odwiedzali bo on źle się czuje. Pobrana krew i mocz były zlecone na godz. 12, a następną godziną do pobrania materiału na badania to była godzina 15. Po ustąpieniu dreszczy u pacjenta on cały czas dobrze się czuł, nie zgłaszał żadnych niepokojących objawów. J. H. wyjaśniła, że ona pełniła cały czas opiekę nad tym pacjentem. Kiedy pobierała u pacjenta K. mocz na godz. 12 diureza była sprawna tzn. nie było krwi w moczu. Po godz. 13 dr W. zapytała się jej, czy ta ilość krwi w redonach była taka sama od rana, od początku dyżuru. J. H. wyjaśniła, że powiedziała, że nie, bo zwróciłaby na to uwagę. Wezwano urologów, którzy obejrzelili pacjenta, zlecono USG jamy brzusznej i z tego co wie to w tym badaniu nie było niepokojących objawów. Po godz. 14 dr W. zwróciła się do niej, żeby tą krew z godz. 15 pobrać wcześniej, ona pobrała tą krew i mocz i wysłała pocztą pneumatyczną do laboratorium. J. H. wyjaśniła, że około godziny 15 u pacjenta pojawiły się dokładnie te same objawy co przed godziną 10.30, wtedy lekarze zdecydowali o intubacji pacjenta, pacjenta zaintubowali, podłączyli do respiratora. W trakcie tych czynności ciśnienie pacjentowi spadło, podłączyli do respiratora, w trakcie tych czynności ciśnienie pacjentowi spadło, podłączyli lek M. żeby utrzymywać pacjenta w śpiączce, podłączyli też leki podnoszące ciśnienie czyli L. i D.. J. H. wyjaśniła, że przypomniała sobie teraz, że około godziny 13 dr W. zleciła podanie pacjentowi F. we wlewie ciągłym, co miało na celu pobudzenie diurezy, żeby pracowały nerki i kroplówek, żeby przepłukać pacjenta. Po zaintubowaniu pacjenta przyszedł dyrektor szpitala, zobaczył w jakim stanie jest pacjent, zwrócił się do lekarzy, że takie rzeczy się zdarzają i powiedział do lekarzy, że oni najlepiej wiedzą co mają teraz robić. J. H. wyjaśniła, że potem dowiedziała się od H. S. (1), że wówczas dr W. odpowiedziała dyrektorowi: „no właśnie my nie wiemy co mamy robić”. Potem przyszedł profesor anestezji O. i zdecydowano, żeby pacjentowi założyć wkłucie dializacyjne bo będzie miał chomofiltrację. J. H. wyjaśniła, że nie wie czy prof. O. wiedział, że to jest pacjent po wstrząsie czy po odczynie poprzetoczeniowym. Wkłucie dializacyjne założyła dr W. pod kontrolą badania USG. Kiedy jeszcze intubowali pacjenta K. to pacjentka na

trzecim łóżku była ekstubowana przez dr (...) (który po godzinie 15 przyszedł na dyżur, asystowała mu E. W. (2)). J. H. wyjaśniła, że kiedy pacjent był zaintubowany, podłączony do respiratora i załączone zostało wkłucie dializacyjne uzgodniono przeniesienie pacjenta do pododdziału intensywnej terapii znajdującego się na kolejnej S., za ścianą gdzie były wolne łóżka. J. H. wyjaśniła, że ją zastanawia dlaczego nie było wcześniejszej decyzji o przeniesieniu pacjenta na pododdział intensywnej terapii, skoro jego objawy z godz. 15 były identyczne jak te wcześniejsze. Pacjent trafił na ten oddział około godziny 16.30-16.40. kiedy ona uzupełniała dokumentację pacjenta to na ich oddział przyszedł kierownik kliniki dr Ż., spytał ją o tą sytuację, jak to się zdarzyło i zasugerował, żeby wzięła relanium i poszła do domu. J. H. wyjaśniła, że oddziałowa przyniosła zeszyt zdarzeń niepożądanych, który wcześniej nie funkcjonował na oddziale i kazała jej opisać zdarzenie. J. H. wyjaśniła, że opisała tam tą sytuację, ale była już tak roztrzęsiona, że nie jest przekonana co do szczegółowości tych zapisów. Po tym oddziałowa powiedziała, że ma pójść do domu bo na 16 przyjedzie inna pielęgniarka, ale ona pozostała na oddziale bo była zaniepokojona stanem pacjenta, poza tym była tak roztrzęsiona, że nie była w stanie poruszać się żadną komunikacją. J. H. wyjaśniła, że została na oddziale do godziny 19, a potem przez całą noc dzwoniła do pododdział intensywnej terapii i dowiadywała się o stan pacjenta, wie, że dopiero tam pacjent miał przetoczoną krew, płytki i osocze oraz chemodializę. Po godzinie 7 zadzwoniła na oddział i dowiedziała się, że pacjent umarł o godzinie 07.02, a pielęgniarka oddziałowa powiedziała jej, żeby już tego dnia nie przechodziła na swój dyżur nocny. J. H. wyjaśniła, że zastanawia ją fakt, dlaczego od razu nie odsunięto jej od tego pacjenta, ale do godziny 16 pozwolono jej się nim opiekować.

Na pytanie obrońcy „czy na oddziale obowiązuje instrukcja dotycząca przetaczania krwi?” J. H. wyjaśniła, że tak, jest ona na oddziale w formie pisemnej oraz potwierdziła, że zapoznała się z nią.

Na pytanie „czy według tej instrukcji w obowiązkach pielęgniarki są jakiegokolwiek wytyczne dotyczące podłączania i przechowywania krwi?” J. H. wyjaśniła, że jest tam wzmianka, że krew należy przetoczyć w ciągu 30 minut od jej otrzymania z banku krwi. Do przechowywania krwi powinny być chłodzarki zaopatrzone w termometr, których nie ma na oddziale.

Na pytanie „czy w dniu zdarzenia posiadała pani wiedzę ile worków krwi może wydać bank krwi na oddział jednocześnie?” J. H. wyjaśniła, że tego dnia nie wiedziała tego.

Na pytanie „czy po zdarzeniu została pani poinformowana jak wygląda procedura wydawania krwi i ile krwi może być wydanej jednocześnie?” J. H. wyjaśniła, że nie została o tym poinformowana. Po zdarzeniu przyszła pani z serologii i była zdziwiona, że otrzymali z banku krwi 4 jednostki krwi.

Na pytanie „czy przed zdarzeniem były takie sytuacje, żeby krew trafiała na oddział w większych ilościach?” J. H. wyjaśniła, że tak, to zdarzało się nagminnie, zawsze, co mogą potwierdzić inne pielęgniarki z oddziału.

Na pytanie „czy w dniu zdarzenia wiedziała pani, że lekarz powinien być przy transfuzji?” J. H. wyjaśniła, że nie była o tym poinformowana.

Na pytanie „czy podczas pani pracy na tym oddziale zdarzało się, że lekarze byli obecni przy przetaczaniu krwi?” J. H. wyjaśniła, że oni nie było obecni, zawsze, tzn. od 2003 r. kiedy pracowała w klinice neurochirurgii wyglądało to tak, że lekarz przychodził, weryfikował wpisy pielęgniarek w książce transfuzyjnej i niezależnie od tego ile było tych worków do przetoczenia do podbijał się pod każdym workiem, co było pozwoleniem na przetoczenie krwi. J. H. wyjaśniła, że nikt z przełożonych nie zwracał na to uwagi, nie kontrolował tego.

Na pytanie „czy w dniu zdarzenia posiadała pani wiedzę, że lekarzowi nie wolno zlecać dwóch przetoczeń jednocześnie?” J. H. wyjaśniła, że nie, nie wiedziała o tym, zeszyt zdarzeń niepożądanych pojawił się na ich oddziale dopiero w dniu tego zdarzenia, potem dowiedziała się, że jest taki wymóg aby na każdym oddziale taki zeszyt się znajdował.

Na pytanie „czy w instrukcji postępowania jest opisana sytuacja jaki jest obowiązek pielęgniarki kiedy pacjent zgłasza niepokojące objawy?” J. H. wyjaśniła, że trzeba o nich natychmiast poinformować lekarza.

Na pytanie „czy obsada na oddziale była według pani zgodna z przepisami?” J. H. wyjaśniła, że one wielokrotnie pisały wnioski, żeby zwiększyć liczbę pielęgniarek na oddziale, ponieważ są zobowiązane do intensywnego nadzoru nad pacjentem, natomiast odpowiedzi były zawsze odmowne. Kiedy koleżanka W. w dniu zdarzenia opiekowała się pacjentem na izolatce to J. H. miała pod opieką 4 pacjentów wymagających intensywnego nadzoru i nikt wówczas nie podjął decyzji żeby przydzielić do S. dodatkową pielęgniarkę.

Na pytanie „czy pamięta pani kiedy i czy w ogóle w dniu zdarzenia pojawiła się krew w moczu pana K.?” J. H. wyjaśniła, że doskonale pamięta, że o godzinie 12 krwi w moczu pacjenta nie było, a po godzinie 14 kiedy ponownie pobierała mocz to nie mogła go upuścić bo było go mało i w worku po moczu była krew. Pokazała to E. W. (2) i pytała jak ma ten mocz pobrać. J. H. wyjaśniła, że upuściła wtedy tylko taką ilość moczu jaką się dało i przekazała do laboratorium. Było tak, że ona podłączając drugie worki z krwią **na skutek nieświadomej pomyłki podłączyła pacjentowi krew przeznaczoną dla pacjentki i odwrotnie, natomiast** J. H. wyjaśniła, że **nie przyznaje się do nieumyślnego spowodowania śmierci tego pamięta, ponieważ ma zastrzeżenia co do działań leczniczych podjętych po zorientowaniu się, że nastąpiła pomyłka**. Nie doszłoby do tego gdyby ona wówczas miała jednego pacjenta do przetaczania krwi i gdyby miała mniejszą ilość obowiązków, bo ona wówczas nie dość, że przetaczała krew tym dwóm pacjentom to miała jeszcze pod opieką dwóch pozostałych pacjentów na sali nr 3. J. H. wyjaśniła, że nie pamięta obecnie ile krwi było w drugim worku zanim podłączyła go pacjentowi ale to był pełen worek krwi, dane w tym zakresie znajdują się w książce transfuzyjnej. Nie wie dokładnie jaka ilość krwi została przetoczona pacjentowi do momentu kiedy zakręciła tę krew po tym jak pacjent zgłosił niepokojące objawy, ale ta krew była przetaczana przez 7 minut. Po tym jak po wysłaniu poczty powróciła potem na salę nr 3 i zastała tam lekarzy to krew na pewno cały czas była u tego pacjenta odkręcona, J. H. wyjaśniła, że wcześniej odkręciła ją na polecenie dr B.. Nie wie jaka ilość krwi mogła zostać przetoczona pacjentowi od momentu, kiedy odkręciła tę krew na polecenie dr B. do momentu kiedy krew zakręcono ponownie, kiedy na sali byli już lekarze z obchodu.

J. H. wyjaśniła, że w jej subiektywnej ocenie, od momentu kiedy odkręciła krew na polecenie dr B. do momentu kiedy wróciła na salę po wysłaniu poczty mogło minąć około 15 minut, ale dokładnie nie wie. Po odkręceniu tej krwi zanim wyszła z S. to pobrała od pacjenta krew, uprzednio wybierając probówkę i strzykawkę, przelała tą krew do tej probówki, wtedy wyszła z sali żeby okleić probówkę, poszła do zabiegowego po kod kreskowy, nakleiła go na probówkę, włożyła do woreczka i do tuby. J. H. wyjaśniła, że wydaje jej się, że wtedy zabrakło kodów dla pana K. i musiała je jeszcze dodrukować. Jak wydrukowała to okleiła probówkę i poszła wysłać to pocztą pneumatyczną. J. H. wyjaśniła, że podłączając krew pacjentom robi tak ,żeby podawana mu była mniej więcej jedna kropla na sekundę, żeby to było bezpieczne i tak to też było w przypadku pana K..

Dowód:

Wyjaśnienia J. H. k. 273-278

Przesłuchiwana w postępowaniu sądowym J. H. wyjaśniła, że pouczenie zrozumiała, treść aktu oskarżenia zrozumiała oraz nie przyznała się do popełnienia zarzucanego jej czynu.

Na pytanie obrońcy oskarżonej J. H. wyjaśniła, że są nieścisłości co do godzin. Po zapoznaniu się późniejszym z aktami, na spokojnie zeznała, że drugą jednostkę krwi podłączyła o 10.00-10.15, po czym około 5-7 minut pacjent miał tachykardię, zgłosił duszność. J. H. wyjaśniła, że zakręciła krew, podała maseczkę z tlenem i poszła poinformować o tym lekarzy. Kiedy weszła na salę, gdzie odbywał się obchód i powiedziała, że po podłączeniu drugiej jednostki krwi pacjent ma takie dolegliwości, ma tachykardię, nie było reakcji ze strony lekarza. Następnie kiedy wróciła do pacjenta, to pacjent zgłosił dolegliwości w klatce piersiowej. J. H. wyjaśniła, że ponownie poszła na obchód, na sąsiednią salę, zwróciła się do lekarzy, że pacjent zgłasza dolegliwości w klatce piersiowej i teraz ktoś musi przyjść, zwracała się głównie do dr J. W. (2), bo ona była osobą nadzorującą przetaczanie. J. H. wyjaśniła, że nadal nie było żadnej reakcji ze strony lekarzy. J. H. wyjaśniła, że wróciła do pacjenta i dopiero po jakiejś chwili przyszedł pan lekarz P. B., zgłosiła, że krew zakręciła, a pacjent cały czas zgłasza dolegliwości. J. H. wyjaśniła, że wtedy pan B. zwrócił uwagę na temperaturę pacjenta, była wówczas 37,8 stopni, w takich granicach. J. H. wyjaśniła, że powiedziała, że temperaturę ponad 38

stopni pacjent miał przez całą noc, że te dolegliwości nie są związane z temperaturą, tylko z tym drugim workiem krwi, na co pacjent powiedział, że on zawsze gdy ma przetaczaną krew to ma takie problemy, dolegliwości. J. H. wyjaśniła, że następnie pan B. i to było to do czego zmierza, o godz. 10.30 zlecił badania krwi. Według zaleceń wszystko jest w dokumentacji, J. H. wyjaśniła, że krew pobrała od pacjenta i wówczas jest mylne określenie w czasie, bo powiedziała, że to trwało 5 minut, a na pewno trwało to dłużej. Gdy skończyła pobierać krew, wysłała ją do laboratorium, wróciła na salę i za chwilę przyszedł lekarz z obchodem na tą salę. To była godzina 11.10-11.15. To wszystko co chciała sprostować w sprawie.

Na pytanie przewodniczącego J. H. wyjaśniła, że kiedy pacjent zgłosił jej dolegliwości, że ma duszność, to ona zakręciła krew. To było zanim poszła do drugiej sali zawiadomić lekarzy. J. H. wyjaśniła, że jest pewna tego czasu. Ponowne odkręcenie nastąpiło na polecenie lekarza P. B., ona powiedziała, że tą krew zakręciła, a pan B. polecił tą krew odkręcić. To było przed zleceniem pobrania krwi na badania. J. H. wyjaśniła, że w momencie kiedy pan B. był na sali numer 2, kiedy przyszedł na jej drugie wezwanie.

Dowód:

Wyjaśnienia J. H. k. 684-685

Przesłuchiwana ponownie w postępowaniu sądowym J. H. wyjaśniła, po okazaniu kserokopii z k. 294-295 są to kserokopie dokumentów dotyczące obowiązujących procedur na oddziale intensywnego nadzoru pooperacyjnego, które również obowiązywały w dacie zdarzenia. Znała treść standardowych procedur pooperacyjnych, tam jest data podpisania ich przez nią, one były na oddziale do wglądu.

Dowód:

Wyjaśnienia J. H. k. 800v-801

Przesłuchiwany w postępowaniu przygotowawczym P. B. nie przyznał się do popełnienia zarzucanego mu czynu i wyjaśnił, że nie chce składać w dniu dzisiejszym wyjaśnień, chce zapoznać się z aktami sprawy, a następnie rozważy możliwość złożenia wyjaśnień, nie miał do dnia dzisiejszego możliwości dokonania ze swoim obrońcą pełnej konsultacji w tej sprawie.

Dowód:

Wyjaśnienia P. B. k. 566

Przesłuchiwany w postępowaniu sądowym P. B. wyjaśnił, że pouczenie zrozumiał, treść aktu oskarżenia zrozumiał, odpis aktu oskarżenia otrzymał i nie przyznał się do popełnienia zarzucanego mu czynu. P. B. wyjaśnił, że w 2013 r. pracował w (...) jako lekarz, starszy asystent specjalista anestezjologii i intensywnej terapii wykonujący czynności lekarskie na oddziale pooperacyjnym, jak i znieczulający i konsultujący pacjentów neurochirurgicznych. P. B. wyjaśnił, że oddział pooperacyjny jest oddziałem nowostworzonym, nie było go w starej części szpitala, trzynastołóżkowy. Każde stanowisko jest wyposażone tak jak stanowisko intensywnej terapii, w respirator, pompy infuzyjne i szczegółowy kardiomonitor. Celem oddziału pooperacyjnego było przyjmowanie pacjentów po dużych rozległych operacjach na jamie brzusznej, klatce piersiowej, czaszce, na okres do 3 dób. P. B. wyjaśnił, że ich zadaniem było zabezpieczyć takiego pacjenta bólowo, wyrównać i wyrównanego, zabezpieczonego, z wydolnym własnym oddechem i krążeniem przekazać na oddziały macierzyste. P. B. opisał dzień pracy na tym oddziale: pracę rozpoczynali o 7.30 zwyczajowo szybkim, nieprzekraczającym 30 minut wstępnym obchodem lekarskim, gdzie zdający dyżur nocny lekarz dyżurny przekazywał im na temat każdego pacjenta. Działo się to przy każdym łóżku pacjenta. Na obchodzie uczestniczyli dzienni lekarze, jak i zwykle pan kierownik oddziału pooperacyjnego Ż.. Taki też obchód miał miejsce na sali numer 3 przy pani R. i panu K. i pozostałej dwójce pacjentów na tej sali. Sala 3 jest salą 4-ro osobową, 4-ro łóżkową. Na tym obchodzie zostało ustalone, że pacjenci R. i K. biorąc pod uwagę parametry morfotyczne krwi wymagają uzupełnienia krwi poprzez przetoczenie dwóch jednostek, po dwie jednostki każde. I po takim wyrównaniu pacjentów, pacjenci mieli tego dnia,

wstępnie o 14:00-15:00 trafić na oddziały macierzyste - pan K. do kliniki urologii, natomiast pani R. do kliniki chirurgii onkologicznej. Pan K. dnia poprzedniego po 16:00, czyli 1.10. został przyjęty bezpośrednio z sali operacyjnej urologii na oddział pooperacyjny po usunięciu pęcherza moczowego wraz z prostatą z jednorazowym wylonieniem pęcherza z końcowej części jelita cienkiego z powodu raka pęcherza. Zabieg trwał około 6 godzin. Powód, dla którego ten pacjent znalazł się na oddziale pooperacyjnym był taki, że był po rozległym, ciężkim, długotrwałym zabiegu urologicznym. Podobnie i pani R., która była po rozległej operacji onkologicznej w zakresie narządów płciowych żeńskich, P. B. wyjaśnił, że nie pamięta dokładnie, ale wielogodzinny zabieg. P. B. wyjaśnił, że podczas rannego obchodu zwyczajem było, że kierownicy lub osoby wyznaczone z innych klinik przez kierowników oddziałów, w tym obchodzie brali udział przy swoich pacjentach. Czyli u pana K. pojawił się operator i kierownik kliniki – (...) wyjaśnił, że nie pamięta nazwiska, ale wydaje mu się, że docent M., kierownik kliniki i operator dr M.. Decyzja co do kwalifikacji co do przetoczenia i zgoda na przekazanie na oddział urologii po godzinie 14:00 była podejmowana wspólnie z operatorem i kierownikiem. Tego dnia na sali 3 pacjentami opiekowały się dwie panie pielęgniarki, pani J. H. i E. W. (1).

P. B. wyjaśnił, że w związku z tym, że okazało się, że pan K. nie ma skrzyżowanej krwi poproszono go o wypisanie zlecenia na wykonanie próby krzyżowej dla dwóch koncentratów krwinek czerwonych dla pacjenta K.. Dodał, że jeżeli chodzi o ich lekarskie czynności co do pacjentów, to na oddziale nie panowała ani hierarchia, czyli że ktoś jest nadrzędny, a ktoś nie jest. Tego dnia było trzech specjalistów o tych samych kwalifikacjach i umiejętnościach. P. B. wyjaśnił, że, że na tym rannym obchodzie to był jego pierwszy kontakt, zapoznanie z pacjentami K. i R.. Tego też dnia nie był odpowiedzialny za przetoczenie krwi u pana K. i pani R.. Zwyczajowo było tak, że pielęgniarki, kiedy już krew przez gońca z banku krwi została dostarczona dla danego pacjenta, czy pacjentów, dzwoniły na telefony przenośne, czy mówiąc brzydko łapały lekarza, pierwszego, który się nawinął, był w okolicy, w danej sali prosząc o sprawdzenie krwi, stosowne wpisy, potwierdzenie zgodności próby krzyżowej. Wszystkie wymagane czynności przed rozpoczęciem przetoczenia. P. B. wyjaśnił, że przypadek sprawił, że tego dnia odpowiedzialną za przetoczenie była dr W., gdyż ona odebrała telefon, przyszła i wykonała czynności lekarskie. Równie dobrze mógł być to on bądź dr W.. Około 9:00-9:30, nie pamięta szczegółowo, rozpoczynał się właściwy obchód lekarsko-pielęgniarski. Polegał na skrupulatnym, dokładnym badaniu każdego pacjenta, rozmowie z nim, wydawaniu zleceń, korekcy zleceń i czasami zmianie kwalifikacji co do wypisu pacjenta, bo tak się zdarzało. Tego dnia oddział był bardzo ciężkim oddziałem, było 13 pacjentów na 13 stanowiskach. P. B. wyjaśnił, że podczas obchodu lekarskiego kiedy z koleżankami dr W. i dr W. byli na sali 2, nie jest w stanie ubrać tego w ramy czasowe, która to mogła być godzina, bo nie patrzył na zegarek, ale na salę weszła pielęgniarka pani J. H. z informacją do nich, nie personalnie do konkretnego lekarza, tylko do nich, że coś się dzieje z pacjentem na sali nr 3. P. B. wyjaśnił, że jako że tego dnia był najmłodszy stażem i wiekiem spośród lekarzy na oddziale poczuł się odpowiedzialny i poszedł niezwłocznie na salę nr 3 do pacjenta. Jak się na sali 3 okazało, chodziło o pana K.. P. B. wyjaśnił, że poszedł od razu do łóżka, w okolice łóżka, gdzie leżał pacjent K. i zwyczajowo, jak miał w zwyczaju, zadał parę pytań, następnie zbadał fizykalnie. Pytania były rutynowe, sprawdzające świadomość i przytomność pacjenta. Zapytał, czy wie jak się nazywa, czy wie na jakim oddziale przebywa, gdzie przebywa i jaki jest powód tego, że znalazł się na tym oddziale. Pacjent skrupulatnie odpowiadał pełnymi zdaniem na zadawane mu pytania. P. B. wyjaśnił, że na tej podstawie ocenił, że pacjent jest w pełni świadomy, przytomny. Uskarżał się na dolegliwości bólowe jak to nazwał „poniżej pępka”. Tak to nazwał. W okolicy rozległej rany pooperacyjnej przykrytej opatrunkiem. P. B. wyjaśnił, że przystąpił do badania fizykalnego. Osluchał pacjenta nad polami płucnymi nie wysłuchując niczego niepokojącego. Następnie dotknął brzucha, palpacyjnie miękki, bez perystaltyki, opatrunek suchy. W redonach wystających z jamy brzusznej w okolicach rany pooperacyjnej ślad treści surowiczo-krwistej. Mocz w worku moczowym był obecny, nie budził żadnych zastrzeżeń makroskopowo. Z rzeczy dodatkowych przypomina się mu, że pacjent bawił się maską z tlenem, zakładał ją i zdejmował. P. B. wyjaśnił, że pouczył pacjenta, że jest po dużym zabiegu, powinien maskę mieć założoną i wdychać tlen cały czas. Saturacja przezskórna pacjenta 94-95%. Krążenie własne, stabilne, bez lewonoru, czyli bez wspomaganie. Nie pamięta parametrów, ale jest to do sprawdzenia. Jego własne krążenie było stabilne. Nieznaczna tachykardia około 110, nie budząca jego niepokojów. P. B. wyjaśnił, że spojrzawszy w kartę ścisłej obserwacji i doszedł do wniosku, że pacjent cały czas od godzin przed północą gorączkuje w okolicach 38 stopni. W międzyczasie dostawał dwa razy jeden z najsilniejszych środków obniżających temperaturę ciała, to jest pyralginę dwa razy po gramie i paracetamol bez większego efektu. Temperatura cały czas się utrzymywała w okolicach 38 stopni. Zlecił dodatkowe badania laboratoryjne w postaci protankicaminy i enzymów sercowych. P. B.

wyjaśnił, że w związku z tym, że jedynymi dolegliwościami były dolegliwości brzucha poniżej pępka zwiększył wlew ciągle silnego środka przeciwbólowego narkotycznego fentanylu i jednocześnie podał bonus tego środka w postaci 100 mikrogramów fentanylu, co w jego ocenie zdecydowanie poprawiło samopoczucie pacjenta i zmniejszyło dolegliwości bólowe poniżej pępka jak to nazywał pan K.. Zdecydował też na spokojnie, żeby poprosić po obchodzie o konsultację urologiczną w związku z tymi dolegliwościami. P. B. wyjaśnił, że pacjenta zostawił stabilnego w jego ocenie w stanie średnio-dobrym i wrócił do swoich innych obowiązków. Nie pamięta teraz dokładnie kiedy dostał telefon z bloku operacyjnego, czy było to jeszcze na sali 3, czy w drodze z sali 3 na salę 2, czy też może już na sali 2. Telefon był tej treści, że zakończył się zabieg torakochirurgiczny na klatce piersiowej i można po obudzonego pacjenta pojechać na blok operacyjny. Zwyczajowo przed opuszczeniem oddziału operacyjnego informowali się nawzajem, oni lekarze, że ktoś z nich gdzieś wychodzi. P. B. wyjaśnił, że poinformował swoje koleżanki, że jedzie po pacjenta na blok operacyjny, żeby go przyjąć na stanowisko 4 na sali nr 3. Nie wie ile czasu mogło to trwać, myśli, że około 15-20 minut kiedy go nie było na oddziale pooperacyjnym. Co prawda odległość między oddziałem pooperacyjnym i blokiem operacyjnym jest nieduża, natomiast technicznie jest to czasochłonne. Pacjenta trzeba fizycznie przenieść przy pomocy rolek ze stołu operacyjnego na łóżko jak i rutynowo anestezjolog znieczulający pacjenta, który go przekazywał, informował, czy coś z pacjentem się działo, czy na coś należy zwrócić uwagę podczas pobytu pacjenta na oddziale pooperacyjnym. Tak też było i tym razem, więc łącznie mogło to trwać około 15-20 minut. Zwyczajowo po takiego pacjenta wyjeżdżała pielęgniarka i lekarz. Przed transportem na oddział pooperacyjny pacjent musiał być jeszcze podłączony do monitora, więc to trochę trwało. P. B. wyjaśnił, że nie pamięta dokładnie z którą z pań pielęgniarek pojechał po tego pacjenta. Przyjechali z tym pacjentem na salę nr 3, stanowisko 4, zamonitorowaliśmy go na monitor stacjonarny i zaczął wykonywać zwyczajowe czynności lekarskie jak przy przyjęciu pacjenta z bloku operacyjnego, czyli krótki wywiad, badanie fizykalne i zlecenia lekarskie, dodatkowe badania laboratoryjne, obrazowe, jako że był to pacjent torakochirurgiczny, więc na pewno rentgen klatki piersiowej. Nie pamięta w którym momencie podczas wykonywania czynności opisywanej wcześniej przy nowym pacjencie weszły jego koleżanki z obchodem na salę 3. Czy to było tuż po przewiezieniu pacjenta, podczas badania fizykalnego, czy wydawania zleceń, P. B. wyjaśnił, że był odwrócony tyłem, przodem do pacjenta na stanowisku 4, a tyłem do pacjentów na stanowiskach 1, 2. W niedługim czasie po tym doszły go informacje, czy okazało się, że pani pielęgniarka pomyliła worki z krwią. Nie wiedział, która to była pani pielęgniarka odpowiedzialna za pacjentów na tej sali. Dr W. i dr W. zajęły się pacjentami panem K. i panią R.

Na pytania obrońcy „czy brak podziału obowiązków oznaczał, że nie było nadzoru nad pracą lekarzy na oddziale?” P. B. wyjaśnił, że nadzór merytoryczny nad nimi pełnił prof. K., natomiast strukturalnie kierownikiem był dr Ż.. Jak wcześniej powiedział tego dnia na oddziale była trójka ich, specjalistów anestezjologii intensywnej terapii o podobnym doświadczeniu zawodowym, umiejętnościach. W związku z czym, jak powiedział na początku nie było hierarchizacji, że ktoś pełni rolę nadrzędną, kierowniczą.

Na pytanie obrońcy „jak wyglądają od strony formalnej wymogi dotyczące transportu krwi z banku krwi na oddział, jak powinny wyglądać, jak faktycznie wyglądały?”, P. B. wyjaśnił, że lekarz decyduje o tym jaką ilość i komu należy przetoczyć krew bądź preparaty krwiopodobne. Zleca i wypisuje wykonanie próby krzyżowej, wypełnia stosowne dokumenty, pielęgniarka pobiera krew i na podstawie tych dokumentów i krwi, której transportem zajmuje się firma transportująca do banku krwi zostaje wykonana próba zgodności krzyżowej. Trwa to około godziny, jeżeli nie ma dodatkowych perturbacji i nie wychodzą dodatkowe przeciwi ciała, to zazwyczaj czas trwa około godziny. Po tym czasie lekarz, czy pielęgniarka wykonuje telefon do banku krwi, czy krew dla danego pacjenta o danej grupie jest przygotowana, czyli skrzyżowana. Jeżeli odpowiedź brzmi tak, to zwykle pielęgniarka zleca firmie transportującej, w tym przypadku firmie zewnętrznej o nazwie I. i goniec mając małą przenośną turystyczną lodówkę idzie po krew, czy preparat krwiopochodny do banku, bank wydaje i przynosi do miejsca docelowego. P. B. wyjaśnił, że powinno być tak, tak mówią przepisy, że jednemu pacjentowi jednocześnie może być wydana jedna krew, czy preparat krwiopochodny w tym samym czasie. Są wyjątki od tej reguły, mianowicie niespodziewane krwawienia, krwotoki, pacjenci z urazem wielonarządowym trafiający bezpośrednio na salę operacyjną i wtenczas po wykonaniu telefonu przez lekarza, zwykle anestezjologa i wypisaniu stosownego druku „na ratunek” zostaje wydana na bezpośrednią prośbę więcej niż jedna krew, ale musi to być uzasadnione. Natomiast rutynowo bank tegoż szpitala wydawał więcej niż jedną jednostkę preparatu krwi bądź preparatu krwiopochodnego dla jednego pacjenta w tym samym czasie.

Zadaniem firmy transportującej, pana, czy pani goniec jest przeniesienie krwi z miejsca A do miejsca B, czyli z banku krwi do oddziału, który krew zamawia dla danego pacjenta.

Na pytanie „czy w pana ocenie bank prawidłowo wydał krew dla pana K. i pani R. jednemu gońcowi?”, P. B. wyjaśnił, że nie, nieprawidłowo. Zgodnie z przepisami mógł wydać po jednej krwi dla pana K. i pani R. w tym samym czasie.

Na pytanie: „czy pan wie jakie kryteria zawodowe taki goniec musi spełniać?” P. B. wyjaśnił, że patrząc z boku jacy ludzie są zatrudnieni i pracują w firmie (...) to taki goniec specjalnie wykształcenia zawodowego nie musiał posiadać. Jego zadaniem było przetransportowanie w lodówce krwi, jak powiedział.

Na pytanie „a jak chodzi o pracownika banku krwi? Czy powinien spełniać jakieś kwalifikacje zawodowe? P. B. wyjaśnił, że nie wie, nigdy się tym nie interesował.

Na pytanie „czy pan K. miał duszności i dreszcze kiedy pan przyszedł?” P. B. wyjaśnił, że w jego lekarskiej, obiektywnej ocenie kiedy był przy panu K., nie stwierdził oznak duszności ani dreszczy u pacjenta. Pacjent wypowiadał się pełnymi zdaniem. Osoba, której jest duszno z doświadczenia wie, że nie jest w stanie wypowiadać się w ten sposób, skupia się na oddechu, a nie na rozmowie.

Na pytanie, „czy na sali 3 była rozmowa z panią H. tak jak pani H. to przedstawia na okoliczność nazwijmy to toczenia krwi? P. B. wyjaśnił, że żadnej rozmowy z panią H. nie przypomina sobie w tym czasie na tej sali na temat pana K.. Z natury jest osobą mało mówną, co jego koleżanki i współpracownicy mogą potwierdzić. Nie pamięta, żeby rozmawiał z panią H. na jakikolwiek temat, na temat krwi również podczas jego obecności, pobytu na sali 3 w tym czasie, przy panu K..

Dowód:

Wyjaśnienia P. B. k. 685-690

Przesłuchiwany ponownie w postępowaniu sądowym P. B. wyjaśnił, że jego poprzednich zeznań nie trzeba odczytywać, zapoznał się z nimi. Z tego co sobie przypominał, rzeczywiście zlecił wykonanie próby krzyżowej dla pokrzywdzonego w dniu 02/10/2013, natomiast potem okazało się, że krew pokrzywdzonego była skrzyżowana i przygotowana w banku dla pokrzywdzonego. P. B. wyjaśnił, że odnośnie stwierdzenia o nieznacznej tachykardii u pacjenta, że było 100-110 akcji serca na minutę, wyraził się wtedy nieprecyzyjnie. Wtedy kiedy był przy pacjencie, badając go fizykalnie, pacjent tej tachykardii nie miał. Akcje serca 110 na minutę wziął z zapisów dokumentacji, zapis był z godz. 12:00. Po godz. 11:00 w dokumentacji medycznej żadnego zapisu nie było. Mówiąc o niskiej tachykardii miał na myśli godz. 11:00. Źle się wcześniej wyraził. P. B. wyjaśnił, że na temat krwi na sali nr 3 z oskarżoną nie było żadnej rozmowy. We wcześniejszych zeznaniach powiedział, że sobie nie przypomina, miał na myśli, że nie było takiej rozmowy. Jak to sobie przeczytał, to co powiedział, brzmiało w innym kontekście, niż powinno. To wszystko.

Na pytanie obrońcy „czy na sali była rozmowa z oskarżoną w czasie wizyty u pokrzywdzonego?”, P. B. wyjaśnił, że z oskarżoną nie było żadnej rozmowy podczas jego wizyty u pokrzywdzonego, o której mówił w wyjaśnieniach.

Dowód:

Wyjaśnienia P. B. k. 801

Przesłuchiwany ponownie w postępowaniu sądowym P. B., wyjaśnił, że Śmierć pana K. to w jego ocenie zbieg niekorzystnych zdarzeń o okoliczności tego dnia. Bank krwi wydał dwie jednostki krwi, a zobowiązany był do wydawania jednorazowo jednej jednostki dla potrzebującego pacjenta. Sposób przechowywania drugiej jednostki na oddziale pooperacyjnym: nieprawidłowy bez wkładu chłodzącego i termometru. Kolejna rzecz: tego dnia był pełen oddział pooperacyjny. 13 pacjentów w ciężkim stanie. Na sali nr 3 - 4 pacjentów plus pacjent na sali izolacyjnej i tylko 2 pielęgniarki do pracy z tymi pacjentami. P. B., wyjaśnił, że kolejna niekorzystna okoliczność dwoje pacjentów na tej samej sali mających mieć przetoczenie krwi w tym samym czasie. Nieczęsto się to zdarzało. Kolejna rzecz:

nieprawidłowa weryfikacja krwi przed przetoczeniem, mówi o drugiej jednostce krwi. Brak lekarza przy podłączeniu drugiej jednostki. **Tak było zwyczajowo przyjęte w tym szpitalu.** P. B., wyjaśnił, że chciał podkreślić, że po tym jak wydał zlecenie pacjentowi z wpisem na karcie zleceń o 10.30 zadzwonił telefon z bloku operacyjnego po którym pojechał na blok operacyjny po pacjenta po operacji na klatce piersiowej. P. B., wyjaśnił, że przywiózł go, zamonitorował, zbadał, wydał stosowne zlecenia. Było to na stanowisku nr 4 na S. nr 3 naprzeciwko stanowiska nr 1, gdzie leżała pani C. – R.. W tym czasie był odwrócony do pacjenta K..

Co do opinii uzupełniającej sporządzonej przez specjalistę transfuzjologii P. B., wyjaśnił, że każdy człowiek reaguje inaczej na przetoczenie krwi. Znane są w medycynie przypadki przetoczeń krwi niezgodnych grupowo przebiegających bez objawów klinicznych niepożądanych jak i przypadki, że po przetoczeniu kilkunastu mililitrów krwi u pacjenta rozwijał się wstrząs hemolityczny. Antygen A w grupie krwi A jest bardzo silnym alergenem. O tym jak zareaguje pacjent na przetoczenie krwi stanowi stan ogólny pacjenta. P. B. wyjaśnił, że stan pana K. był ciężki. Był on po rozległej operacji. Był pacjentem nowotworowym, po licznych zabiegach na pęcherzu moczowym w maju, wrześniu i lipcu 2013 roku. Był on po licznych przetoczeniach krwi, które to przetoczenia stymulowały działanie jego własnego układu odpornościowego. P. B., wyjaśnił, że sam pacjent K. mówił, że on zawsze źle reaguje, źle znosi przetoczenia krwi. Ostatnią rzecz do której chciał się odnieść, do której częściowo odnosi się opinia uzupełniająca to czas troczenia drugiej jednostki krwi u pana K.. (...) krwiodawstwa ustaliła, że krew toczona była między godz. 10.20 a 10.35 z prędkością jak pani pielęgniarka J. H. powiedziała około 3 ml na godzinę. W tym czasie zostało przetoczone około 50-60 ml krwi w worku pozostało około 275 ml krwi. Tak ustaliła Wojewódzka (...). Panie pielęgniarki zeznają, że obchód na salę nr 3 przyszedł około 11.00-11.10. Pozostaje pytanie co działo się z krwią między godz. 10.35 a 11.10. P. B., wyjaśnił, że jego zdaniem nie była toczona wówczas krew.

Na pytanie obrońcy: „jak wygląda pana droga zawodowa?” P. B., wyjaśnił, że studia skończył w G. w 2002 roku. W 2003 odbywał staż podyplomowy w Szpitalu (...) w G.. Między 2004 a 2010 rokiem był rezydentem na anestezjologii i intensywnej terapii. W 2010 roku zdobył specjalizację II stopnia z tejże specjalizacji. Do końca 2014 roku pracował jako starszy asystent w (...) w G.. Od 2014 do teraz pracuje w Szpitalu Wojewódzkim w G.. Ma otwarty doktorat w (...) w 2012 roku.

Dowód:

Wyjaśnienia P. B. k. 1038-1039

Oskarżona J. H. jest mężatką, ma jedno dziecko, które pozostaje na jej utrzymaniu. Posiada działkę budowlaną i dom w budowie w miejscowości G., samochód marki M. rocznik 1997 o wartości około 15 tysięcy złotych, pracuje w Szpitalu (...) w R. osiągając dochody miesięczne 2 tysiące złotych netto.

Dowód:

Dane osobo-poznawcze z dnia 09 czerwca 2015 r. k. 582

Oskarżona J. H. nie była uprzednio karana sądownie.

Dowód:

Informacja o osobie z Krajowego Rejestru Karnego k. 586

W opinii sądowo-psychiatrycznej biegłe psychiatry, na podstawie materiału z akt sprawy, aktualnego badania sądowo-psychiatrycznego i wyników dostępnej biegłym dokumentacji medycznej, stwierdziły, że J. H. nie jest chora psychicznie ani upośledzona umysłowo. Wywiad od opiniowanej i dostępna dokumentacja medyczna wskazują, że opiniowana doświadczyła objawów o charakterze depresyjnych w następstwie trudnej sytuacji życiowej. Aktualnie żadnych leków nie zażywa, swoją kondycję psychofizyczną określa jako dobrą. Stwierdzenie u opiniowanej w wywiadzie zaburzenia depresyjne nie mają wpływu na ocenę jej poczytalności w przedmiotowej sprawie. Badana zna podstawowe zasady etyczno-moralne i normy współżycia w społeczeństwie i interpretuje je prawidłowo. Sprawność

funkcji intelektualnych opiniowanej kształtuje się w granicach normy i pozwala jej przewidzieć konsekwencje zachowań takich jakie stały się przedmiotem aktualnej sprawy karnej. Zdaniem biegłych materiał akt sprawy i wywiad od opiniowanej nie wskazuje, aby w inkryminowanym czasie opiniowana znajdowała się w stanie ostrych zaburzeń psychiatrycznych czy jakościowych zaburzeń świadomości.

Reasumując powyższe wnioski biegłe zgodnie stwierdziły, że J. H. w odniesieniu do zarzucanego jej czynu, o ile go popełniła, nie miała zniesionej ani w znacznym stopniu ograniczonej zdolności do rozpoznania znaczenia czynu lub pokierowania swoim postępowaniem. W aktualnym stanie zdrowia psychicznego ww. może uczestniczyć w czynnościach procesowych i prowadzić obronę w sposób samodzielny i rozsądny.

Dowód:

Opinia sądowo-psychiatryczna k.762-763

Oskarżony P. B. jest żonaty, ma dwójkę małoletnich dzieci, które pozostają na jego utrzymaniu. Posiada działkę w miejscowości N. o powierzchni 1000 m², mieszkanie w G. o powierzchni 85 m² o wartości ok. 400 tysięcy złotych, samochód marki A. rocznik 2007 r. o wartości ok. 40 tysięcy złotych, samochód O. (...) rocznik 2005 o wartości ok. 15 tysięcy złotych, motocykl marki yamaha o wartości 15 tysięcy złotych. Pracuje w Szpitalu Wojewódzkim (...) w G. osiągając dochody około 15/20 tysięcy złotych netto.

Dowód:

Dane osobo-poznawcze z dnia 09 czerwca 2015 r. k. 581

Oskarżony P. B. nie był uprzednio karany sądownie.

Dowód:

Informacja o osobie z Krajowego Rejestru Karnego k. 567

Sąd zważył, co następuje:

Część ze zgromadzonych w sprawie dokumentów – dane o karalności oskarżonej J. H. oraz dane o karalności oskarżonego P. B. – to dokumenty urzędowe, sporządzone przez uprawnione do tego podmioty w zakresie ich kompetencji i w prawem przepisanej formie. Ich autentyczność ani prawdziwość treści nie była przez strony kwestionowana dlatego stanowią one obiektywne dowody stwierdzonych nimi okoliczności.

Nie były w toku postępowania kwestionowane dokumenty dotyczące wykonanej sekcji i protokół oględzin i otwarcia zwłok.

Sąd uznał za wiarygodne dokumenty wewnętrzne (...) w G. w postaci instrukcji postępowania dotyczącego przetaczania krwi i jej składników – obowiązki lekarza, oraz instrukcję postępowania dotyczącego przetaczania krwi i jej składników – obowiązki pielęgniarki. Dokumenty te zostały sporządzone i zatwierdzone przez uprawnione do tego osoby, a ich wiarygodność nie była kwestionowana przez strony.

Sąd uznał za wiarygodną opinię sądowo-lekarską sporządzoną przez prof. dr hab. n. med. R. P.. Wydanie przez biegłego opinii było poprzedzone postanowieniem Sądu o wydaniu opinii w oparciu o całokształt zgromadzonego materiału dowodowego, która miała odpowiedzieć również na pytania i wątpliwości wystosowane przez strony postępowania, celem jednoznacznego ustalenia stanu faktycznego w przedmiotowej sprawie. Opinia odnosiła się do wszystkich okoliczności relewantnych z punktu widzenia sprawy, była obiektywna, rzetelna, nader szczegółowa. Została ona sporządzona przez osobę posiadającą specjalistyczną wiedzę z racji stosownego wykształcenia i doświadczenia zawodowego. Opinia była jasna, żaden ze zwrotów użytych przez biegłego zarówno w zakresie wnioskowania, jak również w części opisowej nie nasuwał zastrzeżeń co do komunikatywności. Zastosowana metodyka oraz wyciągnięte

wnioski były spójne i logiczne. Zostały one oparte na aktualnej wiedzy i prawidłowych spostrzeżeniach. Wnioski opinii biegłego zostały należycie umotywowane, a stanowiska biegłego zawierają zgodne z wiedzą fachową i precyzyjne konkluzje, znajdujące oparcie w pozostałym zebranych w sprawie materiałem dowodowym. Nie kwestionowano wartości dowodowej opinii UM w B., jednakże opinia sporządzona przez prof. Dr hab. n. med. R. P. charakteryzowała się większą szczegółowością niż opinie UM w B., niewątpliwie wynika to z większej wiedzy i doświadczenia prof. P. a niejako pośrednio z faktu, iż w momencie wydawania opinii uzupełniającej UM w B. nie dysponował biegłym z zakresu transfuzjologii – sporządzający w postępowaniu przygotowawczym biegły Z. A. zmarł.

W tym miejscu należy wskazać, że biegły P. oparł swoją opinię o przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 października 2017 r. w sprawie leczenia krwią i jej składnikami w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne (Dz. U. z dnia 6 listopada 2017 r.), gdzie w dniu zdarzenia obowiązywało wcześniejsze rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2012 r. w sprawie leczenia krwią w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, w których przebywają pacjenci ze wskazaniami do leczenia krwią i jej składnikami (Dz. U. z dnia 4 stycznia 2013 r.). Powyższe w żaden sposób nie stanowi powodu do nie uznania opinii biegłego w jakiegokolwiek części, nie było również kwestionowane przez strony. Zwrócić uwagę należy, iż przepisy te różnią się jedynie redakcją czy kolejnością, jednakże merytorycznie dalej odnoszą się do tych samych kwestii.

Sąd uznał za wiarygodne zeznania świadka G. K., wdowie po pokrzywdzonym, złożone zarówno w postępowaniu przygotowawczym jak i postępowaniu sądowym. Zeznania świadka były spójne i zbieżne. Po długim upływie czasu między dniem zdarzenia a przesłuchaniem w postępowaniu sądowym świadek z powodu niepamięci pewnych okoliczności, w swoich zeznaniach posiłkowała się odczytaniem przez Sąd jej wcześniejszych zeznań, po czym potwierdziła ich prawdziwość, nie negując ich treści.

W dniu zdarzenia świadek udała się do męża do (...) w G., rozmawiała z nim przez chwilę przez telefon, już po przetoczeniu pokrzywdzonemu niezgodnej grupowo krwi. W rozmowie T. K. (1) przekazał jej, żeby nie przyjeżdżała, ponieważ bardzo źle się czuł. Fakt ten potwierdziła w swoich wyjaśnieniach również J. H..

W pozostałej części zeznań świadek podała, od kogo uzyskiwała informacje na temat stanu zdrowia męża, oraz potwierdziła godzinę jego zgonu dnia 03 października 2013 r.

Przesłuchiwana po raz drugi w postępowaniu sądowym świadek podtrzymała swoje poprzednie zeznania i nie podała nowych informacji mogących pomóc w ustaleniu stanu faktycznego w przedmiotowej sprawie.

Zasadniczo za wiarygodne Sąd uznał zeznania świadka A. S., pielęgniarki koordynującej w (...) w G. na Oddziale Intensywnego Nadzoru Pooperacyjnego. Świadek potwierdziła, iż T. K. (1) wymagał uzupełnienia krwi po przebytej operacji. Jej zeznania były szczegółowe, spójne, złożone świeżo po zdarzeniu. Zeznała, że procedury obowiązujące pielęgniarki dotyczące leczenia krwią tzn. m.in. czynności podejmowanych przez nie w związku z przetoczeniem krwi zawarte są w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie leczenia krwią oraz w zarządzeniu dyrektora naczelnego (...) w sprawie Standardowych Procedur Operacyjnych. Pielęgniarki nie rzadziej niż co 4 lata odbywać muszą szkolenie, po to żeby móc uczestniczyć w czynnościach związanych z przetoczeniem krwi, pani J. H. posiadała w tym zakresie na dzień 02 października 2013 r. odbyte szkolenie. Świadek potwierdziła również wyjaśnienia oskarżonej odnośnie tego, ile razy oskarżona powiadomiła lekarzy o pogarszającym się stanie T. K. (1). Świadek potwierdziła również, że do około godziny 14 T. K. (1) miał dobry stan, a już przed godziną 16 ten się pogorszył i pacjent miał już założoną rurkę intubacyjną.

Przesłuchiwana w postępowaniu sądowym, świadek złożyła kolejne obszernie zeznania, w trakcie których potwierdziła swoje poprzednie zeznania oraz bardzo szczegółowo odpowiadała na pytania Sądu i stron.

Sąd nie dał wiary zeznaniom świadka A. S., odnośnie nieprawidłowości w procesie podłączania krwi pacjentom i zwyczajom panującym na oddziale w tej kwestii. Świadek zeznała, że nie zdarzały się wcześniej sytuacje, by pielęgniarki same podawały krew, nie słyszała nic takiego by lekarze mówili, by pielęgniarki podawały krew bez nich, takich praktyk

na tym oddziale nie było. Powyższemu przeczą zeznania świadka E. W. (1) i H. S. (3), R. J. oraz wyjaśnienia oskarżonej i oskarżonego, którzy odpowiednio zeznali i wyjaśnili między innymi, że regułą było, iż przy podłączaniu drugiego worka lekarz nie był obecny. Podsumowując: jeśli regułą było właśnie powyższe, to ciężko jest uwierzyć świadkowi, która była pielęgniarką koordynującą, iż nie miała wiedzy o tymże procederze.

Sąd uznał za wiarygodne zeznania świadka E. W. (1) pielęgniarki zatrudnionej w (...) w G. na Oddziale Intensywnego Nadzoru Pooperacyjnego. W dniu zdarzenia świadek świadczyła pracę na ww. oddziale, jednakże nie widziała ani pierwszego ani drugiego podłączenia, ani też momentu odłączenia krwi T. K. (1), gdyż zajmowała się pacjentami na innej sali. Świadek na salę nr 3 wróciła kiedy A. S. odłączała niezgodną krew pacjentce E. C. i dopiero wtedy dowiedziała się, że oskarżona pomyliła krew.

Mimo, że E. W. (1) nie była naocznym świadkiem podłączania niezgodnej krwi przez J. H., oskarżona w rozmowie, później w dniu zdarzenia, powiedziała jej że pomyliła krew, że ją źle podała, że płakała.

Świadek potwierdziła również wyjaśnienia oskarżonej, w kwestii ile razy J. H. informowała lekarzy o złym stanie T. K. (1), sama tego nie widziała, wiedzę powzięła od oskarżonej i innych pielęgniarek.

Istotne dla ustalenia stanu faktycznego w przedmiotowej sprawie były również zeznania świadka dwukrotnie złożone w postępowaniu sądowym, gdzie świadek potwierdziła, iż zwyczajowo, lekarz nie był obecny przy podłączaniu drugiego worka z krwią pacjentowi, a pielęgniarki robiły to samodzielnie.

Podczas drugiego przesłuchania w postępowaniu sądowym, odnośnie szczegółów samego dnia zdarzenia, świadek z powodu sporego upływu czasu między dniem zdarzenia, a przesłuchaniem przed Sądem, po odczytaniu podtrzymała swoje wcześniejsze zeznania.

Sąd uznał za wiarygodne zeznania świadka M. W. (2), kierownik Kliniki (...) i Intensywnej Terapii w (...) w G.. M. W. (2) nie była bezpośrednim świadkiem zdarzenia, jednakże była członkiem komisji powołanej przez rektora (...), której zadaniem było przeanalizowanie całego wydarzenia, w trakcie to której komisja zadawała pytania dr J. W. (1) i dr P. B.. Świadek potwierdziła fakt podłączenia przez J. H. niewłaściwych worków z krwią w drugiej fazie przetoczenia. Świadek, jako osoba nadzorująca Oddziału Intensywnej Terapii Pooperacyjnej potwierdziła ciężki stan T. K. (1) w momencie przeniesienia go na tenże oddział, oraz godzinę przeniesienia jak i godzinę zgonu pokrzywdzonego. Zeznania świadka były obszerne, skrupulatne i zgodne z jej wiedzą zawodową.

Sąd nie dał wiary zeznaniom świadka odnośnie tego, ile razy J. H. zwracała się do dyżurujących lekarzy z problemem stanu zdrowia T. K. (1), świadek informacje na ten temat posiada tylko od dwóch osób trzecich, lekarzy, w tym oskarżonego.

Sąd uznał za wiarygodne zeznania świadka H. S. (1), pielęgniarki pracującej na Oddziale Intensywnego Nadzoru Pooperacyjnego w (...) w G. złożone zarówno w postępowaniu przygotowawczym jak i w postępowaniu sądowym. Świadek w dniu zdarzenia była obecna na ww. oddziale, pełniła dyżur na sali nr 2. H. S. (1) była naocznym świadkiem dwukrotnego podejścia przez J. H. do trójki dyżurujących lekarzy, przebywających na sali nr 2, i zgłoszenia przez nią niepokojących objawów, które pojawiły się u T. K. (1). Świadek potwierdziła również, iż P. B. po drugim zawiadomieniu udał się na salę nr 3 ww. oddziału. Świadek nie poszła z lekarzami na salę nr 3 i nie widziała co się tam stało, o przebiegu zdarzeń dowiedziała się później między innymi od oskarżonej,

Świadek potwierdziła również, iż w ówczesnym czasie, lekarze zazwyczaj nie byli obecni podczas podłączania przez pielęgniarkę krwi przy transfuzji, świadek wskazała też, że w ciągu 25 lat pracy nie spotkała się z tym, by ktokolwiek z lekarzy był przy podłączaniu krwi. Co wskazuje na ogromne zaniedbania proceduralne.

Sąd uznał za wiarygodne zeznania świadka B. W., pielęgniarki pracującej w (...) na Oddziale Intensywnego Nadzoru Pooperacyjnego, zarówno te złożone w postępowaniu przygotowawczym, jak i te z postępowania przed Sądem. W dniu zdarzenia świadek pełniła dyżur wraz z H. S. (1) na sali nr 2 ww. oddziału. Zeznania świadka były tożsame z

wyjaśnieniami oskarżonej odnośnie tego, że ta dwukrotnie zakomunikowała dyżurującym na sali nr 2 lekarzom o pogarszającym się stanie T. K. (1), a do pacjenta udał się samodzielnie P. B., oraz tożsame z zeznaniami drugiej obecnej na tej sali pielęgniarki, H. S. (1).

B. W. nie była świadkiem zdarzeń na sali nr 3, po wyjściu z sali nr 2 P. B. i następnie, pozostałych dyżurujących lekarzy, o pogorszającym się stanie T. K. (1) dowiedziała się dopiero ok godziny 14/15.

Sąd uznał zeznania świadka M. W. (1) za wiarygodne w przeważającej części. Świadek ówczesnie była zatrudniona w (...) Zespole (...), w dniu zdarzenia pracowała na Oddziale Intensywnego Nadzoru pooperacyjnego w (...) w G.. Świadek potwierdziła, że w trakcie obchodu, gdy lekarze byli na sali nr 2, J. H. zgłosiła, że coś się dzieje ze pacjentem na sali nr 3 i tam z nią udał się P. B.,

Świadek w swoich zeznaniach w trakcie swobodnej wypowiedzi nie doprecyzowała ile razy J. H. zgłaszała pogarszający się stan pacjenta, dopiero na to pytanie odpowiedziała, że „z tego co pamięta to J. H. jeden raz przysłała na salę nr 2”

Po zakończeniu obchodu na sali nr 2, świadek wraz z dr W. udały się na salę nr 3, gdzie zleciły odłączenie wlewu krwi T. K. (1), ponieważ zauważyła

Świadek po raz pierwszy przesłuchiwana była prawie pół roku po dniu zdarzenia, przez co, co zrozumiałe, mogła nie pamiętać konkretnie, czy ona czy dr W. zauważyły błędnie podłączoną krew, jednakże notatki, sporządzonej przez oskarżoną po zdarzeniu, z którą zapoznała się świadek, wynika, że to właśnie świadek M. W. (1) podjęła tą słuszną decyzję. Powyższy brak pamięci konkretnych szczegółów postępowania nie rzutuje w żaden sposób na ocenę wiarygodności świadka M. W. (1). W postępowaniu sądowym świadek podtrzymała swoje wcześniejsze zeznania.

Sąd uznał zeznania świadka J. W. (1) za wiarygodne w przeważającej części. W dniu zdarzenia świadek pełniła dyżur w Oddziale Intensywnego Nadzoru Pooperacyjnego (...) w G.. W godzinach porannych świadek zleciła przetoczenie dwóch jednostek KKCz T. K. (1). Świadek potwierdziła, że J.

Odnośnie tego ile razy J. H. informowała dyżurujących lekarzy o pogarszającym się stanie zdrowia świadek w swoich zeznaniach w postępowaniu przygotowawczym nie doprecyzowała tej sytuacji zeznając, iż oskarżona weszła do sali nr 2, a oskarżony w związku z tym co zakomunikowała wyszedł z nią do pacjenta. Natomiast przesłuchiwana w postępowaniu sądowym nie pamiętała ile razy, a nawet kto poinformował dyżurujących lekarzy o pogarszającym się stanie T. K. (1).

Świadek potwierdziła, iż J. H. nie poinformowała jej iż zamierza przetoczyć T. K. (1) drugi worek z krwią, i w późniejszej rozmowie oskarżona przyznała jej, że dokonała pomyłki przy podłączeniu.

Zeznania świadka z postępowania przygotowawczego są tożsame z treścią notatki sporządzonej przez nią bezpośrednio po zdarzeniu, z dnia 07 października 2013 r.

W postępowaniu sądowym świadek podtrzymała swoje wcześniejsze zeznania i nie pamiętała już konkretnych szczegółów z przebiegu zdarzenia.

W zeznaniach świadka J. W. (1) i M. W. (1) zachodzą pewne drobne rozbieżności odnośnie tego, która z nich zauważyła, że T. K. (1) ma podłączoną niezgodną krew, oraz która zareagowała na powyższą sytuację zarządzając odłączenie tej krwi, oraz krwi podłączonej pacjentce E. C.. Obie lekarki w swoich zeznaniach podawały, jakoby decyzje podejmowane przez nie były wspólne, bez szczególnego skonkretyzowania, która z nich je werbalizowała. Powyższe, w ocenie Sądu nie powoduje negatywnej oceny wiarygodności zeznań świadków. Świadek M. W. (1) pierwsze zeznania w postępowaniu przygotowawczym złożyła pół roku po zdarzeniu, natomiast świadek J. W. (1) ponad pół roku po nim. Odnośnie najistotniejszych kwestii zeznania obu świadków pozwoliły na ustalenie stanu faktycznego w przedmiotowej sprawie.

Sąd uznał za wiarygodne zeznania świadka E. B. dyrektora (...) w G. złożone zarówno w postępowaniu przygotowawczym jak i w postępowaniu sądowym. Zeznania świadka były przydatne przy ustalaniu stanu faktycznego jedynie w kwestii obowiązujących lekarzy i pielęgniarki ww. placówki procedur w zakresie postępowania z krwią. Świadek podała również jakie procedury zostały wdrożone po przedmiotowym zdarzeniu.

Sąd uznał za wiarygodne zeznania świadka pielęgniarki R. J.. Świadek w dniu zdarzenia pełniła dyżur dzienny na sali 1, przebywając w punkcie obserwacyjnym miała widok na salę nr 1 i salę nr 2. Potwierdziła zeznania pozostałych pielęgniarek i wyjaśnienia oskarżonej, iż J. H. dwukrotnie zawiadamiała lekarzy o pogarszającym się stanie zdrowia pacjenta. Świadek potwierdziła również, iż brak obecności lekarza podczas podłączania pacjentom krwi nie był niczym dziwnym na tamtym oddziale.

(...)

Mając na uwadze powyższe, przechodząc do oceny wyjaśnień oskarżonych, sąd uznał za wiarygodne wyjaśnienia oskarżonej J. H. w przeważającej części. J. H., złożyła obszernie wyjaśnienia zarówno w postępowaniu przygotowawczym, jak i w postępowaniu sądowym. Opisała nie tylko przebieg samego podłączania krwi T. K. (1), a dokładnie cały dzień pracy, krok po kroku.

Sąd dał wiarę wyjaśnieniom oskarżonej, odnośnie tego, że pierwsze worki z krwią podłączyła prawidłowo, co potwierdza fakt, iż pacjenci nie mieli po tym żadnych negatywnych objawów. W swoich wyjaśnieniach oskarżona nie negowała tego, że podłączenie drugiego worka krwi samodzielnie, bez obecności lekarza, było jej własną decyzją. Tak samo oskarżona postąpiła z podłączeniem drugiego worka krwi pacjentce E. C.. W związku z zeznaniami A. S. oraz instrukcją postępowania dotyczącego przetaczania krwi i jej składników – obowiązki pielęgniarki Sąd nie uznał za wiarygodne wyjaśnienie oskarżonej w części, gdzie twierdziła że nie wiedziała, że w trakcie podłączenia krwi celem jej przetoczenia musi być obecny lekarz.

Sąd uznał za wiarygodne wyjaśnienia oskarżonej odnośnie tego, ile razy zawiadamiała lekarzy o pogarszającym się stanie T. K. (1). Oskarżona wyjaśniła, że dokonała tej czynności dwukrotnie, z czego pierwsze zawiadomienie nie spotkało się z odzewem. Powyższe potwierdziła w swoich zeznaniach świadek A. S., E. W. (1), H. S. (1), R. J..

Za wiarygodne Sąd uznał również wyjaśnienia J. H., odnośnie diagnozy przyjętej przez oskarżonego P. B., po zbadaniu T. K. (1) i niepołączeniu przez niego faktu pogarszającego się stanu zdrowia pacjenta z przeprowadzaną transfuzją.

Sąd również przyznał walor wiarygodności, wyjaśnieniom oskarżonej, która wskazała dr W., jako osobę, która zauważyła, że T. K. (1) ma podłączony worek z niewłaściwą krwią, oraz że po zauważeniu błędu, krew została pacjentowi natychmiast odłączona. Powyższe koreluje z zeznaniami naocznych świadków przedmiotowego zdarzenia.

Wiarygodne były również wyjaśnienia J. H., potwierdzone przez pozostałych świadków, iż oskarżona, mimo iż sugerowano jej pójście opuszczenie miejsca pracy z powodu roztrzęsienia zaistniałą sytuacją, ta została w szpitalu do godziny 19, ponieważ martwił ją stan pacjenta, a następnie dowiadywała się o jego stanie telefonicznie, aż do godzin 7 rano dnia następnego, kiedy została poinformowana o zgonie T. K. (1).

P. B.

Sąd uznał wyjaśnienia oskarżonego P. B. za wiarygodne w przeważającej części. Oskarżony w postępowaniu przygotowawczym odmówił składania wyjaśnień, jednakże gdy już je złożył w postępowaniu sądowym, mimo upływu czasu między dniem przesłuchania a dniem zdarzenia, jego wyjaśnienia były obszernie i szczegółowe, odnośnie całego dnia zdarzenia, nie tylko czynności podjętych wobec T. K. (1).

Sąd dał wiarę wyjaśnieniom oskarżonego, który opisał dokładnie przebieg badania T. K. (1), po zgłoszeniu przez J. H., iż stan pacjenta się pogarsza.

Sąd nie dał wiary wyjaśnieniom oskarżonego odnośnie kwestii ile razy J. H. zwracała się do niego i pozostałych lekarzy pełniących w dniu zdarzenia na oddziale dyżur. P. B. wyjaśnił, iż współoskarżona zgłosiła zły stan zdrowia tylko raz, jednakże powyższemu przeczą wyjaśnienia samej oskarżonej, które w tym aspekcie Sąd uznał za wiarygodne, oraz zeznania świadków A. S., E. W. (1), H. S. (1), R. J..

Oskarżony w swoich wyjaśnieniach potwierdził również zeznania pozostałych świadków odnośnie procedury przetaczania krwi, stwierdzając iż w jego miejscu pracy „tak było zwyczajowo przyjęte”, że lekarz nie był obecny przy podłączaniu kolejnych jednostek krwi.

Odnosnie kwalifikacji prawnej:

Art. 155 k.k. stanowi, iż kto nieumyślnie powoduje śmierć człowieka, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5. Dla przyjęcia odpowiedzialności z art. 155 k.k. dochodzi tylko w sytuacji, gdy śmierć człowieka jest niezamierzonym następstwem działania sprawcy w rozumieniu art. 9 § 2 k.k., polegający na niezachowaniu obowiązku ostrożności wówczas, gdy na podstawie normalnej zdolności przewidywania i ogólnego obowiązku dbałości o życie ludzkie lub przewidywania skutków własnych działań, można wymagać od człowieka, aby nie dopuścił do nastąpienia przestępczego skutku (Wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 19 lipca 2018 r. II AKa 93/18). Przepięstwo określone w art. 155 ma charakter skutkowy, do jego popełnienia konieczny jest skutek w postaci śmierci człowieka.

Przechodząc do wyjaśnienia podstawy prawnej wyroku, należy na wstępie wskazać, że art. 160 § 1 kto naraża człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu podlega karze pozbawienia wolności do lat 3. § 2 ww. art. stanowi, że jeżeli na sprawcy ciąży obowiązek opieki nad osobą narażoną na niebezpieczeństwo, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5, natomiast § 3 stanowi, że jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 lub 2 działa nieumyślnie, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku.

Skutkiem, o którym mowa w art. 160 § 1-3, jest nie tylko spowodowanie zagrożenia w sytuacji, w której przed zachowaniem sprawcy, żadne niebezpieczeństwo pokrzywdzonemu nie zagrażało, ale także skutek ten będzie miał miejsce wtedy, gdy sprawca swoim zachowaniem zwiększa zagrożenie dla już zachodzącego bezpośredniego niebezpieczeństwa.

Skutkiem zaś należącym do znamion strony przedmiotowej występku z art. 160 § 2 i 3 k.k. jest nie tylko wywołanie takiej sytuacji, w której pacjent znajduje się, nie będąc uprzednio w położeniu grożącym mu bezpośrednim niebezpieczeństwem dla życia lub zdrowia, ale również na utrzymaniu (nie odwróceniu, nie zmniejszeniu) istniejącego już poziomu tego niebezpieczeństwa w czasie, kiedy urzeczywistnił się obowiązek działania lekarza/pielęgniarki-gwaranta. Co więcej, przestęstwo jest dokonane, z chwilą narażenia na niebezpieczeństwo, choćby osoba narażona nie doznała żadnej krzywdy. Odpowiedzialność lekarza czy pielęgniarki – gwaranta na płaszczyźnie art. 160 k.k. nie musi polegać tylko na popełnieniu przez (tutaj lekarza) błędu diagnostycznego czy medycznego. Mogą to być różne inne podejmowane albo zaniechane przez niego czynności, narażające człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

Aby stwierdzić zaistnienie sprzecznego z normami zawartymi w art. 160 k.k. błędu medycznego koniecznym jest, po pierwsze ujawnienie się zachowania podjętego przez lekarza/pielęgniarkę-gwaranta, który był spreczny z wiedzą i praktyką medyczną. przyjmuje się, że odpowiedzialność lekarza (pielęgniarki) na płaszczyźnie art. 160 k.k., nie musi polegać tylko na popełnieniu przez niego błędu diagnostycznego czy medycznego. Mogą to być różne inne podejmowane albo zaniechane przez niego czynności, narażające człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 03 września 2013 r. WK 14/13). W przypadku przestęstwa nieumyślnego, chodzi tu o niezamierzone naruszenie reguł ostrożności wynikających z wiedzy i praktyki medycznej. Powyższe potwierdził również Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 21 czerwca 2017 r. w sprawie o sygnaturze akt II KK 74/17, gdzie stwierdzono, iż motywacja sprawcy nie ma wpływu na to, czy między jego zachowaniem a skutkiem istnieje związek przyczynowy. Aby podmiot mógł zostać uznany za sprawcę

narażenia, o którym mowa w art. 160 k.k., jego zachowanie musi naruszać wynikające z wiedzy i doświadczenia reguły postępowania z takimi dobrami jak życie i zdrowie, stwarzając niedające się zaakceptować prawdopodobieństwo ich naruszenia. Skutek czynu zabronionego określonego w art. 160 § 1 k.k. może urzeczywistnić się także w zwiększeniu stopnia narażenia człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia, które wystąpiło już wcześniej, ale jeśli zarzuconym zachowaniem jest nieumyślne zaniechanie ciężącego na oskarżonym obowiązku zapobiegnięcia skutkowi, to warunkiem pociągnięcia oskarżonego do odpowiedzialności karnej za przestępstwo z art. 160 § 2 i 3 k.k. jest obiektywne przypisanie mu takiego skutku. Jest on spełniony wtedy, gdy zostanie dowiedzione, że pożądane zachowanie alternatywne, polegające na wykonaniu przez oskarżonego ciężącego na nim obowiązku, zapobiegłoby realnemu i znaczącemu wzrostowi stopnia tego narażenia.

Za błąd lekarski uznać należy zachowanie sprzeczne z wiedzą i praktyką medyczną. Z samego faktu nastąpienia skutku nie można wyprowadzać wniosku, że lekarz (gwarant) działał nieracjonalnie. Ocena w tym zakresie musi być bowiem zrelatywizowana do stanu z chwili konkretyzacji niebezpieczeństwa, nie zaś ex post (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 24 maja 2017 r. II AKa 59/17, LEX nr 2396217).

Odpowiedzialność lekarza-gwaranta z art. 160 § 2 lub 3 zachodzi zarówno w wyniku tzw. prostego zaniechania, jak i w wyniku zaniechania powstałego na skutek błędu w diagnozie. Warunkiem odpowiedzialności jest przypisanie lekarzowi skutku w postaci bezpośredniego niebezpieczeństwa utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (zob. wyrok SN z dnia 27 sierpnia 2008 r., WA 32/08, OSNwSK 2008, t. 1, poz. 1716; por. M. Filar, *Odpowiedzialność...*, s. 33).

Skutkiem, o którym mowa w art. 160 § 1-3 k.k., jest nie tylko spowodowanie zagrożenia w sytuacji, w której przed zachowaniem sprawcy żadne niebezpieczeństwo pokrzywdzonemu nie zagrażało, ale także skutek ten będzie miał miejsce wtedy, gdy sprawca swoim zachowaniem zwiększa zagrożenie dla już zachodzącego bezpośredniego niebezpieczeństwa. W szczególności będzie to miało miejsce wtedy, gdy sprawca zobowiązany do zapobiegnięcia niebezpieczeństwu zaniecha wykonania ciężącego na nim prawnego, szczególnego obowiązku.

Sytuacja zaś będąca niebezpieczeństwem, w znaczeniu art. 160 § 1-3, musi zagrażać życiu człowieka lub jego zdrowiu bezpośrednio. Pojęcia bezpośredniości niebezpieczeństwa nie można wiązać z czasową bliskością skutku, mającego nastąpić w wyniku rozwoju sytuacji niebezpiecznej. Bezpośrednie niebezpieczeństwo zachodzi wtedy, kiedy zachodzi sytuacja niewymagająca dla swojego dalszego rozwoju "włączenia się w dany układ zdarzeń elementu dodatkowego, chodzi tu wyłącznie o takie działania lub zaniechania, które stwarzają konkretne, realne i natychmiastowe zagrożenie dla życia ofiary. Pojęcie "bezpośrednie" wyklucza natomiast możliwość objęcia nim takich przypadków, w których niebezpieczeństwo wprawdzie istnieje, ale jego realizacja zależy od ewentualnych dalszych działań sprawcy bądź innych osób.

Czyn zabroniony popełniony jest nieumyślnie, jeżeli sprawca nie mając zamiaru jego popełnienia, popełnia go jednak na skutek niezachowania ostrożności wymaganej w danych okolicznościach, mimo że możliwość popełnienia tego czynu przewidywał albo mógł przewidzieć (art. 9 § 2 k.k.). Odpowiedzialności karnej za przestępstwo skutkowe popełnione przez zaniechanie podlega ten tylko, na kim ciążył prawny, szczególnie obowiązek zapobiegnięcia skutkowi (art. 2 k.k.), a osoba taka określana jest w doktrynie i judykaturze mianem gwaranta.

§ 13 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2012 r. w sprawie leczenia krwią w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, w których przebywają pacjenci ze wskazaniami do leczenia krwią i jej składnikami (Dz. U. z dnia 04 stycznia 2013 r.) stanowi, iż lekarz odpowiedzialny za przetoczenie powinien być obecny podczas rozpoczęcia przetoczenia zawartości każdego pojemnika z krwią lub jej składnikiem.

§ 3 ust 2 pkt 2 ww. rozporządzenia stanowi, iż pielęgniarka (położna) jest odpowiedzialna za obserwację biorcy w trakcie przetoczenia i niezwłoczne informowanie lekarza o objawach występujących w trakcie przetoczenia i po przetoczeniu mogących świadczyć o powikłaniu poprzetoczeniowym oraz o zdarzeniach, o których mowa w § 2 pkt 3, który to stanowi, iż organizacja leczenia krwią w podmiocie leczniczym powinna zapewniać identyfikację

i rejestrowanie wszelkich nieprzewidzianych zdarzeń związanych z przetoczeniem, a w szczególności błędów i wypadków oraz sporządzanie raportów o tych zdarzeniach.

§ 11 ust 1 pkt 1 i 2 ww. rozporządzenia stanowi, że kontrola zgodności biorcy z **każdą jednostką krwi** lub jej składnika przeznaczoną do przetoczenia jest przeprowadzana w obecności pacjenta i polega na identyfikacji pacjenta poprzez porównanie jego imienia i nazwiska, daty urodzenia lub numeru PESEL oraz grupy krwi z danymi zawartymi w wyniku próby zgodności, którego wzór jest określony w załączniku nr 8 do rozporządzenia oraz na porównaniu wyników badania krwi zawartych w wyniku próby zgodności z grupą krwi na etykiecie pojemnika.

Niedopuszczalna jest kumulatywna kwalifikacja prawna przestępstw z art. 155 i 160 § 3 k.k. Z art. 160 § 3 k.k. odpowiada ten, kto sprowadza jedynie nieumyślne bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, zaś ten, kto poprzez swoje nieumyślne zachowanie powoduje już śmierć człowieka albo ciężki uszczerbek na zdrowiu innej osoby, ponosi odpowiedzialność z art. 155 lub 156 § 2 k.k. (Wyrok Sądu Okręgowego w Gliwicach z dnia 16 grudnia 2015 r. VI Ka 992/15 LEX nr 2090989)

J. H. była oskarżona z art. 155 k.k., Sąd jednakże zakwalifikował jej czyn z art. 160 § 2 i 3 k.k. mając tu na uwadze przede wszystkim wnioski płynące z opinii sporządzonej przez prof. P., która to opinia nie była kwestionowana przez oskarżyciela.

Odnosząc się do rozstrzygnięcia zawartego w punkcie I wyroku, ustalony stan faktyczny stanowił podstawę do przypisania J. H. odpowiedzialności za przestępstwo z art. 160 § 2 i 3 k.k. Sąd wymierzył oskarżonej J. H. karę 10 (dziesięciu) miesięcy pozbawienia wolności. Jednocześnie, ogół ustalonych okoliczności, a także stopień winy, stopień społecznej szkodliwości czynu, dotychczasowy sposób życia oskarżonej oraz jej właściwości i warunki osobiste, przy spełnieniu pozostałych przesłanek, uzasadniały zastosowanie względem niej środka probacyjnego w postaci warunkowego zawieszenia wykonania orzeczonej w stosunku do niej kary pozbawienia wolności na okres próby wynoszący 3 (trzy) lata.

W toku postępowania ustalono bowiem, iż J. H., przez pomyłkę, podłączyła i przetoczyła T. K. (1) posiadającemu grupę krwi o RhD+ niezgodny grupowo z grupą jego krwi koncentrat krwinek czerwonych A RhD+. Czynności tej dokonała z naruszeniem przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2012 r. w sprawie leczenia krwią w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, w których przebywają pacjenci ze wskazaniami do leczenia krwią i jej składnikami, tj. bez udziału lekarza odpowiedzialnego za przetaczanie przy podłączeniu ww. pacjentowi drugiej jednostki koncentratu krwinek czerwonych oraz z naruszeniem dokonania prawidłowej kontroli zgodności biorcy z podłączaną drugą koncentratu krwinek czerwonych. Sąd podzielił wnioski wyrażone w opinii biegłego prof. dr hab. n. med. R. P., który stwierdził, że na skutek przetoczenia przez pielęgniarkę J. H. niezgodnego z grupą krwi pacjenta KKCz doszło do narażenia T. K. (1) na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

Jej zachowanie nie było umyślne, jednakże na J. H. spoczywał szczególny prawny obowiązek zapobiegnięcia skutkowi w postaci narażenia T. K. (1) na utratę życia bądź ciężki uszczerbek na zdrowiu. Podejmowała bowiem jako pielęgniarka i pracownik szpitala, działania służące zachowaniu dobrostanu pokrzywdzonego. Zakres jej obowiązków był przy tym wyznaczony przez powołaną wyżej dokumentację wewnętrzną szpitala oraz ww. rozporządzenie Ministra Zdrowia.

Art. 160 § 3 przewiduje zagrożenie karne w postaci grzywny, kary ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku.

Sąd wymierzył oskarżonej J. H. karę 10 (dziesięciu) miesięcy pozbawienia wolności. Wymierzając karę oskarżonej Sąd wziął pod uwagę wszystkie dyrektywy wymiaru kary określone w art. 53 k.k.

Jako okoliczności obciążające Sąd miał na względzie dość znaczny stopień społecznej szkodliwości czynu oraz niedopełnienie obowiązku opieki nad T. K. (1), naruszenie wewnętrznych instrukcji postępowania przy przetaczaniu krwi, samodzielne podjęcie decyzji o podłączeniu drugiego worka z KKCz. Jako okoliczności łagodzące przy wymiarze

oskarżonej kary Sąd potraktował wcześniejszy brak zastrzeżeń do pracy oskarżonej, brak karalności, wyrażoną skruchę.

J. H. nie była uprzednio karana. Brak jest danych wskazujących aby z innych obowiązków służbowych od czasu przedmiotowego zdarzenia, ale też przed nim, wywiązywała się niesumienne. W toku postępowania wyraziła skruchę. Oskarżona jest mężatką, posiada jedno dziecko będące na jej utrzymaniu. Posiada źródło utrzymania i majątek, nie jest osobą zdemoralizowaną. Okoliczności te uzasadniają założenie, że oskarżona pomimo warunkowego zawieszenia wykonania orzeczonej w stosunku do niej kary pozbawienia wolności, będzie przestrzegała porządku prawnego.

Odnosząc się do rozstrzygnięcia zawartego w punkcie III wyroku, ustalony stan faktyczny stanowił podstawę do przypisania P. B. odpowiedzialności za przestępstwo z art. 160 § 2 i 3 k.k. Sąd wymierzył oskarżonemu karę 100 (sto) stawek dziennych grzywny ustalając wysokość jednej stawki na 100 (sto) złotych.

W toku postępowania ustalono bowiem, iż P. B., podjął błędną decyzję diagnostyczną, a w następstwie terapeutyczną. P. B. nie połączył objawów występujących u T. K. (1) z faktem przetaczania mu krwi, ani nie poinformował pozostałych dyżurujących lekarzy o swojej decyzji. Jak wskazał biegły w swojej opinii, którą Sąd w całości popiera „diagnostyka lekarza, nietrafnie i bez uzasadnienia w przypadku tego chorego wobec trwającej transfuzji krwi, ukierunkowana była na zaburzenia układu sercowo-naczyniowego.” Biegły w swojej opinii stwierdził, że nie było to postępowanie zgodne z obowiązującą wiedzą medyczną. Zdaniem biegłego ówczesny stan zdrowia pacjenta uzasadniał podjęcie decyzji zasadniczej i pierwszej wśród wszystkich podejmowanych, tj. decyzji o przerwaniu przetaczania krwi. Gdyby dr B. zwrócił uwagę na przetaczaną krew, a zwłaszcza spojrzął na pojemnik z aktualnie przetaczaną krwią i leżącym na stoliku pojemnikiem z resztkami po przetoczeniu poprzedniej jednostki krwi, na pewno dostrzegłby różnicę w grupach krwi. Biegły wskazał, że zresztą, gdyby nawet pojemnik z resztkami nie znajdował się w pobliżu, to wystąpienie jakichkolwiek objawów powikłania podczas transfuzji wymaga ustalenia przyczyny tych zaburzeń, a więc przede wszystkim wykluczenia przetoczenia krwi niezgodnej grupowo. Lekarz, widząc niepokojące objawy u pacjenta, nie sprawdził grupy krwi na etykiecie pojemnika z grupą krwi pacjenta.

Jego zachowanie było nieumyślne, jednakże na P. B. spoczywał szczególnie prawny obowiązek zapobiegnięcia skutkowi w postaci narażenia T. K. (1) na utratę życia bądź ciężki uszczerbek na zdrowiu. Według biegłego, połączenie faktu przetaczania krwi z objawami występującymi u T. K. (1) powinno być rzeczą oczywistą.

Jak wskazano wyżej, art. 160 § 3 przewiduje zagrożenie karne w postaci grzywny, kary ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku.

Ustawodawca w art. 58 § 1 kontynuuje linię polityki kryminalnej zakreśloną już w art. 32 k.k., wskazując w przypadku sankcji określonej alternatywnie na pierwszeństwo stosowania kar nieizolacyjnych przed karą bezwarunkowego pozbawienia wolności i wprowadzając zasadę stosowania kary najmniejszej z wystarczających. Dlatego zwłaszcza w odniesieniu do kar najsurowszych, sąd powinien wyczerpująco rozważyć, a następnie szczegółowo uzasadnić, dlaczego konieczna jest trwała izolacja sprawcy. Tak więc w obowiązującym kodeksie karnym ustawodawca wprowadził system sankcji określonych alternatywnie i przyznał wyraźnie pierwszeństwo stosowania środków karnych i kar nieizolacyjnych przed bezwarunkową karą pozbawienia wolności. Przy wymiarze kary sąd kieruje się granicami ustawowego zagrożenia, ogólnymi zasadami wymiaru kary oraz dyrektywami wymiaru kary. Zasady sądowego wymiaru kary obejmują zasadę swobodnego uznania sędziowskiego, indywidualizacji kary i jej oznaczoności. Ogólną zasadą wymiaru kary jest także dyrektywa humanitaryzmu, wynikająca z art. 3 k.k. oraz ratyfikowanej przez RP konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności z 1950 r. Karą współmierną i sprawiedliwą jest tylko kara wymierzona z uwzględnieniem wszystkich dyrektyw wymiaru kary i wszystkich okoliczności obciążających i łagodzących (Sienkiewicz (w:) Górniok i in., t. 1, s. 83-88; Buchała (w:) Buchała, Zoll, s. 412; Kaczmarek, *Ogólne...*, s. 19-40). Podstawowym elementem, jaki w myśl art. 53 k.k. sąd powinien brać pod uwagę przy wymiarze kary, jest stopień winy sprawcy (wyrok SA w Lublinie z dnia 17 listopada 1999 r., II AKa 183/99, OSA 2000, z. 4, poz. 25; wyrok SA w Krakowie z dnia 24 kwietnia 2002 r., II AKa 68/02, KZS 2002, z. 5, poz. 45; wyrok SA w Krakowie z dnia 30 czerwca 2011 r., II AKa 107/11, KZS 2011, z. 9, poz. 42). O stopniu winy decydują zaś różne

czynnikami, na przykład stopień rozwoju intelektualnego sprawcy, jego poziom rozwoju emocjonalnego, doświadczenia, posiadana wiedza, wiek etc. Przyjmuje się, że stopień winy jest niższy w przypadku nieumyślności niż umyślności i w przypadku zamiaru ewentualnego niż bezpośredniego, stanu znacznego ograniczenia poczytalności (wyrok SA w Lublinie z dnia 17 listopada 1999 r., II AKa 183/99, OSA 2000, z. 4, poz. 25; wyrok SA w Katowicach z dnia 16 listopada 2000 r., II AKa 306/00, Prok. i Pr.-wkł. 2001, nr 7-8, poz. 13); Społeczna szkodliwość nie stanowi sama w sobie okoliczności obciążającej przy wymiarze kary, ponieważ jest cechą ustawową przestępstwa, natomiast dla wymiaru kary ma znaczenie jej stopień. Przy ocenie stopnia społecznej szkodliwości bierze się pod uwagę okoliczności wymienione w art. 115 § 2 k.k. Zachowania mniej szkodzące społeczeństwu powinny być karane łagodniej, odpowiednio do ich treści materialnej. Kara powinna realizować zarówno cel społecznego oddziaływania, jak i cele zapobiegawcze i wychowawcze. Położenie większego nacisku na osiągnięcie zadań wychowawczych i zapobiegawczych jest możliwe zdaniem dotychczasowego orzecznictwa Sądu Najwyższego wtedy, gdy popełnienie tego przestępstwa nie wynika z demoralizacji sprawcy, lecz stanowi odstępstwo od dotychczasowej linii postępowania sprawcy. Z kolei nie można uznać wymierzonej oskarżonemu kary bezwzględnej pozbawienia wolności, uzasadnianej potrzebą poddania oskarżonego resocjalizacji, za karę sprawiedliwą, skoro nie stwierdzono, żeby oskarżony był zdesocjalizowany, ani nie przytoczono faktów z jego życia taką konkluzję uzasadniających (wyrok SA w Krakowie z dnia 8 lutego 2011 r., II AKa 6/11, KZS 2011, z. 5, poz. 40). Dla oceny stopnia prawdopodobieństwa ponownego popełnienia przez sprawcę czynu zabronionego o znacznym stopniu społecznej szkodliwości niezbędne jest dokładne przeanalizowanie wszelkich czynników mogących mieć wpływ na jego wielkość. Powinno się tu uwzględnić między innymi dotychczasową linię życia sprawcy i aktualną sytuację życiową (postanowienie SA w Katowicach z dnia 18 kwietnia 2001 r., II AKz 180/01, OSA 2001, z. 10, poz. 64). Sąd ma uwzględnić również motywację i sposób zachowania się sprawcy. Pojęcie motywacji zastąpiło terminy "pobudka" i "motyw", używane na gruncie kodeksu karnego z 1969 r. Jest to pojęcie z zakresu psychologii. Nie ma jednej definicji motywacji. Proces motywacyjny można utożsamiać z procesami pobudzającymi działanie. Pod pojęciem motywacji kryją się dwa znaczenia. Po pierwsze: jest to względnie stała tendencja do analizowania określonych celów, wartości czy zadań życiowych. W tym przypadku motywacja wiąże się z osobowością człowieka, rozumianą jako funkcjonalna całość, która jest odpowiedzialna za integrację oraz regulację wszelkich czynności i zachowań. Sposób zachowania także może wpływać zarówno na łagodniejsze, jak i surowsze ukaranie sprawcy. Sposób zachowania stanowi okoliczność obciążającą między innymi wówczas, gdy jest brutalne, agresywne, popełnione z użyciem niebezpiecznych przedmiotów. Z kolei przez pojęcie właściwości osobistych sprawcy rozumie się wszelkie cechy osobowości sprawcy, jego sposób funkcjonowania w kontaktach międzyludzkich, cechy intelektu. Przez warunki osobiste sprawcy rozumie się warunki materialne, mieszkalne, socjalne, zdrowotne, rodzinne i związane z tym stany konfliktów. Sposób zachowania sprawcy przed popełnieniem przestępstwa jest kolejną okolicznością, którą sąd bierze pod uwagę przy wymiarze kary. (wyrok SN z dnia 21 listopada 1983 r., II KR 239/83, OSNKW 1984, nr 5-6, poz. 53; por. także wyrok SN z dnia 4 sierpnia 1978 r., Rw 282/78, OSNKW 1978, nr 10, poz. 113; wyrok SN z dnia 13 listopada 1985 r., V KRN 774/85, OSNPG 1986, nr 8, poz. 104; wyrok SN z dnia 6 października 1975 r., I KR 175/75, LEX nr 21688). Wskazać należy również iż przepis §1 art. 58 k.k. ma charakter bezwzględnie wiążący, na co wskazuje zwrot "tylko wtedy". Oznacza to, że w razie istnienia w konkretnym przypadku ustawowej alternatywy dla orzeczenia kary bezwarunkowego pozbawienia wolności sąd zobowiązany jest zbadać możliwość spełnienia celów kary przez każde z tych alternatywnych rozwiązań. Tylko w razie wykluczenia możliwości spełnienia celów kary przez któreś z nich uprawniony jest do orzeczenia kary pozbawienia wolności bez jej warunkowego zawieszenia (ultima ratio). Regulację § 1 ww. przepisu należy rozumieć nie tylko jako zasadę prymatu innych kar i środków nad karą pozbawienia wolności, lecz także prymatu kary pozbawienia wolności z jej warunkowym zawieszeniem nad bezwarunkową karą pozbawienia wolności.

Jako okoliczności obciążające Sąd miał na względzie dość znaczny stopień społecznej szkodliwości czynu oraz niedopełnienie obowiązku opieki nad T. K. (1) oraz nieskojarzenie przez P. B. (zdaniem biegłego) oczywistego związku między przetaczaną pacjentowi krwią, a jego pogarszającym się stanem zdrowia. Jako okoliczności łagodzące przy wymiarze oskarżonemu kary, Sąd potraktował wcześniejszy brak zastrzeżeń do pracy oskarżonego oraz brak karalności. Oskarżony jest żonaty, posiada dwójkę dzieci będących na jego utrzymaniu i majątek, nie jest osobą zdemoralizowaną.

Dokonując wyboru rodzaju kary względem oskarżonego Sąd doszedł do przekonania, iż kara grzywny będzie jedyną słuszną karą, którą w przedmiotowej sprawie należało zastosować w stosunku do oskarżonego. Obliczając wysokość grzywny Sąd wziął pod uwagę wysokie zarobki oskarżonego. Wymierzając karę grzywny a tym samym odstępując od wymierzenia wnioskowanej kary pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem jej wykonania Sąd miał na uwadze również to, iż oskarżony jest czynnym lekarzem, wykonującym swe obowiązki na oddziałach szpitalnych i salach operacyjnych. Obawa o ewentualne zarządzanie wykonania kary, w sytuacji gdyby w pracy powstała sytuacja kryzysowa, skomplikowana, mogłaby negatywnie wpłynąć na decyzje podejmowane przez P. B. a tym samym na jego pacjentów.

Jak wskazano powyżej, ani J. H., ani P. B., nie byli wcześniej karani, szczególnie za błędy popełnione w pracy, nie było co do nich zastrzeżeń, swoje obowiązki wykonywali zgodnie z obowiązującą wiedzą i doświadczeniem zawodowym, dlatego też Sąd nie orzekł wobec żadnego z oskarżonych zakazu wykonywania zawodu. Słusność tej decyzji uzasadniona jest również faktem, iż od dnia zdarzenia, w roku 2013, z informacji jakie posiada Sąd, oskarżeni wykonywali swoją pracę należycie. Nadto aktualna sytuacja służby zdrowia, widoczne braki w szpitalach tak pielęgniarek jak i lekarzy anestezjologów uzasadniają, mając na uwadze pozostałe okoliczności sprawy, odstąpienie od orzekania ww. środka karnego .

Sąd, mając na względzie art. 46 § 2 k.k. w brzmieniu obowiązującym w dniu popełnienia przestępstwa, nie orzekł o nawiązce, ponieważ, jak orzekł Sąd Apelacyjny w Białymstoku w wyroku w sprawie II AKa 277/13 z dnia 02 kwietnia 2014 r., na podstawie przepisu art. 46 § 2 k.k. jedynym uprawnionym podmiotem jest pokrzywdzony sensu stricto, a nie strony zastępcze wstępujące w prawa zmarłego pokrzywdzonego, który to pogląd tutejszy Sąd podziela. Z informacji Sądu wynika również, że wdowa po T. K. (1) dochodzi swoich praw w tym zakresie przed Sądem cywilnym / vide pozew k. 1045-1047/ tak więc tzw. klauzula antykumulacyjna przewidziana w drugim zdaniu §1 art. 415 k.p.k. nie pozwalała na orzeczenie odszkodowania czy zadośćuczynienia na podstawie art. 46§1 k.k.

Ponieważ oskarżona H. w dniu zdarzenia świadczyła pracę na podstawie umowy o pracę w procesie cywilnym prawidłowo pozwano jej pracodawcę czyli szpital (...) z art. 120. § 1. Kodeksu pracy w razie wyrządzenia przez pracownika przy wykonywaniu przez niego obowiązków pracowniczych szkody osobie trzeciej, zobowiązany do naprawienia szkody jest wyłącznie pracodawca. Art. 119. Stanowi zaś, iż odszkodowanie ustala się w wysokości wyrządzonej szkody, jednak nie może ono przewyższać kwoty trzymiesięcznego wynagrodzenia przysługującego pracownikowi w dniu wyrządzenia szkody.

P. B. świadczył pracę na podstawie umowy cywilno-prawnej stąd i om obok szpitala został pozwany w postępowaniu cywilnym.

W pkt IV wyroku, na podstawie powołanych przepisów zasądzono od oskarżonych na rzecz Skarbu Państwa kwotę po (...),71 (pięć tysięcy dwieście czterdzieści sześć i 71/100) złotych tytułem wydatków postępowania oraz opłatę w wysokości 180 (sto osiemdziesiąt) złotych od oskarżonej J. H. i kwocie 1.000 (tysiąc) złotych od oskarżonego P. B..