

Sygn. akt **VII K 165/14**

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 05 maja 2016 roku

Sąd Rejonowy w Siedlcach VII Wydział Karny w składzie:

Przewodniczący SSR Magdalena Banasiuk

Protokolant st.sekr. sądowy Magdalena Wereda

w obecności oskarżyciela J. W.

po rozpoznaniu na rozprawach w dniach: 03.06.2014 r., 09.09.2014 r., 20.01.2015 r., 24.02.2015 r., 21.01.2016 r., 01.03.2016 r., 26.04.2016 r. w S.

sprawy:

**J. L.**

syna I. i R. z domu R.

urodzonego (...) w m. S.

**oskarżonego o to, że:**

w dniu 1 lutego 2011 r. w Ł., woj. (...) pełniąc funkcję lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Przychodni (...) w Ł. - Poradni Lekarza Rodzinnego, wbrew ciążącemu na nim obowiązkowi opieki nad pacjentem B. P. (1) przeprowadzając badanie podmiotowe wyżej wymienionego nie zachował należytej ostrożności lekarskiej i wbrew sztuce medycznej, rozpoznał u chorego z bólami brzucha, wzdęciami brzucha oraz bolesnością uciskową w śródbrzuchu zaburzenia czynnościowe przewodu pokarmowego w przebiegu infekcji wirusowej i nie zlecił poszerzenia diagnostyki poprzez skierowanie go na badania laboratoryjne krwi, badanie ultrasonograficzne jamy brzusznej oraz niezwłocznie nie skierował go na konsultację chirurgiczną, celem przeprowadzenia badania kompleksowego chorego z nagłymi bólami brzucha, co stanowiło opóźnienie w postawieniu właściwego rozpoznania w postaci zapalenia otrzewnej i wdrożeniu prawidłowego, właściwego leczenia, nieumyślnie narażając w ten sposób B. P. (1) na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia,

**tj. o czyn z art. 160 § 3 kk w zw. z art. 160 § 2 kk**

**R. Ł.**

syna S. i W. z domu P.

urodzonego (...) w m. K.

**oskarżonego o to, że:**

w dniu 3 lutego 2011 roku w Ł., będąc zatrudniony jako lekarz anestezjolog w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Ł. nieumyślnie naraził B. P. (1) na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia, w ten sposób, że wbrew ciążącemu na nim obowiązkowi opieki nad wyżej wymienionym pacjentem, podczas przygotowania go do zabiegu operacyjnego nie zachował należytej ostrożności lekarskiej i nie przeprowadził przed rozpoczęciem znieczulenia polegającego na podaniu mu leku nasennego, zabiegu odessania zgłębnikiem (sondą) zawartości żołądka,

jak również nie wykonał zabiegu S., który w sytuacji, gdy nie założono sondy do żołądka, winien być bezwzględnie i prawidłowo wykonany, co skutkowało jego zachłyśnięciem się z następowym zachłystowym zapaleniem płuc, w następstwie czego w dniu 23 lutego 2011 r. nastąpił zgon B. P. (1) w Wojewódzkim Szpitalu (...) w B.,

**tj. o czyn art. 160 § 3 kk w zw. z art. 160 § 2 kk**

#### **ORZEKA:**

I. oskarżonych **J. L. i R. Ł.** uznaje za winnych dokonania zarzucanego im czynu wyczerpującego dyspozycję art. 160 § 3 kk w zw. z art. 160 § 2 kk i za czyn ten na podstawie art. 160 § 3 kk w zw. z art. 160 § 2 kk wymierza oskarżonym karę po 8 (osiem) miesięcy pozbawienia wolności;

II. na podstawie art. 69 § 1 i art. 70 § 1 kk wykonanie tak orzeczonych kar pozbawienia wolności warunkowo zawiesza oskarżonym, ustalając okres próby na 2 (dwa) lata;

III. na podstawie art. 71 § 1 kk wymierza oskarżonym karę grzywny w wysokości po 150 (sto pięćdziesiąt) stawek dziennych, ustalając wysokość jednej stawki dziennej na 100 (sto) złotych;

IV. na podstawie art. 46 § 1 kk orzeka od każdego z oskarżonych na rzecz oskarżycieli posiłkowych: Z. P., A. P. (1) i M. P. po 10.000 (dziesięć tysięcy złotych) tytułem częściowego naprawienia szkody;

V. zasądza od oskarżonych J. L. i R. Ł. na rzecz oskarżycieli posiłkowych: Z. P., A. P. (1) i M. P. po 462 zł (czteryście sześćdziesiąt dwa złote) tytułem zwrotu wydatków związanych z ustanowieniem pełnomocnika z wyboru,

VI. zasądza od oskarżonych na rzecz Skarbu Państwa kwotę po 1680 zł (jeden tysiąc sześćset osiemdziesiąt złotych) tytułem opłaty oraz kwotę po 3.236 zł (trzy tysiące dwieście trzydzieści sześć) złotych tytułem pozostałych kosztów sądowych.

Sygn. akt VII K 165/14

## **UZASADNIENIE**

W toku przewodu sądowego, Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

B. P. (1) wraz z rodzicami zamieszkiwał w Ł. przy ul. (...). W niedzielę 30 stycznia 2011 r. w godzinach rannych zaczął wymiotować i doszedł do wniosku, iż „prawdopodobnie ma grypę żołądkową”, zwłaszcza, że w okresie wcześniejszym pozostali członkowie rodziny również na nią chorowali.

W związku z tym, iż bóle brzucha nie ustępowały w dniu 1 lutego 2011 r. B. P. (1) zgłosił się do Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej - Przychodni (...) w Ł. do lekarza podstawowej (...) - specjalisty chorób wewnętrznych i specjalisty medycyny rodzinnej. Lekarz po przeprowadzonym badaniu rozpoznał (i odnotował w dokumentacji lekarskiej) „Bóle brzucha, wzdęcie brzucha okresowo. Brzuch miękki, bolesny uciskowo w śródbrzuszu. Objawów otrzewnowych nie stwierdza się”. Pacjentowi wystawił receptę zalecając leki: D., H., S., E..

W związku z tym, iż dolegliwości w dalszym ciągu się utrzymywały w dniu 3 lutego 2011 r. (czwartek) A. P. (1) zgłosiła się do lekarza (...). Na wizytę u lekarza nie stawił się natomiast B. P. (1). Lekarz zalecił konsultację chirurgiczną i wystawił skierowanie do Poradni Chirurgicznej w związku z bólami brzucha jej syna.

W związku z tym, iż (...) Chirurgiczna nie była już czynna, rodzicie przywieźli B. P. (1) do Izby Przyjęć Szpitala w Ł.. W tymże dniu o godz. 15.05 B. P. (1) w trybie nagłym został przyjęty na Oddział Chirurgiczny Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Ł.. Jako rozpoznanie wstępne ustalone przez lekarza przyjmującego przyjęto „podejrzenie niedrożności”. W „wywiadzie lekarskim” stwierdzono „Chory lat 21 przyjęty do Oddziału z

powodu bólów brzucha. Dolegliwości utrzymują się od pięciu dni. Dwa razy wymiotował w domu. Od dwóch dni nie przyjmował posiłków”.

Po przyjęciu do SPZOZ w Ł. B. P. (1) wykonano badania laboratoryjne, a następnie EKG i chorego zakwalifikowano do pilnej operacji, którą wykonano w znieczuleniu ogólnym. Głównym operatorem był lekarz M. R., asysty udzielała lekarz H. G., zaś znieczuleniem pacjenta zajmował się lekarz anestezjolog R. Ł.. W momencie znieczulania B. P. (1) zachłysnął się on treścią żołądkową.

W trakcie zabiegu operacyjnego usunięto wyrostek robaczkowy, opłukano jamę otrzewnową, odesano treść ropną z jamy brzusznej, wyrostek zaopatrzono podwiązaniem krezki wyrostka podwiązką i kapciuchem. Rozpoznanie pooperacyjne ustalono następująco: perforacja ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego zgorzelinowo zmienionego, rozlane zapalenie otrzewnej, ropień zachyłka pęcherzowo-odbytniczego, niedrożność porażenna jelit.

Początkowo 4 lutego 2011 r. stan B. P. (1) był dobry. Około godz. 11-11.30 pojawiła się duszność, która była wskazaniem do leczenia na oddziale intensywnej terapii.

W związku z powyższym „po telefonicznym uzgodnieniu” przetransportowano wyżej wymienionego do Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w P., gdzie na Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii został on przyjęty o godz. 16.50. Przy przyjęciu stan pacjenta określono jako ciężki, z niewydolnością oddechową, został monitorowany oraz zaintubowany, podłączony do respiratora, wentylowany w trybie (...), przy czym krążeniowo jego stan był stabilny. W trakcie pobytu B. P. (1) w Oddziale Intensywnej Terapii SPZOZ w P. jego stan zdrowotny nie uległ poprawie.

Z uwagi na powyższe, celem dalszego leczenia B. P. (1) w dniu 8 lutego 2011 r. został przetransportowany do Wojewódzkiego Szpitala (...) w B..

Do Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii tegoż Szpitala (...) został przyjęty w tymże dniu o godz. 16.08 z rozpoznaniem „Zespół ciężkiej niewydolności oddechowej u dorosłych”. Przy przyjęciu B. P. (1) na wyżej wskazany Oddział w dokumentacji odnotowano „Pacjent w stanie ogólnym bardzo ciężkim. Wentylowany mechanicznie w sedacji przez zespół transportowy. Oddechowo niewydolny. Skóra zasiniona. (...) 40%. Krążenie stabilne, tachykardia. Szmer oddechowy praktycznie niesłyszalny. Brzuch twardy. (...) niezagojona rana pooperacyjna ze szwami. Perystaltyki brak. Badaniem palpacyjnym stwierdzono obecność płynu w jamie brzusznej”.

Przez cały okres leczenia chorego B. P. (1) w Wojewódzkim Szpitalu (...) w B. nie uzyskano poprawy jego stanu, zaś w dniu 23 lutego 2011 r. o godz. 17.05 zmarł on wśród objawów niewydolności wielonarządowej.

W dniu 25 lutego 2011 r. w Zakładzie (...) w B. przeprowadzona „szpitalną” sekcję zwłok B. P. (1). W rozpoznaniu anatomopatologicznym wskazano: „obustronne odoskrzelowe zapalenie płuc, zapalenie węzłów chłonnych wnęki płuc i śródpiersia, śledziona septyczna, septyczne zapalenie wątroby, zapalenie otrzewnej - zrosty w miednicy małej oraz wokół kątnicy, zapalenie krwotoczne błony śluzowej żołądka, masywny obrzęk mózgu, zastój żylny w obrębie wszystkich narządów”.

Z wywołanej w toku postępowania przygotowawczego opinii biegłych z Zakładu Medycyny Sądowej (...) w W. wynika, iż lekarz (...) badając chorego B. P. (1) w dniu 1 lutego 2011 r. nie zachował należytej ostrożności lekarskiej. Rozpoznanie u chorego z bólami brzucha, wzdęciami brzucha oraz bolesnością uciskową w śródbrzuszu zaburzeń czynnościowych przewodu pokarmowego w przebiegu infekcji wirusowej było nieuzasadnione. Chory nie miał objawów tzw. „grypy żołądkowej” czy „jelitowej”. Dalej biegli wskazali, iż każdy chory z nagłymi bólami brzucha, wzdęciami, bolesnością brzucha przy badaniu palpacyjnym wymaga weryfikacji celem ustalenia, czy są to bóle brzucha spowodowane tzw. „chorobami chirurgicznymi” wymagającymi hospitalizacji i pilnej operacji, czy są to bóle spowodowane tzw. „chorobami internistycznymi” niewymagającymi operacji. Takie zróżnicowanie wymaga prowadzenia dokładnego badania nie tylko podmiotowego, ale również wykonania badań laboratoryjnych krwi - morfologicznych z oznaczeniem białka ostrej fazy ( (...)), ultrasonograficznego badania jamy brzusznej oraz

niezwłocznej konsultacji chirurgicznej. W sytuacji, gdy niemożliwym było wykonanie takich badań w warunkach (...) Przychodni (...), należało chorego skierować do Izby Przyjęć w SPZOZ w Ł., gdzie istnieją warunki do przeprowadzenia tzw. badania kompleksowego chorego z nagłymi bólami brzucha. W ocenie biegłych wydanie skierowania do Poradni Chirurgicznej celem konsultacji dopiero w trzecim dniu od pierwszej wizyty u lekarza było opóźnieniem postawienia właściwego rozpoznania i właściwego leczenia. Niemniej jednak niezachowanie przez lekarza J. L. należytej ostrożności (staranności) lekarskiej nie było bezpośrednią przyczyną zgonu B. P. (1), ale opóźniło udzielenie choremu prawidłowego, właściwego leczenia chirurgicznego. Dalej biegli zaopiniowali, że lekarz anestezjolog nie zachował należytej ostrożności lekarskiej, gdyż nie przeprowadził przed znieczuleniem zabiegu odessania treści żołądkowej, co skutkowało zachłyśnięciem się chorego z następowym zachłystowym zapaleniem płuc. Biegli wskazali też, że inną metodą zapobiegającą zachłyśnięciu się treścią pokarmową jest prawidłowo wykonany zabieg S., który w sytuacji, gdy nie założono sondy do żołądka, winien być bezwzględnie i prawidłowo wykonany. Zwrócili nadto uwagę, że postępowanie lekarza anestezjologa w stosunku do chorego B. P. (1) po incydencie zachłyśnięcia się oraz w czasie operacji i w dniu następnym w Szpitalu w Ł. było prawidłowe.

Oskarżeni nie byli dotychczas karani.

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie następujących dowodów: wyjaśnień oskarżonego R. Ł. (k. 685, 384-385, 469-471, 844) i oskarżonego J. L. (k.684v-685, 456-457), zeznań świadków: A. P. (1) (k.685-687, 86-89, 751v), Z. P. (k.687-688, 481v), M. P. (k.688-689, 448v), H. G. (k.728v-730, 299-302), M. R. (k.730-731v,309-312), J. P. (k.732v-733, 316-318), M. C. (k.731v-732v, 325-328), A. P. (2) (k.843v), G. S. (k.750v-751) oraz pisemnego zawiadomienie o popełnieniu przestępstwa (k.1-2), historii choroby B. P. (1) uzyskaną z Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Ł. (k.334 -oryginały) i (k.9-37 -kopia); kopii historii choroby B. P. (1) uzyskaną z Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w P. (k.38-82); historii choroby B. P. (1) uzyskaną z Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej - Przychodni (...) w Ł. (k.335-oryginały) i (k.96-115-kopia); kopii historii choroby B. P. (1) uzyskaną z Wojewódzkiego Szpitala (...) w B. (k.116-293); opinii biegłych z Zakładu Medycyny Sądowej (...) (k.339-350); zaświadczenia z Centralnej Bazy Danych Systemu Informatycznego Prokuratury (baza PESEL) dotyczące R. Ł. (k.410-412); zaświadczenia z Centralnej Bazy Danych Systemu Informatycznego Prokuratury (baza REGON) dotyczące R. Ł. (k.413); zaświadczenia z Centralnej Bazy Danych Systemu Informatycznego Prokuratury (baza PESEL) dotyczące J. L. (k.414-416); zaświadczenia z Centralnej Bazy Danych Systemu Informatycznego Prokuratury (baza REGON) dotyczące J. L. (k.417); zaświadczenia z Centralnej Bazy Danych Systemu Informatycznego Prokuratury (baza PESEL) dotyczące B. P. (1) (k.418-419); informacji Naczelnika Urzędu Skarbowego w P. dotycząca R. Ł. (k.431-435); informacji Naczelnika Urzędu Skarbowego w P. dotycząca J. L. (k.436-445); odpisu skróconego aktu zgonu B. P. (1) (k.447); danych osobopoznawczych o J. L. (k.451); danych osobopoznawczych o R. Ł. (k.460); zaświadczenia o niekaralności J. L. (k.477); zaświadczenia o niekaralności R. Ł. (k.495); kopii wyników badań laboratoryjnych dotyczących B. P. (1) uzyskanych z Wojewódzkiego Szpitala (...) w B. (k.496-546), opinii uzupełniającej biegłych z Zakładu Medycyny Sądowej (...) (k.571-573); odpisu pozwu Z. P., A. P. (1) oraz M. P. przeciwko Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej w Ł. o zapłatę łącznej kwoty 620 000 zł (k.577-593); dokumentacji lekarskiej (k.657); protokołu z rozprawy w sprawie IC 112/14 dnia 1 października 2014r. Wydziału I Cywilnego Sądu Okręgowego w Siedlcach (k.738-745), opinii uzupełniającej nr II Zakładu Medycyny Sądowej (...) (k.771-779); danych o karalności J. L. (k.795); danych o karalności R. Ł. (k.796); pisma obrońcy oskarżonego R. Ł. – adw. M. Ł. (k.829-830); pisma procesowego – głosu do protokołu rozprawy (k.841-842).

W toku postępowania przygotowawczego R. Ł. nie przyznał się do popełnienia zarzucanego mu czynu i odmówił składania wyjaśnień. Po wydaniu postanowienia o zmianie zarzutów R. Ł. ponownie nie przyznał się do popełnienia zarzucanego mu czynu i złożył krótkie wyjaśnienia, w których podał, iż nie uzyskał od B. P. (1) zgody na odessanie treści żołądkowej, a rękoczyn S. wykonuje się u osoby pozbawionej świadomości. Wskazał, iż u B. P. (1) ulanie treści żołądkowej nastąpiło na pograniczu utraty świadomości. W toku rozprawy głównej również nie przyznał się do popełnienia zarzucanego mu czynu i odmówił składania wyjaśnień i odpowiedzi na pytania.

Na ostatniej rozprawie oskarżony dodatkowo wyjaśnił, iż cewniki w 2011 roku miały jedynie otwór na końcu dystalnym, co skutkowało tym, że to były cewniki do tzw. wolnego odpływu polegającego na tym, że po założeniu cewnika podłącza się go do worka rezerwuarnego i pozostawia do samostmej ewakuacji zawartości żołądka. Wobec naglącej sytuacji z jaką miał do czynienia, ta forma odessania treści żołądkowej nie wchodziła w rachubę ze względu na pogarszający się stan ogólny pacjenta. Przy prawidłowo założonym cewnikiem potrzebuje on około 1,5 godziny na ewakuację treści. Można się było posiłkować jedynie zastosowaniem podciśnienia albo próżni albo używając dużej strzykawki. Ponieważ był to cewnik z jednym otworem, wszystkie te cewniki miały tendencje do „balotowania” się w świetle żołądka, ku jego ścianie a skutkowało to tym, że dochodziło do zassania ściany żołądka, co uniemożliwiało ewakuację treści. Jak podał, obecnie cewniki wykonane są z innego materiału - silikonu i mają otwory na swoich ściankach bocznych i na dole. Boczne otwory powodują, że nie da się zablokować wszystkich otworów na raz i nie przysysa się do ściany żołądka.

W toku postępowania przygotowawczego J. L. nie przyznał się do popełnienia zarzucanego mu czynu i odmówił składania wyjaśnień. W toku rozprawy głównej również nie przyznał się do popełnienia zarzucanego mu czynu i odmówił składania wyjaśnień i odpowiedzi na pytania.

Za nieprawdziwe uznał Sąd wyjaśnienia oskarżonych nie przyznających się do winy i przyjął je jako przyjętą przez oskarżonych linię obrony zmierzającą do uniknięcia odpowiedzialności. Ponadto są one sprzeczne z pozostałym materiałem dowodowym, a w szczególności opiniami biegłych, co do których brak jest podstaw do ich kwestionowania.

Świadek A. P. (1) zeznała, iż jej syna B. bolał bardzo brzuch. Gdy jej mąż wrócił z pracy pojechali razem do przychodni, jednak nie było lekarza. Za godzinę lub półtorej pojechali drugi raz i wówczas po badaniu lekarz mówił, że jest to związane z grypą żołądkową. Wrócili do domu, a ona poszła do apteki wykupić przepisane leki. Jak wskazała jej syn B. wypił dawkę leków, a rano po ponownym wypiciu powiedział, że jest jeszcze gorzej. Kiedy syn powiedział, że nic mu nie pomaga, udała się ponownie do przechodni i wówczas dostała skierowanie do przychodni chirurgicznej. Ponieważ przychodni była nieczynna pojechała z synem na izbę przyjęć do szpitala. W szpitalu badała syna doktor Ł. i stwierdziła, że jest to rozlany wyrostek. Po badaniach wzięto syna na operację. Po operacji przewieziono go na salę pooperacyjną. Jak podała syn B. był w masce tlenowej, dusił się i nie mógł oddychać. W rozmowie z ordynatorem usłyszała, iż syn ma chore płuca. Gdy była na cmentarzu dostała telefon od syna, który powiedział jej żeby przyjechała, bo go gdzieś wywożą. Z synem M. udała się do szpitala, gdzie dowiedziała się, że syna przewożą do P., gdyż gorzej się czuje i jego stan się pogorszył. Do szpitala do P. pojechała swoim samochodem i ok. godziny 16.00 syn B. został przywieziony do P.. W szpitalu uzyskali informację, że syn będzie w śpiączce farmakologicznej i nie wiadomo ile czasu to będzie to trwało. Następnego dnia rano gdy zajęła do syna, był podłączony do respiratora i spał. Na drugi-trzeci dzień zauważyła, że syn B. jest obrzęknięty. W niedzielę wieczorem zadzwoniła do ordynatora do szpitala w P. i od lekarza dowiedziała się, że stan syna jest krytyczny i że szuka innego szpitala, ale nigdzie nie ma miejsc. W poniedziałek z samego rana znów była w szpitalu w P. i lekarz powiedział, by sami zabrali syna B. do innego szpitala - jeśli mamy jakieś znajomości - bo inaczej B. umrze. Ostatecznie syn został przewieziony do szpitala w B.. Tam podłączono jej syna do aparatury i dali mu leki. Okazało się następnie, że syn B. miał sepię, ale mówiono jej, że stan jest stabilny i normował się. Potem jak wskazał świadek synowi B. rozplynęło się jedno płuco, a potem rozplynęło drugie płuco. Syn zmarł 23 lutego 2011 roku.

Ponadto wskazała, iż nie wie czy syn podpisywał jakieś dokumenty w szpitalu, czy upoważniał kogoś do udzielania informacji o jego stanie zdrowia. Świadek podała, iż syn był cały czas kontaktowy i chciał operacji jak najszybciej, bo bardzo cierpiał. Dodatkowo wskazała, iż pierwszy raz o zachłystowym zapaleniu płuc usłyszała od ordynatora z B., który pokazał dokumenty ze szpitala z Ł., gdzie było napisane: zachłystowe zapalenie płuc. Wskazała, iż kartę wypisu ze szpitala z Ł. zobaczyła dopiero w szpitalu w B..

Dodatkowo wskazała, iż nie podjęła decyzji o wezwaniu pogotowia kiedy syn w domu źle się czuł, bo bała się, że dostanie karę za wezwanie pogotowia do choroby wirusowej.

Zeznania w/w świadka, jako spójne, logiczne i konsekwentne, Sąd uznał za wiarygodne.

Podobne w swej treści zeznania złożył ojciec B. Z. P. , który podał, iż w dniu 1 lutego był z synem około godz.14.00 u lekarza, ale lekarza nie było. Dopiero drugi raz jak zajechali był doktor Ł., który po badaniu nic nie stwierdził. B. zaczął przyjmować te leki. Ponieważ nadal źle się czuł żona poszła sama do doktora Ł., żeby przyszedł z wizytą domową, ale odmówił. Następnego dnia ze skierowaniem zabrał syna do szpitala. W szpitalu doktor Ł. stwierdziła, że jest to rozlany wyrostek i B. został skierowany na operację. Po operacji, jak podał świadek B. się dusił i ciężko oddychał. Jak podał, żona rozmawiała z doktorem R., który powiedział jej, że syn ma chore płuca. Gdy był w pracy i żona zadzwoniła, by wracał szybko, bo B. gdzieś zabierają pojechał do szpitala. Tam uzyskał informację, że B. przewożą do szpitala w P., bo tam jest dobry (...). Przewieźli B. i tam został uśpiony. Jak podał świadek, w szpitalu w B. pierwszy raz dowiedział się, że syn miał zachłystowe zapalenie płuc. Po 2-3 dniach pobytu w P. syn zaczął puchnąć i specjalistyczną karetką został przewieziony do szpitala (...). Tam stwierdzono, że stan syna jest krytyczny i że ma sepsę. Podał świadek, iż od syn wie, że podpisywał jakieś dokumenty, by mieć szybko operację.

Zeznania Z. P. są spójne, logiczne, pełne i szczegółowe. Słowa pokrzywdzonego znajdują potwierdzenie w pozostałym materiale dowodowym. Sąd uznał zeznania tego świadka za wiarygodne.

Świadek M. P. zeznał, iż jego brat związał się z bólu i gdy brat poszedł do lekarza, lekarz stwierdził, to grypa żołądkowa. Wskazał, iż już po wizycie lekarskiej jego brat był coraz słabszy, miał problemy ze wstaniem z łóżka i narzekał na bóle brzucha. Kiedy mama poszła do lekarza brat dostał skierowanie do szpitala. Po operacji zadzwoniła do niego mama i powiedziała, że B. przewożą do innego szpitala. Gdy zajechał do szpitala brat był w masce do oddychania. Potem z rodzicami pojechał do szpitala w P., gdzie przewieźli brata. Jak podał nie rozmawiał z lekarzami na temat brata i nikt mu nie mówił, jaka jest przyczyna jego złego stanu zdrowia. Od rodziców dowiedział się, że B. miał chore płuca. Po paru dniach ordynator powiedział, że w szpitalu w P. nikt mu nie pomoże i trzeba B. przewieźć do innego szpitala i został przewieziony do szpitala w B.. Jak wskazał on również dopiero w B. po raz pierwszy usłyszał o zachłystowym zapaleniu płuc B., gdy rodzice rozmawiali z ordynatorem.

Zeznania tego świadka są zbieżne z relacją pozostałych pokrzywdzonych. Wypowiedzi M. P. są logiczne i obszerne. Sąd nie powziął jakichkolwiek wątpliwości odnośnie wartości dowodowej jego zeznań.

Świadek H. G. zeznała, iż przyjmowała B. P. (2), który miał skierowanie do poradni chirurgicznej. Jak podała, stan B. P. (2) był ciężki, pacjent mocno cierpiący, w stanie wstrząsowym. Po krótkiej rozmowie z pacjentem i jego mamą, B. P. (2) został przyjęty na oddział. W międzyczasie zostało zrobione RTG jamy brzusznej i klatki piersiowej. Na podstawie tych zdjęć świadek stwierdziła, że jest niedrożność przewodu pokarmowego i pacjent kwalifikował się do natychmiastowej operacji. Powiadomiła o tym fakcie pacjenta i jego mamę. Około godziny 17.00 odbył się zabieg operacyjny, gdzie operował ordynator, a świadek asystowała. Jak zeznała świadek w trakcie operacji okazało się, że w brzuchu jest płyn ropny, ropnie międzypętlowe w zatoce D. i że jelita są rozdęte. Po kontroli jamy brzusznej stwierdzili ropne zapalenie wyrostka robaczkowego, więc założono dren P. rosa do jamy brzusznej i zamknęli brzuch. Po operacji pacjent został przeniesiony na salę pooperacyjną, ale następnego dnia pacjent pogarszał się oddechowo. Około południa świadek wspólnie z anestezjologiem zdecydowali, że B. zostanie przeniesiony na (...) i wobec braku miejsc w innych szpitalach, został przewieziony na (...) do szpitala w P.. Jak podała świadek tylko ze słyszenia wie, że następnie B. został przeniesiony na (...) do B., gdzie nastąpił zgon. Jak podała świadek, nie była przy znieczuleniu pacjenta przez anestezjologa. Wskazała, iż wie, że anestezjolog odsysał pacjenta, bo słyszała jak mówił, gdy przygotowywała się do operacji, że się mu pacjent zachłysnął, a potem, że odsysał. Wskazała, iż będąc już na S. operacyjnej od doktora Ł. dowiedziała się, że pacjent nie wyraził zgody na sondę. Dodatkowo wskazała, iż w 2011 roku odmowa taka mogła być wypowiedziana ustnie i nie było obowiązku zapisu takiej odmowy. Obecnie nie ma takiej możliwości. Wskazała, iż na pewno pacjent był odsysany ssakiem, a czy była sonda, tego nie wie. Wskazała, iż nie widziała, by anestezjolog robił rękoczyn S.. Wskazała, iż skoro pacjent zachłysnął się, to podejrzewali u niego zachłystowe zapalenie płuc i tak zostało napisane w karcie informacyjnej, kiedy jechał do Szpitala w P.. Zapis ten był wpisany za porozumieniem z doktorem Ł.. Dodatkowo wskazała, iż stan zdrowia B. P. (2) po operacji pogarszał się z powodu niewydolności oddechowej. Dodatkowo świadek wskazała, iż jeżeli pacjent odmawia zgody na sondę, winno się zrobić wtedy zabieg S..

Zeznania w/w świadka jako spójne i konsekwentne, Sąd uznał za prawdziwe

Świadek M. R. potwierdził, iż stan B. P. (2), był tak ciężki, iż skierował go na izbę przyjęć. Jak podał zdziwiło go, że pacjent miał skierowanie do poradni w tak złym stanie. Po badaniu stwierdził rozlane zapalenie otrzewnej i stwierdził, że pacjent wymaga diagnostyki radiologicznej i zabiegu operacyjnego. Jak podał, rozpoczęli przygotowania do zabiegu operacyjnego, na które pacjent wyraził zgodę. Zeznał, iż pokrzywdzony odmówił założenia sondy na oddziale, kiedy go badał, ale nie zostało to odnotowane w karcie pacjenta, bo w 2011 roku nie było takiego obowiązku. Wskazał, iż nie pamięta, czy była sytuacja, kiedy doktor Ł. powiedział, że zachłysnął mu się pacjent. Po odczytaniu uprzednio złożonych zeznań potwierdził, iż w momencie znieczulenia pacjenta doktor Ł. powiedział, że pacjent zachłysnął się treścią żołądkową. Jak podał w czasie operacji była zakładana pacjentowi sonda, wśródoperacyjnie doktor założył i odesłał treść żołądkową. Jak podał on jako pierwszy miał kontakt z pacjentem, a potem doktor Ł. G.. Dodatkowo wskazała, iż B. P. (2) mówił mu jakie przyjmował leki, ale nie były to leki, które by zaburzyłyby, czy pogorszyły stan zdrowia. Dodatkowo wskazał, iż gdy pacjent wjeżdża na blok operacyjny, to w tym czasie zespół chirurgów się przygotowuje, myje i przez szybę widzi jak anestezjolog przygotowuje się do zbiegu. Zeznał świadek, iż nie wyklucza, by brak zgody na sondę mógł być wyrażony na bloku operacyjnym. Zeznał świadek, iż odmowa wyrażenia zgody na odessanie była mówiona do niego osobiście i on to zgłosił do anestezjologa, ale nie dyskutował z anestezjologiem o tym, że pacjent nie wyraził zgody na założenie sondy. Wskazał, iż nie pamięta, czy on osobiście w tym przypadku podpisywał kartę wypisu.

Zeznania powyższe jako spójne z zeznaniami H. G. Sąd uznał za prawdziwe.

Świadek M. C. podał, iż B. P. (2) przewieziono do P. w stanie ciężkim i od lekarza Ł. wie, iż doszło do zachłyśnięcia w czasie wprowadzania znieczulenia u tego pacjenta. Ponieważ stan zdrowia B. P. (2) się pogarszał, został odesłany do szpitala (...). Jak wskazał świadek, przestawały funkcjonować nerki i wymagał wspomagania filtracji nerek i to była główna przyczyna przewiezienia B. P. do szpitala w B.. Wskazał, iż pacjent przyjechał z całością dokumentacji lekarskiej pamięta, że był on niewydolny oddechowo i miał zapalenie płuc. Wskazał, iż wpisane było do wypisu do szpitala w B., iż się pacjent zachłysnął. Zeznał, iż kiedy pacjent odmawia założenia sondy, to należy założyć rękoczyn S..

Zeznania tego świadka są zbieżne z relacją pozostałych zeznających lekarzy. Sąd nie powziął jakichkolwiek wątpliwości odnośnie wartości dowodowej jego zeznań.

J. P. – lekarz z Wojewódzkiego Szpitala (...) w B. wskazał, iż pamięta, że B. P. trafił ze szpitala w P. z niewydolnością wielonarządową, w szczególności niewydolnością nerek i niewydolnością oddechową - w stanie bardzo ciężkim. Jak wskazał, dowiedział się od lekarza, który prosił go o przyjęcie pacjenta i od rodziny oraz z dokumentacji medycznej, i z doszło do ciężkiego uszkodzenia płuc w wyniku zespołu zachłystowego w czasie operacji otwarcia jamy brzusznej. Pamięta, że B. P. (2) był operowany w szpitalu w Ł., a potem przeniesiony do szpitala w P..

Zeznania powyższe jako konsekwentne i korespondujące z załączoną dokumentacją medyczną B. P., Sąd uznał za prawdziwe.

Świadek G. S. – pielęgniarka na bloku podała, iż pamięta, że B. P. (2) zwymiotował przed intubacją, ale nie słyszała takiego stwierdzenia, by pacjent nie wyrażał zgody na sondę. Wskazała, iż zabieg S. jest wykonywany bardzo często u pacjentów, ale czy w tym konkretnie przypadku był wykonywany, tego nie pamięta. Zeznała świadek, iż obecnie brak zgody na założenie sondy jest odnotowywane.

Analogiczne zeznania złożyła świadek A. P. (2), która również w 2011 r. pracowała na bloku operacyjnym. Wskazała, iż pamięta pacjenta P., że był bardzo cierpiący, skarżył się na bóle brzucha i prosił, żeby go jak najszybciej znieczulić do zabiegu. Zeznała, iż nie pamięta rozmów z pacjentem. Nie pamięta też, czy ten konkretny pacjent zwymiotował.

Zeznania w/w świadka Sąd uznał za wiarygodne.

Jak wskazano wyżej, z opinii biegłych z Zakładu Medycyny Sądowej (...) w W. jednoznacznie wynika, iż lekarz (...) badając chorego B. P. (1) w dniu 1 lutego 2011 r. nie zachował należytej ostrożności lekarskiej. Rozpoznanie u chorego z bólami brzucha, wzdęciami brzucha oraz bolesnością uciskową w śródbrzuszu zaburzeń czynnościowych przewodu pokarmowego w przebiegu infekcji wirusowej było nieuzasadnione. Chory nie miał objawów tzw. „grypy żołądkowej” czy „jelitowej”. Dalej biegli wskazali, iż każdy chory z nagłymi bólami brzucha, wzdęciami, bolesnością brzucha przy badaniu palpacyjnym wymaga weryfikacji celem ustalenia, czy są to bóle brzucha spowodowane tzw. „chorobami chirurgicznymi” wymagającymi hospitalizacji i pilnej operacji, czy są to bóle spowodowane tzw. „chorobami internistycznymi” niewymagającymi operacji. Takie zróżnicowanie wymaga prowadzenia dokładnego badania nie tylko podmiotowego, ale również wykonania badań laboratoryjnych krwi - morfologicznych z oznaczeniem białka ostrej fazy ( (...)), ultrasonograficznego badania jamy brzusznej oraz niezwłocznej konsultacji chirurgicznej. W sytuacji, gdy niemożliwym było wykonanie takich badań w warunkach (...) Przychodni (...), należało chorego skierować do Izby Przyjęć w SPZOZ w Ł., gdzie istnieją warunki do przeprowadzenia tzw. badania kompleksowego chorego z nagłymi bólami brzucha. W ocenie biegłych wydanie skierowania do Poradni Chirurgicznej celem konsultacji dopiero w trzecim dniu od pierwszej wizyty u lekarza było opóźnieniem postawienia właściwego rozpoznania i właściwego leczenia. Niemniej jednak niezachowanie przez lekarza J. L. należytej ostrożności (staranności) lekarskiej nie było bezpośrednią przyczyną zgonu B. P. (1), ale opóźniło udzielenie choremu prawidłowego, właściwego leczenia chirurgicznego. Dalej biegli zaopiniowali, że lekarz anestezjolog nie zachował należytej ostrożności lekarskiej, gdyż nie przeprowadził przed znieczuleniem zabiegu odessania treści żołądkowej, co skutkowało zachłyśnięciem się chorego z następowym zachłystowym zapaleniem płuc. Biegli wskazali też, że inną metodą zapobiegającą zachłyśnięciu się treścią pokarmową jest prawidłowo wykonany zabieg S., który w sytuacji, gdy nie założono sondy do żołądka, winien być bezwzględnie i prawidłowo wykonany. Zwrócili nadto uwagę, że postępowanie lekarza anestezjologa w stosunku do chorego B. P. (1) po incydencie zachłyśnięcia się oraz w czasie operacji i w dniu następnym w Szpitalu w Ł. było prawidłowe.

Również w uzupełniającej opinii z dnia 28 lutego 2014 r. biegli podtrzymali swoje wcześniejsze stanowisko.

W kolejnej uzupełniającej opinii w/w biegli podtrzymali wydane wcześniej dwie opinie i odpowiadając na pisemne pytania podali, iż rękoczyn S. zapobiega zaaspirowaniu treści żołądkowej w czasie gwałtownych wymiotów do dróg oddechowych, a sam opis rękoczynu został podany w pierwszej wydanej opinii. Wskazali jednocześnie biegli, co zostało już ujęte w opinii pierwszej, iż nie można jednoznacznie stwierdzić, że założenie sondy żołądkowej i skuteczne odessanie treści żołądkowej zapobiegnie w 100 % wymiotom. Wskazali, iż w czasie znieczulenia chorego do operacji, po odessaniu treści żołądkowej i pozostawieniu sondy żołądkowej na czas operacji nie powoduje nasilenia odruchu wymiotnego u chorego znieczulonego ogólnie. Rękoczyn S. zdaniem biegłych należy wykonać natychmiast po podaniu leku nasennego i wykonywać do czasu wprowadzenia rurki dotchawiczej i napełnieniu jej mankietu uszczelniającego. Biegli wskazali, iż dowodami przemawiającymi za tym, że zapalenie płuc było przyczyną niewydolności wielonarządowej czyli sepsy, a nie jego częścią – stan kliniczny chorego, wyniki badań laboratoryjnych krwi (w tym gazometrii), wynik badania Rtg klatki piersiowej, co zostało opisane dokładnie w opinii pierwotnej. Ponadto wskazali, iż wyhodowane bakterie z drzewa oskrzelowego pacjenta nie miały związku z florą przewodu pokarmowego. Wskazali, iż gdyby zabieg operacyjny był wykonany w dniu 1.02.2011 r. zwiększyłyby prawdopodobieństwo przeżycia. Dodatkowo wskazali, iż brak zgody na założenie sondy musi być udokumentowany pisemnie, a w dokumentacji odnośnie braku zgody B. P. na powyższe brak jest takiego dokumentu. Biegli podkreślili, iż badania kliniczne i laboratoryjne zawarte w opinii głównej wskazują, iż przyczyną śmierci B. P. był wstrząs septyczny spowodowany zachłystowym zapaleniem płuc. Dodatkowo podkreślono, iż niektórzy anatomopatolodzy oraz radiolodzy, ze względu na nagły – ostry, naciekający i zlewający się charakter zmian w płucach, jaki występuje w przypadku zachłyśnięcia się treścią żołądkową, nazywają ten charakter zmian odoskrzelowe zapalenie płuc naciekające i zlewające się.

Wszystkie wydane w sprawie opinie nie wzbudziły jakichkolwiek wątpliwości Sądu. Zostały one wydane przez osoby do tego uprawnione – autorytety w dziedzinie medycyny i posiadające odpowiednie kwalifikacje, w sposób zgodny z



obowiązującymi przepisami. Ustalenia poczynione przez biegłych oparte zostały na zgromadzonym w aktach materiale dowodowym, ze szczególnym uwzględnieniem zgromadzonej dokumentacji medycznej B. P..

Zdaniem Sądu zebrany w sprawie materiał dowodowy pozwalał na przyjęcie, iż obaj oskarżeni dopuścili się zarzucanych im przestępstw jako wyczerpujących dyspozycję art. 160 § 3 kk w zw. z art. 160 § 2 kk, a określanych w doktrynie jako błąd w sztuce medycznej.

Błędem w sztuce medycznej jest naruszenie przez lekarza obowiązujących go w konkretnym przypadku, wypracowanych na gruncie nauki i praktyki reguł i zasad postępowania zawodowego wobec dóbr prawnych w postaci życia i zdrowia człowieka, które na gruncie prawa stanowi podstawę naruszenia obowiązku ostrożności. Analiza całego materiału dowodowego zebranego w sprawie, ze szczególnym uwzględnieniem opinii biegłych z Zakładu Medycyny Sądowej (...) prowadzi do wniosku, iż oskarżeni popełnili tzw. błąd medyczny.

Przestępstwo z art. 160 § 1 k.k. jest przestępstwem materialnym. Wynika z tego konieczność stwierdzenia związku przyczynowego pomiędzy zachowaniem się sprawcy a skutkiem. Skoro skutkiem przestępstwa jest samo „narażenie” na niebezpieczeństwo (czyli spowodowanie już samej możliwości wystąpienia określonych niebezpiecznych dla zdrowia lub życia następstw), to odpowiedzialności karnej z art. 160 k.k. podlega lekarz-gwarant, który w wyniku zaniechania udzielenia właściwego świadczenia zdrowotnego zdynamizował swą bezczynnością przebieg i rozwój procesów chorobowych u pacjenta w ten sposób, że zaczęły one bezpośrednio zagrażać jego życiu i zdrowiu (wyrok SN z dnia 21 sierpnia 2012 r., IV KK 42/12, LEX nr 1220930).

Charakter strony przedmiotowej tego przestępstwa wyjaśnił Sąd Najwyższy, wskazując, że: „istotą strony przedmiotowej czynu określonego w art. 160 § 1 k.k. jest stworzenie przez sprawcę takiej sytuacji faktycznej, w której istnieje bezpośrednie niebezpieczeństwo, grożące realnie nastąpieniem skutku w postaci śmierci, ciężkiego uszkodzenia ciała względnie ciężkiego rozstroju zdrowia człowieka. Bezpośredniość realnie grożącego niebezpieczeństwa oznacza, iż w sytuacji przez sprawcę już stworzonej, a więc bez dalszej akcji z jego strony, istnieje duże prawdopodobieństwo nastąpienia w najbliższej chwili wymienionych skutków” (wyrok SN z dnia 29 listopada 1973 r., Rw 902/73, OSNPG 1974, nr 2, poz. 24).

W art. 160 § 2 k.k. został określony typ kwalifikowany narażenia na niebezpieczeństwo. Znamieniem kwalifikującym w tym przestępstwie jest fakt, że na sprawcy ma ciążyć obowiązek opieki nad osobą narażoną na niebezpieczeństwo. Przestępstwo to należy do grupy przestępstw z narażenia indywidualnego (konkretnego), stąd do jego dokonania konieczne staje się stwierdzenie skutku w postaci niebezpieczeństwa śmierci czy też uszkodzenia ciała. Skutkowy charakter przestępstwa wymaga stwierdzenia związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy zachowaniem się sprawcy a skutkiem w postaci narażenia na niebezpieczeństwo. Z punktu widzenia zachowania się sprawcy - czyn może zostać popełniony zarówno przez działanie, jak i zaniechanie.

W wyroku z dnia 1 kwietnia 2008 r., IV KK 381/07, OSNKKW 2008, nr 7, poz. 56, Sąd Najwyższy wskazał, że: „warunkiem odpowiedzialności karnej lekarza – gwaranta z art. 160 § 2 lub 3 k.k. jest obiektywne przypisanie skutku należącego do znamion strony przedmiotowej objętego tym przepisem przestępstwa. Warunek ten będzie spełniony, gdy zostanie ustalone, że pożądanego zachowanie alternatywne, stanowiące realizację ciężącego na lekarzu obowiązku, zapobiegłoby narażeniu człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu”.

Występek z art. 160 § 3 k.k. ma charakter nieumyślny. Przestępstwo to można przypisać oskarżonemu, gdy nie ma on zamiaru narażenia człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, ale do narażenia takiego dochodzi w wyniku niezachowania wymaganej w danych okolicznościach ostrożności, w sytuacji, w której narażenie człowieka przewidywał lub, obiektywnie biorąc, mógł przewidzieć. Narażenie na niebezpieczeństwo nie oznacza pewności wystąpienia uszczerbku dla określonego dobra, ale jedynie prawdopodobieństwo uszczerbku – z którego sprawca musi sobie zdawać sprawę.

Sąd I instancji w całej rozciągłości podziela wyrok Sądu Najwyższego z dnia 05 kwietnia 2013 r. w sprawie IV KK 43/13, w którym Sąd Najwyższy stanął na stanowisku, że: „Skutkiem należącym do znamion strony podmiotowej 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 (nieodwróceniu, niezmnieszeniu) istniejącego już poziomu tego niebezpieczeństwa w czasie, kiedy urzeczywistnił się obowiązek działania lekarza-gwaranta. Co więcej, przestępstwo jest dokonane z chwilą narażenia na niebezpieczeństwo, chociażby osoba narażona nie doznała żadnej krzywdy. Dlatego nie ma znaczenia dla bytu odpowiedzialności za występki z art. 160 § 2 i 3 k.k. okoliczność, czy ostatecznie zaniechane przez sprawcę działanie było w stanie całkowicie odwrócić niebezpieczeństwo dla życia i zdrowia pacjenta (zapobiec naruszeniu chronionego dobra). Dla realizacji znamienia tego występku wystarczające jest wystąpienie skutku w postaci konkretnego narażenia na niebezpieczeństwo dobra prawnego, nie zaś jego naruszenie”.

Tym samym Sąd uznał, iż oskarżony J. L. dopuścił się tego, że w dniu 1 lutego 2011 r. w Ł., woj. (...) pełniąc funkcję lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Przychodni (...) w Ł. - Poradni Lekarza Rodzinnego, wbrew ciążącemu na nim obowiązkowi opieki nad pacjentem B. P. (1) przeprowadzając badanie podmiotowe wyżej wymienionego nie zachował należytej ostrożności lekarskiej i wbrew sztuce medycznej, rozpoznał u chorego z bólami brzucha, wzdęciami brzucha oraz bolesnością uciskową w śródbrzuszu zaburzenia czynnościowe przewodu pokarmowego w przebiegu infekcji wirusowej i nie zlecił poszerzenia diagnostyki poprzez skierowanie go na badania laboratoryjne krwi, badanie ultrasonograficzne jamy brzusznej oraz niezwłocznie nie skierował go na konsultację chirurgiczną, celem przeprowadzenia badania kompleksowego chorego z nagłymi bólami brzucha, co stanowiło opóźnienie w postawieniu właściwego rozpoznania w postaci zapalenia otrzewnej i wdrożeniu prawidłowego, właściwego leczenia, nieumyślnie narażając w ten sposób B. P. (1) na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia, tj. wypełnił swoim zachowaniem znamiona czynu z art. 160 § 3 kk w zw. z art. 160 § 2 kk, zaś oskarżony R. Ł. dopuścił się tego, że w dniu 3 lutego 2011 roku w Ł., będąc zatrudniony jako lekarz anestezjolog w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Ł. nieumyślnie naraził B. P. (1) na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia, w ten sposób, że wbrew ciążącemu na nim obowiązkowi opieki nad wyżej wymienionym pacjentem, podczas przygotowania go do zabiegu operacyjnego nie zachował należytej ostrożności lekarskiej i nie przeprowadził przed rozpoczęciem znieczulenia polegającego na podaniu mu leku nasennego, zabiegu odessania zgłębnikiem (sondą) zawartości żołądka, jak również nie wykonał zabiegu S., który w sytuacji, gdy nie założono sondy do żołądka, winien być bezwzględnie i prawidłowo wykonany, co skutkowało jego zachłyśnięciem się z następowym zachłystowym zapaleniem płuc, w następstwie czego w dniu 23 lutego 2011 r. nastąpił zgon B. P. (1) w Wojewódzkim Szpitalu (...) w B., tj. wypełnił swoim zachowaniem znamiona czynu z art. 160 § 3 kk w zw. z art. 160 § 2 kk.

Nie mając wątpliwości co do winy oskarżonych i wymierzając im karę, Sąd uwzględnił wysoki stopień winy sprawców, wysoki stopień społecznej szkodliwości czynu skutkujący zgonem pacjenta. Sąd kierował się również dyrektywami określonymi w kodeksie karnym i miał na uwadze funkcje, jakie ma ona spełnić w stosunku do nich oraz społeczeństwa. Sąd miał przy tym na względzie całokształt podmiotowych i przedmiotowych okoliczności czynu, w tym właściwości i warunki osobiste sprawców oraz rodzaj i rozmiar ujemnych następstw przestępstwa.

Przy wymiarze kary Sąd uwzględnił stopień winy oskarżonych oraz fakt, iż nie byli oni dotychczas karani.

Wszystkie te okoliczności przemawiały za wymierzeniem oskarżonym za czyn z art. 160 § 3 kk w zw. z art. 160 § 2 kk kary po 8 miesięcy pozbawienia wolności. Sąd doszedł do przekonania, iż taka kara, która niewątpliwie jest karą dotkliwą, spełni wobec oskarżonych funkcję wychowawczą, a przede wszystkim da rękojmię powstrzymania oskarżonych przed popełnieniem kolejnego czynu zabronionego.

Zawieszając oskarżonym wykonanie orzeczonej kary pozbawienia wolności na okres dwóch lat próby, Sąd wziął pod uwagę właściwości i warunki osobiste oskarżonych, sposób życia przed popełnieniem przestępstwa (brak uprzedniej karalności). Ponadto Sąd decydując się na warunkowe zawieszenie wykonania kary uznał, iż istnieje obecnie w stosunku do oskarżonych pozytywna prognoza resocjalizacyjna i orzeczenie kary z warunkowym zawieszeniem jej wykonania będzie wystarczające dla osiągnięcia jej celów, a w szczególności zapobiegnie powrotowi do przestępstwa.

Zdaniem Sądu tak orzeczona sankcja uświadomi oskarżonym konieczność bezwzględnego przestrzegania prawa w przyszłości, bez konieczności sięgania po kary izolacyjne.

Dla odczucia dolegliwości kary oraz Sąd orzekł wobec oskarżonych kary grzywny w wymiarze po 150 stawek dziennych, ustalając wysokość jednej stawki dziennej na kwotę 10 zł.

Orzeczone kary grzywny leżą zdaniem Sądu w zasięgu możliwości ekonomicznych oskarżonych i są realne do wyegzekwowania na etapie postępowania wykonawczego. Określając rozmiar kary grzywny Sąd kierował się tym, iż oskarżony J. L. nikogo na utrzymaniu nie posiada i osiąga miesięczny dochód rzędu 8.000 zł i posiada inny majątek, zaś R. Ł. nikogo na utrzymaniu nie posiada i osiąga miesięczny dochód rzędu 10.000 zł i posiada inny majątek, co zdaniem Sądu oznacza, iż są oni w stanie zapłacić karę grzywny we wskazanym rozmiarze.

Wobec wniosku oskarżycieli posiłkowych, Sąd na podstawie art.46 § 1 kk orzekł wobec oskarżonych rzecz oskarżycieli posiłkowych: Z. P., A. P. (1) i M. P. po 10.000 tytułem częściowego naprawienia szkody.

Zdaniem Sądu wskazane wyżej kwoty mieszczą się w możliwościach finansowych i majątkowych oskarżonych i z całą pewnością nie pokryją żalu i rozpaczę po stracie syna i brata.

Mając powyższe na względzie Sąd orzekł jak w wyroku, o kosztach rozstrzygając na podstawie art.627 kpk i art.2 ust.1 pkt 3 i art.3 ust.2 ustawy z dnia 23 czerwca 1973 r. o opłatach w sprawach karnych (Dz.U. z 1983 r. Nr 49, poz.223 z późn.zm.). Jednocześnie również wobec wniosku, Sąd zasądził od oskarżonych na rzecz oskarżycieli posiłkowych po 462 zł, tytułem zwrotu wydatków, związanych z ustanowieniem pełnomocnika z wyboru.
