

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 28 września 2016 r.

Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w III Wydziale Karnym

w składzie:

Przewodniczący: SSR Maciej Jabłoński

Protokolant: stażysta Magdalena Mazurkiewicz

Przy udziale Prokuratora Jarosława Onyszczyka

po rozpoznaniu w dniach 30.11.2015r., 17.02.2016r., 20.04.2016r., 24.08.2016r., 28.09.2016r.

sprawy:

W. D., s. T. i G., ur. (...) w W.

oskarżonego o to, że:

w dniu (...) w W. przy Placu (...), pełniąc obowiązki kierownika dyżuru w Klinice (...) i będąc obowiązany do opieki nad osobą narażoną na niebezpieczeństwo, działając w sposób nieumyślny naraził na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu dziecko czasie rozpoczęcia porodu P. W. w ten sposób, że dopuścił do przewiezienia P. W. do innego szpitala na etapie zaawansowania porodu z nieprawidłowym zapisem KTG świadczącym o niedotlenieniu wewnątrzmacicznym płodu, gdy wystąpiły wskazania do rozwiązania ciąży drogą cięcia cesarskiego w trybie nagłym i poprzez niepodjęcie wówczas decyzji o wykonaniu takiego zabiegu,

tj. o czyn z art. 160 § 3 kk,

orzeka:

I. Oskarżonego W. D. uniewinnia od dokonania zarzucanego mu czynu, a koszty postępowania przejmuje na rachunek Skarbu Państwa.

III K 573/15

UZASADNIENIE

Na podstawie zebranego w sprawie materiału dowodowego Sąd ustalił następujący stan faktyczny w sprawie:

P. W. będąc w ciąży została skierowana do Szpitala (...) przy pl. (...) z innego szpitala z uwagi na wykrytą patologię w postaci odpływania płynu owodniowego. Stan taki, który wystąpił w 28 tygodniu ciąży wymagał pobytu w szpitalu o wyższym stopniu referencyjności niż placówka w P. skąd odesłano pacjentkę. P. W. przebywając od (...)w Szpitalu (...) poddawana była szczegółowym badaniom i stan jej zdrowia był na bieżąco monitorowany. W dniu (...) w 32 tygodniu ciąży około godziny 16.30 rozpoczęła się akcja porodowa to znaczy zaczęły się skurcze macicy i nie ustąpiły pomimo podania środka rozkurczowego, co oznaczało, że nie były tzw. skurczami przepowiadającymi, a początkiem pierwszej fazy porodu. Po potwierdzeniu kolejnym badaniem tego, że poród jest już w toku z uwagi na brak miejsc na oddziale intensywnej opieki (konkretnie nie było wolnego respiratora dla noworodka) kierownik dyżuru W. D. zdecydował o przewiezieniu pacjentki niezwłocznie do innego szpitala dysponującego w tej chwili takim rodzajem sprzętu. Po

podjęciu tej decyzji pojawiły się nieprawidłowości w zapisie KTG(czyli tętna płodu) w postaci głębokich deceleracji. Mając wiedzę o tym zapisie W. D. nie zmienił decyzji i nie podjął się wykonania na miejscu cesarskiego cięcia, co biegli powołani przez prokuratora z L. (...) ocenili jako decyzję nieprawidłową. W dalszej części porodu, który przebiegał w (...) Szpitalu (...) siłami natury doszło do zakończenia porodu w wyniku czego urodził się martwy płód. Przyczyny obumarcia płodu przed zakończeniem porodu nie zostały ustalone wobec nie przeprowadzenia sekcji zwłok.

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie następujących dowodów: wyjaśnień W. D. (k- 207-210, 245, 331,576-577), zeznań świadków M. A. (k- 64,332), K. B. (k-100-101,332-333), D. B. (k- 54, 333-335), J. C. (k- 58,335), M. N. (k- 61,335) P. T. (k- 50-52, 335-336, 461), P. W. (k- 15-17,352), A. S. (k- 462-463) opinii biegłych złożonych do protokołu (k-378-384) i 557-558 oraz dokumentów zaliczonych do materiału dowodowego według wykazu na k-578.

Sąd dał wiarę zarówno wyjaśnieniom W. D. jak i zeznaniom świadków, które jawią się jako spójne wzajemnie się uzupełniające i logiczne, a także znajdujące potwierdzenie w dokumentacji medycznej. Minimalne nieścisłości w relacji P. W. co do czasu kolejnych badań i przekazywanych jej informacji przez personel medyczny Sąd uznaje za naturalny wpływ absolutnie nietypowej sytuacji dla świadka czyli dokonywania obserwacji w trakcie przebiegu porodu obarczonego bardzo wysokim ryzykiem i zakończonym traumatycznie dla świadka.

Jak idzie o opinie biegłych to Sąd odniesie się do nich w dalszej części uzasadnienia.

Sąd zważył, co następuje:

W realiach niniejszej sprawy uznanie winy oskarżonego w zakresie zarzucanego mu czynu jest zdaniem Sądu wykluczone.

Przed przedstawieniem (związłym jak nakazuje treść art. 424 § 1 kpk) powodów jakie skłoniły Sąd do uniewinnienia oskarżonego należy poczynić jedną uwagę porządkującą. W niniejszej sprawie przedmiotem zarzutu jest jedna decyzja jaką podjął lekarz kierujący zespołem dyżuru położniczego. Jest to decyzja o przewiezieniu rodzącej do innego szpitala podjęta około godziny 17.45 i podtrzymana (nie zmieniona) około godziny 18.40 (ostatni zapis badania potwierdzony podpisem W. D.). Dlatego też Sąd nie będzie czynił przedmiotem swoich pisemnych rozważań ani tego co działo się z pacjentką wcześniej (i co nie wzbudziło jakichkolwiek wątpliwości biegłych) ani tego co działo się od momentu rozpoczęcia transportu do innego szpitala (co też nie było przedmiotem krytycznej oceny biegłych). Oceniając prawidłowość postępowania W. D. trzeba mieć na względzie w pierwszej kolejności to, że ciąża pokrzywdzonej była ciążą patologiczną zagrożoną przedwczesnym porodem z uwagi na odpływające od kilku tygodni wody płodowe. Wiadomym też było, że w przypadku porodu przedwczesnego dziecko rozwijające się w środowisku o zmniejszonej objętości płynu owodniowego będzie wymagało zapewnienia wsparcia wentylacyjnego czyli dostępu do wysokospecjalistycznego respiratora przeznaczonego dla noworodków z uwagi na praktyczne pewne niedostatki rozwojowe układu oddechowego. Była to wiedza oczywista dla pracujących razem z W. D. świadków czyli ordynator oddziału patologii ciąży D. B. i lekarza neonatologa K. B.. Wyposażony w taka wiedzę płynącą z doświadczenia zawodowego i dokumentacji medycznej lekarz musiał być gotowy na podejmowanie wszelkich, niemożliwych z góry do przewidzenia decyzji w razie zmiany stanu zdrowie matki lub płodu w czasie jego dyżuru. Kiedy pojawiły się skurcze, co może, ale wcale nie musi być początkiem porodu W. D. postąpił tak aby ustalić czy ma do czynienia z porodem (przedwczesnym) jak mogło być, czy też z tzw. skurczami przepowiadającymi, które od porodu dzielić może czas mierzony nawet w tygodniach. Zrobił to w powszechnie przyjęty w położnictwie sposób czyli zlecając podanie środka rozkurczowego. W przypadku gdyby nie był to początek pierwszej fazy porodu skurcze po okresie zadziałania leku (kilkadziesiąt minut) powinny ustąpić. Tak się nie stało i na sali porodowej gdzie przewieziono pokrzywdzoną stwierdzono trwającą akcję porodową z nieprawidłowym ułożeniem płodu. Dopiero wtedy kierownik dyżuru czyli właśnie W. D. musiał zdecydować co zrobić. Zdecydował, że wobec braku miejsc w oddziale intensywnej opieki nad noworodkami należy przewieźć pacjentkę do innego szpitala dysponującego takim miejscem.

Początkowo biegli co do zasady uznali taką decyzję za nieprawidłową (k- 83v koniec odpowiedzi na pytanie 1). Przesłuchiwani na rozprawie opowiadali się za rozwiązaniem innym czyli zakończeniem ciąży na miejscu i później, poszukiwaniem wolnego miejsca w innym szpitalu dla wcześniaka, który tymczasowo miał się obywać bez respiratora.

Oczywiste jest, że każde rozwiązanie było ryzykowne. Odwlekanie cięcia przedłużało poród co jest niewskazane dla płodu jak i rodzącej, ale z kolei próba utrzymania przy życiu wcześniaka bez specjalistycznego sprzętu szczególnie w sytuacji, kiedy specjalistyczny zespół karetki do przewozu takich pacjentów może odmówić przyjęcia na pokład dziecka w niestabilnym krążeniowo czy oddechowo stanie zdrowia rodzica innego rodzaju zagrożenia dla dziecka. Co więcej taki przewóz mógł się odwlekać w czasie z powodu innych potrzeb i stan braku odpowiedniego zabezpieczenia sprzętowego dla nowo narodzonego dziecka mógł się przedłużać. Wszystko to oczywiście W. D. wiedział i biegli też oceniając jego postępowanie mieli tego świadomość i początkowo obstawali przy swoim pierwotnym zdaniu. Niemniej jednak w toku przesłuchania na rozprawie nieco zmodyfikowali swoje stanowisko. Wskazali na wstępie, że nie było innych szczególnych zagrożeń jakie istniały dla dziecka pokrzywdzonej za wyjątkiem typowych problemów związanych z przedwczesnym porodem k-379 (nawiasem mówiąc są to i tak problemy o ogromnej skali znaczenia, często determinujące całe życie urodzonego tak człowieka lub kończące je krótko po urodzeniu). Dopiero zapytani przez sąd o problem wód płodowych (po przedłużającym się milczeniu które zostało zaprotokołowane k-380) wskazali na to dodatkowe obciążenie dla rozwoju układu oddechowego. W konkluzji tej części wyводу wskazali że „z punktu widzenia położnika bezpieczniejszym transportem dla dziecka jest transport wewnątrz brzucha matki. Pan doktor chciał w ten sposób zabezpieczyć dziecko” i dalej:

„Teoretycznie, gdyby było wiadomo, że dziecko będzie wymagać specjalistycznej terapii respiratorem, a nie było możliwości zapewnienia jej na miejscu, to bezpieczniejszym rozwiązaniem w kategoriach wyboru mniejszego zagrożenia byłoby przewiezienie pacjentki przed rozwiązaniem ciąży do szpitala posiadającego możliwość takiej terapii”

W realiach niniejszej sprawy przy urodzeniu wcześniaka rozwijającego się w warunkach deficytu wód płodowych, to że dziecko po urodzeniu potrzebować będzie terapii respiratorem było zarówno dla lekarzy będących świadkami jak i dla biegłej L. – G. całkowicie pewne i trzeba przyjąć, że W. D. musiał zakładać nastąpienie takiego stanu po urodzeniu się dziecka pokrzywdzonej.

W dalszej części swego wyводу wskazali jednak (k-381 pierwszy akapit) że to zapisy KTG były przeciwwskazaniem do przewozu pacjentki. Powinna ona родzić na miejscu z uwagi na stan zagrożenia płodu niedotlenieniem na co wskazywać miały właśnie zapisy KTG.

Należałoby podkreślić ten moment. Biegli dochodzą w nim do przekonania, że jak należy rozumieć, gdyby nie zapisy KTG (które powinny skłonić do natychmiastowego cesarskiego cięcia) to decyzja lekarza kierującego dyżurem byłaby uzasadniona, a jego postępowanie prawidłowe.

W tym momencie dochodzi się do konieczności wzięcia pod uwagę kolejnej opinii złożonej przez biegłą B. G.. Była ona autorka pisemnej analizy na k- 477-488 której przebieg przesłuchania biegłej na rozprawie nadał walor opinii biegłego skoro odwołała się na pytanie Sądu wprost do jej treści już występując jako biegła w sprawie.

Pozornie opinie te są rozbieżne. W konkluzji bowiem odmiennie oceniają postępowanie W. D.. Sąd jednak widzi ich wzajemny stosunek inaczej. W istocie tam gdzie kończy się zasadnicza dla niniejszej sprawy myśl zespołu biegłych tam zaczyna się kluczowa dla procesu część wyводу biegłej L.-G..

Chodzi oczywiście o znaczenie zapisu KTG dla oceny prawidłowości podjęcia decyzji o przewiezieniu pacjentki, a dokładnie prawidłowości utrzymania tej decyzji (już wcześniej podjętej) w sytuacji gdy pojawiły się zapisy KTG w postaci deceleracji.

Dla biegłych z zespołu powołanego przez prokuratora były one wskazaniem do niezwłocznego zakończenia ciąży na miejscu. Kolejna biegła obszernie i szczegółowo przedstawiła w swych pisemnych wywodach (k- 478-480) podtrzymanych na rozprawie problem interpretacji zapisów KTG jako taki oraz w realiach niniejszej sprawy.

Siłą rzeczy biegli z zespołu umownie ujmując „(...)” nie mają takiej wiedzy o charakterze badania KTG, interpretacji wyników, ich klasyfikacji i wniosków praktycznych jakie winny z konkretnego obrazu badania wynikać dla lekarza

jak biegła L.- G.. Z trzech lekarzy A. M. nie może mieć żadnej wiedzy w tej przestrzeni bo tematyką ciąży, porodu, opieki okołoporodowej w ogóle się nie zajmuje w praktyce zawodowej (k- 378). W. K. jako anestezjolog i specjalista intensywnej medycyny ratunkowej zajmuje się opieką okołoperacyjną (a nie okołoporodową) nad noworodkami i stąd zagadnienie dotyczące analizy KTG czyli badania płodu przed porodem nie może mu być specjalnie bliskie, bo nie spotyka się w praktyce z takim badaniem i nie musi pogłębiać swojej wiedzy na ten temat. S. N. jako ginekolog położnik była jedyną osobą, której ten temat był znany z praktyki zawodowej. Jednak pracując w szpitalu o drugim stopniu referencyjności (czyli niższym niż Szpital (...) przy pl. (...)) przez cały czas kariery zawodowej ma ograniczony kontakt praktyczny z trudniejszymi przypadkami i dotyczą jej właśnie uwagi biegłej L. G. odnoszące się do trudności jakie napotykają położnicy przy interpretacji wyników KTG w sensie ich znaczenia dla podjęcia decyzji w zakresie dalszego postępowania w przebiegu ciąży i porodu. I tak to, co dla biegłej N. jako doświadczonego nawet lekarza jest już wskazaniem do działania radykalnego, dla biegłej z dorobkiem naukowym specjalizującej się w dziedzinie perinatologii i będącej z racji posiadanej wiedzy wojewódzkim konsultantem w tej specjalności jest wskazaniem do dalszej obserwacji, a nie do zakończenia ciąży, szczególnie przy innych parametrach stanu pokrzywdzonej, o których pisała m. in. brakiem postępu akcji porodowej.

Skoro zatem to zapis KTG miał w konkluzji biegłych „pierwotnych” ostatecznie być tym czynnikiem, który determinował ocenę prawidłowości postępowania W. D., a biegła L. - G. z dużo większą wiedzą w tym szczególnym aspekcie bardziej wnikliwie potrafiła przeanalizować stan faktyczny to trzeba uznać (nie odmawiając rzetelności i dobrej wiary biegłej N.) wyższość jej wyводу odnośnie znaczenia zapisu KTG dla prawidłowości postępowania W. D..

Trzeba zatem stwierdzić, że W. D. stając w obliczu konieczności natychmiastowego podjęcia decyzji optymalnej dla przebiegu porodu i stanu przedwcześnie rodzącego się dziecka z praktycznie pewnymi deficytami w rozwoju układu oddechowego musiał wybrać rozwiązanie nie tyle najlepsze ile najmniej obciążone ryzykiem. Uznał, że bezpieczniejszy będzie transport dziecka w brzuchu matki, nawet za cenę opóźnienia zakończenia porodu ale za to z zabezpieczeniem respiratora dla mającego się urodzić dziecka. De facto wszyscy biegli zgodzili się, że to rozwiązanie dla położnika jest racjonalne i bezpieczniejsze i Sąd z tą oceną nie ma powodów polemizować. Tym działaniem nie narażał dziecka pokrzywdzonej na niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu lecz starał się takiemu właśnie zagrożeniu zapobiegać poprzez uniknięcie sytuacji, kiedy to wcześniak o dodatkowo jeszcze zaniżonych parametrach rozwoju układu oddechowego będzie przez bliżej nieokreślony czas musiał przeżyć po porodzie bez zapewnienia odpowiedniego respiratora. Jedynym wątpliwym elementem dla części biegłych (w praktyce dla jedynej osoby z pierwotnego zespołu mającej praktyczne pojęcie o interpretacji wyników badania KTG) była kwestia tego czy końcowy zapis KTG z okresu tuż przed przewiezieniem pokrzywdzonej do innego szpitala nie powinien wstrzymać tej akcji. Jak już wspomniano o tym powyżej dużo szersza wiedza, zarówno teoretyczna jak i praktyczna biegłej L. - G. dała odpowiedź na to pytanie jednoznacznie w swej treści. Zapis KTG P. W. nie był tego rodzaju aby determinował natychmiastowe wykonanie cesarskiego cięcia i nie było innych przesłanek do takiego postępowania, a zatem dopuszczenie do przewozu pacjentki było z punktu widzenia wiedzy medycznej działaniem prawidłowym, choć oczywiście także niosącym ze sobą ryzyko. Nie należy jednak zapominać, że jedyne rozwiązanie wolne od ryzyka innego niż sam przebieg porodu i stan dziecka po nim, czyli zakończenie ciąży na miejscu i umieszczenie dziecka na oddziale intensywnej opieki neonatologicznej było w dacie zdarzenia niedostępne dla decydenta.

Sąd nie pomijał przy tym okoliczności związanych z ogromnym obciążeniem W. D. w dacie zdarzenia innymi czynnościami lekarskimi (miały miejsce dwa kolejne zabiegi cesarskiego cięcia) ani tego że kluczową decyzję podejmował po odebraniu od świadka P. T. informacji o rozpoczynającym się porodzie dosłownie w toku jednego z zabiegów cesarskiego cięcia (odwracając na chwilę głowę jak to opisał świadek). Niemniej uznając ją za prawidłową wpływ tego czynnika należało uznać za obojętny. Dopiero przy uznaniu jej za błędną (a tego Sąd nie czyni) celowym byłoby rozważenie czy sytuacja, w której się znalazł nie wykraczała poza ludzkie możliwości podejmowania trafnych decyzji.

Z powyższych powodów Sąd nie znalazł żadnego uzasadnienia dla tego aby uznać tezę oskarżenia za udowodnioną.

W tym miejscu Sąd pragnie zaznaczyć, że rozważał słowa jakie padły ze strony oskarżenia w przemówieniach końcowych o konieczności zmiany opisu czynu i uznania, że czyn jakiego miał się dopuścić W. D. polegał nie na tym, że dopuścił do przewozu ale na tym, że nie zdecydował o tym dużo wcześniej.

Zdaniem Sądu jest to wykluczone z dwóch powodów. Po pierwsze jak już wskazywano jako lekarz podejmujący decyzję W. D. mógł je podjąć dopiero wtedy gdy miał pewność, że rzeczywiście zaczyna się poród, a tę uzyskał po zajściu całej sekwencji zdarzeń w postaci zgłoszenia skurczy, podaniu leku rozkurczowego w celu wyjaśnienia ich charakteru i badaniu pacjentki po niezyskaniu zmiany czyli przy utrzymujących się skurczach. Dopiero wtedy zaistniała sytuacja kiedy wiadomo było, że do porodu wkrótce dojdzie i trzeba przygotować miejsce dla wcześniaka. Dopiero wtedy, w obliczu pewności zaczynającego się przedwczesnego porodu i braku miejsca na (...) W. D. mógł i musiał podjąć decyzję o przewiezieniu pacjentki. Wcześniejsza decyzja byłaby nieuzasadniona. Te uwagi Sąd czyni jednak bardziej dla porządku wyводу. Zasadniczym powodem wykluczającym zmianę opisu czynu w sugerowanym przez oskarżyciela kierunku jest to, że byłoby to najbardziej chyba jaskrawe wyjście poza granicę aktu oskarżenia. Przedmiotem bowiem procesu karnego nie było to, co badali pierwotnie biegli czyli cały proces opieki nad pokrzywdzoną. To na etapie postępowania przygotowawczego oskarżyciel przy pomocy biegłych musiał wyrobić sobie pogląd na temat tego, czy i co w tym procesie W. D. zrobił sprzecznie ze sztuką medyczną i ze szkodą dla dziecka pokrzywdzonej i na podstawie tego sformułować zarzut. Tak też i uczynił uznając, że lekarz nie powinien w ogóle dopuścić do przewozu pokrzywdzonej. Nie można zatem żądać aby w obliczu wyłaniającej się z przeprowadzanych dowodów erozji fundamentów zarzutu Sąd skazał W. D. za coś przeciwnego czyli za zaniechanie tegoż przewozu na wcześniejszym etapie.

Powyższe rozważania doprowadziły Sąd do konkluzji w postaci przekonania o braku winy W. D. i konieczności wydania wyroku uniewinniającego.