

Sygn. akt IV K 569/14

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 23 stycznia 2017 r.

**Sąd Rejonowy dla Warszawy Pragi - Północ w Warszawie w IV Wydziale Karnym w składzie:**

Przewodniczący SSR Tomasz Ładny

Protokolant: Katarzyna Łuczak

w obecności Prokuratora: Maciej Młynarczyk

po rozpoznaniu na rozprawie w dniach 07.01.2015r, 03.06.2015r, 11.09.2015r, 16.12.2015r, 28.11.2016r. i 9.01.2017r,  
sprawy

1. **M. K. (1)** c. W. i B. z d. B., ur. (...) w O.

oskarżonej o to, że:

w dniu 08 marca 2012 roku w W. w Szpitalu (...) przy ul. (...). (...) nieумыślnie naraziła M. P. (1) na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub doznania ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, poprzez zaniechanie stałego monitorowania u ww. funkcji życiowych pomimo, ciężącego na niej obowiązku opieki nad osobą narażoną na niebezpieczeństwo,

tj. o czyn z art. 160 § 3 kk

oraz

2. **P. S. (1)** s. A. i G. z d. B., ur. (...) w W.

oskarżonego o to, że:

w dniach 07 - 08 marca 2012 roku w W. w Szpitalu (...) przy ul. (...). (...) nieумыślnie naraził M. P. (1) na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub doznania ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, poprzez zaniechanie stałego monitorowania u ww. funkcji życiowych pomimo, ciężącego na nim obowiązku opieki nad osobą narażoną na niebezpieczeństwo,

tj. o czyn z art. 160 § 3 kk

**orzeka**

I. Oskarżonych M. K. (1) i P. S. (1) uniewinnia od popełnienia zarzucanych im czynów.

II. Na podstawie art. 632 pkt 2 kpk kosztami postępowania obciąża Skarb Państwa.

Sygn. akt IV K 569/14

## UZASADNIENIE

M. K. (1) została oskarżona o to, że w dniu 08 marca 2012 roku w W. w Szpitalu (...) przy ul. (...). (...) nieумыślnie naraziła M. P. (1) na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub doznania ciężkiego uszczerbku na zdrowiu,

poprzez zaniechanie stałego monitorowania u ww. funkcji życiowych pomimo, ciężącego na niej obowiązku opieki nad osobą narażoną na niebezpieczeństwo, tj. o czyn z art. 160 § 3 kk

P. S. (1) został oskarżony o to, że w dniach 07 - 08 marca 2012 roku w W. w Szpitalu (...) przy ul. (...). (...) nieumyślnie naraził M. P. (1) na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub doznania ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, poprzez zaniechanie stałego monitorowania u ww. funkcji życiowych pomimo, ciężącego na nim obowiązku opieki nad osobą narażoną na niebezpieczeństwo, tj. o czyn z art. 160 § 3 kk

***Na podstawie całości materiału dowodowego ujawnionego w toku rozprawy głównej, Sąd ustalił następujący stan faktyczny:***

W dniu 29 stycznia 2012 r. M. P. (1) został przyjęty na oddział ratunkowy Szpitala (...). W dniu 7 lutego 2012 r. przeprowadzony został zabieg neurochirurgiczny trepanopunkcji.

W okresie 7-10 oraz 15-18 lutego 2012 r. przebywał na Oddziale Pooperacyjnym, a w okresie 10-15 lutego i 18 lutego – 7 marca 2012 r. był hospitalizowany na Oddziale Intensywnej Terapii. W dniu 7 marca 2012 r. M. P. (1) został przeniesiony na (...) Oddział Chorób Wewnętrznych.

W dniu 7 marca do godzin porannych w dniu 8 marca 2012 r. lekarzem opiekującym się pacjentami był P. S. (1). Następnie lekarzem dyżurującym była M. K. (1). W dniu 8 marca 2012 r. nastąpił zgon M. P. (1).

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie: wyjaśnień oskarżonego P. S. (1) (k.729-731), dokumentacji medycznej (k.40-171, 270-309, 315-413), protokołu oględzin i otwarcia zwłok (k.34,213-223), opinii biegłego z zakresu neurochirurgii (k. 422-430), uzupełniającej opinia biegłego z zakresu neurochirurgii (k.442-444), dokumentów procedur obowiązujące w Szpitalu (...) pw. Przemienienia Pańskiego (k.522-526), opinii (k.985-1004)

Przesłuchany w trakcie rozprawy głównej oskarżony P. S. (1) nie przyznał się do popełnienia zarzucanego mu czynu i odpowiadając na pytania obrońcy wskazał, że M. P. (2) był pacjentem (...) Oddziału Wewnętrznego. W dniu przyjęcia był lekarzem dyżurnym, a dokładnie w dniu przekazania pacjenta oddziału intensywnej opieki medycznej i z racji tego zajmował się pacjentem w zakresie obowiązków lekarza dyżurnego. Nie pamięta dokładnie, kto podejmował decyzję o przyjęciu pacjenta na oddział. Praktyka w Szpitalu (...) w zakresie przenoszenia pacjenta z oddziału na oddział odbywała się w ten sposób, że gdy inny oddział chciał przenieść pacjenta na oddział wewnętrzny, lekarz z tego oddziału dzwonił do lekarzy (...) Oddziału Chorób Wewnętrznych i przekazywał wstępne informacje o pacjencie z sugestią czy taki pacjent nie może być przeniesiony do (...) Oddziału i po takiej rozmowie telefonicznej zapadała decyzja. Odnośnie pacjenta M. P. (1), nie jest w stanie powiedzieć kto dokonywał telefonicznych ustaleń, jaki był przebieg rozmowy i kto podjął decyzję. W chwili przyjęcia na oddział, z tego co pamięta, stan zdrowia pacjenta był ciężki albo średnio ciężki. Pacjent miał obfitą biegunkę o prawdopodobnej etiologii zakaźnej i z tego powodu wymagał położenia na sali izolowanej. Na (...) Oddziale sal izolowanych nie było, były one organizowane w razie potrzeby. Na podstawie akt sprawy wydaje mu się, że taka sala była zorganizowana. Opisując procedurę organizowania sali wskazał, że pacjent leżał na sali bez innych pacjentów, dodatkowo na sali były pojemniki na odzież jednorazową i była odzież, którą należało przy każdym wejściu na salę zmienić. Dostęp do takiej sali był w pewnym stopniu ograniczony. Pacjent przyjechał do (...) Oddziału z pełną kartą informacyjną, w której były wyszczególnione zalecenia i wskazówki, ale nie było tam wzmianki o konieczności umieszczenia pacjenta w sali monitorowanej. Pacjent został położony na sali izolowanej, na (...) Oddziale były przynajmniej dwa przenośne monitory EKG. Sądząc po tym, w jakim stanie był pacjent zawsze takich chorych na pewien czas starał się podłączyć do aparatury monitorującej, aby zobaczyć i ocenić stan pacjenta i dalej na bieżąco podejmować decyzję. Na (...) Oddziale istniała sala, bodajże trzyosobowa, gdzie na stałe były przy łóżkach zainstalowane monitory. Jednakże dla tej sali nie było na pewno oddzielnego etatu lekarskiego, oddzielnego dyżurnego, który zajmował nadzorem nad pacjentami i prawdopodobnie nie było oddzielnego etatu pielęgniarskiego dla tej sali. Na oddziale była taka sala, ale była ona do użytku wewnętrznego, nie była to sala spełniająca ściśle kryteria sali monitorowanej. Pacjent z racji obfitej biegunki na prawdopodobnym tle infekcyjnym nie mógł być położony na tej sali. Przenośne urządzenia monitorujące, według oskarżonego, były takie same lub bardzo zbliżone do tych, które znajdowały się trzyosobowej sali. Nie było możliwości stałej obserwacji pacjenta

leżącego na S., gdyż był jeden lekarz dyżurny na ok. 60 łóżek. Na zmianie nocnej zostały dwie lub trzy pielęgniarki, wykonujące czynności wobec wszystkich pacjentów oddziału. Z akt sprawy wynika, że dla pacjenta była wynajęta pielęgniarka prywatna. Pielęgniarka prywatna jest indywidualną opieką nad pacjentem. Taka pielęgniarka powinna przebywać non stop z pacjentem na sali, powinna wykonywać sama lub z personelem czynności przy pacjencie i przy zmianie stanu pacjenta niezwłocznie powiadomić lekarza dyżurnego. Być może dodatkowo ta pielęgniarka miała dodatkowe zalecenia wydane przez osobę, która ją wynajęła. Urządzenie monitorujące monitoruje zapis elektryczny czynności serca i ma ustawiony – można go modyfikować zakres alarmu i w momencie kiedy czynność elektryczna serca odbiega od normy urządzenie wydaje alarm dźwiękowy. Urządzenie mierzy zapis czynności elektrycznej serca, która w normalnych warunkach przekłada się na puls, tętno – mierzy to co jest najważniejsze. Jest to stały zapis elektrokardiograficzny pracy serca. Sygnał dźwiękowy przy braku zewnętrznych zakłóceń byłby słyszalny z każdego punktu w oddziale. Na podstawie akt sprawy nie dokładnie można wywnioskować ile razy był u pacjenta i jakie czynności były prowadzone. Więcej wskazań może być w raportach lekarskich z tego dnia. Praktyka jest taka, że po przyjęciu pacjenta lekarz dyżurny jest obowiązany pacjenta zbadać, wydać polecenia, a następnie wykonać obchód – zbadać wszystkich chorych. Do cięższych pacjentów lekarz dyżurny stara się zaglądać częściej. Ile razy miało to miejsce, nie jest w stanie powiedzieć, w dużej mierze zależało to od tego co działo się w oddziale, czy inni pacjenci nie wymagali pilnych interwencji oraz czy nie było innych przyjęć. Jak sytuacja wyglądała w dniu 7 marca 2012r. nie pamięta. Nie pamięta żeby wówczas funkcjonowała Karta Kontroli parametrów życiowych w (...) Oddziale Chorób Wewnętrznych. Jest to raczej dokument stosowany w oddziałach specjalizujących się w intensywnej opiece nad chorymi. Nie pamięta aby taki dokument obowiązywał w oddziałach chorób wewnętrznych.

Po okazaniu karty gorączkowej wskazał, że kartę umieszcza się przy łóżku chorego, nie wie jak było w 2012r. gdyż dana osoba musiała wyrazić zgodę na to, żeby karta wisiała przy łóżku, więc albo wisiała przy łóżku albo znajdowała się w konsoli pielęgniarskiej. W karcie w ramach standardowej procedury codziennie zapisywane są ciepłota ciała w postaci linii, mogą być także wypisywane istotne informacje lekarskie lub pielęgniarskie. Karta obejmuje dzień 7 marca 2012r. oraz dzień 8 marca 2012r. prawdopodobnie rozpoznaje swoje pismo w rubryce pod dniem 7 marca. Ponieważ był jeden lekarz dyżurny możliwości zapisu w tej karcie miał on sam lub pielęgniarki. Sądząc po karcie, większość zapisków była pisana przez niego, jedynie przy adnotacji dotyczącej wagi ciała jest wpisane „chory leżący” co oznacza, że nie dało się go zważyć. Ta adnotacja najpewniej została wpisana przez pielęgniarkę. Pierwszy zapis to pomiar ciśnienia tętniczego, najpewniej wykonany standardowo przy zbadaniu pacjenta, kolejny wpis to glukoza 70 mg% co oznacza, że u chorego dokonano pomiaru glikemii z palca, natomiast ostatni wpis oznacza wysycenie krwi tlenem dokonane za pomocą urządzenia pomiarowego. Ciśnienie mógł zmierzyć sam, jak i pielęgniarka. Wydaje mu się, że wykonał je osobiście. Poziomą glikemii najpewniej wykonała pielęgniarka gdyż glukometr z paska znajduje się u pielęgniarek, które wykonują takie badania na zlecenie lekarza natomiast pomiar saturacji wykonał sam, bo wymaga on specjalnego urządzenia, którego nie posiadają pielęgniarki. Zapisy z 8 marca wydaje mu się, że nie są jego zapisami tym bardziej, że w dniu 8 marca o godz. 08:00 skończył dyżur medyczny. 7 marca nie ma zapisu pracy serca dlatego, że taki parametr nie jest zapisywany rutynowo w karcie gorączkowej, a był to chory w ciężkim stanie. Oddział dysponował przenośnymi monitorami, był odczyt, który widział i on nie odbiegał od normy, jakby były nieprawidłowości to byłoby to zaznaczone w karcie (k.729-731)

Oskarżona M. K. (1) nie przyznała się do popełnienia zarzucanego jej czynu i odmówiła składania wyjaśnień (k. 729).

### **Sąd zważył co następuje.**

Sąd uwzględnił wyjaśnienia oskarżonego P. S. (1) albowiem jego wyjaśnienia są konsekwentne, logiczne i przekonujące, a przede wszystkim dlatego, że przeciwko przedstawionej przez niego wersji zdarzenia nie przemawiają w sposób nie budzący wątpliwości dowody w postaci zeznań świadków przesłuchanych w toku postępowania. Sąd uwzględnił również wyjaśnienia M. K. (1), ograniczające się w zasadzie co do zaprzeczenia popełnienia zarzucanego jej czynu. Podejmowane przez oskarżonych czynności wobec pacjenta potwierdza zgromadzona w sprawie dokumentacja medyczna, natomiast sporządzona przez biegłych opinia jednoznacznie wykluczyła istnienie jakichkolwiek błędów w postępowaniu oskarżonych wobec M. P. (1), a biegli uznali iż oskarżeni nie zaniedbali swoich obowiązków, a

podejmowane przez nich działania były prawidłowe. W konsekwencji Sąd nie znalazł podstaw do uznania, iż oskarżony przedstawił okoliczności w sposób niezgodny z ich faktycznym przebiegiem.

W niniejszej sprawie przesłuchano szereg świadków – lekarzy zatrudnionych w szpitalu (...) oraz członków rodziny M. P. (1) oraz jego znajomych na okoliczności przebiegu leczenia i opieki sprawowanej przez oskarżonych.

Przesłuchani w sprawie lekarze ze Szpitala (...) w zakresie sytuacji jaka miała miejsce na Oddziale Wewnętrznym, a więc odnośnie zachowania oskarżonych i przebiegu leczenia na oddziale wewnętrznym szpitala (...) nie posiadali szczególowej wiedzy.

Sąd uwzględnił zeznania M. J., ordynatora (...) Oddziału Wewnętrznego Szpitala (...). Jak wynika ze złożonych zeznań pacjent M. P. (1) przebywał na sali izolowanej z uwagi na podejrzenie zakażeniem bakterią. Według opinii świadka pacjent mógł przebywać na oddziale wewnętrznym albowiem był wydolny oddechowco, jednak posiadał liczne schorzenia będące zagrożeniem dla życia. Pacjent był podłączony do monitora wyświetlającego parametry życiowe. Miał zapewniony nadzór odpowiadający nadzorowi jaki był zapewniany w sali wzmożonego nadzoru. Ponadto założono drabinkę zabezpieczającą przed wypadnięciem z łóżka, miał zapewniony tlen do oddychania, założono bilans podawanych płynów i bilans kału. Jak wskazała świadek pacjent w czasie zatrzymania akcji serca musiał być podłączony do monitora albowiem jak wynika z dokumentacji wynika, iż została podjęta akcja reanimacyjna i wezwano anestezjologa.

Sąd uznał za wiarygodne złożone przez świadka zeznania albowiem wskazania świadka znajdują potwierdzenie w zgromadzonej dokumentacji medycznej, a pozostałe dowody nie zaprzeczają twierdzeniom świadka, brak jest więc podstawy do kwestionowania ich prawdziwości.

Świadek R. F., dyrektor szpitala (...), w złożonych zeznaniach przedstawił procedury jakie obowiązują podczas przyjęcia pacjenta do szpitala i zasady postępowania z pacjentami, w tym kwalifikowaniu go do odpowiedniego oddziału. Jak ponadto wynika z zeznań świadka, wskazał on, że zakażenie bakterią wymagało umieszczenie pacjenta w izolatce w sali niemonitorowanej albowiem sala monitorowana była salą ogólną, na której nie można było stworzyć pacjentowi odpowiednich warunków odizolowania. Świadek zapoznając się z dokumentacją medyczną wskazał również, że wynika z niej, że pacjent był pionizowany i siadał, stan, w jakim się znajdował uzasadniał więc przeniesienie go na oddział wewnętrzny. Świadek stwierdził również, iż biorąc pod uwagę stan zdrowia pacjenta, przeniesienie na salę monitorowaną uważał za nieuzasadnione.

Nie miały znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy zeznania świadka E. P., K. S., P. S. (2) oraz P. Ś., albowiem świadkowie zajmowali się pacjentem w okresie, który wykracza poza granice czasowe niniejszego postępowania. Poza tym podejmowane przez nich czynności związane były z oddziałem pooperacyjnym, tym samym nie mogli wypowiadać się w zakresie przebiegu zdarzenia na oddziale wewnętrznym.

Zeznania świadków B. G. i M. G. również nie wniosły nic w zakresie ustaleń w sprawie. Świadców, lekarzy przeprowadzających operację neurochirurgiczną, nie posiadali wiedzy z zakresu dalszego leczenia M. P. (1).

Podobnie Sąd ocenił zeznania świadków lekarzy oddziału (...) Ogólnej R. G., A. M. (1) (uprzednio A.) oraz A. O., albowiem świadkowie nie posiadali wiedzy odnośnie leczenia M. P. (1) na oddziale Chorób Wewnętrznych.

Także zeznania świadków lekarzy pracujących na oddziale Intensywnej Terapii i Anestezjologii W. W. (2), A. Z. (1), W. W. (3), A. P., J. M., A. Z. (2), A. M. (2) oraz T. S. nie miały wpływu na dokonane ustalenia faktyczne. Wiedza świadków ograniczała się jedynie do postępowania na oddziale intensywnej terapii i podejmowanych tam czynności, natomiast z racji tego nie posiadali oni jakiegokolwiek informacji odnośnie postępowania i sposobu prowadzonego leczenia przez oskarżonych oddziale chorób wewnętrznych. Jak bowiem wynika z zeznań zarówno świadka W. W. (2) oraz W. W. (3) stan pacjenta uzasadniał przeniesienie go na oddział wewnętrzny, nie wymagał on bowiem intensywnej terapii. Natomiast decyzje w zakresie dalszego leczenia decyzję podejmował lekarz z oddziału, na który przekazywany był

pacjent. Dlatego też wiedza świadków dotyczyła tylko oddziału, na którym pracowali i w związku z tym nie potrafili wskazać żadnych okoliczności, które dotyczyłyby zdarzenia objętego niniejszym postępowaniem

A. M. (3) w złożonych zeznaniach opisała przebieg akcji reanimacyjnej podjętej wobec M. P. (1). Ponadto świadek nie posiadała szczegółowej wiedzy na temat zdarzenia.

Sąd w taki sam sposób potraktował zeznania świadków H. N., P. D., J. B. oraz J. A. lekarzy dokonujących konsultacji neurologicznych w związku ze stanem zdrowia M. P. (1).

Zeznania przesłuchanych w charakterze świadków M. S., G. P., Z. H., J. S. oraz B. J. również nie miały decydującego wpływu na rozstrzygnięcie w niniejszej sprawie. W złożonych zeznaniach świadkowie przede wszystkim opisali sytuację panującą na oddziale wewnętrznym, zwrócili uwagę na złe warunki istniejące na sali, w której przebywał M. P. (1), zgłaszali zastrzeżenia do sposobu przeprowadzania rehabilitacji, a także do opieki sprawowanej nad pacjentem, która ich zdaniem nie była prawidłowa albowiem stan zdrowia M. P. (1) uzasadniał bardziej wzmożoną kontrolę ze strony lekarzy niż miała ona faktycznie miejsce. Wskazać należy, iż twierdzenia świadków w zakresie tego, że opieka sprawowana była w sposób nieodpowiadający ich oczekiwaniom i była nieadekwatna do stanu zdrowia pacjenta, nie mają wpływu na ustalenia faktyczne poczynione w sprawie. Były to jedynie subiektywne odczucia ww. świadków, które nie mogły stanowić rzetelnej oceny sytuacji zaistniałej w dniu 7 i 8 marca 2012 r. na oddziale wewnętrznym szpitala (...). Wskazać należy, iż świadkowie nie są władni do dokonywania oceny postępowania personelu medycznego i wydawania opinii we wskazanym zakresie, a która miałaby wpływ na prawnokarną ocenę zachowania oskarżonych.

Z tego też względu rozstrzygająca dla Sądu w zakresie odpowiedzialności oskarżonych za zarzucane im czyny była opinia biegłych specjalistów medycyny sądowej prof. dr hab. B. Ś. oraz dr n. med. K. M. oraz specjalisty chorób wewnętrznych prof. dr hab. M. K. (2). Sąd oceniając zachowanie oskarżonych przypisał zasadnicze znaczenie w tej sprawie dla dowodu z ich opinii, bowiem są to biegli lekarze, a więc osoby kompetentne, które w sposób obiektywny i posiadający do tego odpowiednią wiedzę medyczną byli władni skontrolować i wypowiedzieć się na temat podejmowanych działań przez oskarżonych. W tym miejscu wskazać należy, że w toku prowadzonego postępowania przygotowawczego Prokurator zaniechał powołania biegłych ww. specjalności, opierając się jedynie na opinii H. P. - biegłej z zakresu intensywnej terapii i anestezjologii - i skierował na tej podstawie wnioski o umorzenie postępowania karnego. Opinia ta nie mogła stanowić wartościowego materiału dowodowego, na podstawie którego możliwe było dokonanie jakichkolwiek ustaleń w przedmiotowej sprawie, albowiem biegła - jakkolwiek posiada wiedzę medyczną, nie miała jednak właściwej specjalizacji i tym samym wątpliwe jest, aby była uprawniona do opiniowania w zakresie zachowania oskarżonych i tym samym dokonywania oceny czy M. K. (1) i P. S. (1) prawidłowo wykonywali obowiązki na oddziale wewnętrznym, a dokonując tego wykroczyła poza zakres swojej specjalizacji i wydaje się, że również poza swoje kompetencje - jako biegłego. Z tego też powodu Sąd podejmując decyzję odnośnie tego czy zachowanie oskarżonych stanowiło występki z art. 160 § 3 kk uzupełnił materiał dowodowy o wskazaną opinię zespołu biegłych uznając opinię H. P. jako dowód nieprzydatny do dokonania ustaleń faktycznych w tej sprawie. Zespół powołanych biegłych w treści opinii w sposób jednoznaczny i kategoryczny wykluczili, żeby po stronie oskarżonych doszło do zaniedbań czy błędów, które miały wpływ na skutek śmierci M. P. (1) czy też narażenia go na nią. Wnioski ich opinii są kategoryczne, a sama opinia jasna, pełna i przekonująca. Wydając ją dysponowali oni całością akt sprawy, w tym całą dokumentacją leczenia pokrzywdzonego w tym szpitalu. Sąd nie znalazł podstaw do kwestionowania ich wniosków.

Mając na uwadze zgromadzony w sprawie materiał dowodowy, przede wszystkim treść opinii biegłych prof. dr hab. B. Ś. oraz dr n. med. K. M. oraz prof. dr hab. M. K. (2), Sąd uznał, iż P. S. (1) oraz M. K. (1) swoim zachowaniem nie wypełnili znamion przestępstwa z art. 160 § 3 kk. Jak wynika ze zgromadzonego materiału dowodowego nie sposób przyjąć, iż zachowanie oskarżonych stanowiło zagrożenie dla życia M. P. (1). Jak bowiem wynika z treści opinii działalność personelu medycznego było adekwatnie do stanu zdrowia pacjenta, a podejmowane czynności zgodne z wiedzą i sztuką lekarską. Lekarze wdrożyli stosowne leczenie wobec pacjenta, stanowiące kontynuację zaplanowanego i wdrożonego wcześniej prawidłowego leczenia, uwzględniającego zarówno śródczaszkowe zmiany pourazowe jak i przewlekłe schorzenia pacjenta oraz powikłania leczenia wynikające głównie z długotrwałego unieruchomienia chorego, przy współistnieniu jego schorzeń przewlekłych. Wskazać należy, iż w sali, w której

przebywał pokrzywdzony na oddziale wewnętrznym miał zapewniony nadzór podobny do sali wzmożonego nadzoru. Funkcje życiowe były monitorowane za pomocą aparatury do tego dedykowanej. Ponadto zabezpieczono chorego przed wypadnięciem z łóżka, stosowano tlenoterapię, prowadzono bilans płynów, odnotowano częstość oddawania stolców. Przeprowadzono badanie EKG, zmierzono ciśnienie. W podejmowaniu decyzji o postępowaniu z chorym uwzględniono również fakt zakażenia przewodu pokarmowego z utrzymującą się biegunką, poprzez odizolowanie chorego od innych pacjentów. Jak wynika z dokumentacji medycznej stan zdrowia, w jakim znajdował się M. P. (1) w dniu 7 marca 2012 r. był ciężki, ale stabilny, przez co należy rozumieć, że nie stanowił on bezpośredniego stanu zagrożenia jego życia a funkcje życiowe nie ulegały nagłej i znaczącej zmianie. Nie wymagał więc stałej obserwacji i kontroli urządzeń monitorujących w takim natężeniu jak na oddziale intensywnej opieki medycznej. Odstąpienie od stałego monitorowania nie było błędem, a opieka była odpowiednia i wystarczająca. Wskazać należy ponadto, iż w proces leczenia M. P. (1) włączono rehabilitację, rozpoczęto próby żywienia doustnego przy utrzymanym odruchu połykania. Okoliczności te potwierdzały, że stan pacjenta jest stabilny. Świadkowie – rodzina oraz znajomi – w toku postępowania podnosili brak odpowiedniego monitorowania stanu M. P. (1), przede wszystkim wskazując na brak aparatury do tego przeznaczonej. Zrozumiałym jest, że jako osoby najbliższe dla pokrzywdzonego, a tym samym zainteresowane i zaangażowane w proces leczenia M. P. (1), wyrażające zaniepokojenie stanem, w jakim znajdował się pacjent oraz chcące zapewnić mu jak najlepszą opiekę medyczną i jak najlepsze warunki pobytu w szpitalu, oczekiwali zainteresowania i nadzoru ze strony zarówno lekarzy jak i pielęgniarek w większym stopniu niż miało to miejsce i w ich oczach działania personelu medycznego mogły być interpretowane jako niewystarczające. Jednak jak już wcześniej wskazano ich ocena nie mogła być decydująca w ocenie zachowania oskarżonych dokonanej przez Sąd. Biegli wypowiadając się w zakresie konieczności zapewnienia bezpośredniej obserwacji chorego oraz częstotliwości obserwacji nie mieli zastrzeżeń, podnosząc, że pacjent został przebadany, został ustalony jego stan, przebieg jego schorzenia, a zapewniona opieka była wystarczająca, zaś monitoring jaki wykonywano w Oddziale Wewnętrznym był odpowiedni do ówczesnego stanu pacjenta. Biegli wskazali, że nawet gdyby chory pozostawał pod stałym monitoringiem, który w tym wypadku nie by wskazany, niczego by to nie zmieniło. Biegli co prawda stwierdzili, że lekarze mogli podjąć czynności uzupełniające, jednak nie były one niezbędne, a niepodjęcie takich dodatkowych działań nie narażało go na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub doznania ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

Mając powyższe na uwadze, Sąd uniewinnił oskarżonych P. S. (1) i M. K. (1) od popełnienia zarzucanych im czynów.

O kosztach Sąd orzekł na podstawie 632 pkt 1 kpk.