

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 17 grudnia 2015 roku

Sąd Rejonowy w Wałbrzychu III Wydział Karny

w składzie:

Przewodniczący: SSR Paweł Augustowski

Protokolant: Ewa Modlińska

po rozpoznaniu w dniach 10.04.2014r., 23.06.2014r., 01.09.2014r., 16.10.2014r., 23.02.2015r., 16.04.2015r., 03.06.2015r., 13.08.2015r., 15.10.2015r., 30.11.2015r., 10.12.2015r. i 17.12.2015r.

1. sprawy H. W. (1)

Córki J. i S. z domu D.

Urodzonej (...) w N.

oskarżonej o to, że:

I. W okresie od 17 września 2010r. do dnia 25 września 2010r. w J. w woj. (...), nieumyślnie naraziła W. L. na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo wystąpienia ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w ten sposób, że będąc lekarzem w (...) w J., na którym ciąży obowiązek opieki nad osobą narażoną na niebezpieczeństwo, zgodnie z posiadaną wiedzą medyczną doświadczeniem zawodowym oraz uzyskanymi na miejscu danymi dotyczącymi stanu zdrowia W. L. i jego historii choroby, przyjmując pokrzywdzonego w dniu 17 września 2010 r. do tej placówki, po zleceniu badania (...), wpisanego do karty zleceń, nie skontrolowała jego wykonania i tym samym nie posiadając jego wyniku, od wartości którego uzależnione było dalsze prawidłowe leczenie W. L., w tym ustalenie właściwej dawki leku A., nie zapewniła wymaganego skorygowania zleconej w innej placówce szpitalnej pokrzywdzonemu, dawki tegoż leku, i tym samym prowadzenia właściwej nad nim opieki medycznej, co spowodowało jego niekontrolowane zażywanie w pierwotnej dawce przez W. L. i w konsekwencji do pogorszenie się jego stanu zdrowia z wystąpieniem krwawienia wewnątrzczaszkowego włącznie i zgonem chorego, który nastąpił w dniu 28 września 2010 r.

to jest o przestępstwo określone w art. 160 § 2 w zw. z § 3 k.k.

2. sprawy B. G. (1)

Córki K. i K. z domu L.

Urodzonej (...) w W.

oskarżonej o to, że:

II. w dniu 17 września 2010 r. w J., w woj. (...), nieumyślnie naraziła W. L. na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo wystąpienia ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w ten sposób, że będąc pielęgniarką w (...) w J., na której ciąży obowiązek opieki nad osobą narażoną na niebezpieczeństwo, zgodnie z posiadaną wiedzą medyczną, doświadczeniem zawodowym oraz uzyskanymi po przyjęciu W. L. zaleceniami lekarskimi obejmującymi m.in. obowiązek wykonania badania (...), błędnie odczytując w tym przedmiocie zlecenie lekarskie i nie upewniając się co do rodzaju zleconego badania, doprowadziła do jego niewykonania skutkiem czego było nie zapewnienie pokrzywdzonemu właściwej opieki

medycznej a w tym przede wszystkim skorygowania zalecanej dawki leku A., co spowodowało jego niekontrolowane zażywanie w pierwotnej dawce przez W. L. i w konsekwencji do pogorszenia się jego stanu zdrowia z wystąpieniem krwawienia wewnątrzczaszkowego włącznie i zgonem chorego, który nastąpił w dniu 28 września 2010 r.

to jest o przestępstwo określone w art. 160 § 2 w zw. z § 3 k.k.

I. na podstawie art. 66§1 kk i art. 67§1 kk postępowanie karne wobec H. W. (1) oskarżonej o czyn opisany w części wstępnej wyroku tj. występki z art. 160§2 i 3 kk warunkowo umarza na okres 1 (jednego) roku próby;

II. na podstawie art. 66§1 kk i art. 67§1 kk postępowanie karne wobec B. G. (1) oskarżonej o czyn opisany w części wstępnej wyroku tj. występki z art. 160§2 i 3 kk warunkowo umarza na okres 1 (jednego) roku próby

III. na podstawie art. 67§3 kk i art. 48 kk orzeka od oskarżonych H. W. (1) i B. G. (1) na rzecz oskarżycielki posiłkowej M. L. nawiązki w wysokości po 15.000 (piętnaście tysięcy) złotych od każdej z nich;

IV. zasądza od oskarżonych H. W. (1) i B. G. (1) na rzecz oskarżycielki posiłkowej M. L. kwotę 5330 (pięć tysięcy trzysta trzydzieści) złotych w częściach równych tytułem wynagrodzenia pełnomocnika;

V. zasądza od oskarżonych H. W. (1) i B. G. (1) na rzecz Skarbu Państwa zwrot wydatków poniesionych od chwili wszczęcia postępowania w kwocie 3316,95zł w częściach równych oraz nie wymierza im opłaty.

III K 1220/13

UZASADNIENIE

W wyniku przeprowadzonego postępowania dowodowego ustalono następujący stan faktyczny

W okresie 20.08.2010 r. - 3.09.2010 r. W. L. przebywał na oddziale kardiologicznym (...)w L.w związku z przebytym zawałem serca. W początkowym okresie pobytu w szpitalu pacjent miał podawany lek A., który hamuje krzepnięcie krwi. Decyzja o odstawieniu leku podjęta została w dniu 26.08.2010r. w związku z potrzebą zabezpieczenia pacjenta kardiowerterem. Ponowne podanie leku powinno nastąpić około 6 dni po zabiegu implantacji. Podczas pobytu w M.pacjent czterokrotnie miał badany poziom (...)wskaźnik potrzebny do określenia ilości podawanego leku A.. W dniu 3 września pacjent wypisany został ze szpitala z zaleceniem, że po usunięciu szwów należy włączyć A.. Jednocześnie otrzymał on skierowanie na (...)w (...). W dniu 17 września 2010r. pacjent został przyjęty do oddziału sanatoryjnego (...)w J..

W przypadku leku A. nie ma ściśle określonej dawki, która powinna być podana pacjentowi. Wrażliwość na działanie leków tej grupy jest zmienna u różnych pacjentów. Leczenie prowadzi się pod ścisłą kontrolą układu krzepnięcia polegającą na oznaczaniu wartości znormalizowanego współczynnika międzynarodowego, tzw. (...). U pacjentów po zawale dawka leku powinna być dobrana w taki sposób, by wartość (...) mieściła się w przedziale 2-3. Dobór dawki powinien się opierać na stałej kontroli tego parametru. Leczenie lekiem A. rozpoczyna się od dawki 4-6 mg, co prowadzi do uzyskania w dużej grupie pacjentów wartości (...) 2,0 w ciągu 4-5 dni. (...) kontroluje się zazwyczaj od trzeciego dnia codziennie, tak by mieścił się w przedziale terapeutycznym co najmniej przez dwa kolejne dni, następnie 2-3 razy w tygodniu przez 1-2 tygodnie, później rzadziej. Jeśli wartość (...) mieści się w przyjętych granicach, częstość oznaczeń zmniejsza się do jednego na 4 tygodnie. Lek należy przyjmować rygorystycznie według zaleceń lekarza, przedawkowanie może prowadzić do krwotoków zagrażających życiu pacjenta.

dowód:

opinia (...)we W.- k. 88-96, 143-149

zeznania świadka K. P. -k. 45-46, 364-5

zeznania świadka S. B. - k. 44,205, 334

W dniu 17 września 2010r. na oddziale wczesnej rehabilitacji kardiologicznej pracowała oskarżona H. W. (1) i to ona przyjmowała W. L. oraz była jego lekarzem prowadzącym. Podczas przyjęcia określiła dawkę leku A. na 4 mg oraz zleciła przeprowadzenie badania wskaźnika (...) raz w tygodniu. W tym oddziale nie wykonywało się takiego badania, wykonywano je we współpracującym laboratorium raz w tygodniu - w środy. 17 września 2010r. to był piątek. Pielęgniarką, która wykonywała zalecenia lekarskie wobec tego pacjenta była oskarżona B. G. (1). Nie wykonała tego badania, twierdząc, że odczytała je jako badanie HR - czyli badanie tętna. Takie badanie wykonuje się standardowo wobec wszystkich przebywających na oddziale kardiologicznym pacjentów codziennie i lekarz w ogóle takiego badania do karty zleceń nie wpisywał, a pielęgniarki zawsze codziennie badanie to przeprowadzały. Lek był przez pacjenta cały czas przyjmowany w dawce 4 mg. Niewykonanie badania (...) skutkowało niekontrolowanym podawaniem leku A., co doprowadziło do zaburzeń krzepnięcia krwi u pokrzywdzonego, a to w konsekwencji spowodowało krwawienie do ośrodkowego układu nerwowego. Dr H. W. (1) jako lekarz miała obowiązek skontrolować wynik badania (...), gdyż od jego wartości uzależnione było dalsze prawidłowe leczenie. Podczas całego pobytu pacjenta w jednostce (17-25 września 2010r.) H. W. (1) nie skontrolowała wykonania tego badania ani jego wyniku, którego z związku z jego niewykonaniem przez B. G. (1) nie było. Brak kontroli (...) u pokrzywdzonego, a zatem brak pełnej kontroli stanu zdrowia W. L., naraził go na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

dowód:

dokumentacja medyczna z leczenia W. L. - akta sprawy

opinia AM we W. - k.j.w.

wyjaśnienia - B. G. - k. 216-218, 327 i n.

wyjaśnienia - H. W. - k. 159, 169-171, 325 i n.

B. G. (1) miała w tym czasie dyżur w pracy w dniach 17, 19 i 22 września 2010 r. H. W. (1) pracowała w dniach 17, 20, 21, 23 i 24 września 2010r. Oskarżona w dniach 23 i 24 września nie przebywała na oddziale w pełnym wymiarze godzin. W tym czasie wyniki badań jej męża okazały się złe, co czyniło koniecznym odbycie kilku wizyt lekarskich. Oskarżona towarzyszyła mężowi przy tych wizytach. Pomimo tego jednak była w pracy w tych dniach - w dniu 23 września 2010r. w godz. 12-15, zaś w dniu 24 września w nieznanych godzinach. W tym czasie lekarze pracujący na oddziale, oprócz oskarżonej oraz dyżurujących lekarzach w porze nocnej, przebywali na kongresie naukowym. W dniu 23 września dr W. przeprowadziła badanie P. S. (1), zaś w dniu 24 września 2010r. zbadała M. M. (1). Wobec tych pacjentów zleciła zabiegi, m.in. ćwiczenia krążeniowo-oddechowe. Zabiegi te wykonywano na podstawie tych zleceń od 25 września 2010r. Bez takiego zlecenia, przedstawionego na oddziale rehabilitacji, zabiegi te nie mogły się odbyć.

dowody:

lista obecności - k. 187

historia choroby P. S. i M. M. - akta sprawy

zeznania K. L. - k. 504

zeznania M. W. - k. 365 i n.

zeznania S. B. - k. 496 i n.

zeznania G. R. - k. 429 i n.

zeznania E. S. - k. 331 i n.

zeznania K. K. - k. 39,207, 330, 482 i n.

W wyniku terapii A. w dniu 25 września 2010r. doszło do masywnego krwawienia wewnątrzczaszkowego, w postaci krwiaka jąder podkorowych, płata ciemieniowego i potylicznego prawego oraz obustronnych krwiaków podtwardówkowych. Prawdopodobną przyczyną tak masywnego krwawienia był incydent nadciśnienia tętniczego u pacjenta leczonego A. z powodów kardiologicznych. Pacjent po utracie przytomności natychmiast został przewieziony do (...) Szpitala im. (...) w W. na oddział (...). Zastosowano leczenie, jednak z uwagi na parametry krzepnięcia pacjent nie nadawał się do interwencji neurochirurgicznej. Wskaźnik (...) wyniósł 5,9, (...) =115. Taki wskaźnik uniemożliwił neurochirurgom podjęcie niezbędnych kroków dla ratowania życia z powodu niskiej krzepliwości krwi. Korekcja wskaźnika do wartości pozwalających na wykonanie operacji zajęło lekarzom ponad dobę. W tym czasie jednak stan pacjenta uległ pogorszenia wskutek kolejnych wylewów. Narastały objawy niewydolności mózgu i pnia mózgu. W dniu 28 września 2010r. nastąpiło zatrzymanie krążenia. Pacjenta uznano za zmarłego.

dowód - opinia AM we W. - k.j.w.

H. W. (1) ani B. G. (1) nie były karane sądownie.

dowód:

dane o karalności - k. 510, 511

B. G. (1) nie przyznała się do winy i wyjaśniła, że błędnie odczytała zlecenie lekarskiego - zamiast (...) odczytała HR (czyli pomiar tętna), dlatego nie wykonała zlecenia w tym zakresie. Podkreśliła na zleceniu to badanie - jak twierdzi HR jeden raz w tygodniu, by w ten sposób zwrócić lekarzowi uwagę na to, czy nie popełnił błędu. Przyznała jednak, że z żadnym z lekarzy o tym nie rozmawiała i nie pytała, o jakie badanie chodzi (wyjaśnienia B. G. - k.j.w.)

H. W. (1) nie przyznała się do winy. Wyjaśniła, że zleciła badanie (...), które w tej placówce zawsze wykonywano w środy. Badanie zostało zlecone w piątek, w sobotę i niedzielę nie pracowała, pracowała w poniedziałek i wtorek, w środę miała wolne, a w czwartek i piątek z kolei (23 i 24 września - dwa dni poprzedzające wylew pacjenta) nie pracowała, gdyż ze względu na stan zdrowia swego męża pomagała mu przy badaniach i konsultacjach lekarskich, które wówczas przechodził. Zgłosiła swoją nieobecność, prosząc pracodawcę o zastępstwo. Pozostali lekarze byli wtedy na konferencji naukowej. Myślała, że pielęgniarka wykona badanie (...). Pielęgniarka nie zwróciła się do niej ze swymi wątpliwościami, o jakie badanie chodzi. Jeżeli chodzi o wpisy w dzienniku obecności, to zostały one sporządzone w innym terminie, niż w te dni, o które chodzi, natomiast zlecenia lekarskie wystawione innym pacjentom w dniach 23.09.2010r i 24.09.2010 r. tak naprawdę antydatowała, a wystawiła je po powrocie do pracy w poniedziałek, 27 września 2010r. co tłumaczy wymaganiami NFZ-u (wyjaśnienia H. W. - k.j.w.)

Sąd zważył ponadto, co następuje

Stan faktyczny w zakresie przebiegu choroby i podjętego leczenia oraz przyczyn zgonu W. L. jest bezsporny i opiera się głównie na zebranej dokumentacji medycznej oraz opiniach Akademii Medycznej we W.. Dodatkowymi dowodami w tym zakresie są zeznania lekarzy i pielęgniarek, które miały styczność z pacjentem, a które także częściowo stanowiły dla biegłych podstawę do ustaleń zawartych w opinii. Ustaleń tych nie sposób podważyć - całość odzwierciedla zgromadzona dokumentacja medyczna.

Obydwu oskarżonym postawiono zarzut nieumyślnego narażenia pacjenta pozostającego pod ich opieką na niebezpieczeństwo utraty życia lub zdrowia. Przesłębstwo narażenia, opisane w art. 160 k.k., zachodzi wtedy, gdy na skutek działania bądź zaniechania sprawcy powstaje u pokrzywdzonego stan bardziej niebezpieczny (dla jego życia lub zdrowia) niż był, zanim do owego zachowania doszło - w przypadku pacjentów, a zatem osób chorych przyjmujemy, że już pewien stan zagrożenia występuje. Oczywiście nie ma wątpliwości co do tego, że u pacjenta, u którego zdiagnozowano zawał serca, i dwa tygodnie przed przyjęciem do uzdrowiska na oddział kardiologiczny opuścił szpital, pewien stan niebezpieczeństwa istniał już w chwili przyjęcia. Dlatego też obowiązkiem sądu w tym przypadku

było zbadanie, czy wobec osób, pod których pieczę pozostawał, doszło do takich zachowań które ów stan zwiększyło, powodując stan bezpośredniego niebezpieczeństwa dla życia lub zdrowia.

Ustalono ponad wszelką wątpliwość, iż przyczyną zgonu W. L. był wylew, masywne krwawienie wewnątrzczaszkowe, którego przyczyną były zaburzenia krzepnięcia związane z podaniem nieprawidłowej dawki A.. Nie ma wątpliwości także, iż w trakcie pobytu w Szpitalu (...) w J. nie zbadano wskaźnika (...), który jest podstawą do ustalenia właściwej dawki leku - w tym celu, iżby ta krzepliwość pozostawała w normie, tj. dla pacjentów po zawale utrzymywała się w granicach 2.0 - 3.0. U pacjenta po utracie przytomności i przyjęciu go do Szpitala im. (...) w W. stwierdzono wynik 5,9, co z jednej strony znacznie przekraczało stan pożądany, a z drugiej uniemożliwiło neurochirurgom przeprowadzenie operacji na mózgu ratującej życia, gdyż pacjent po prostu by się wykrwawił. Pacjent zjawiał się w J. w stanie, w którym nie było bezpośredniego zagrożenia jego życia - dwa tygodnie wcześniej wypisany został ze szpitala, co oczywiście by nie nastąpiło, gdyby taki stan istniał. Jednak podczas pobytu w szpitalu (...) taki stan bezpośredniego niebezpieczeństwa się wytworzył, właśnie w związku z osiągnięciem przez pacjenta poziomu (...) 5,9, do czego doprowadziło przyjmowanie przez niego przez tygodniowy okres pobytu w placówce leku w dawce 4 mg. Oczywiście pacjent po zawale jest narażony także na zaburzenia krążenia, nadciśnienie itp., co występując równocześnie z obniżonym poziomem krzepnięcia ostatecznie doprowadziło do masywnego krwawienia wewnątrzczaszkowego. A zatem, można niewątpliwie stwierdzić, że narażono pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia podczas jego pobytu w J. w dniach 17-25 września.

W tej sytuacji powstaje naturalne pytanie, kto go naraził? Lekarz przyjmujący (dyżurujący) i jednocześnie lekarz prowadzący - H. W. (1) w dniu przyjęcia zaleciła dawkę leku w wys. 4 mg i zleciła badanie (...). Postąpiła prawidłowo. Pielęgniarka dyżurna - tego dnia była to B. G. (1) - nie wykonała tego badania, nie pobrała krwi do badań i nie skierowała jej do analizy. Twierdzi, że niewłaściwie odczytała zalecenie - HR zamiast (...), co oznacza badanie tętna i podkreśliła to zdanie w karcie lekarskiej, by lekarz sprawdził, czy się nie pomylił wpisując termin badania raz w tygodniu zamiast codziennie. Tłumaczenia tego jako ekskulpującego osobę, która zobowiązana jest do opieki nad pacjentem, sąd nie przyjmuje. Po pierwsze, praktyka obowiązująca była taka, że badanie ciśnienia i tętna następowało standardowo wobec wszystkich pacjentów w placówce bez względu na indywidualny przebieg choroby i pielęgniarki takie badanie codziennie przeprowadzały bez potrzeby wpisywania tego przez lekarzy w indywidualnym zleceniu lekarskim. Bardziej podstawowego badania już nie ma. Oskarżona jako doświadczona pielęgniarka doskonale zdawała sobie sprawę, że badanie to wykonuje się codziennie, a nie raz na tydzień. Gdyby jednak podejrzewała, że z pewnych przyczyn lekarz uznał, że jednak wystarczy raz na tydzień - a zatem odmiennie od codziennej praktyki - to powinna się upewnić, czy aby na pewno taka właśnie jest intencja lekarza. Skoro tak, natychmiast powinna skonsultować się z oskarżoną bądź jakimkolwiek innym lekarzem na oddziale - i to nie poprzez zakreślenie zdania w karcie lekarskiej (które notabene nie wiadomo, kiedy powstało, i równie dobrze mogło zostać nakreślone już po nagłej chorobie i śmierci pacjenta), a ustną konsultację. Taka pielęgniarka jak oskarżona wie także, jakie leki pacjenci przyjmują i jak one działają - a przecież lekarz ewidentnie zalecił przyjmowanie leku A., co jeszcze bardziej powinno przekonać B. G. (1), by się upewnić niezwłocznie, jakie badanie - HR czy też może (...) (przecież oskarżona doskonale wiedziała, co takie badanie znaczy) należy przeprowadzić. Nie zrobiła tego, co bezpośrednio spowodowało podniesienie wskaźnika (...) w organizmie chorego na skutek przyjmowania zbyt wysokiej dawki leku. Naraziła zatem poprzez zaniechanie pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub zdrowia, nieumyślnie (nie chciała, lecz zrobiła to na skutek niezachowania należytej ostrożności, o której mowa powyżej), popełniła zatem bez żadnych wątpliwości czyn z art. 160 §2 i 3 k.k.

H. W. (1) z kolei zaleciła badanie (...), ale nie skontrolowała jego wyniku i nie wdrożyła go do leczenia celem ustalenia wielkości dawki leku. W opinii biegli szczegółowo określili, a jakim momencie choroby badanie takie należy przeprowadzić (podobnie zeznawał S. B.). Z opinii także jednoznacznie wynika, że to oskarżona jako lekarz przyjmujący i prowadzący powinien wynik skontrolować - jest to jego obowiązek. Oskarżona nie uczyniła tego i nie zmniejszyła dawki leku - co musiałoby nastąpić, gdyby zapoznała się z wynikiem tego badania (później przeprowadzone dało wynik 5,9), co bezpośrednio także wpłynęło na przyjmowanie leku w zawyżonej dawce i osłabienie krzepnięcia krwi pacjenta. Z punktu widzenia potrzeb pacjenta i dla zagwarantowania właściwej opieki

medycznej nie ma usprawiedliwienia dla tego, że badanie zwyczajowo wykonywano tylko w środy. A co, jeśli pacjent zostałby przyjęty w czwartek, a już we wtorek na skutek podniesionego poziomu (...) (którego nie skontrolowano od razu) oraz nadciśnienia tętniczego doszłoby do udaru? Czy wtedy lekarz, który odpowiada za stan zdrowia pacjenta, mógłby skutecznie zasłaniać się argumentem, że "u nas wykonuje się badania w takie to a takie dni, więc trudno, pacjent zmarł, bo mamy takie procedury". Zdaniem sądu oczywiście jest to praktyka niewłaściwa, zwłaszcza wobec wyводу opinii, oraz zeznań niektórych lekarzy, że w początkowej fazie podawania leku A. należy ten poziom badać często, wręcz przez kilka pierwszych dni, a dopiero potem, gdy osiągnie odpowiedni poziom, można badanie to wykonywać rzadziej. Tymczasem tutaj należało na taki wynik czekać 5 dni. Co prawda możliwe, że gdyby takie badanie wykonano, to wdrożono by niższą dawkę leku i poziom (...) by się ustabilizował na odpowiednim poziomie. Badania jednak nie wykonano, a oskarżona nawet wiedząc o tym, że przeprowadza się je w środy, miała na skontrolowanie tego wyniku trzy dni - 23 września - dzień po wykonaniu takiego badania (22 to była środa), 24 września, dzień kolejny, a także 25 września w sytuacji, gdyby - jak sama twierdzi - 23 i 24 września nie było jej w pracy. W takiej sytuacji - gdyby rzeczywiście tak było i jeśli z przyczyn nagłych nie mogła świadczyć pracy i poprosiła o zastępstwo (czego zresztą nikt ze świadków nie potwierdził), powinna stawić się w pracy następnego dnia i sprawdzić, czy poprawnie wykonano wszystkie jej zalecenia i czy ewentualne zaniedbania nie narażają pacjentów na zagrożenie życia lub zdrowia. Nie zrobiła tego.

Obrona oskarżonej sprowadza się do wyeliminowania swojej odpowiedzialności poprzez wykazanie, że w dniach 23 i 24 września nie było jej w pracy, zatem nie miała możliwości skontrolować wyniku badania i zmienić dawki leku. Wiemy, że takiego badania nie wykonano, ale w takiej sytuacji możliwe było wykonanie badania "na cito", poza zwyczajowo przyjętymi dniami, na żądanie lekarza (wynika to z zeznań lekarzy i pielęgniarek oraz wyjaśnień samej oskarżonej). Mogła to zatem zrobić 23 i 24 września, kiedy była w pracy. Ona sama temu zaprzecza, przedkładając stosowne zaświadczenia lekarskie o wizytach lekarskich swego męża. Ale jednak są niezaprzeczone dowody tego, że oskarżona - jeśli przynajmniej nie w pełnym wymiarze czasowym, to choć przez pewien czas w okresie tym pełniła obowiązki w pracy. Po pierwsze żaden, ale to żaden świadek spośród osób pracujących w uzdrowisku nie potwierdził tego, że dr W. w dniach tych w pracy nie było. Po drugie, na liście obecności widnieje jej podpis. I po trzecie - istnieją jej zlecenia lekarskie wobec innych pacjentów wypisane w dniach 23 i 24 września. Pacjenci ci zostali przez nią przebadani, a zalecenia - choćby co do rehabilitacji - wykonane. Oskarżona nie mogła - jak twierdzi - wypisać ich po powrocie do pracy w poniedziałek 27 września, ponieważ zostały wdrożone już od 25 września, a bez zaleceń nie mogłyby zostać wykonane (zeznania kierownika rehabilitacji K. L.). W takiej sytuacji obrona oskarżonej o tym, że nie była w stanie świadczyć pracy w zarzucanym okresie, nie może się skutecznie ostać, świadczy bowiem przeciwko temu dokumentacja medyczna. Nie wiadomo też i nie jest przekonywujące twierdzenie oskarżonej, że fałszowanie przez nią dokumentacji medycznej (trudno już teraz stwierdzić, który ewentualnie stawiany jej wobec tego zarzut miałby się okazać cięższego kalibru) było wywołane wymogami funduszu zdrowia. Oskarżona nie wyjaśniła dokładnie, o jakie to wymogi chodzi, a trudno uwierzyć, by NFZ "wymagał" fałszowania dokumentacji medycznej. A zatem - reasumując - H. W. również narażiła pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub zdrowia, nie kontrolując wyniku badania, nie nakazując jego ponownego przeprowadzenia oraz nie zmniejszając dawki leku doprowadziła do podwyższenia wskaźnika (...) u pacjenta, co spowodowało obniżenie krzepliwości krwi i w ten sposób nieumyślnie (nie chciała, lecz zrobiła to na skutek niezachowania należytej ostrożności, o której mowa powyżej), popełniła bez żadnych wątpliwości czyn z art. 160 §2 i 3 k.k.

Mamy do czynienia z błędami ludzkimi, zaniedbaniami, czynami nieumyślnymi, a obydwie oskarżone popełniły je z racji swojej pracy zawodowej, nie są osobami zdemoralizowanymi, jest to lekarz i pielęgniarka, osoby nie karane, normalni reprezentanci społeczeństwa. Zaniedbali, lecz pomimo to, gdyby nie doszło do splotu tych nieszczęśliwych okoliczności, pacjent by nie zmarł. Sąd ocenia, że w tym procesie nie jest jego rolą karać sprawców, lecz jedynie uświadomić im swą winę, występując już bowiem w tym postępowaniu są niejako "napiętnowani" w swym środowisku. Wina i społeczna szkodliwość nie są na tyle wysokie, by uzasadniać wymierzenia kary. Dlatego też sąd postanowił, że wystarczające będzie warunkowe umorzenie postępowania z jednoczesnym orzeczeniem nawiązek na rzecz pokrzywdzonego.

Oskarżyciel posiłkowy, osoba najbliższa dla zmarłego, wniosła o zasądzenie od oskarżonych nawiązek w kwotach po 15.000 zł. Nie zapominajmy, że oskarżone naraziły pacjenta na skutek zaniedbań, wskutek czego wpadł on w chorobę, która w rezultacie doprowadziła do jego śmierci. Najbliżsi dla pacjenta mieli prawo oczekiwać, że znajdując się w placówce medycznej będzie on miał fachową opiekę. Kwota rzędu 30.000 zł nie może być uznana za wygórowaną, jeżeli w placówce medycznej na skutek zaniedbań dochodzi do zgonu, dlatego też sąd uwzględnił w tym zakresie żądanie pokrzywdzonego w całości.

O kosztach orzeczono po myśli art. 627 k.p.k.

.