

Sygn. akt II K 379/16

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 28 lutego 2018r.

Sąd Rejonowy w Kętrzynie II Wydział Karny w składzie:

Przewodnicząca: SSR Katarzyna Cichocka

Protokolant: st. sekr. sąd. Małgorzata Grabowska

Prokurator Prok. Rejonowej O. P.: mjr A. W.

przy udziale oskarżycielki posiłkowej J. C.

po rozpoznaniu w dniach: 09.12.2016r., 20.01.2017r., 27.03.2017r., 21.04.2017r., 24.05.2017r., 06.09.2017r., 17.11.2017r., 10.01.2018r., 05.02.2018r. i 28.02.2018r. sprawy:

C. W. (1)

s. J. i I. z domu J.

ur. (...) w miejscowości L. (obecnie Białoruś)

oskarżonego o to, że:

w dniu 20 maja 2015 roku w okresie między godziną 1:00 a godziną 7:00 w Szpitalu (...) w K. działając w krótkich odstępach czasu w wykonaniu z góry powziętego zamiaru, jako lekarz dyżurny anestezjolog na Oddziale Intensywnej Terapii oraz osoba, na której ciążył obowiązek opieki nad osobami znajdującymi się w stanie bezpośredniego zagrożenia życia dwukrotnie odmówił przyjęcia B. C. na Oddział Intensywnej Terapii, który to Oddział zapewniał najbardziej odpowiednie warunki do prowadzenia diagnostyki oraz leczenia pacjentki w stanie w jakim się znalazła, tj. wystąpienia objawów wstrząsu krwotocznego, czym naraził B. C. na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia

tj. o popełnienie przestępstwa określonego w art. 160 § 2 kk w zw. z art. 12 kk

I. oskarżonego C. W. (1) w ramach zarzucanego mu czynu uznaje za winnego tego, że: w dniu 20 maja 2015r. w Szpitalu (...) w K., jako lekarz dyżurny anestezjolog na Oddziale Intensywnej Terapii oraz osoba, na której ciążył obowiązek opieki nad osobami znajdującymi się w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, nieumyślnie naraził B. C. na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w ten sposób, że pomimo istniejących wskazań, zaniechał przeniesienia B. C. na Oddział Intensywnej Terapii, przez co leczenie wstrząsu krwotocznego, w jakim znajdowała się wymieniona, było niepełne, tj. popełnienia czynu z art.160§2 i 3 kk i za to z mocy art.160§2 i 3 kk skazuje go, zaś na podstawie art.160§3 kk wymierza mu karę grzywny w wysokości 250 (dwustu pięćdziesięciu) stawek dziennych, określając wysokość jednej stawki na kwotę 100 (sto) złotych,

II. na podstawie art.627 kpk zasądza od oskarżonego na rzecz Skarbu Państwa zwrot kosztów sądowych, w tym opłatę w kwocie 2500 (dwa tysiące pięćset) złotych.

Sygn. akt II K 379/16

UZASADNIENIE

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 19 maja 2015 roku około godziny 24:00 B. C. została przyjęta na Oddział Położniczo - Ginekologiczny Szpitala (...) w K. w związku z krwawieniem z dróg rodnych - macicy w okresie poporodowym. W tym czasie dyżur na Oddziale Położniczo – Ginekologicznym pełnił dr W. M. (1). Po przeprowadzeniu diagnostyki, o godzinie 0:40 dnia 20 maja 2016 roku dokonano wyłęczekowania jamy macicy i wydobyto tkanki jaja płodowego z cechami martwicy. Ściany jamy macicy wyskrobano. Pacjentkę wybudzono i przewieziono na salę chorych Oddziału Położniczo - Ginekologicznego.

O godzinie 1:00 stan B. C. gwałtownie się pogorszył. Z uwagi na wystąpienie u pacjentki objawów wstrząsu krwotocznego spowodowanego utratą istotnej hemodynamicznie objętości krwi w przebiegu krwawienia z dróg rodnych podjęto leczenie, jak również wezwano anestezjologa - dr C. W. (2), który w tym czasie pełnił dyżur na Oddziale Intensywnej Terapii ((...)). Po przybyciu na Oddział Położniczo - Ginekologiczny dr C. W. (1) podjął leczenie wstrząsu. Stan pacjentki uległ pewnej poprawie, jednakże w dalszym ciągu jej stan był bardzo ciężki. Powiadomiono ordynatora Oddziału Położniczo – Ginekologicznego dr D. R.. Anestezjolog założył wkucie centralne przez żyłę podobojczykową. Rozpoczęto monitorowanie pacjentki kardiomonitorem, przetoczono 4 jednostki krwi oraz 3 jednostki osocza. C. W. (1) odmówił przyjęcia pacjentki na Oddział Intensywnej Terapii pomimo, że w tym czasie Szpital posiadał wolne łóżko na (...).

Było to postępowanie nieprawidłowe, C. W. (1) bezpodstawnie zaniechał przyjęcia pacjentki na (...). Od godziny 1:00 dnia 20.05.2015 r. i wystąpienia objawów wstrząsu krwotocznego istniały wskazania do przeniesienia pacjentki na (...).

Lekarze z Oddziału Położniczo - Ginekologicznego podejmowali w dalszym ciągu czynności diagnostyczno – lecznicze. Po przybyciu do szpitala o godz. 2.30 dr D. R. wykonano badanie USG i TK jamy brzusznej. W jamie otrzewnowej stwierdzono znaczne ilości płynu. Macica była powiększona, bez wyraźnych zbiorników płynu. Wobec pogłębiającej się u pacjentki niedokrwistości dr D. R. podjęła decyzję o wykonaniu laparotomii. Pacjentka początkowo nie wyrażała zgody na operację. Ostatecznie zgodziła się na operację i wycięcie macicy tylko w razie konieczności.

O godzinie 4:20 B. C. przewieziono na blok operacyjny. W czasie operacji stwierdzono niewielką ilość krwistego płynu w jamie otrzewnej. Macica nie wykazywała cech martwicy, była dość dobrze obkurczona z tendencją do rozkurczania się. Zdecydowano o podwiązaniu tętnic macicznych i jajnikowych unaczyniających macicę. Krwawienie z macicy było mierne, ale krzepnięcie krwi osłabione.

Po zabiegu pacjentka została rozintubowana i o godzinie 6:00 przewieziona na Oddział Położniczo – Ginekologiczny, ponieważ anestezjolog - dr C. W. (1) nie wyraził zgody na przeniesienie pacjentki na (...).

Było to postępowanie nieprawidłowe. Istniały bezwzględne wskazania do przyjęcia pacjentki na (...), utrzymania intubacji i kontynuowania wentylacji mechanicznej wobec utrzymującego się wstrząsu krwotocznego i stanu po operacji prowadzonej w znieczuleniu ogólnym.

W tym czasie stan B. C. był względnie stabilny. W drenie wyprowadzonym z jamy otrzewnowej znajdowała się krew, pacjentka krwawiła z dróg rodnych. Kontynuowano monitorowanie kardiomonitorem, podawano leki i tlen. Przetoczono kolejne jednostki krwi. Podjęto również decyzję o podaniu preparatu NovoSeven – ludzkiego rekombinowanego czynnika krzepnięcia, który miał zostać dostarczony z Wojewódzkiego Szpitala (...) w O..

W tym czasie nie było przy pacjentce lekarza anestezjologa - dr C. W. (1) ani pielęgniarki anestezjologicznej.

O godz. 7.30 wobec pogarszającego się stanu pacjentki i rozpoczynającego się obrzęku płuc podjęto decyzję o jej przetransportowaniu transportem lotniczym do Wojewódzkiego Szpitala (...) w O..

O godzinie 8.00 podano 2 ampułki preparatu NovoSeven.

W tym czasie opiekę nad pacjentką przejął anestezjolog dr G. D. (1). Stan pacjentki gwałtownie pogorszył się, nastąpiła całkowita niewydolność oddechowa. W znieczuleniu ogólnym pacjentka została zaintubowana, rozpoczęto oddech zastępczy.

O godzinie 11:00 B. C. przejął zespół lotniczego pogotowia ratunkowego. Pacjentka była wówczas w stanie bardzo ciężkim, agonalnym. Po przetransportowaniu do Wojewódzkiego Szpitala (...) w O., pacjentka została przyjęta na Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Po wykonaniu diagnostyki i niezbędnym leczeniu pacjentkę zakwalifikowano do laparotomii w trybie natychmiastowym. Po uzyskaniu wstępnej stabilizacji układu krążenia, o godzinie 13:30 B. C. przewieziono na blok operacyjny. W trakcie zabiegu usunięcia macicy doszło do nagłego zatrzymania krążenia. Pomimo podjęcia resuscytacji krążeniowo - oddechowej nie udało się przywrócić spontanicznego krążenia. O godzinie 14:50 stwierdzono zgon B. C..

Zaistniałe nieprawidłowości zaistniałe w Szpitalu (...) w K., za które odpowiedzialność ponosi anestezjolog – C. W. (1) spowodowały, że leczenie wstrząsu krwotocznego, który jest stanem bezpośredniego zagrożenia życia było niepełne i spowodowało narażenie B. C. na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

Z przeprowadzonej sekcji zwłok B. C. wynika, że przyczyną zgonu B. C. była ostra niewydolność krążeniowo-oddechowa będąca następstwem masywnego, poporodowego krwotoku z narządu rodnego.

Powyższy stan faktyczny ustalono na podstawie: zeznań Ł. O. k. 41v-42, 375v-376, J. C. k. 52v-54, 374-375, W. M. (1) k. 69-71, 279, 437v-439v, G. D. (1) k. 275v, 408v-410v, D. D. k. 310-311, 411, S. T. k. 411v-412, K. P. k. 439v-440, B. T. k. 454 -454v, Z. F. k. 479v-480, protokołu oględzin i otwarcia zwłok k. 179-181, opinii biegłego z zakresu medycyny sądowej k. 182, o opinii zespołu biegłych uzyskanej z Zakładu Medycyny Sądowej M.B. i L. (...) s.c. k. 196-237, zeznania biegłych M. B. (1) k. 521v-522, 524, S. J. k. 522-524, W. M. (2) k. 534-536v, dokumentacji medycznej dotyczącej leczenia B. C. – załącznik do akt sprawy, informacji ze Szpitala (...) w K. k. 256, 469-470.

Oskarżony C. W. (1) nie przyznał się do popełnienia zarzucanego mu czynu. W wyjaśnieniach potwierdził, iż w dniu 19/20 maja 2015 roku pełnił dyżur na (...) w czasie, kiedy do Szpitala (...) w K. przyjęto B. C.. Podał, iż około godziny 0:30 został wezwany na Oddział Położniczo - Ginekologiczny celem znieczulenia pacjentki do zabiegu wyłyżeczkowania. Wskazał, że po zakończeniu zabiegu stan pacjentki był stabilny, na co wskazywały parametry ciśnienia tętniczego oraz tętna oraz pozostawanie pacjentki w dobrym kontakcie słownym. Około godziny 1:20 został ponownie wezwany na Oddział Położniczo - Ginekologiczny wobec nagłego pogorszenia się stanu zdrowia B. C.. Oskarżony podał, iż podejmując leczenie pacjentki wraz z pielęgniarką anestezjologiczną oprócz torby reanimacyjnej wraz z kompletem leków, rurkami intubacyjnymi, aparatem A. - dysponowali również mobilnym respiratorem. Wskazał, iż po przybyciu na oddział stwierdził u pacjentki zapadnięcie szczęki dolnej co utrudniało jej oddychanie, a oprócz tego pacjentka krwawiła z dróg rodnych. Po udrożnieniu dróg oddechowych pacjentka zaczęła prawidłowo oddychać, a parametry życiowe zaczęły wracać do normy. Podał, iż na pewno nie było potrzeby wspomagania oddechu o czym świadczyły wyniki badań gazometrycznych. Nie było również potrzeby respiratoterapii. B. C. nadal krwawiła z dróg rodnych i potrzebny był zabieg (leczenie przyczynowe). Aby usprawnić leczenie dokonał wkłucia podobojczykowego. Pacjentka nadal obficie krwawiła z dróg rodnych. Wskazał, iż wówczas pojawiła się sugestia dr M., aby przewieźć pacjentkę na (...). Jednakże jego zdaniem, z uwagi na stabilny stan pacjentki, która wówczas oddychała samodzielnie nie było takiej potrzeby, a bardziej koniecznym było przeprowadzenie kolejnego zabiegu. Ponadto podał, iż przewożenie pacjentki z I pietra (Oddział Położniczo - Ginekologiczny) na III ((...)) było w tym przypadku niewskazane. Podał, iż stała obecność jego oraz pielęgniarki przy pacjentce wraz z posiadaniem sprzętem i środkami medycznymi zapewniały porównywalne warunki leczenia jak na (...). Wskazał, iż w zaistniałej sytuacji należało usunąć przyczynę krwawienia. Przy czym wskazał, iż blok operacyjny znajdował się obok Oddziału Położniczo - Ginekologicznego. Podał, iż po dalszych konsultacjach przeprowadzono drugi zabieg operacyjny, po którym nie było potrzeby prowadzenia oddechu zastępczego albowiem parametry były prawidłowe. Wskazał, iż po operacji pacjentka nie została rozintubowana. Jednakże w późniejszym czasie pacjentka sama się rozintubowała, a on temu się nie sprzeciwił. Wskazał, iż nadal nie było podstaw do przewiezienia pacjentki na (...). Podał, iż przy pacjentce był do godziny 7:30. Wówczas stan pacjentki był stabilny. Wskazał, iż około godziny 8:00 kontaktował się z dr D.

celem poinformowania go o przypadku B. C.. Wyjaśnił, iż jego zdaniem pogorszenie stanu zdrowia B. C. wynikało z powstałego niekardiogennego obrzęku płuc, który najprawdopodobniej był skutkiem ubocznym masywnego ubytku krwi i jej składników w krótkim czasie. (wyjaśnienia k. 319-327, 373-373v)

Sąd zważył, co następuje:

Sąd nie dał wiary wyjaśnieniom oskarżonego bowiem są one sprzeczne ze zgromadzonym w sprawie materiałem dowodowym.

Nie ulega wątpliwości, iż pokrzywdzona B. C. podczas pobytu w Szpitalu (...) w K. w okresie 19-20 maja 2015 r. nie została przeniesiona na Oddział Intensywnej Terapii tegoż Szpitala i była to decyzja pełniącego w tym czasie dyżur lekarza anestezjologa C. W. (1).

Wymieniony w swoich wyjaśnieniach w pierwszej kolejności podniósł, iż stan pacjentki był stabilny, oddychała samodzielnie i przewiezienie pacjentki na (...) było niepotrzebne.

Powyższemu przeczą jednak zarówno zeznania przesłuchanych w sprawie świadków – personelu medycznego Szpitala (...) w K., jak również i przede wszystkim opinia zespołu biegłych lekarzy z Zakładu Medycyny Sądowej M. B. i L. (...) s.c. w Ł..

Wynika z nich bezsprzecznie, że B. C. od załamania się jej stanu zdrowia, po wykonaniu zabiegu wyłęczekowania, znajdowała się w stanie bezpośredniego zagrożenia życia. Tym samym stan jej zdrowia kwalifikował ją do podjęcia leczenia na (...).

Świadek G. D. (1) – ordynator Oddziału Intensywnej Terapii Szpitala (...) w K. zeznał, że pacjenci w stanie bezpośredniego zagrożenia życia i zdrowia powinni przebywać na (...). Zeznał ponadto, że wystąpienie u pacjentki wstrząsu krwotocznego spowodowanego utratą hemodynamicznie istotnej objętości krwi w przebiegu krwawienia z dróg rodnych, jak najbardziej kwalifikowało ją do przyjęcia na (...). Świadek podniósł również, że po operacji lekarz anestezjolog bierze odpowiedzialność za znieczulanego pacjenta na bloku operacyjnym przez następne 24 godziny po znieczuleniu. (k.275-276)

Z zeznań świadka W. M. (1) – lekarza ginekologa zajmującego się pokrzywdzoną, również wynika, że zgłosił oskarżonemu potrzebę przeniesienia pacjentki na (...), bowiem według niego pacjentka w takim stanie powinna znaleźć się pod szczególnym nadzorem. (k.438v)

Powyższe potwierdziły pielęgniarki, w tym D. D. i S. T..

Z opinii biegłych lekarzy z Zakładu Medycyny Sądowej w Ł. W. M. (2), M. B. (1) i S. J. wynika, że o godzinie 1.00 stan pacjentki B. C. gwałtownie się pogorszył i o godzinie 1.20 z uwagi na wystąpienia objawów wstrząsu krwotocznego na oddział ginekologiczny wezwano lekarza anestezjologa, co było postępowaniem prawidłowym, bowiem z racji posiadanej specjalizacji, wiedzy i doświadczenia jest to lekarz najbardziej kompetentny do leczenia tego typu problemów zdrowotnych. Lekarz anestezjolog podjął leczenie wstrząsu, ale zaniechał przeniesienia pacjentki na (...). Było to w ocenie biegłych postępowanie nieprawidłowe, bowiem bezpodstawnie zaniechano przeniesienia pacjentki na (...). Biegli podnieśli, że od momentu gwałtownego pogorszenia się stanu zdrowia B. C. o godzinie 1.00 dnia 20.05.2015 r. i wystąpienia objawów wstrząsu krwotocznego ze znacznym spadkiem ciśnienia tętniczego i przyspieszeniem akcji serca B. C. znajdowała się w stanie bezpośredniego zagrożenia życia i istniały wskazania do przeniesienia jej na (...). Możliwości diagnostyczne i lecznicze (...), wynikające z kwalifikacji, wiedzy i doświadczenia kadry medycznej oraz organizacji pracy i wyposażenia technicznego, czynią go najbardziej odpowiednim do sprawowania opieki nad pacjentem we wstrząsie krwotocznym.

Biegli wskazali, że leczenie wstrząsu krwotocznego, który jest stanem bezpośredniego zagrożenia życia uzasadniało przeniesienie pacjentki na (...), tym bardziej, że kwasica, hipokalcemia i hipotermia typowo towarzyszące wstrząsowi

krwotocznemu, mają udowodniony wpływ na zaburzenia krzepnięcia krwi, co mogło i najprawdopodobniej miało istotny wpływ na przebieg krwawienia z dróg rodnych, utrudniając jego opanowanie.

Biegli uznali również, że przewiezienie pacjentki o godzinie 6.00 po operacji podwiązania tętnic macicznych i jajnikowych na Oddział Położniczo - Ginekologiczny było postępowaniem nieprawidłowym. Pacjentka powinna zostać przewieziona na (...), gdzie były warunki do prowadzenia wentylacji mechanicznej, czego stan pacjentki bezwzględnie wymagał. Biegli wskazali bowiem, że wobec utrzymującego się wstrząsu krwotocznego i stanu po operacji prowadzonej w znieczuleniu ogólnym istniały wobec B. C. bezwzględne wskazania do utrzymania intubacji i kontynuowania wentylacji mechanicznej.

Wszyscy lekarze sporządzający opinię w niniejszej sprawie podczas przesłuchania na rozprawie bezsprzecznie potwierdzili, że stan pacjentki wymagał przeniesienia jej na (...).

W. M. (2) stwierdził, że ustalenie przyczyn krwawienia, kontrola krwawienia, opanowanie, uzupełnienie i monitorowanie u chorej niestabilnej powinno odbywać się na Oddziale Intensywnej Terapii. Sytuacją dopuszczającą odmiennosc od tego postępowania jest przebywanie chorej na sali bezpośredniego nadzoru poznieczuleniowego czyli wybudzeniowej. Każdy pacjent w zagrożeniu życia powinien być przyjęty na Oddział Intensywnej Terapii. B. C. powinna trafić zatem na (...). Po operacji pacjent zaintubowany powinien trafić na salę bezpośredniego nadzoru poznieczuleniowego, a w przypadku jej braku na (...). Po drugim zabiegu pacjentka bezwarunkowo wymagała wentylacji mechanicznej, co kwalifikuje chorego do leczenia na oddziale intensywnej terapii. Biegły wskazał również, iż w czasie oczekiwania na zabieg, przy braku zgody pacjentki, chora powinna zostać przyjęta na (...). (k. 534-536)

S. J. zeznał, że stan pacjentki uzasadniał przyjęcie jej na (...), gdzie prowadzi się nad pacjentem intensywny nadzór, jest możliwość ciągłego monitorowania pacjenta, co nie jest możliwe na zwykłym oddziale. Pacjentka, która nie wyraża zgody na operację, a pogłębia się u niej wstrząs krwotoczny, powinna znaleźć się na (...)(...), gdzie ma większe możliwości leczenia wstrząsu krwotocznego. (k. 523-524)

W świetle powyższego twierdzenia oskarżonego, iż nie było wskazań do przeniesienia pacjentki na (...) są absolutnie bezpodstawne.

Przesłuchani w sprawie lekarze ze Szpitala (...) w K., jak i biegli lekarze sporządzający opinię, wskazują jednoznacznie, że B. C. od załamania się jej stanu zdrowia po wykonaniu zabiegu wyłęczekowania znajdowała się w stanie bezpośredniego zagrożenia życia. Tym samym stan jej zdrowia kwalifikował ją do podjęcia leczenia na (...), czego oskarżony zaniechał.

Jak wynika z omówionego materiału dowodowego, zarówno w postaci przesłuchań personelu medycznego Szpitala (...) w K. oraz zgromadzonej w sprawie dokumentacji medycznej, nie istniały żadne przeciwwskazania do przyjęcia B. C. na Oddział Intensywnej Terapii, tym bardziej, że Oddział dysponował w dniu 20 maja 2015 roku wolnym łóżkiem.

Nie można również zgodzić się, w świetle zgromadzonego materiału dowodowego, z twierdzeniem oskarżonego, że wobec pacjentki były wdrożone tożsame czynności lecznicze i opieka jakie miałyby na oddziela (...), a zatem przewiezienie pacjentki na (...) było niepotrzebne.

Jak wynika bowiem z opinii biegłych lekarzy zaniechanie przeniesienia pacjentki na (...) spowodowało, że jej leczenie, leczenie wstrząsu krwotocznego było niepełne.

Jak wynika z opinii biegłych możliwości diagnostyczne i lecznicze tego typu oddziału, wynikające z kwalifikacji, wiedzy i doświadczenia kadry medycznej, organizacji pracy i wyposażenia technicznego, czynią go najbardziej odpowiednim do sprawowania opieki nad pacjentem we wstrząsie krwotocznym.

Biegli wskazali przede wszystkim na konieczność rozpoczęcia monitorowania funkcji życiowych pokrzywdzonej już od momentu gwałtownego pogorszenia się jej stanu zdrowia o godzinie 1.00 dnia 20.05.2015 r. w sposób ciągły, dbając o

wyrównanie zaburzeń wentylacji mechaniki oddechowej i natleniania, rozważając przy tym zasadność zaintubowania pacjentki i prowadzenia wentylacji mechanicznej, co w warunkach oddziału ginekologicznego jest niemożliwe.

Biegli wskazali jednocześnie, iż okresowy pomiar ciśnienia tętniczego i tętna oraz podłączenie do kardiomonitora, a więc czynności jakie zostały podjęte wobec pacjentki przez oskarżonego na oddziale ginekologicznym nie było wystraszające.

Biegli wskazali przede wszystkim na potrzebę nakłucia tętnicy i wprowadzenia do tętnicy kaniuli celem pobierania krwi i wykonania badań gazometrycznych, przy czym podnieśli, że oznaczenie gazometrii z krwi włośniczkowej, a tym bardziej żylniej (jak to miało miejsce) u pacjentki we wstrząsie krwotocznym, było całkowicie niemiernodajne, aby kontrolować stopień utlenienia krwi i kumulacji dwutlenku węgla we krwi oraz zaburzenia równowagi kwasowo – zasadowej, które nierozdzielnie towarzyszą wstrząsowi krwotocznemu prowadząc do rozwoju kwasicy, co w warunkach oddziału ginekologicznego było niemożliwe. Należało korygować zaburzenia równowagi kwasowo - zasadowej, co bez wykonania badań gazometrycznych z krwi tętniczej było niemożliwe. Należało także kontrolować stężenie wapnia, spodziewając się jego spadku u chorej we wstrząsie krwotocznym i wyrównywać jego niedobory. Należało kontrolować temperaturę ciała, spodziewając się jego spadku u chorej we wstrząsie krwotocznym i w miarę potrzeby ogrzewać chorą.

Po zabiegu podwiązania tętnic macicznych i jajnikowych o godzinie 6.00 20.05.2015 r. pacjentka powinna zostać przyjęta na (...), gdzie były warunki do prowadzenia wentylacji mechanicznej. Wobec utrzymującego się wstrząsu krwotocznego i stanu po operacji przeprowadzonej w znieczuleniu ogólnym, poza ciągłym monitorowaniem funkcji życiowych oraz wykonaniem działań diagnostycznych i leczniczych o jakich był mowa powyżej, istniały bezwzględne wskazania do utrzymania wobec B. C. intubacji i kontynuowania wentylacji mechanicznej.

Biegły W. M. (2) na rozprawie podtrzymał stanowczo swoje stanowisko, podnosząc iż zachowanie anestezjologa było nieprawidłowe. Jedynie standard liczby personelu do chorej został zapewniony, pod warunkiem, że obecność pielęgniarki anestezjologicznej i lekarza anestezjologa była stała. Natomiast możliwości monitorowania na oddziale anestezjologicznym są zupełnie inne, szersze odnośnie badań oraz podjęcia wentylacji mechanicznej. Pomiar temperatury jednostkowy jest pomiarem incydentalnym, natomiast monitorowanie wstrząsu krwotocznego to ciągły pomiar funkcji życiowych. Brak podejmowania działań diagnostycznych skutkowało niewdrożeniem działań terapeutycznych o charakterze wspomagającym, bo oczywiście pierwszym elementem było zahamowanie krwawienia. Stężenie wapnia nie zostało określone wobec tego nie prowadzono w tym kierunku odpowiedniego leczenia. Biegły wskazał, że nie można uznać, że jeśli czegoś nie zbadano, to tego nie ma i to było prawidłowe. Całość postępowania anestezjologa ocenił jako nieprawidłowe.

Na powyższe wskazywali również w swoich zeznaniach lekarze ze Szpitala (...) w K. W. M. i G. D..

G. D. (1) zeznał, że jak najbardziej przyjęcie pacjenta na (...) daje lepsze warunki i możliwości opieki nad pacjentem, niż pozostawienie go na oddziale ginekologicznym. Poza (...) nie jest możliwe ciągłe monitorowanie funkcji życiowych. Można mierzyć ciśnienie, temperaturę, ale są to pomiary jednostkowe, ad hoc – doraźne, nie jest to ciągłe monitorowanie. Są to działania doraźne, zupełnie inne niż na (...). U chorego, który ma przetaczaną krew jest konieczne monitorowanie stężenia wapnia.

W. M. (1) zeznał, że po zabiegu operacyjnym z pewnością (...) zapewnia pacjentce lepszą opiekę, w tym monitorowanie funkcji życiowych. Świadek zeznał, że nie jest w stanie powiedzieć, na ile przewiezienie pacjentki na (...) polepszyłyby jej sytuację, jednak możliwe byłoby wdrożenie działań, których poza tym oddziałem, w warunkach oddziału ginekologicznego, nie można było wdrożyć, np. wprowadzenie w stan śpiączki farmakologicznej czy zaintubowanie i wentylacja mechaniczna.

Lekarze wskazywali przede wszystkim na brak ciągłego monitorowania funkcji życiowych, a co za tym idzie brak odpowiedniej diagnostyki i wdrożenia odpowiedniego leczenia wspomagającego. Natomiast po zbiegu operacyjnym,

poza brakiem stałego monitorowania funkcji życiowych biegli wskazali na zaniechanie kontynuowania wentylacji mechanicznej.

Oskarżony wyjaśniał wprawdzie, że pacjentka po drugim zabiegu została przekazana na oddział ginekologiczny zaintubowana, co ma potwierdzać wpis na karcie znieczulenia (k. 62 załącznika) - „pacjentka zaintubowana na oddział ginekologii, tlenoterapia na oddziale”, a następnie sama się rozintubowała.

Jednak żaden ze świadków – personelu medycznego nie potwierdził tej okoliczności. Wszyscy lekarze i pielęgniarki, którzy mieli bezpośredni kontakt z pacjentką bezpośrednio po zabiegu zgodnie zeznali, że pacjentka trafiła na oddział rozintubowana i nie pamiętali takiej sytuacji, aby była zaintubowana, a następnie sama się rozintubowała. Dopiero po okazaniu karty znieczulenia zasłaniaли się niepamięcią, co wskazuje jedynie na to, że nie chcieli zeznawać wbrew dokumentacji lekarskiej. Powyższe w ocenie Sądu dają podstawy do przyjęcia, że pacjentka wbrew temu co wynika z wpisu w karcie znieczulenia trafiła na oddział ginekologii rozintubowana. Nie jest bowiem możliwym, aby tyle osób tej okoliczność nie pamiętało.

W. M. (1) zeznał, że po zabiegu pacjentka trafiła na oddział ginekologii rozintubowana. Była rozintubowana na sali operacyjnej. Jak trafiła na oddział on się nią zajmował, natomiast anestezjolog wrócił do siebie, deklarując gotowość pomocy. Ponownie pacjentka została zaintubowana dopiero przez dr D.. Po okazaniu karty znieczulenia, po zapoznaniu się z wpisem, świadek zeznał, że być może rurka nie była usunięta, ale na pewno nie było respiratora. Nie wie kto usunął rurkę, na pewno nie on i nikt na ginekologii jej nie usuwał.

Jak zeznał wcześniej nie było wówczas przy chorej dr W.. Nikt poza anestezjologiem nie mógł rozintubować pacjenta, powyższe wynika również z zeznań innych lekarzy. Mógł ją zatem teoretycznie usunąć dr D., jednak ten tego nie potwierdził. Została pacjentkę rozintubowaną. Powyższe prowadzi do wniosku, jak zeznał wcześniej świadek, że pacjentka została rozintubowana jeszcze na sali operacyjnej.

Na pewno w momencie przejęcia pacjentki przez dr D., pacjentka nie była zaintubowana.

Członkowie rodziny, którzy mieli kontakt z pokrzywdzoną rano w dniu 20 maja 2015 r., również powyższe potwierdzili. Siostra pokrzywdzonej J. C. (k.374-375), która w szpitalu była rano w dniu 20 maja 2015 r. około godz. 8.00 zeznał, że siostra na pewno nie miała żadnej rurki, nie była zaintubowana, żadna aparatura nie wspomagała jej oddychania, mimo trudności rozmawiała z nią. Ł. O. (k.375v) – partner pokrzywdzonej, który w szpitalu był jeszcze przed siostrą pokrzywdzonej zeznał, że B. nie miała w buzi rurki, miała problemy z oddychaniem, ale oddychała samodzielnie, żadne urządzenie nie wspomagało jej oddychania.

Wszystkie pielęgniarki D. D. (k.411), Z. F. (k.479v), S. T. (k.411v), B. T. (k. 454), K. P. (k.439v-440) również zgodnie to potwierdziły. Zeznały również, iż w ich kilkunastoletniej praktyce nie zdarzyło się nigdy, żeby na oddział trafiała pacjentka zaintubowana.

S. T., której podpis widnieje pod wpisem na karcie znieczulenia, również nie pamiętała czy pacjentka rzeczywiście była zaintubowana, gdy ją przejmowała.

D. D., która pracowała wówczas na oddziale intensywnej terapii zeznała, że po zabiegu pacjentkę przewieźli na oddział ginekologiczny, podłączyli do kardiomonitora, po czym ona wróciła na salę operacyjną. To był koniec jej dyżuru. Świadek zeznała, że nie pamięta, aby pacjentka była zaintubowana bądź sam się rozintubowała. W czasie gdy z nią rozprawiała na pewno nie była zaintubowana Świadek zeznał, że rozmawiała z pacjentką około 7.00 na koniec dyżuru. Jej stan był wówczas ciężki.

B. T. zeznała, że gdy rano w dniu 20 maja 2015 r. o godzinie 7.00 rozpoczęła dyżur na oddziale ginekologicznym i zetknęła się z pacjentką, to pacjentka nie była zaintubowana. Świadek podniosła, że po zabiegu, jak pacjent jest zaintubowany nie trafia na oddział. Taki pacjent leży na bloku albo na (...). W jej 34 letniej praktyce zawodowej nie zdarzyło się, żeby zaintubowany pacjent leżał na oddziale. Świadek zeznała, że stan pacjentki był ciężki i pogarszał

się, zaczęły się problemy z oddychaniem. W tym czasie nie było przy pacjentce lekarza anestezjologa ani pielęgniarki z anestezjologii. Byli przy pacjentce lekarze ginekolodzy. Dopiero potem przyszedł dr D. z pielęgniarkami.

Z. F. zeznała, że po zabiegu przewoziła pacjentkę z bloku na oddział ginekologiczny i pacjentka nie była wówczas zaintubowana, pacjentka oddychała samodzielnie. Było to przed godz. 7.00, bowiem o 7.00 kończyła dyżur. Świadek zeznała, że nie pamięta takiej sytuacji przez 30 letni okres jej pracy, aby na oddział ginekologiczny został przewieziony zaintubowany pacjent.

K. P. zeznała, że pacjentka po drugim zabiegu na pewno nie była zaintubowana, bowiem z nią rozmawiała. Po przewiezieniu pacjentki z sali operacyjnej na oddział ginekologiczny pacjentka nie miała rurki. Na oddziale miała podawany tlen przez maskę. (k. 440)

Na powyższe wskazywali również biegli lekarze, podnosząc że pacjent zaintubowany, po zabiegu powinien trafić na oddział intensywnej terapii (jeśli nie ma sali wybudzeniowej), to standardowa procedura.

Jak wynika z opinii ustnej biegłego M. B. w karcie znieczuleniowej faktycznie oznakowano zalecenie, że pacjentka zaintubowana została przekazana na oddział ginekologii i na oddziale miano prowadzić tlenoterapię. Natomiast w konsultacji anestezjologicznej przeprowadzonej później znajduje się wpis dr D., że pacjentkę zaintubowano, co zdaniem biegłych wskazuje, że w międzyczasie pacjentka została rozintubowana, poza tym po operacji nie tylko należało w ocenie biegłych utrzymać intubację, ale kontynuować wentylację mechaniczną, natomiast ze zalecenia w karcie znieczuleniowej nie wynika, aby zalecano kontynuowanie wentylacji. Z karty nie wynika, aby taka wentylacja była prowadzona. Wpis w karcie znieczuleniowej nie zmienia więc faktu, że taka wentylacja nie była prowadzona.

Biegły W. M. (2) stwierdził, że po drugim zabiegu chora bezwarunkowo wymagała wentylacji mechanicznej, bowiem wentylacja mechaniczna u chorych znajdujących się w stanie wstrząsu krwotocznego jest elementem zwiększania strumienia tlenowego czyli ograniczaniem spontanicznego wysiłku oddechowego, który w sposób niepotrzebny będzie zużywał tlen znajdujący się w zbyt małej objętości krwi spowodowanej krwotokiem.

Wskazać również należy, iż wbrew twierdzeniom oskarżonego, ani on ani pielęgniarka anestezjologiczna nie byli w sposób stały przy pacjentce, a więc tak jak miałyby to miejsce na oddziale intensywnej terapii. Powyższe wynika bezspornie z omówionych powyżej zeznań świadków – lekarza W. M. (1) oraz pielęgniarek, w tym D. D., która sama podała, że po przewiezieniu pacjentki na oddział ginekologiczny wróciła na blok.

Sąd nie znalazł podstaw od zakwestionowania zeznań wskazanych świadków, bowiem ich relacje są zgodne, logiczne i konsekwentne. Pojawiające się luki czy nieścisłości są spowodowane wpływem czasu i dynamiką zdarzeń, w których uczestniczyli.

Sąd w pełni podzielił opinie sądowo – lekarską, została sporządzona przez osoby posiadające odpowiednią wiedzę, kwalifikacje i doświadczenie. Sporządzona opinia jest pełna i jasna, a zwarte w niej wnioski są logiczne i należyście uzasadnione. Biegli podtrzymali je zeznając na rozprawie.

Zeznania świadków J. L., A. J., D. R. i R. C. nie wniosły do sprawy nic istotnego

W tym stanie rzeczy w ocenie Sądu wyjaśniania oskarżonego stanowią jedynie przyjętą i chybioną linię obrony.

Jak wynika z opinii biegłych zaistniałe nieprawidłowości, a w szczególności zaniechanie przeniesienia B. C. na (...) po nagłym pogorszeniu się jej stanu zdrowia o godzinie 1.00 po zabiegu wyłęczekowania jamy macicy, a następnie po zabiegu podwiązania tętnic macicznych i jajnikowych o godzinie 6.00 oraz zaniechanie szeregu badań diagnostycznych i leczniczych, a po drugim zabiegu o godzinie 6.00 dodatkowo rozintubowanie i zaniechanie wentylacji mechanicznej, spowodowało że leczenie wstrząsu krwotocznego, który jest stanem bezpośredniego zagrożenia życia było niepełne, co mogło i najprawdopodobniej zmniejszyło skuteczność tego leczenia. Stwierdzenie takie jest uzasadnione, tym bardziej, że kwasica, hipokalcemia i hipotermia typowo towarzyszące wstrząsowi krwotocznemu, mają udowodniony wpływ na zaburzenia krzepnięcia krwi, co mogło i najprawdopodobniej

miało istotny wpływ na przebieg krwawienia z dróg rodnych, utrudniając jego opanowanie. Podanie w takich okolicznościach NovoSevrn mogło nie przynieść oczekiwanego efektu. W tym stanie rzeczy należy przyjąć, że zaistniałe nieprawidłowości spowodowały, że niebezpieczeństwo grożące życiu B. C. nie zostało zmniejszone odpowiednimi działaniami leczniczymi i mogło w sposób niepohamowany eskalować, a wręcz rozintubowanie pacjentki i zaniechanie dalszej wentylacji mechanicznej taką eskalację spowodowało. Daje to podstawy do przyjęcia, że zaistniałe nieprawidłowości spowodowały narażenie B. C. na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

Biegli wskazali, że nie można wykluczyć, iż nawet w przypadku prawidłowego postępowania doszłoby do zgonu pacjentki, a więc wykazać związku przyczynowo – skutkowego między stwierdzonymi nieprawidłowościami a śmiercią B. C., jednak wówczas jej szanse przeżycia byłyby większe.

Za zaistniałe nieprawidłowości odpowiedzialność ponosi anestezjolog dr C. W. (1), który jako jedyny lekarz mógł wówczas podjąć odpowiednie decyzje oraz działania diagnostyczne i leczenie względem B. C., a których z racji posiadanych kompetencji, wiedzy i doświadczenia – nie mogli podjąć ginekolodzy.

Skutkiem, o którym mowa w art. 160§1-3 kk, jest spowodowanie zagrożenia nie tylko w sytuacji, w której przed zachowaniem sprawcy żadne niebezpieczeństwo pokrzywdzonemu nie zagrażało, lecz także wtedy, gdy sprawca swoim zachowaniem zwiększa zagrożenie dla już zachodzącego bezpośredniego niebezpieczeństwa. W szczególności będzie to miało miejsce wtedy, gdy sprawca zobowiązany do zapobieżenia niebezpieczeństwu zaniecha wykonania ciężącego na nim prawnego, szczególnego obowiązku, np. lekarz wbrew obowiązkowi wynikającemu ze stanu zdrowia chorego, odmawia przyjęcia go do szpitala, zwiększając w ten sposób zagrożenie dla jego życia. W przypadku zaniechania wymaganych działań przez gwaranta nienastąpienia skutku, skutek co do przestępstw materialnych dokonanych przez zaniechanie będzie polegał zarówno na wywołaniu stanu zwiększającego owe niebezpieczeństwo, jak i na utrzymaniu się poziomu owego niebezpieczeństwa zastanego przez gwaranta w chwili aktualizacji jego obowiązku działania. Wynika to z treści obowiązku gwaranta, którego zadaniem jest nie tylko podjęcie działań zapobiegających pojawieniu się konkretnego niebezpieczeństwa dla chronionego dobra, ale także podjęcie wszelkich działań zmierzających do obniżenia stopnia konkretnego niebezpieczeństwa dla dobra istniejącego już w chwili aktualizacji jego obowiązku.

W tym miejscu wskazać należy, że skutkiem należącym do znamion strony przedmiotowej występku z art. 160 §2 i 3 kk jest nie tylko wywołanie takiej sytuacji, w której pacjent znajduje się, nie będąc uprzednio, w położeniu grożącym mu bezpośrednio niebezpieczeństwem dla życia lub zdrowia, ale również na utrzymaniu (nie odwróceniu, nie zmniejszeniu) istniejącego już poziomu tego niebezpieczeństwa w czasie, gdy urzeczywistnił się obowiązek działania lekarza – gwaranta. Co więcej, przestępstwo jest dokonane z chwilą narażenia na niebezpieczeństwo, chociażby osoba narażona nie doznała żadnej szkody. Tak ta kwestia jest ujmowana w orzecznictwie SN (vide m.in. wyrok SN z 14.07.2011 r., III KK 77/11, OSNKW 2011/10/94).

Dlatego też nie ma znaczenia dla bytu odpowiedzialności za występki z art. 160§2 i 3 kk 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.

Lekarz jako gwarant najwyższej dbałości i staranności o życie i zdrowie człowieka, jest zobowiązany do tego, by odwracać niebezpieczeństwo i zagrożenie dla tych dóbr, a nie do tego by go nie zwiększać. Ma obowiązek wdrożyć wszystkie działania, które w warunkach sytuacyjnych, w jakich działa, są według rekomendacji wynikających z aktualnego stanu wiedzy medycznej wymagane, jako dające szansę na wykluczenie, ograniczenie czy neutralizację pierwotnego niebezpieczeństwa, a nie tylko takie, które mogą do tego prowadzić w sposób pewny.

Lekarz obowiązany jest bronić ludzkiego życia i zdrowia, gdy tylko są one zagrożone i jego odpowiedzialności nie uchyla sam fakt, że nawet gdyby postępował prawidłowo, to i tak nie dałoby się wykluczyć, że pacjent by zmarł albo doznał ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

Przenosząc powyższe rozważania na grunt przedmiotowej sprawy, postulowany przez biegłych alternatywny model postępowania oskarżonego (przeniesienie pacjentki na (...)), obiektywnie możliwy do przepowiedzenia w sytuacji, w jakiej przyszło mu działać (szpital w tym czasie posiadał wolne miejsce na (...)), prowadził według ich opinii do zwiększania szans na przeżycie pacjentki, czyli tym samym zmniejszenia ryzyka śmierci.

Biegli stwierdzili bowiem, że w przypadku prawidłowego postępowania lekarza anestezjologa szanse na przeżycie pacjentki byłyby większe.

Zakres działania oskarżonego powinien zatem być i został oceniony z punktu widzenia obowiązku przyjęcia pacjentki na (...), co w odniesieniu do czasu, w którym działał, dawało lepsze warunki leczenia wstrząsu krwotocznego, tym samym dawało szansę na ograniczenie istniejącego niebezpieczeństwa.

Okoliczność, że pokrzywdzona ostatecznie zmarła oraz że nawet w przypadku prawidłowego postępowania anestezjologa mogło dojść do zgonu, dla ustalenia czy doszło do nastąpienia skutku konkretnego narażenia na niebezpieczeństwo utraty życia pozostaje bez znaczenia. (wyrok SN z dnia 5.04.2013 r. , IV KK 43/13, Lex)

Bez znaczenia dla odpowiedzialności z art. 160 kk pozostaje to, że nie można ustalić w sposób pewny, a nawet wysoce prawdopodobny, że gdyby postępowanie lekarza było prawidłowe, w niniejszej sprawie gdyby oskarżony przyjął pokrzywdzoną na (...), wykonał wszystkie czynności diagnostyczne, których zaniechano, w tym kontynuację wentylacji mechanicznej po drugim zabiegu, to pacjentka by przeżyła.

Biegły M. B. (1) na rozprawie uzupełniająco podniósł, że w tego typu przypadkach, kiedy występuje stan zagrożenia, efekt leczniczy, nawet jeśli leczenie jest prawidłowe, nigdy nie jest pewny. Jednak w niniejszej sprawie w przypadku prawidłowego leczenia, szanse przeżycia B. C. byłyby większe. Nieprawidłowe postępowanie medyczne spowodowało narażenie pacjentki na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia bądź ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w tym sensie, że brak prawidłowego postępowania nie spowodował zmniejszenia tego niebezpieczeństwa.

Biegły W. M. (2) podkreślił również, że w swojej opinii biegli zwrócili uwagę jedynie na te czynności, które były możliwe do wykonania z uwagi na błędy organizacyjne szpitala i były absolutnym minimum. W opinii nie zostały poruszone tematy bardziej specjalistycznych badań, które powinny być jeszcze wykonane, jak np. stężenie fibrynogenu.

Biegły M. B. (1), podobnie jak W. M. (2) wykluczył, na co wskazywał w wyjaśnieniach oskarżony, aby przetaczanie krwi miało jakikolwiek wpływ na zgon pacjentki, bowiem podczas sekcji zwłok i badań mikroskopowych stwierdzono typowe objawy ostrej niewydolności krążeniowo – oddechowej z przekrwieniem narządów wewnętrznych, obrzękiem płuc. W tym przypadku nie było objawów poprzetoczeniowych, był to obraz typowy dla wstrząsu krwotocznego.

W świetle powyższych okoliczności, w ocenie Sądu, wina i sprawstwo oskarżonego nie budzą wątpliwości.

W tym stanie rzeczy Sąd w ramach zarzucanego czynu uznał oskarżonego za winnego tego, że w dniu 20 maja 2015r. w Szpitalu (...) w K., jako lekarz dyżurny anestezjolog na Oddziale Intensywnej Terapii oraz osoba, na której ciążył obowiązek opieki nad osobami znajdującymi się w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, nieumyślnie naraził B. C. na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w ten sposób, że pomimo istniejących wskazań, zaniechał przeniesienia B. C. na Oddział Intensywnej Terapii, przez co leczenie wstrząsu krwotocznego, w jakim znajdowała się wymieniona, było niepełne, tj. popełnienia czynu z art.160§2 i 3 kk.

W świetle opinii biegłych Sąd nie znalazł podstaw do przypisania oskarżonemu działania z góry powziętym zamieram, a więc umyślnie, tak jak przyjął w zarzucie oskarżyciel. W ocenie Sądu oskarżony działał nieumyślnie, nie miał bowiem zamiaru narażenia B. C. na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia, ale do narażenia takiego doszło w wyniku niezachowania przez niego wymaganej w danych okolicznościach ostrożności, w sytuacji w której narażenie to przewidywał lub mógł przewidzieć.

Uznając oskarżonego za winnego popełnienia zarzucanego mu czynu Sąd wymierzył mu karę 250 stawek dziennych grzywny określając wysokość jednej stawki na kwotę 100 zł.

Przy wymiarze oskarżonemu kary Sąd uwzględnił całokształt okoliczności podmiotowych i przedmiotowych popełnionego przez niego przestępstwa, a zwłaszcza charakter czynu. Sąd miał przy tym na uwadze zarówno okoliczności łagodzące, jak i obciążające sprawcę.

Oceniając stopień społecznej szkodliwości czynu oskarżonego, Sąd uznał go za znaczny. Oskarżony jest doświadczonym lekarzem, od wielu lat wykonuje ten zawód i niewątpliwie posiada dużą wiedzę zawodową. Pomimo to dopuścił się istotnego błędu. Oskarżony zamiast wykonywać swoje obowiązki jako lekarz anestezjolog i podjąć jak najskuteczniejsze leczenie wspomagające ciężki stan, w jakim znajdowała się pokrzywdzona, usilnie przetrzącał odpowiedzialność za taki stan rzeczy na lekarzy ginekologów. Uznał, że kwestią najistotniejszą jest zatamowanie źródła krwawienia i zbagatelizował swoje obowiązki jako lekarza anestezjologa. Zlekceważył ciężki stan zdrowia pacjentki oraz podstawowe standardy postępowania, które nakazywały przeniesienie pacjentki na oddział intensywnej terapii, do czego ten oddział jest przeznaczony. Zaniechanie działań diagnostycznych i leczniczych, na które wskazywali biegli w opinii, zwłaszcza wentylacji mechanicznej pod drugim zabiegu bezsprzecznie zmniejszyło szanse pokrzywdzonej na przeżycie.

Z drugiej strony Sąd miał na względzie, że w Szpitalu (...) w K., co dostrzegli biegli, było szereg błędów organizacyjnych, co bez wątpienia ma wpływ na procesy decyzyjne pracujących w takich warunkach lekarzy, w tym oskarżonego, a tym samym stopień jego winy.

Ponadto przy wymiarze kary Sąd uwzględnił dotychczasowy nienaganny przebieg pracy zawodowej oskarżonego, jak i jego dotychczasowy ustabilizowany tryb życia oraz niekaralność. (dane o karalności k.578).

Uwzględniając powyższe, w przekonaniu Sądu, uzasadnionym było wymierzenie oskarżonemu kary o charakterze majątkowym.

Kara grzywny w orzeczonym wymiarze jest, w ocenie Sądu adekwatna do stopnia zawinienia oskarżonego. Jej wysokość uwzględnia możliwości finansowe oskarżonego, w tym jego dochody, stosunki rodzinne i majątkowe.

W przekonaniu Sądu, tak ukształtowana kara nie przekracza swoją dolegliwością stopnia winy oskarżanego, jest współmierna do wagi czynu, spełni cele zapobiegawcze i wychowawcze, a ponadto jako zgodna ze społecznym poczuciem sprawiedliwości będzie prawidłowo kształtowała świadomość prawną społeczeństwa.

Sąd obciążył oskarżonego kosztami postępowania, w tym opłatą, gdyż sytuacja finansowa i majątkowa oskarżonego, umożliwia mu uiszczenie tych należności.