

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 4 grudnia 2013 roku

Sąd Rejonowy w Białymstoku XV Wydział Karny w składzie:

Przewodniczący:	SSR Marek Dąbrowski
Protokolant:	sekr. sądowy Małgorzata Maliszewska

przy udziale Prokuratora – B. H.

oraz oskarżyciela posiłkowego M. R.

po rozpoznaniu na rozprawie w dniach 24.06., 12.08., 16.09., 30.09., 22.11. oraz 27.11.2013r.

sprawy: **D. N.** z domu C.,

ur. (...) w B., c. R. i B. z domu Ż.,

oskarżonej o to, że: w dniu 10 maja 2010 r. około godz. 5:25 w B. przy ul.

(...)w ramach wykonywania obowiązków w Wojewódzkiej (...) w B. na stanowisku lekarza udzielając pomocy medycznej I. N. (1) oraz będąc zobowiązaną do opieki nad wymienioną, posiadając informacje o ciężkim stanie, w jakim znajdowała się pacjentka, nie podjęła decyzji o natychmiastowej hospitalizacji chorej i intensywnym leczeniu w warunkach szpitalnych, wskutek czego naraziła wymienioną na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia oraz nieumyślnie spowodowała jej śmierć w dniu 10 maja 2010 r. o godz. 16:48,

tj. o czyn z art. 160 § 2 k.k. w zb. z art. 155 k.k.

I. Uniewinnia oskarżoną **D. N.** od popełniania zarzucanego jej czynu;

II. Zasądza od Skarbu Państwa na rzecz adw. P. K. kwotę (...),80 (jednego tysiąca pięciuset czterdziestu dziewięciu 80/100, w tym VAT w kwocie 289,80) złotych tytułem nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu oskarżycielowi posiłkowemu M. R.;

III. Kosztami procesu obciąża Skarb Państwa.

UZASADNIENIE

D. N. została oskarżona o to, że: dniu 10 maja 2010 r. około godz. 5:25 w B. przy ul. (...) w ramach wykonywania obowiązków w Wojewódzkiej (...) w B. na stanowisku lekarza udzielając pomocy medycznej I. N. (1) oraz będąc zobowiązaną do opieki nad wymienioną, posiadając informacje o ciężkim stanie, w jakim znajdowała się pacjentka, nie podjęła decyzji o natychmiastowej hospitalizacji chorej i intensywnym leczeniu w warunkach szpitalnych, wskutek czego naraziła wymienioną na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia oraz nieumyślnie spowodowała jej śmierć w dniu 10 maja 2010 r. o godz. 16:48, tj. o czyn z art. 160 § 2 k.k. w zb. z art. 155 k.k.

Oskarżona nie przyznawała się konsekwentnie do zarzucanego jej czynu. Kilkrotnie wyjaśniając (k. 229a, 321, 150, 198, 444v -446, 231, 446v-447) wskazywała, iż w ramach zespołu pogotowia ratunkowego brała udział w pomocy doraźnej pacjentce – I. N. (1), do której została wysłana ze wskazaniem na duszność. Oskarżona konsekwentnie wskazywała, że pacjentka była w domu, leżała w łóżku, była nakryta kołdrą, skarżyła się na ból gardła oraz miała podwyższoną temperaturę i nic nie wskazywało na znaczną duszność. W wyjaśnieniach kilkakrotnie podkreślała, że wysoka duszność powoduje brak możliwości położenia się, a tymczasem badana leżała. Oskarżona opisała dokładnie przebieg wizyty lekarskiej podkreślając, że nie okazano jej żadnej dokumentacji lekarskiej. Przyznała natomiast, że chora skarżyła się rzeczywiście na duszność, która pojawiła się około 4 nad ranem i stale się utrzymywała. Oskarżona podniosła, iż dokonała osłuchania pacjentki i stwierdziła zmiany w drzewie oskrzelowym. Twierdziła, że po podaniu leków, które opisała, stan chorej uległ poprawie. Nie mniej, jak twierdziła, zleciła wizytę u lekarza pierwszego kontaktu. Kilkrotnie podkreślała, iż nie widziała wskazań do hospitalizacji, a nawet przewiezienia do szpitala jedynie celem dalszej obserwacji. Odnosząc się do wykonanej dokumentacji wyjaśniła, iż na karcie wyjazdowej zaznaczyła wystąpienie rzężeń, świstów i furczeń, zaś w tabelce zaznaczyła jedynie rzężenia podkreślając, iż były to świsty i furczenia. Zauważyła, że obowiązywał nowy rodzaj kart i dopiero uczyła się ją prawidłowo wypełniać. Wskazała, że zaobserwowane odgłosy w postaci rzężeń suchych – świsty i furczenia są charakterystyczne dla przewlekłej obturacyjnej choroby płuc ((...)). Wskazała, że taki rodzaj rzężenia świadczy o zaleganiu wydzieliny w drzewie oskrzelowym, a nie o stanie zapalnym. Twierdziła też, że rzężenia wilgotne świadczą zaś już o stanie zapalnym w tkance płucnej. Stąd zdecydowała się na podanie chorej leków powodujących rozkurcz oskrzeli, co skutkuje ułatwieniem odkrztuszenia zalegającej wydzieliny, przy czym podany T., czyli teofilina rozszerza drzewo oskrzelowe, zaś magnez działa tak samo, ale i rozluźnia zalegającą wydzielinę w drzewie oskrzelowym. Z kolei K., inaczej Hydrokortyzon działa przeciwwzapalnie i przeciwobrzękowo. Twierdziła, że leki te podaje się standardowo u pacjentów z chorobami płuc zarówno w przypadku rzężenia suchego, jak i mokrego. Podniosła, że włączenie antybiotyku, bądź hospitalizację chorego uzależnia się od jego stanu klinicznego. Zasugerowała włączenie antybiotyku uzależniając to jednak od konsultacji z lekarzem rodzinnym, ale nie z powodu choroby płuc, a ze względu na zapalenie gardła, infekcję rozwijającą się o pacjentki oraz ze względu na to, aby ktoś ją zobaczył po kilku godzinach od jej wizyty i stwierdził kierunek zmian stanu zdrowia. Oskarżona wykluczyła też, aby występował obrzęk krtani. Podniosła, że w takim przypadku chora dusiłaby się, nie mogłaby się położyć, łapałaby powietrze, a takie objawy nie występowały. Oskarżona nadmieniła, że opuściła chorą kiedy jej stan się poprawił i zespół powrócił do Stacji z zaleceniem pilnego kontaktu z lekarzem rodzinnym.

Sąd zważył, co następuje:

Poza sporem pozostawało, iż w dniu 10 maja 2010r. do I. N. (1) o godz. 5:30 zostało wysłane pogotowie ratunkowe, w którego zespole lekarzem była D. N.. Lekarz przeprowadziła wywiad, po czym podano teofilinę w dawce 200 gram dożylnie, hydrokortyzon w ilości w dawce 100 gram oraz 2 dawki magnezu rozcieńczonego solą fizjologiczną o stężeniu 20%. Niewątpliwie także, zaleciła wizytę domową lekarza rodzinnego celem wypisania antybiotyku. Bezspornie do wizyty lekarza pierwszego kontaktu doszło dopiero między godziną 12 a 13, lekarzem była M. L. oraz, że został wypisany antybiotyk, którego nie wykupiono i nie podano, jak i wydano zlecenie na transport do szpitala. Wreszcie niesporne jest, iż około godziny 16 wystąpiły u pacjentki objawy silnej duszności, utrata przytomności, co skutkowało wezwaniem kolejnego zespołu pogotowia. W tej wizycie uczestniczył lekarz F. A. A. (1), który prowadził akcję reanimacyjną, jednak mimo podjętych wysiłków doszło do zgonu I. N. (1) o godzinie 16:48. Za bezsporne należy także uznać, że I. N. (1) od szeregu lat leczyla się z powodu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc ((...)), ale nie cierpiała na astmę oskrzelową, co potwierdza szeroka dokumentacja medyczna (k.328-346) i depozycje T. K. (k. 348, 497v-498), której dano wiarę.

Zarzut postawiony oskarżonej stypizowany w art. 162 par 2 kk stanowi kwalifikowaną obowiązkiem opieki formę przestępstwa narażenia człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. W okolicznościach niniejszej sprawy do naruszenia wskazanej normy wedle treści zarzutu miało dojść poprzez brak hospitalizowania pacjentki mimo wiedzy o jej ciężkim stanie, co doprowadziło do bezpośredniego narażenia jej na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia i w efekcie skutkowało zgonem chorej - art. 155 kk dotyczy tego skutku.

W pierwszym rzędzie zatem należy odpowiedzieć na pytanie, co było przyczyną zgonu, skoro to działanie oskarżonej miało do tego doprowadzić wskutek błędnej diagnozy oraz podjętych decyzji o pozostawieniu jej w domu. Na to pytanie materiał dowodowy nie daje niestety precyzyjnej odpowiedzi. Teza o śmierci w wyniku masywnego obrzęku krtani (k. 33 v teza II) wywiedziona przez biegłych patologów po dokonaniu sekcji zwłok już w chwili jej formułowania została obwarowana brakiem pewności, przy czym biegli sugerowali wykonanie dodatkowych badań w celu potwierdzenia wstępnej jedynie i niepewnej opinii, co zresztą zaznaczyli w samej opinii. Biegli wskazali także na konieczność zlecenia takich że przez Prokuraturę (k. 33 v teza II) oraz zaznaczyli w opinii, iż pobrano konieczne preparaty (k. 32 v pkt 19 opinii). Jednocześnie ostrzegli, iż zostaną one zniszczone po upływie 30 dni, jeśli organ zlecający opinię nie zażąda dodatkowych badań. Takie w istocie nie zostały zlecone; Prokuratura zadowolona się bowiem stwierdzeniem zawartym w opinii mimo zawartego zastrzeżenia i wskazania jedynie możliwej przyczyny zgonu, nie zaś ustalonej w sposób pewny, bądź graniczący z pewnością. To z kolei skutkowało likwidacją zabezpieczonego materiału, czego potwierdzeniem jest informacja uzyskana z Zakładu Medycyny Sądowej (...) w B. (k. 559).

Już z powyższego wynika, że stawiany oskarżonej zarzut doprowadzenia do śmierci przez zaniechanie wykonania prawidłowych czynności medycznych nie może się ostać, skoro nie jest znana w sposób pewny przyczyna śmierci I. N. (2), a podejmowane próby wyjaśnienia tego zagadnienia nie dały rezultatu. W pierwszym rzędzie należy zauważyć, że opinie biegłych z Akademii Medycznej z W. w ogóle nie odnoszą się do tego, podstawowego przecież zagadnienia skupiając się na działaniach lekarza i je oceniając. Tymczasem zdaniem Sądu, trudno oceniać prawidłowość zastosowanej procedury medycznej, jeśli nie wiemy, jaki element prowadzący do zgonu dana czynność miałyby usunąć, czy zniwelować. Opinia ekspertów (...), jak się zdaje, za dogmat przyjęła założenie Prokuratora, który z kolei za patologami przyjął masywny obrzęk krtani nie dostrzegając, iż jest to jedynie jedna z hipotez, która zdaniem samych biegłych wymagała dalszych badań dla jej zweryfikowania. Takich, jak wskazano wyżej, nie wykonano i nie da się ich już zrealizować wobec braku materiału, który był przecież zabezpieczony i jedynie „czekał” na odpowiednie zlecenie jego zbadania. Potwierdzili to zresztą sami biegli wykonujący sekcję zwłok. Słuchani przed Sądem potwierdzili swoje ustalenia, ale zaznaczyli, że ich ocena w żadnym razie, bez weryfikacji kolejnymi badaniami, nie może być uznana za pewnik. Podkreślili też, że w samej opinii sugerowali przeprowadzenie dalszych badań, które nie zostały jednak zaordynowane. Biegły A. S. (k.480-483) po szerokiej wypowiedzi konkludował, iż nie sposób ustalić obecnie przyczyny zgonu I. N. (1) (k.482), jak i potwierdził, iż stwierdzenie z opinii nie można uznać za ocenę pewną. Co więcej jednak, biegły zauważył, że przyczyn obrzęku krtani również może być wiele i właśnie badania mikroskopowe zabezpieczonego materiału pozwoliłyby na ustalenie etiologii ich powstania. Biegły zaznaczył też, że w toku sekcji w ogóle nie weryfikował zapisu EKG, co nota bene stawia pod znakiem zapytania rzetelność pracy biegłych. Być może bowiem śmierć pacjentki nie miała związku z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc, na co cierpiała od lat chora, a miała inne podłoże, choćby kardiologiczne. Można też postawić pytanie, czy obrzęk krtani nie został wywołany działaniem toksyny, chociażby urządzeniem owada, co skutkowałoby reakcją alergiczną i zostałyby wykazane badaniem materiału w postaci zabezpieczonej krtani denatki? Albo wzięciem jakiegoś leku przez chorą, skoro wiadomo, że różne medykamenty stały przy łóżku, pacjentka leczyła się psychiatrycznie, a była uczulona na amizepin (informacja z karty leczenia szpitalnego (...) ostatnia strona; koperta k.89), a jest to lek (i jego pochodne) popularny wtoku leczenia dolegliwości mentalnych. Wtedy śmierć pozostawałaby poza zakresem działań, czy zaniechań oskarżonej. Ewentualne przyczyny można zresztą mnożyć. Ten zabieg stylistyczny ma jednak na celu nie wykazywanie możliwych hipotetycznych wersji zdarzeń, ale winien jednak uprzytomnić pewne założenie natury generalnej, a to, że brak rzetelnej wiedzy o przyczynie śmierci chorego nie pozwala na rzetelną ocenę działań lekarza, a z pewnością przypisanie mu zaniechania prowadzącego do tragicznego skutku. Hipotetyczna, acz możliwa w realiach sekcji zwłok inna przyczyna śmierci, niż wskazany jako prawdopodobny obrzęk krtani mogłaby oznaczać jednak, że zachowanie oskarżonej nie miałyby najmniejszego znaczenia, a brak hospitalizacji w godzinach rannych pozostawałby jedynie w luźnym związku ze śmiercią I. N. (1). Trzeba podnieść, iż także biegła A. J. (k. 531v-534) wykluczyła możliwość pewnego podania przyczyn zgonu badanej wobec zaniechania zlecenia dalszych badań preparatów (k.531v) i ich obecnego braku. Wprost wskazała, że w punkcie III opinii pisemnej podano możliwą przyczynę śmierci sugerując dalsze badania (k.534v : „myśmy wskazali tylko na pewną możliwość”). Zauważyła, że była to przyczyna jedynie uprawdopodobniona, która wymagała dalszych badań mikroskopowych. Biegła wykluczyła jednocześnie intubowanie

w czasie istniejącego obrzęku wskazując na brak śladów forsowania krtani zbrzękniętej i wskazała na możliwą reakcję alergiczną, która miałaby doprowadzić do tego masywnego obrzęku. Zauważyła też, że zapisu EKG nie pamięta oraz, że nie może wykluczyć nagłej niewydolności serca, co bywa następstwem chorób płuc. Ostatecznie zatem obaj patolodzy wykluczyli, aby na podstawie ich opinii powstałej w wyniku sekcji zwłok wskazać na pewną przyczynę śmierci badanej.

W tym miejscu należy skonkludować, że dla przypisania oskarżonej zarzucanego jej przestępstwa należy stwierdzić, że działania lekarza pozostawały w związku przyczynowym ze skutkiem, a wobec braku pewnej odpowiedzi o przyczynę śmierci nie sposób odpowiedzieć, czy podejmowane przez lekarza czynności, niezależnie nawet od ich trafności w jakikolwiek sposób wpłynęły na dramatyczną zmianę stanu I. N. (1) z godziny około 16:00 i dalej do jej śmierci. Należałoby też wskazać, które działania były trafne, które nie, ale i na zaniechania, które pozostawały w bezpośrednim związku ze stanem niebezpieczeństwa utraty zdrowia i życia, a dalej ze śmiercią pacjentki. Wreszcie należałoby wskazać, że podjęcie działań, których zaniechanie zarzuca się oskarżonej usunęłyby stan niebezpieczeństwa i w efekcie dramatyczny skutek. Jeśli jednak brak jest ustaleń co do przyczyn śmierci, to zdaniem Sądu nie ma też możliwości, aby w sposób pewny i twierdzący odpowiedzieć, że hospitalizacja i intensywne leczenie w warunkach szpitalnych wskazane w treści zarzutu zapobiegłoby śmierci pacjentki. Zatem już w tym momencie w zasadzie można byłoby zakończyć wywód opierając się na treści art. 5 par 2 pkp. Skoro nie wiemy, jaka jest przyczyna śmierci I. N. (1), nie można odpowiedzialnie twierdzić, że to zaniechanie lekarza w podejmowaniu jakiegokolwiek czynności, w jakikolwiek sposób się do tego przyczyniło, a zatem, iż to on swoim działaniem, bądź jego brakiem doprowadził do stanu niebezpieczeństwa utraty życia lub zdrowia. Nie można bowiem wykluczyć tezy, że nieznaną przyczyną śmierci do takiego stanu doprowadziłyby niezależnie od postawy lekarza.

Niezależnie od powyższego, materiał dowodowy zebrany w sprawie powoduje jednak, iż owa wstępna i jak sami wykazali, niepewna ocena patologów opisana w punkcie III opinii pisemnej budzi wątpliwości, których zresztą nie usunęli, a ostatecznie nie zyskała ona akceptacji Sądu. Oto bowiem obdukcja zawiera wskazanie, iż u zmarłej znaleziono zagardłowy wylew krwawy o wielkości około 2 cm. (k.31). Powstaje zatem pytanie, jak doszło do tego wylewu, skoro powstaje on zażyciowo, tj. w czasie krążenia krwi, a nie po śmierci, kiedy krążenie ustaje i do wylewu dojść nie może. Na pytanie to nie odpowiedział biegły S. przyznając jednak zażyciowość powstania tego śladu. Podobnie w tej kwestii opiniowała biegła N. – J.: „podbiegnięcie w przestrzeni zagardłowej znaleźliśmy i zostało opisane w protokole sekcyjnym. Ono może jak najbardziej świadczyć o próbie intubowania, czy rękoczynach w tej okolicy. Doszło do tego, kiedy było zachowane krążenie, czyli pacjentka żyła.” Niewątpliwie należy dostrzec pewną sprzeczność w opinii biegłych, którzy wskazali raz na brak możliwości intubowania, drugi raz, że jednak do intubacji mogło dojść. Jak jednak wyjaśnić obrażenia zagardłowe przy ich braku w krtani, skoro to ona miała być masywnie zbrzęknięta? W ocenie Sądu, skoro jednak zagardłowo doszło do wylewu, nie sposób wytłumaczyć przyczyny tego stanu rzeczy w kontekście obrzęku krtani, jako przyczyny śmierci. Coś bowiem spowodowało ten wylew jeszcze, kiedy pacjentka żyła. Tym czymś mogła być choćby rura intubacyjna, ale wówczas musiała ona przejść przez krtani bez jej uszkodzenia, a zatem nie mogła być zbrzęknięta. Jako pierwsza przyczyna podbiegnięcia zagardłowego nasuwa się jednak nacisk łyżki laryngoskopu, która pozwala na wykonanie przejścia przez krtani rurki intubacyjnej, choć zdaniem biegłej N. – J. ta nie była forsowana w czasie obrzęku, gdyż nie ma jej śladów. Pozostaje zatem możliwość, iż krtani nie trzeba było forsować, gdyż nie była w obrzęku, co biegła N. – J. kilkakrotnie odrzucała kwestionując również zeznania świadka F. A. A. (2), które z kolei Sad obdarzył walorem wiarygodności. Jeśli bowiem krtani nie była obrzęknięta, wtedy może powstać zażyciowo wylew zagardłowy bez uraz krtani, co jest całkowicie logicznie wytłumaczalne. Taka teza byłaby prosta do wykazania w razie ustalenia, że doszło do zabiegu intubacji, a zatem, że wprowadzona rurka intubacyjna podawała powietrze do płuc, a te unosiły klatkę piersiową. Należy zauważyć, że w chwili sporządzania opinii pisemnej biegli patolodzy nie dysponowali zeznaniami świadka F. Al (...), który reanimował I. N. (1). Ten zeznał natomiast, że bez przeszkód wykonał intubację, powietrze było podawane, o czym świadczyło unoszenie się klatki piersiowej. Świadek zeznał (k.51-52, 273-275), że resuscytacja wykonywana była dość długo i jest pewien prawidłowego wykonania zabiegu, a gdyby nie mógł przejść przez gardziel, wykonałby zabieg tracheotomii, bądź konikotomii, co nie było jednak potrzebne. Swoje depozycje rozwinął też w toku ostatniego przesłuchania (k.494-497v). Zeznania tej treści są konsekwentne i doznają potwierdzenia relacją ratownika medycznego – K. B. (k.80, 275-276), czy D. M. - członka zespołu karetki (k.474v-475v, 272-273, 60v). Wprawdzie powstały pewne

nieściskości, kto wprowadził rurkę przez krtań pacjentki, ale świadek A. jasno wskazał, że to on - jako lekarz odpowiada za ten zabieg, a przede wszystkim, iż widział unoszącą się klatkę piersiową pacjentki, co świadczy o wprowadzaniu powietrza właśnie przez rurkę. Trzeba zauważyć, że weryfikacja prawdziwości słów świadków lekarza i ratownika drugiego zespołu znajduje pewne potwierdzenie w zapisie EKG, który, jak wskazał biegły S., nie był przedmiotem jego analizy. Niestety zapis złożony został do dokumentacji linią ciągłą na wierzchu, co rodziło przekonanie, iż żaden inny zapis na papierze nie ma miejsca. Ale uważna analiza zapisu EKG wskazuje, że serce pacjentki było pobudzone i zaczynało pracować w czasie akcji reanimacyjnej, co znów potwierdzili patolodzy po zapoznaniu się z dokumentem, choć nie chcieli go oceniać zasłaniając się niewiedzą. Skoro jednak serce podejmowało pracę, to ewidentnie musiało temu towarzyszyć oddychanie, a zatem światło krtani przed śmiercią pacjentki nie było zwężone na tyle, aby uniemożliwić dopływ powietrza. Co więcej, skoro w krtani była rurka, to nie mogło dojść do masywnego obrzęku skutkującego zamknięciem światła w tym narzędziu i wyłączeniem dopływu tlenu, gdyż narzędzie to ze swej konstrukcji i celu uniemożliwia właśnie tak stan rzeczy. Wreszcie w sekcji ujawniono rozdzęcia pól płucnych, co jest dowodem wtłaczania w nie powietrza siłowo, o czym opiniowała biegła R. – D.. W tym zatem stanie rzeczy nie można zgodzić się z oceną relacji świadka F. A. A. (2) o braku intubacji, co sugerowała biegła N. – J. jedynie w oparciu o stwierdzony obrzęk krtani i brak śladów jej forsowania. Odnotować trzeba zresztą, iż następnie nieco wycofała się z tej opinii po pytaniach biegłej R. – D. o etiologię powstania wylewu zagardłowego. Pozostają zatem w zasadniczej zgodności: brak śladów forsowania krtani, ślad zagardłowego wylewu od działań związany z wprowadzaniem łyżki laryngoskopu, zapis EKG, rozdzęcie górnych części pól płucnych i zeznania lekarza oraz ratownika uczestniczących w akcji reanimacyjnej i członka zespołu zapewniających o braku problemów z wprowadzeniem rurki oraz utrzymujących, że powietrze wypełniało klatkę piersiową po podaniu go za pomocą worka ambu. Te elementy jednak wykluczają tezę o obrzęku krtani, który zawężając światło przewodu umożliwiającego transport tlenu doprowadzić miałby do uduszenia I. N. (1). Powyższą argumentację przeczącą opinii o przyczynie śmieci w usunięciu światła w krtani zaprezentowali zaś biegli M. D. i W. N., którym wobec wskazanych argumentów Sąd w pełni dał wiarę. Biegli ci zauważyli też, że w odniesieniu do twierdzeń o możliwym alergicznym podłożu obrzęku krtani, podany hydrokortyzon jako lek antyalergiczny powinien uchylić reakcję alergiczną i obrzęk krtani, a nie ją spowodować.

Powyższa konstatacja zatem wyklucza ustalenia (...) Prokuratorskiego, co do przyczyny śmierci pacjentki, przy jednoczesnym twierdzeniu biegłych patologów o braku możliwości ustaleń w tym względzie. Biegli R. i N. upatrywali z kolei przyczyn śmierci chorej w nagłym załamaniu układu krążeniowo - oddechowego I. N. (1) wywołanym tak infekcją, jak i przewlekłością choroby (...), która nieustannie zmniejszała powierzchnię odpowiadającą za oddychanie, co w końcu, w jakimś momencie, którego nie sposób było ustalić, doprowadziło do zgonu. W ich opinii zatem do niewydolności oddechowej rzeczywiście doszło tyle, że z przeciwnych przyczyn – brak powierzchni oddechowej, a nie zamknięcia światła krtani i w efekcie odpływu tlenu do płuc. Mówiąc obrazowo chora nie miała już czym oddychać, a nie uniemożliwiony został transport tlenu. Oczywiście i ta opinia z powodu braku preparatów jest jedynie hipotezą, ale już opartą na całokształcie materiału dowodowego. Nie zawiera też elementów wątpliwych, jak ta z opinii posekcyjnej - pkt III. Oznacza to, że jest najbardziej bliska ustaleniu rzeczywistej przyczyny śmierci I. N. (1), choć niestety także nie wyklucza wszelkich wątpliwości. Biegli R. D. i N. w swych depozycjach wskazali jednak, że przy ich założeniach oskarżona nie miała żadnej sposobności, aby zdiagnozować stan, który pojawił się u pacjentki nagle po kilku godzinach od jej wizyty. Dokonując też oceny jej działań wskazali, że były one poprawne i nie budziły ich wątpliwości. Co więcej, zauważyli, że rolą zespołu pogotowia nie jest leczenie chorego, a podjęcie działań doraźnych ratujących życie i przekazanie do leczenia lekarzowi pierwszego kontaktu, czy specjaliście. Należy zauważyć, że oskarżona zaleciła pilny kontakt z lekarzem rodzinnym, a ten został wykonany dopiero po ponad 6 godzinach od wizyty oskarżonej. Zdaniem biegłych jednak stan terapeutyczny, który osiągnęła podając lek teospirex, hydrokortyzon oraz magnez był prawidłowy, skoro duszności ustąpiły, a do tego oskarżona była zobowiązana w ramach jej wizyty. Biegli nie widzieli także konieczności przewiezienia chorej do szpitala w tym stanie klinicznym, który zastała, skoro podane leki przyniosły szybką i zdecydowaną poprawę, a taka sytuacja miała już wielokrotnie miejsce w przeszłości chorej. Należy zauważyć, że takiej potrzeby nie widziała także lekarz pierwszego kontaktu – M. L., która zleciła transport karetką jedynie z przyczyn socjalnych, a sama również nie dzwoniła po pogotowie. Ja wynika z jej depozycji chora przywitała ją wychodząc z mieszkania, poruszała się, rozmawiała (k.476-478v, 26-271, 73-74). Podobną relację złożyła pielęgniarka środowiskowa towarzysząca lekarce – Z. L. (k. 498v-499v). Zlecenie transportu chorej potwierdza z kolei

dokument z wizyty (k.78) przy czym nie było potrzeby wzywania zespołu ratunkowego. Pewne jest też, że zlecenia transportu chora nie okazała swemu konkubentowi – S. Ł., co wynika z jego depozycji (k.472-474, 232-233, 58v), które należy uznać za wiarygodne. Okoliczność poprawy stanu I. N. (3) wynika też z zachowania mężczyzny, który udał się po obiad pozostawiając ją samą w domu. Oczywiście jest wobec troski, którą ją otaczał, że nie wyszedłby po posiłek, gdyby stan chorej był zły. Zatem procedura medyczna wszczęta przez oskarżoną w ocenie biegłych była trafna i tę ocenę podzielił Sąd. Trzeba podkreślić, że opinie ustne i pisemne biegłych R. – D. oraz N. cechowały się starannością w doborze argumentacji, rzeczowością, pełnym profesjonalizmem, a jednocześnie były jasne, logiczne, klarowne. Szerokie uzasadnienie każdej tezy było zrozumiałe, czego ostatecznym dowodem jest fakt, że zamknięto przewód wobec braku dalszych pytań do biegłych. Sąd niezwykle wysoko ocenił te ekspertyzy i na nich ostatecznie oparł swoje ustalenia w zakresie medycznych aspektów choroby I. N. (1), ale i oceny postępowania oskarżonej. Zdaniem Sądu nie ma potrzeby w takiej sytuacji przytaczać opinii (tym bardziej wobec ich znaczących rozmiarów), skoro podzielono ją w całości (k.544-558 oraz opinie ustne) przedkładając nad ocenę innych ekspertów występujących w sprawie. Stąd należy uznać, że oskarżona nie miała możliwości przewidzenia, że w tym przypadku dojdzie do takiego nagłego pogorszenia stanu zdrowia pacjentki oraz, że jego skutkiem będzie jej zgon.

W tym miejscu jednak na uwagę zasługuje kilka szczególnie istotnych kwestii stanowiących o sporze między stronami w kwestii wypowiedzi biegłych. Pierwszym zagadnieniem jest poziom saturacji, jako podstawa obligatoryjnej hospitalizacji. Zdaniem biegłych N. i R. - D., którą to ocenę Sąd podzielił, sam wynik tego badania nie zobowiązuje lekarza do decyzji o hospitalizacji. Jest to jedynie jeden z czynników pomocnych do diagnozy, a ta w świetle materiału dowodowego nie zobowiązywała do przewiezienia pacjentki do szpitala. Dalej wyjaśnienia wymaga fakt, że pierwotnie kartę wyjazdu pogotowia odczytano błędnie uznając, że lekarz określiła saturację na poziomie 80 procent. Wykonane badanie pisma (k.160-169) ostatecznie doprowadziło do stwierdzenia, iż saturację oznaczono na poziomie 90 procent, przy czym mimo niewielkiej różnicy matematycznej, oba wyniki w kontekście stanu pacjenta dzieli przepaść. W tym zakresie również oparto się na depozycjach biegłych R. i N., przy czym wartym zaznaczenia jest, że biegli ci w odróżnieniu od ekspertów (...) przedstawili materiał źródłowy, na którym oparli swoją argumentację („Światowa strategia rozpoznawania leczenia i prewencji przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, podsumowanie aktualizacji, G. (...)” opublikowane w „Medycyna praktyczna, marzec 2012”). Trzeba wskazać jednak, że teza o konieczności hospitalizacji I. N. (1) przy uzyskanej saturacji rzędu 90% i formułowanie twierdzeń o sprzeczności biegłych (...) i (...) jest jedynie pozorna. Należy zauważyć bowiem, że ostatecznie biegli z Akademii Medycznej z W. wycofali się z uprzednich kategoriycznych ocen po ujawnieniu stanu pacjentki w świetle depozycji świadków oraz wobec jednoznacznego ustalenia, iż chora cierpiała na (...), a nie na astmę. Wprost wreszcie biegła M. K. (k.320-322) wskazała, że brak rzężeń wilgotnych u chorej nie powodowało konieczności przewiezienia jej do szpitala, a przecież ciągle wiedziała o ujawnionej w karcie saturacji. Zatem oba zespoły biegłych nie w poziomie saturacji upatrywały zatem konieczności leczenia szpitalnego, a przeciwstawianie ich twierdzeń jest nietrafne. Oba bowiem ostatecznie pominęły saturację jako samodzielną podstawę hospitalizowania pacjentki skupiając się na rodzaju rzężeń i stanie klinicznym chorej. Oczywiście też trudno oceniać inaczej, jak dalece niefortunną wypowiedź – pytanie biegłej M. K., z którego wynikało, jaka odpowiedź w ocenie biegłej ekskulpuje oskarżoną, tyle, że już ono padło i nic tego nie odwróci. Oskarżona słyszała tak postawione pytanie i na nie odpowiedziała (k.321) wskazując, że słyszała rzężenia suche, a nie wilgotne. Można podnosić oczywiście, że oskarżona dowiedziała się dopiero wówczas, jakie rzężenia „winna usłyszeć”, aby być oczyszczoną z zarzutu, przynajmniej w opinii ekspertów z placówki we W.. Na tym jednak etapie postępowania brak jest możliwości zakwestionowania podanej odpowiedzi o usłyszanych rzężeniach typu suchego (k. 321). Nie mniej, tak postawiona teza nie jest trafna, albowiem biegła R. – D. po przeanalizowaniu uprzednich w stosunku do tej wypowiedzi oskarżonej zauważyła, że odpowiedź oskarżonej pozostaje w zgodności z pewnymi elementami jej uprzednich wypowiedzi, które wskazują na konsekwencję, a nie wskazanie odpowiedzi wobec pytania biegłej K. zawierającej pewną sugestię. Szczegółności chodzi tu o odniesienie się do odgłosów w drzewie oskrzelowym. Oto biegła wskazała, że: „w wyjaśnieniach oskarżonej zarówno w postępowaniu przygotowawczym, jak i na pierwszej rozprawie nie padło słowo furczenia lub świsty, lecz zmiany osłuchowe nad płucami oskarżona opisywała jako objawy zalegania wydzieliny w drzewie oskrzelowym. A więc na pograniczu górnych i dolnych dróg oddechowych, tzn. oskrzeli różnego kalibru, lecz nie w oskrzelikach końcowych, lejkach, czy pęcherzykach płucnych, a więc nie w samym miąższu płucnym. Nie padło też określenie zmiany zapalne nad płucami, więc my z kolei możemy przypuszczać, że na tej podstawie,

tzn. „objawy zalegania w drzewie oskrzelowym” biegła przypuszczała, iż chodzi o rżenia suche. Objawy zalegania w drzewie oskrzelowym będą dawać zmiany osłuchowe o typie rżeń suchych lub wilgotnych w zależności od gęstości zalegającej wydzieliny. Im ta wydzielina będzie gęstsza, tym będzie więcej zmian o typie rżeń i furczeń, a im bardziej płynna, to będą rżenia wilgotne. Przy czym oba typy rżeń mogą ze sobą współistnieć. Jeśli się wysłuchuje w jednym obszarze, czy nawet w obszarze tego samego płuca rżenia suche, to mogą współistnieć rżenia wilgotne. W naszej opinii, nawet wystąpienie rżeń wilgotnych nie nakazywało bezwzględnej hospitalizacji, bo ważne jest także ich nasilenie i rozproszenie w płucach, bo jeśli są masywne, wysłuchiwane wszędzie, to bywa nawet, że rżenia suche mogą nakazywać hospitalizację, to zależy od nasilenia zmian osłuchowych, co znajduje praktycznie bezpośrednie przełożenie na stan kliniczny pacjenta. W związku z tym generuje kolejne objawy, np. sinice – której nie było, uporczywy kaszel, przymusową pozycję ciała, stan psychiczny – niepokój, pobudzenie, przerażenie, liczbę oddechów znacznie przekraczającą normę. Tego nie liczy się z zegarkiem, bo to jest ziążanie praktycznie, albo bardzo powolne, ale z dużym wysiłkiem. Do objawów należy zaliczyć również zaangażowanie dodatkowych mięśni oddechowych.” Biegła ostatecznie konstatawała, że obecnie i po wypowiedzi biegłej K. sugerującej właściwą odpowiedź nie ma możliwości jednoznacznie i z całą pewnością powiedzieć, jakie rżenia usłyszała oskarżona, lecz nie można zakwestionować, że wystąpiły rżenia właśnie suche. Co istotne jednak w ocenie biegłych nie ich rodzaj miał znaczenie decydujące dla decyzji o hospitalizacji chorej. Biegła wskazała bowiem, że nawet rżenia mokre w jej ocenie nie kwalifikowały obligatoryjnie pacjentki do leczenia szpitalnego. Uzupełnieniem tego jest stanowisko doktora N., który wskazał: „Dopiero nasilenie zmian osłuchowych nad płucami mogłoby wskazywać na taką potrzebę hospitalizacji. To nasilenie mógł zbadać lekarz pierwszego kontaktu. Załamanie nastąpiło między wizytą drugiego lekarza, a nagłym zgonem. Ono nie było do przewidzenia, bo to był zgon nagły.”

Z powyższego wynika zatem, że u chorej rzeczywiście w badaniu osłuchowym ujawniono pewne odgłosy w płucach, które przybrały postać rżeń, których w sposób jednoznaczny nie ma możliwości ocenić, przy czym nie sposób wykluczyć, że oskarżona rzeczywiście wysłuchiwała typ suchy. Nie ma zaś z całą pewnością dowodu, aby były to rżenia mokre, których przecież nie stwierdziła też lekarz pierwszego kontaktu w czasie wizyty w południe. W takim jednak przypadku w obu opiniach i zespołu akademików (...), i praktyków z B. oskarżona nie miała obowiązku hospitalizacji chorej; oba zespoły biegłych były w tym zakresie zgodne. Tym samym brak było podstaw do ich konfrontowania, jak i powoływania kolejnego zespołu eksperckiego.

W powyższych okolicznościach zachowanie oskarżonej nie nosiło znamion zaniechań zarzucanych w skardze publicznej Prokuratora. Jej działania wynikały z założeń pracy pogotowia ratunkowego i mieściły się w ramach procedur medycznych, których oczekuje się od zespołu pomocy doraźnej. Dalej, w oparciu o opinię biegłych R. – D. i N. należy stwierdzić, że oskarżona nie mogła przewidzieć zmian stanu zdrowia pacjentki oraz, że nawet hospitalizacja nie wyklucza identycznego przebiegu załamania stanu zdrowia z godziny 16:00. W ich ocenie o śmierci chorej zdecydowała przyczyna nagła, niemożliwa do przewidzenia co do czasu jej wystąpienia, której oskarżona nie mogła zapobiec. Wynikała ona z wyniszczenia organizmu chorej wieloletnią chorobą degradującą organy odpowiadające za wymianę gazową powodując drastyczne zmniejszenie u niej powierzchni oddechowej. Wreszcie i ta przyczyna śmierci I. N. (1) jest jedynie najbardziej prawdopodobną w oparciu o materiał dowodowy, ale nie stanowi pewnej odpowiedzi co do źródła stanu poprzedzającego utratę życia, co powoduje brak możliwości pewnej weryfikacji działań oskarżonej jako lekarza, a w konsekwencji przypisanie jej zarzucanego jej czynu. Wreszcie ostateczną konstatacją jest stanowisko biegłej R. – D., która stwierdziła, że oskarżona zabezpieczyła pacjentkę na czas potrzebny do kontaktu z lekarzem pierwszego kontaktu, zaś lekarz pogotowia ma za zadanie wyłącznie udzielanie doraźnej pomocy, co też i nastąpiło. Pacjentka została zabezpieczona, podano leki, jej stan się polepszył, zalecono pilną wizytę u lekarza rodzinnego, a do czasu tej wizyty stan chorej nie uległ pogorszeniu. Dopiero po wizycie doszło do załamania krążeniowo-oddechowego, czego skutkiem był zgon, przy czym nie sposób rzetelnie stwierdzić, że hospitalizacja wykluczyłaby nagły przebieg choroby i uchyliłaby jej tragiczną konsekwencję. Nie mniej, takiego rozwoju choroby oskarżona nie mogła przewidzieć przy swej najlepszej wiedzy medycznej, a zatem w jej zachowaniu nie sposób doszukać się błędu. Warto odnotować, że taką konkluzję zawarto w ostatecznej opinii biegłych z W. (k.361-368). Na marginesie wypada zauważyć, że całość problemów w sferze opiniodawczej biegłych (...) wynikała z oceny czynności oskarżonej w zależności od rodzaju choroby, na którą cierpiała I. N. (1), przy czym ostatecznie i bezspornie ustalono, że była to (...), a nie astma.

Stąd też o trudno zgodzić się ze stanowiskiem Sądu Odwoławczego zaprezentowanym w uzasadnieniu wyroku Sadu I instancji przy pierwszym rozpoznaniu sprawy o braku nowych dokumentów i faktów, które uzasadniały zmianę stanowiska biegłych z Akademii Medycznej we W., skoro dokumentacja leczenia (...) (k.328-346) ujawniła rzeczywiste schorzenie pacjentki, a od tego od początku biegli (...) uzależniali uznanie braku hospitalizacji za błąd, bądź nie, aby ostatecznie właśnie po zapoznaniu się z przebiegiem choroby uznać, że nie było podstaw do leczenia szpitalnego. Niezależnie od powyższego jednak, ujawnione braki dowodowe, w szczególności odnośnie przyczyn śmierci chorej i zakwestionowanie przez Sąd w oparciu o opinie biegłych R. – D. i N. upatrywania przyczyny śmierci I. N. (1) w obrzęku krtani, nie pozwalają na odpowiedź, jakie zabiegi oskarżonej mogłyby doprowadzić do zmiany przebiegu ostatniej fazy życia chorej i jakie działania mogłyby zapobiec, i czy w ogóle zapobiegłyby jej zgonowi. Zdaniem Sądu wyklucza to przypisanie jej zarzucanego czynu. W oparciu o powyższe uniewinniono oskarżoną od stawianego jej zarzutu.

O kosztach orzeczono z mocy art. 632 pkt 2 kpk zgodnie z ogólną zasadą ponoszenia ich przez Skarb Państwa w razie uniewinnienia oskarżonego w sprawie z oskarżenia publicznego.

Mając powyższe na względzie orzeczono jak w sentencji.