

Sygn. akt IV K 698/14

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 25 maja 2016r.

Sąd Rejonowy Szczecin - Prawobrzeże i Zachód w Szczecinie w IV Wydziale Karnym w składzie :

Przewodniczący : SSR Radosław Lorenc

Protokolant : sekr.sądowy Monika Koza

po rozpoznaniu na rozprawie w dniach 31 marca 2015 r., 18 maja 2015 r., 02 czerwca 2015 r., 11 sierpnia 2015 r., 08 października 2015 r., 16 grudnia 2015 r., 01 marca 2016 r., 19 kwietnia 2016r., 12 maja 2016 r.

przy udziale Prokuratora Grażyny Sapielhy

sprawy

K. N.

s. Z. i G. z domu K.

ur. (...) w P.

oskarżonego o to, że:

w dniu 22 lutego 2012r. w S. w (...)Szpitalu (...)przy ul. (...) będąc zobowiązanym jako lekarz anestezjolog do opieki nad osobą narażoną na niebezpieczeństwo , nieumyślnie naraził K. M. (1) na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu poprzez niezgodne z zasadami wiedzy i praktyki medycznej postępowanie w procesie wybudzania pacjentki ze znieczulenia ogólnego po operacji kręgosłupa , przejawiające się rozintubowaniem chorej z pozostawieniem na własnym oddechu pomimo zgłaszanej przez nią duszności, niskiej oceny w skali Aldreta , braku obiektywnej oceny powrotu siły mięśniowej, braku kontroli pulsoksymetrycznej w tym okresie oraz dodatkowych złych czynników rokowniczych takich jak wielogodzinny zabieg operacyjny , wiek , otyłość i nadciśnienie tętnicze pokrzywdzonej

to jest o czyn z art. 160§3 kk

orzeka

I uznaje oskarżonego K. N. za winnego popełnienia zarzucanego mu czynu i za przestępstwo to na podstawie art. 160 § 3 kk w brzmieniu obowiązującym do dnia 30 czerwca 2015 r. w zw. z art. 4 § 1 kk wymierza mu karę 6 (sześciu) miesięcy pozbawienia wolności;

II na podstawie art. 69 § 1 i 2 kk oraz art. 70 § 1 pkt 1 kk w brzmieniu obowiązującym do dnia 30 czerwca 2015 r. w zw. z art. 4 § 1 kk wykonanie orzeczonej w punkcie I wyroku kary pozbawienia wolności warunkowo zawiesza na okres 2 (dwóch) lat próby;

III na podstawie art. 46 § 1 kk w brzmieniu obowiązującym do dnia 30 czerwca 2015 r. w zw. z art. 4 § 1 kk zasądza od oskarżonego K. N. na rzecz M. M. (1), D. T. (1) i K. B. tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę po 5.000 (pięć tysięcy) złotych dla każdego z nich;

IV na podstawie art. 627 kpk zasądza od oskarżonego na rzecz Skarbu Państwa koszty postępowania, w tym wymierza mu opłatę od kary w kwocie 120 (stu dwudziestu) złotych.

UZASADNIENIE

K. M. (1) w dniu 22 lutego 2012 roku była operowana w (...)Szpitalu (...)przy ul. (...) w S., na Oddziale Neurochirurgii i Neurotraumatologii. Zabieg operacyjny miał na celu ustabilizowanie kręgosłupa w odcinku lędźwiowym. Wymagał on zaintubowania K. M. (1) oraz wprowadzenia jej w stan złożonego znieczulenia dotchawicznego. Czynności znieczulania K. M. (1) przeprowadzał lekarz specjalista anestezjolog K. N., a asystowała mu pielęgniarka anestezjologiczna D. T. (2).

Przed rozpoczęciem operacji rozpoznano u K. M. (1) nadciśnienie tętnicze oraz otyłość olbrzymią. Nie odnotowano obciążeń innymi chorobami lub używkami (alkohol, tytoń). Ryzyko operacyjne określono w skali ASA na III stopień.

Lekarz anestezjolog K. N. czynność wprowadzania K. M. (1) w stan złożonego znieczulenia rozpoczął o godzinie 12:30. Dokonał w tym celu jej intubacji oraz podał leki, w tym etomidat, rocuronium, sevofluran, atropinę, prostygmę. Przetoczył K. M. (1) płyny osoczozastępcze oraz preparaty krwiopochodne, po czym rozpoczęto zabieg operacyjny. W trakcie operacji stan K. M. (1) oraz przebieg jej znieczulenia charakteryzował się względną stabilnością. K. N. monitorował saturację krwi obwodowej i prężność dwutlenku węgla w powietrzu wydychanym, które przez cały zabieg operacyjny miały prawidłowe wartości.

Zabieg miał planowo trwać 3 godziny, lecz ostatecznie trwał 7 godzin. Po jego zakończeniu K. N. przystąpił do wybudzania K. M. (1), co miało miejsce przed godziną 20:15. Rozintubował ją, a następnie ocenił stan K. M. (1) na 7 punktów w skali Aldreta. K. M. (1) budziła się na polecenie. K. N. stwierdził u niej występowanie duszności i płytki oddech, miała bladą, plamistą skórę o kolorze żółtym. Powyższe było bezwzględnym przeciwwskazaniem do pozostawienia K. M. (1) na samodzielnym oddechu. Po rozintubowaniu pokrzywdzona była pod stałym dopływem tlenu. Występowały u niej wahania wartości saturacji, w tym odnotowano saturację na poziomie 82 %.

Po przewiezieniu K. M. (1) do sali pooperacyjnej, K. M. (1) zgłaszała duszność. Ze względu na jej niestabilny stan K. N. zlecił zawieźć ją ponownie do sali operacyjnej. Po 20 minutach podjął on jednak decyzję o przewiezieniu K. M. (1) z powrotem na salę pooperacyjną. K. M. (1) miała stały dopływ tlenu z przenośnej butli. W sali operacyjnej i w sali pooperacyjnej saturacja jej była monitorowana pulsoksymetrem. Saturacja nie była jednak monitorowana w trakcie przewożenia K. M. (1) z sali operacyjnej do sali pooperacyjnej.

W sali pooperacyjnej stan K. M. (1) był niestabilny. Podsyiała oraz miała zaburzenia oddechu, nastąpiło niedotlenienie, które następnie wywołało wymioty, w wyniku czego zaczęła się krztusić wymiocinami, co skutkowało zalaniem nimi górnych dróg oddechowych. Wymiociny zostały wówczas odessane przez pielęgniarki. K. N. podjął wtedy decyzję o ponownym zaintubowaniu, w czym pomagała mu D. T. (2) oraz o podłączeniu K. M. (1) do respiratora. U K. M. (1) nastąpiła jednak asystolia (zatrzymanie akcji serca) oraz brak wyczuwalnego tętna. Przeprowadzono zewnętrzny masaż serca, dzięki czemu została przywrócona jego akcja. Po tym K. M. (1) została przekazana celem dalszego leczenia na Oddział Anestezjologii Intensywnej Terapii i Zatruc. W Oddziale tym stwierdzono u K. M. (1) anoksemiczne uszkodzenie mózgu. Obrzęk mózgu utrzymywał się, w skutek czego konieczne było leczenie analgosedacją i respiratoroterapią, a następnie wspomagano oddech przy użyciu rurki tracheostomii, tj. oddech był wspomagany mechanicznie. W dniu 27 marca 2012 roku przekazano K. M. (1) na Oddział Neurochirurgii i Neurotraumatologii w celu kontynuowania leczenia. W trakcie leczenia już na Oddziale Neurochirurgii i Neurotraumatologii nie było poprawy stanu zdrowia. Od dnia 22 lutego 2012 roku do dnia 21 czerwca 2012 roku K. M. (1) znajdowała się w stanie wegetatywnym. W dniu 21 czerwca 2012 roku nastąpił zgon K. M. (1).

Dowód:

- protokół przedzabiegowego badania anestezjologicznego, k. 344,
- okołoperacyjna karta kontroli, k. 345,

- protokół oceny ooperacyjnej pacjenta, k. 346,
- księga bloku, k. 347,
- księga zabiegów operacyjnych i księga bloku, k. 611-613,
- księga dyżur lekarskiego, k.614,
- karta choroby, k. 44
- dokumentacja medyczna K. M. (1) – załączniki nr 1-3,
- opinia ZMS UM w B., k. 103-129
- opinia biegłych z zakresu anestezjologii i medycyny sądowej – k. 227-242,
- częściowo wyjaśnienia oskarżonego K. N., k. 278-283, 402v-403v, 475-479,
- zeznania świadka M. M. (2), k. 2-3, 22-23, 480-482, 513-515,
- zeznania świadka D. T. (1), k. 14-16,
- zeznania świadka K. B., k. 18v-19, 483, 512-513,
- zeznania świadka A. G., k. 53-54, 483-484,
- zeznania świadka A. P., k. 61-62. 484-486,
- zeznania świadka R. A. (1), k. 65-67, 486-487,
- zeznania świadka P. S., k. 177-178 oraz protokół z 31.03.2015 przechowywany w sekretariacie tut. Wydziału
- zeznania świadka D. T. (2), k. 146-148, 487-490,
- częściowo zeznania świadka M. R., k. 548-550-551,
- zeznania świadka H. D., k. 562-564,
- zeznania świadka B. M., k. 655-656,
- zeznania świadka J. Ś. z 16 grudnia 2015 r. – protokół przechowywany w sekretariacie tut. Wydziału
- zeznania świadka B. S. z 16 grudnia 2015 r. – protokół przechowywany w sekretariacie tut. Wydziału
- zeznania świadka K. Z., z 16 grudnia 2015 r. – protokół przechowywany w sekretariacie tut. Wydziału

Po zabiegu K. M. (1) w dniu 22 lutego 2012 r. K. N. uczestniczył jeszcze w dwóch zabiegach operacyjnych: B. M. (od godz. 22.00 do 00.10) oraz M. R. (23.02.2012 r. od godz. 00.20 do .02.35).

Dowód:

- księgi bloku, k. 643-644.

Sekcja zwłok K. M. (1) wykazała cechy uogólnionego rozmiękania i obrzęku mózgu, obrzęk płuc ze zmianami pylicznymi, miażdżycę naczyń tętniczych z zajęciem tętnic wieńcowych, stare zrosty torebek włóknistych obu nerek, a także obecność guza w jamie macicy. Badaniami histopatologicznymi objęto w szczególności obrzęk mózgu,

obrzęk płuc z ogniskami niedodny oraz cechy ostrego uszkodzenia mięśnia sercowego pod postacią wielogniskowej fragmentacji włókien mięśniowych.

Bezpośrednią przyczyną śmierci była ostra niewydolność krążeniowo-oddechowa, do której doszło w przebiegu rozległego uszkodzenia centralnego układu nerwowego na tle jego niedotlenienia. Zgon pozostaje w związku przyczynowo-skutkowym z nagłym pogorszeniem stanu zdrowia, do którego doszło po zabiegu operacyjnym, przeprowadzonym w dniu 22 lutego 2012 roku.

Dowód:

- opinia sądowo-lekarska z oględzin zwłok K. M. (1) – k. 29-35.

Oskarżony K. N. ma obecnie 36 lat. Posiada wykształcenie wyższe medyczne. Z zawodu jest lekarzem anestezjologiem i intensywnej terapii. Zatrudniony jest w(...)Szpitalu (...) w S. przy ul. (...). Osiąga z tego tytułu miesięczny dochód w kwocie około 20.000 złotych. Pozostaje w związku małżeńskim oraz ma na utrzymaniu jedno dziecko w wieku 4 lat. Nie był dotychczas karany.

Dowód:

- wyjaśnienia oskarżonego, k. 475,

- karta karna, k. 291, 466,

- umowa kontraktowa, k. 294-298.

W toku postępowania oskarżony nie przyznał się do popełnienia zarzucanego mu czynu. Wyjaśnił m.in., że decyzję o rozintubowaniu pokrzywdzonej podjął kierując się w tej mierze własnym doświadczeniem i na podstawie oceny jej wyglądu czy jej stanu klinicznego. Pokrzywdzona była przytomna, spełniała proste polecenia, oddychała, była wydolna krążeniowo, saturacja wynosiła 98 %. Nadto wskazał, iż pokrzywdzona w trakcie przenoszenia jej ze stołu operacyjnego na wózek transportowy pomagała mu w jej przeniesieniu. Pokrzywdzona leżała na brzuchu, wobec tego aby ją rozintubować istniała potrzeba przewrócenia jej na plecy, i w trakcie tej czynności ona sama pomagała mu chwytając go za rękę. W opinii oskarżonego stan pokrzywdzonej nie odbiegał od stanów innych pacjentów po takiej operacji, a zatem została podjęta decyzja o rozintubowaniu. Oskarżony uznał również, że pokrzywdzonej wracają siły mięśniowe bowiem chwytala się go, pomagała mu przy przekładaniu. Według niego był to adekwatny powrót siły mięśniowej, pozwalający rozintubować pokrzywdzoną. Na sali operacyjnej nie było monitora zwióczenia mięśni. Oskarżony podkreślił, iż nie pamięta aby pokrzywdzona zgłaszała duszności, tj. żeby o tym mówiła. Saturacja/pulsoksymetria były cały czas monitorowane za wyjątkiem czasu transportu z bloku operacyjnego na salę pooperacyjną, co trwało około minutę. Na sali pooperacyjnej pokrzywdzonej został ponownie podłączony pulsoksymetr. Oskarżony nie przypominał sobie jednak czy miał wtedy możliwości techniczne aby wziąć pulsoksymetr ze sobą (przenośny) i monitorować pokrzywdzoną podczas krótkiego transportu. Urządzenie znajdujące się na sali operacyjnej jest zintegrowane, tj. jest to urządzenie EKG, pulsoksymetria, ciśnienie i inne. Urządzenie waży 90 kg, jest podłączone do centralnej instalacji gazowej i do prądu, dlatego nie transportuje się z nim pacjentów. Oskarżony wyjaśnił, iż był obecny na sali pooperacyjnej i nie pamięta aby była u pokrzywdzonej niska saturacja. Zapis zaś, iż u pokrzywdzonej nastąpił spadek saturacji do 82 % wykonała pielęgniarka D. T., z tym, że oskarżony nie negował tego zapisu. Taki poziom saturacji mógł wynikać z tego, że pokrzywdzona poruszała się, zsuwały się jej klipsy. Odnośnie pozostałych zapisów na karcie pokrzywdzonej oskarżony wyjaśnił, iż były one czynione i przez niego i przez pielęgniarkę – nie był on jednak w stanie odróżnić które zapisy były jego, a które pielęgniarki. Parametry na karcie znieczulenia dotyczące pokrzywdzonej spisuje się co pięć minut, co umiejscawiane (zapisywane) w odstępach jednej kratki. Zapis dotyczący saturacji 82% zajmuje 2 kratki, a zatem 10 minut. Zdaniem oskarżonego oznacza to, iż był to moment rozintubowywania pokrzywdzonej. Wskazał, że rozintubowywanie polega na odsysaniu wydzielin czyli fizycznym włożeniu cewnika głęboko do gardła i zabieraniu śliny która się tam znajduje. Dodatkowo cewnik wkłada się do rurki intubacyjnej czyli do oskrzeli i wyciąga rurkę. Trwa to od 30 sekund do minuty. Czynność taka jest bodźcem mocno drażniącym,

powoduje kaszel i poruszanie się pacjenta. Oskarżony podkreślił zatem, że tak też było w przypadku pokrzywdzonej. Oskarżony przyznał pokrzywdzonej jeden punkt ze skali Aldreta przy duszności lub płytkim oddechu – co zostało zaznaczone, dwa punkty przyznał jej zaś są za oddech głęboki. Oskarżony stwierdził, że pamięta jak pacjentka kaszłała, dlatego też nie wie dlaczego przyznał jej jeden punkt za oddech w skali Aldreta. W trakcie transportu pokrzywdzonej do sali pooperacyjnej miała ona podawany tlen z butli przenośnej. Wskazał, iż podjął decyzję o podawaniu tlenu ze względu na obciążenia pokrzywdzonej, w tym jej otyłości i wiek. Planowo operacja miała trwać 3 godziny, ale trwała 7 godzin. Oskarżony wyjaśnił, że nie otrzymał od lekarza przygotowującego dra K. jakichś dodatkowych wskazówek co do znieczulenia pokrzywdzonej.

Na rozprawie głównej oskarżony wyjaśnił nadto, iż w trakcie indukcji znieczulenia warunki intubacji pokrzywdzonej nie były trudne, więc już wiedział jakich warunków może się spodziewać w trakcie ewentualnej kolejnej intubacji. W jego ocenie po operacji u pokrzywdzonej pojawił się kaszel, była ona przytomna i nawiązywała kontakt, sięgała rękoma do rurki intubacyjnej, wobec tego podjął decyzję o rozintubowaniu jej. Uścisk dłoni podczas przekładania i budzenia pokrzywdzonej był adekwatny. Transport pokrzywdzonej trwał około jedną minutę. Przed transportem, jeszcze na sali operacyjnej, pokrzywdzona była poddawana tlenoterapii biernej przy użyciu butli z tlenem i maski. Saturacja wtedy utrzymywała się na poziomie 98 % - 100 %. Ponadto oskarżony wyjaśnił, że nie pamięta dlaczego w protokole rozintubowania zazaczył, że pokrzywdzona miała płytki oddech i nie oddychała głęboko jak normalnie przed zabiegiem. Gdy stwierdził płytki oddech nie podjął decyzji o jej ponownym zaintubowaniu, gdyż była stosowana wobec niej tlenoterapia i saturacja występowała na poziomie 98-100%. Miała ona założoną maskę tlenową podczas transportu. Stwierdził nadto, że pokrzywdzona nie była monitorowana pulsoksymetrycznie jedynie w trakcie transportu z Sali operacyjnej na salę pooperacyjną, co trwało około 1 minuty, co spowodowane było tym, iż oddział nie dysponował przenośnym urządzeniem. Nadto stwierdził, że u K. M. (1) wystąpiły wymioty w czasie przekładania jej z wózka transportowego na łóżko na sali i w związku z tym, że był wówczas przy pacjentce natychmiast zostały podjęte działania polegające na odwróceniu głowy na bok i odessaniu treści z jamy ustnej. Nastąpiło też zatrzymanie krążenia po czym zostały podjęte działania resuscytacyjne, co trwało 5-8 minut. Odnośnie dokonanej przez niego oceny pokrzywdzonej po zabiegu według skali Aldreta wyjaśnił, iż najpierw ją rozintubował, a następnie dopiero dokonał oceny według tej skali, gdyż następuje to przed przekazaniem pacjenta na salę pooperacyjną.

W ocenie Sądu zebrany materiał dowodowy, w szczególności dokumentacja medyczna i opinie biegłych z zakresu medycyny potwierdzają sprawstwo oskarżonego w zakresie zarzucanego mu czynu. Opierając się na opinii biegłych sądowych prof. dra hab. W. K. i dra M. K. (k. 227-242 i 363-377), która zdaniem Sądu jest rzetelna i wydana w oparciu o najlepszą wiedzę i doświadczenie tych biegłych, a której wnioski Sąd czyni częścią swoich rozważań, należy stwierdzić, że zachowanie oskarżonego wypełniło znamiona przestępstwa z art. 160 w postaci nieumyślnej. Również opinia ZMS UM w B., choć mniej precyzyjna, wskazywała na nieprawidłowości w działaniu oskarżonego. Niewątpliwie działanie to nie było celowe po to, aby narazić pokrzywdzoną na utratę życia bądź ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, lecz było wynikiem błędnej decyzji, której oskarżony mógł uniknąć, gdyby w sposób należyty zinterpretował wszystkie okoliczności towarzyszące zabiegowi oraz wybudzaniu K. M. (1) Otóż – jak sam stwierdził i zapisał w dokumentacji medycznej jej stan w skali Aldreta wynosił 7, co jest bezwzględny przeciwwskazaniem do pozostawiania pacjenta na samodzielnym oddechu. Oskarżony w tym zakresie wykazał się brakiem doświadczenia z tego typu pacjentami, a K. M. (1) od samego początku należała do grupy ryzyka z uwagi na otyłość, zgłaszane nadciśnienie tętnicze, jej wiek oraz skomplikowany charakter zabiegu, który był długotrwały jak się okazało. Nadmierna wiara we własne doświadczenie, na które powoływał się on w trakcie postępowania, a którego oskarżony niestety nie miał, spowodowała, iż podjął niewłaściwą decyzję o rozintubowaniu K. M. (1) i pozostawieniu jej na samodzielnym oddechu, gdy brak było obiektywnej oceny powrotu w pełni siły mięśniowej oraz braku kontroli pulsometrycznej. Należy w tym miejscu wskazać, że na rozprawie oskarżony próbował poddawać w wątpliwość dokonaną wówczas ocenę, stwierdzając, że nie wie dlaczego ocenił w określony sposób pewne parametry, co miałoby przekonać, iż jest stan był w rzeczywistości lepszy jeżeli chodzi o zakres skali Aldreta. Zdaniem Sądu jest to jedynie przyjęta linia obrony oskarżonego, który starał się umniejszyć negatywną ocenę swego zachowania. W każdym razie nie było podstaw, aby uznać, że dokonana wówczas ocena K. M. (1) w skali Aldreta była nieprawidłowa, szczególnie iż świadkowie A. G., A. P., R. A. (1) wskazywali na okoliczności ją potwierdzające, jak zgłaszana duszność, kłopoty z oddechem. Podobnie należy ocenić

kwestię saturacji na niskim poziomie, to jest 83 %, która świadczyć mogła o niedotlenieniu K. M. (1). Oskarżony bowiem odnosząc się do zapisu w dokumentacji medycznej dokonanego przez pielęgniarkę D. T. (2) wskazał, że wynik taki mógł być spowodowany poruszeniem się pokrzywdzonej, czy zsunięciem się „klipsa” z palca, a ta ostatnia sytuacja powoduje włączenie alarmu, czego pielęgniarka D. T. (2) nie potwierdziła. Zresztą, gdy tak było dokonywanie zapisu w dokumentacji poziomu saturacji, który z góry wiadomym jest, że jest nieprawidłowy, byłoby nielogiczne. W każdym razie w takiej sytuacji, gdy stan K. M. (1) wynosił 7 w skali Aldreta nie powinna być ona transportowana do sali pooperacyjnej oraz winna być ona ponownie zaintubowana. Jeżeli nawet nie było mobilnego urządzenia do tej oceny to rozintubowanie mogło nastąpić w miejscu, gdzie takie urządzenie się znajduje, to jest w sali pooperacyjnej, gdyby oczywiście stan pokrzywdzonej na to pozwalał. Oskarżony nie przewidział także i tego, iż u chorych otyłych należy liczyć się z możliwością wystąpienia niewydolności oddechowej po zabiegach operacyjnych, gdzie dodatkowym czynnikiem jest metabolizm leków anestetycznych – rozpuszczają się one bowiem w tłuszczach i późniejsze uwalnianie ich z tkanki tłuszczowej może nasilić ich niekorzystny wpływ (vide opinia ZMS UM, k. 122). Zarówno jeden, jak i drugi zespół biegłych wskazują, iż decyzja o rozintubowaniu, przy złych czynnikach dotyczących pokrzywdzonej była nieprawidłowa, gdyż doszło u niej do niedotlenienia, zachłyśnięcia treści żołądkową – na co zwracali uwagę świadkowie A. G., A. P., R. A. (1)

Jeżeli chodzi o osobowy materiał dowodowy to należy wskazać, iż w zakresie kwestii objętej zarzutem należy zwrócić uwagę na zeznania wspomnianych A. P., R. A. (1), A. G. (uprzednio K.) z których wynikała okoliczność, iż pokrzywdzona po rozintubowaniu oddychała ciężko, zgłaszała duszność, a także że K. M. (1) wymiotowała co winno być sygnałem dla oskarżonego, iż proces wybudzania nie przebiega w taki sposób jaki powinien. Oskarżony już wówczas powinien podjąć decyzje o ponownym zaintubowaniu jej. Reasumując, należy stwierdzić, iż to, że proces wybudzania pokrzywdzonej przebiegał z zakłóceniami świadczy także to, że oskarżony po ponownym wwiezieniu jej na salę operacyjną i wywiezieniu jej stamtąd na salę pooperacyjną przebywał przy niej, co jest sytuacją rzadką i po tym, gdy ponownie zgłosiła on duszność i wymiotowała dopiero wówczas zdecydował o jej ponownym zaintubowaniu.

Oskarżony, jak wskazano to powyżej sam ocenił stan pokrzywdzonej na 7 w skali Aldreta, co jak wskazali biegli z obu zespołów, jest przeciwwskazaniem do pozostawienia pacjenta na samodzielnym oddechu, w trakcie postępowania próbował umniejszyć wagę własnych spostrzeżeń odnotowanych w dokumentacji lekarskiej kwestionując możliwość ich prawidłowego dokonania, czy w ogóle powód dokonania takiej oceny skupiając się na tym, że pokrzywdzona ścisła dłoń, był z nią kontakt. Skala Aldreta używana jest w medycynie w celu kwalifikowania chorego po zabiegu chirurgicznym do przeniesienia go z sali wybudzeń na oddział zabiegowy. Polega na ocenie 5 kryteriów takich jak poruszanie kończynami, oddech, krążenie, stan przytomności, kolor skóry. Ocenę taką wykonuje się co 30 minut. Jeżeli chory dwukrotnie, w odstępie nie dłuższym niż 30 minut został oceniony na co najmniej 9 punktów, nadaje się do wypisania z sali wybudzeń i przeniesienia na salę na oddziale zabiegowym. W tym czasie kończy się pooperacyjna opieka anestezjologiczna nad pacjentem (por. Mark Weinert, Anestezjologia, Wrocław 2008 oraz strona 12 opinii na karcie 374, strona 6 opinii na karcie 210)

Jeżeli chodzi o zeznania pozostałych świadków, to nie były one na tyle doniosłe, aby przyczynić się do rozstrzygnięcia w sprawie, gdyż tylko tak naprawdę wąska grupa osób wymienionych powyżej miała do czynienia z pokrzywdzoną w związku z jej znieczuleniem i wybudzaniem z niego z uwagi na zabieg operacyjny, który przechodziła. I tak w przypadku świadka J. Ś. znał on przebieg zdarzenia związanego z wybudzaniem z relacji oskarżonego oraz dokumentacji lekarskiej. Oskarżony miał mu wskazać, iż po samoistnym zatrzymaniu oddechu u pokrzywdzonej niezwłocznie zaintubował ją ponownie. Z kolei świadek P. S., który wykonywał zabieg operacyjny na pokrzywdzonej nie był w ogóle przy wybudzaniu jej i wiadomości, które posiadał o wymiotach i zachłyśnięciu się pokrzywdzonej były wiadomościami, które zasłyszał. Istotnych informacji nie posiadał także świadek K. Z.. Świadek S. wskazała, iż pokrzywdzona reagowała na polecenia poruszania stopami, patrzyła, ruszała głową, lecz w ocenie Sądu nie było to wystarczające do tego, aby uznać, iż należało pozostawić pokrzywdzoną na samodzielnym oddechu w świetle przeciwwskazań wynikających ze wspomnianej skali Aldreta oraz wynikających z wywiadu przedoperacyjnego III stopnia w skali ASA.

Podobnie również należy ocenić zeznania M. M. (1), D. T. (1) i K. B., którzy próbowali poznać przebieg zdarzenia od personelu oraz pacjentów Szpitala. Z ich zeznań jednak wyłania się obraz tragedii, jaką przeżyli w związku z tym, iż

matka ich po zabiegu operacyjnym nie odzyskała już przytomności, a następnie kilka miesięcy później zmarła. Nadto z zeznań M. M. (1) i K. B. wynikać może także, iż personel medyczny niejako oddalał od siebie winę za stan K. M. (1).

Jeżeli chodzi o zeznania M. R., to na podstawie jej zeznań nie sposób przyjąć, że nie było przy pokrzywdzonej personelu medycznego, gdy doszło u niej do wymiotów, i zatrzymania akcji serca. Być może świadek ta wraz z innymi osobami była w sali pooperacyjnej po tym, gdy miały już miejsce te wydarzenia, ale przed wywiezieniem pokrzywdzonej na OIOM. Wniosek taki wynikać może szczególnie z zeznań świadka H. H., który wskazywał, że lekarz był przy pokrzywdzonej od razu, gdy przywieziono ją na salę pooperacyjną i wówczas doszło do krztuszenia się jej w związku z czym nastąpiła akcja ratunkowa. Podobnie zeznał świadek B. M..

Zeznania tych świadków były zatem ogólnikowe i dlatego też - jak wskazano to powyżej - to opinie sądowo-medyczne i dokumentacja lekarska pozwalały najlepiej zrekonstruować stan faktyczny.

Jeżeli chodzi o zeznania M. C. i M. P. - pacjentek Szpitala, w okresie objętym zarzutem, to nie były w ogóle przydatne dla rozstrzygnięcia w sprawie, gdyż świadkowie ci nie posiadali żadnych informacji na temat leczenia pokrzywdzonej.

Sąd ustalając stan faktyczny opar się także na innych dowodach z dokumentów, w tym dotyczących osoby oskarżonego zawierających dane dotyczące jego niekaralności.

Wobec powyższego, na podstawie zgromadzonego i tak ocenionego materiału dowodowego Sądu uznał, że oskarżony K. N. zarzucanym mu czynem wyczerpał znamiona czynu zabronionego z art. 160 § 3 K.k. Na podstawie art. 160 § 1 kk odpowiedzialności karnej podlega ten kto naraża człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. W myśl art. 160 § 2 K.k. sprawca podlega surowszej odpowiedzialności, jeżeli ciążył na nim obowiązek opieki nad osobą narażoną na niebezpieczeństwo. Z tym, że w myśl przepisu art. 160 § 3 K.k., ustawodawca kryminalizuje powyższe czyny także w sytuacji, w ramach której sprawca działał albo zaniechał działania nieumyślnie.

Nie ulega wątpliwości, iż oskarżony K. N. był obowiązany sprawować opiekę w czasie przed, w trakcie i po operacji, w związku z wprowadzeniem K. M. (1) w złożony stan znieczulenia. Oskarżony swoim zachowaniem naraził K. M. (1) na utratę życia, gdyż podjął decyzję o rozintubowaniu jej i pozostawieniu na samodzielnym oddechu, gdy były widoczne ku temu przeciwwskazania. Uczynił to jednak nieumyślnie, to znaczy nie sposób przyjąć, że miał on zamiar narazić ją na takie niebezpieczeństwo. Oskarżony nie zachował bowiem ostrożności wymaganej w okolicznościach jakie towarzyszyły operacji, mimo, że możliwość spowodowania stanu zagrożenia mógł przewidzieć, tj. powinien uwzględnić zwiększone prawdopodobieństwo zaistnienia powikłań zdrowotnych pokrzywdzonej w trakcie rozintubowywania bowiem pokrzywdzona została zaliczona do grupy wyższego ryzyka (w skali ASA w konsultacji anestezjologicznej do III grupy), co było związane z jej dużą otyłością, problemami z oddychaniem, nadciśnieniem. Niezależnie zatem od subiektywnej oceny jej stanu fizycznego w chwilę po operacji, kierując się najlepszą wiedzą medyczną i doświadczeniem, oskarżony powinien uznać, iż mięśnie pokrzywdzonej, ze względu na jej otyłość, a tym samym dłuższy proces rozkładu leków, mogą dłużej dochodzić do stanu zdolności samodzielnej pracy (w tym oddychania), bez potrzeby wspierania aparaturą medyczną podstawowych funkcji życiowych. Jak wynika z informacji o produkcie Esmeron przedstawionych przez obrońcę oskarżonego (k. 647 i nast.) zawierający bromek rocuronium, który był użyty w procesie znieczulania pokrzywdzonej, w przypadku osób otyłych, a więc takich jak pokrzywdzona, działanie zwiotczające tego leku może się wydłużyć i może dojść do niewydolności oddechowej lub bezdechu. [...]. Środek taki powinien być podawany przez doświadczonego lekarza znającego działanie produktu i odpowiedni metody monitorowania przewodnictwa nerwowo-mięśniowego, a oskarżony - jak okazało się - takiego doświadczenia nie posiadał. Oskarżony nie uwzględnił takiej okoliczności, co w rezultacie doprowadziło do sytuacji, w której pokrzywdzona nie była zdolna samodzielnie utrzymać oddechu, a zarazem do reakcji wymiotnej. Oskarżony powinien zatem wykazać się w swoim działaniu dobrym przygotowaniem w zakresie wiedzy medycznej i doświadczenia, a zatem powinien podjąć szczególne środki ostrożności, które pozwoliłyby mu na uniknięcie powikłań zdrowotnych u pokrzywdzonej. Zdaniem Sądu, podszedł on jednak do pokrzywdzonej „rutynowo/szablonowo”, bowiem uznał, iż

robił tak już w stosunku do innych pacjentów, nie uwzględniając przy tym przywoływanego faktu, iż pokrzywdzona była w grupie wysokiego ryzyka zaistnienia powikłań.

W przypadku nieumyślnej postaci tego czynu sprawca mając świadomość ciężących na nim obowiązków w zakresie opieki nad pacjentem nie przewiduje, iż jego konkretne działanie bądź zaniechanie łączyć się to będzie ze spowodowaniem bezpośredniego niebezpieczeństwa dla życia lub zdrowia takiej osoby. Sprawca nieumyślnego czynu z art. 160 kk nie ma zamiaru narażenia pacjenta a na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, naraża go jednak w wyniku niezachowania wymaganej w danych okolicznościach ostrożności, w sytuacji, w której narażenie takowe przewidywał lub obiektywnie biorąc mógł przewidzieć (por. art. 9 § 2 kk).

Nie zwalnia przy tym oskarżonego z jego obowiązków w analizowanym zakresie fakt wadliwej organizacji pracy Szpitala na co powoływał się wskazując na brak pulsoksymetru mobilnego, skutkujące niemożliwością użycia tego urządzenia w czasie transportowania pokrzywdzonej z sali operacyjnej na salę pooperacyjną. Skoro oskarżony podjął się wykonywania pracy w takich warunkach i przyjął na siebie odpowiedzialność za bezpieczne dla pacjentów wykonywanie swoich obowiązków, to przyjął również na siebie ryzyko nie wywiązania się ze swych powinności. Zdrowie pacjenta jest bowiem wyższym dobrem, niż kolejność zabiegów zaplanowanych w danej sali. Wybudzanie w takim wypadku mogło nastąpić w sali nawet operacyjnej, gdzie takie urządzenie znajduje się, a kwestia następnych zabiegów nie mogła determinować konieczności przewożenia pacjentki, co do której istniało duże ryzyko powikłań związanych z jej wybadaniem.

Mając na uwadze powyższe Sąd uznał, iż K. N. dopuścił się tego, że w dniu 22 lutego 2012r. w S. w (...) Szpitalu (...) przy ul. (...) będąc zobowiązanym jako lekarz anestezjolog do opieki nad osobą narażoną na niebezpieczeństwo, nieumyślnie naraził K. M. (1) na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu poprzez niezgodne z zasadami wiedzy i praktyki medycznej postępowanie w procesie wybudzania pacjentki ze znieczulenia ogólnego po operacji kręgosłupa, przejawiające się rozintubowaniem chorej z pozostawieniem na własnym oddechu pomimo zgłaszanej przez nią duszności, niskiej oceny w skali Aldreta, braku obiektywnej oceny powrotu siły mięśniowej, braku kontroli pulsoksymetrycznej w tym okresie oraz dodatkowych złych czynników rokowniczych takich jak wielogodzinny zabieg operacyjny, wiek, otyłość i nadciśnienie tętnicze pokrzywdzonej, czym wypełnił znamiona czynu kwalifikowanego z art. 160 § 3 kk.

Co do tak opisanego czynu Sąd przypisał oskarżonemu winę nieumyślną, uznając, iż nie zachodzą okoliczności ją wyłączające. Sąd nie znalazł także żadnych okoliczności wyłączających bezprawność działania oskarżonego. Czyn ten jednocześnie był społecznie szkodliwym w znacznym stopniu, biorąc pod uwagę zwłaszcza skutek przez oskarżonego spowodowany dla najistotniejszego dobra prawem chronionego jakim jest ludzkie zdrowie i życie.

Przy wymiarze kary za powyższe przestępstwo Sąd poczytał na korzyść oskarżonego to, iż jest on osobą niekaraną, prowadzi ustabilizowany i poprawny tryb życia. Czyn, którego dopuścił się miał w jego życiu zatem charakter incydentalny i nie może być uznany za świadczące o braku umiejętności czy też odpowiedniego przygotowania oskarżonego do wykonywania zawodu, do którego zresztą musiał przygotowywać się wiele lat. W swojej dotychczasowej pracy zawodowej w sposób należyty wywiązywał się z obowiązków lekarza. Z kolei jako okoliczność przemawiającą na jego niekorzyść Sąd uwzględnił fakt, iż przez jego działanie w rezultacie u K. M. (1) nastąpiły nieodwracalne zmiany w mózgu. Pokrzywdzona w rezultacie zmarła nie odzyskawszy wcześniej świadomości. Jednocześnie jednak Sąd wziął pod uwagę to, że oskarżony popełnił ten czyn w wyniku braku doświadczenia. Oskarżony jest stosunkowo młodą osobą, która jeszcze w swojej pracy zawodowej mogła nie mieć zbyt wielu przypadków ekstremalnych zagrożeń życia lub zdrowia. Tym samym, jako osoba w niewystarczającym stopniu doświadczona mógł nie prawidłowo postąpić w sytuacji takiego bezpośredniego zagrożenia życia – jak to miało miejsce w stanie faktycznym niniejszej sprawy.

Mając na uwadze przytoczone powyżej okoliczności Sąd uznał, iż adekwatną do stopnia winy i społecznej szkodliwości działania oskarżonego będzie kara 6 miesięcy pozbawienia wolności, przyjmując za podstawę jej wymiaru art. 160 § 3 kk. Uwzględniając wszystkie przywołane powyżej okoliczności, a szczególnie skutki jakie wyniknęły dla zdrowia i życia K. M. (1) i stopień społecznej szkodliwości czynu oskarżonego, tylko najsurowszy rodzaj kary spełni cele przed nią

stawiane, to jest w zakresie prewencji indywidualnej oraz ogólnej będąc nauką dla samego oskarżonego uświadamiając mu jak wielka odpowiedzialność spoczywa na nim jako lekarzu anestezjologu, a także kara ta będzie przestrożą dla innych osób reprezentujących grupę zawodową lekarzy. Kara tego rodzaju i w tym wymiarze spełni także zadość poczuciu społecznej sprawiedliwości, co w tym wypadku jest równie istotne, szczególnie dla rodziny pokrzywdzonej.

Jednocześnie Sąd uznał, iż wykonanie w chwili obecnej orzeczonej wobec oskarżonego kary pozbawienia wolności nie jest konieczne dla osiągnięcia wobec niego celów kary, a w szczególności dla zapobieżenia jego powrotowi do przestępstwa. Wspomniana wyżej postawa życiowa i incydentalny charakter popełnionego przez niego przestępstwa doprowadziła bowiem Sąd do przekonania, iż pomimo braku natychmiastowego wykonania orzeczonej wobec niego kary, nie powróci on na drogę przestępstwa. W związku z powyższym, biorąc pod uwagę właściwości i warunki osobiste oskarżonego Sąd zdecydował się skorzystać w stosunku do niego z instytucji warunkowego zawieszenia wykonania orzeczonej kary pozbawienia wolności. Okres próby Sąd ustalił przy tym na okres dwóch lat, co powinno być wystarczające dla skontrolowania jego dalszej postawy i zweryfikowania prawidłowości przyjętej pozytywnej prognozy kryminologicznej.

Skutki działania oskarżonego dla zdrowia pokrzywdzonej bez wątpienia były nieodwracalne, ostatecznie pokrzywdzona zmarła kilka miesięcy później. Sąd w związku z tym – zgodnie z wnioskiem dzieci pokrzywdzonej reprezentujących prawa zmarłej K. M. (1) uznał, że zasadnym będzie zadośćuczynienie krzywdy, którą ponieśli oni w związku z czynem oskarżonego. Stąd też Sąd przyjął, że zasadnym będzie przyznanie im po 5.000 złotych zadośćuczynienia za tak doznaną krzywdę. Należy mieć przy tym na uwadze, że krzywda wprawdzie jest pojęciem niemiarodajnym, niemniej jednak jej zadośćuczynienie, które ma w jej przypadku mieć charakter kompensacyjny nie może stanowić zapłaty sumy symbolicznej, czy też określonej sztywnymi regułami, lecz musi przedstawiać jakąś ekonomicznie odczuwalną wartość, choć nie może ono jednak pozostawać w rażącej dysproporcji do aktualnych przeciętnych warunków społeczeństwa. W przypadku zadośćuczynienia dla osób bliskich jak w niniejszej sprawie, gdy należy zrekompensować stratę wywołaną skutkami działania sprawcy, w związku z brakiem kontaktu z matką po zabiegu aż do jej śmierci, na rozmiar krzywdy wpływ miały przede wszystkim: dramatyzm doznań tych osób, poczucie osamotnienia i pustki, cierpienia moralne i wstrząs psychiczny tych osób wywołany skutkami niewłaściwego postępowania oskarżonego. Istotne jest także to, że dzieci pokrzywdzonej występujące w niniejszej sprawie jako oskarżyciele posiłkowi byli niewątpliwie silnie związani z matką, za czym przemawia fakt dużej troski o jej zdrowie i zainteresowanie jej stanem w czasie pobytu w szpitalu. (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 21 maja 2015 r. w sprawie II AKa 64/15 opublikowany w OSASz 2015/3/5-20 oraz wyrok Sądu Najwyższego z 22 marca 1973 r. w sprawie I CR 73/73 opublikowany w zbiorze LEX pod nr 7233). Ustalone przez Sąd zadośćuczynienie na kwoty po 5.000 złotych odpowiada powyższym wymogom.

Rozstrzygając niniejszą sprawę Sąd zastosował – zgodnie z art. 4 § 1 kk - przepisy ustawy Kodeks karny obowiązujące do dnia 30 czerwca 2015 r. gdyż przepisy te były względniejsze dla oskarżonego. Otóż w przypadku warunkowego zawieszenia kary nie wymagały obligatoryjnego w oparciu o przepisy Kodeksu karnego w brzmieniu obowiązującym od 01 lipca 2015 r. nałożenia na niego obowiązków wynikających z art. 72 § 1 kk, które w tym wypadku nie były zdaniem Sądu konieczne dla osiągnięcia celów postępowania. Nadto zasądzając zadośćuczynienie za doznaną krzywdę do dnia 30 czerwca 2015 r. nie wymagane było, tak jak jest to w obecnym stanie prawnym, stosowanie przepisów kodeksu cywilnego, co jest mniej korzystne, bo przewiduje m.in. możliwość zasądzenia także od takiej kwoty odsetek.

Nie znajdując przesłanek do zwolnienia oskarżonego od ponoszenia kosztów sądowych, gdyż oskarżony jest osobą zdolną do pracy oraz osiągającą dochody, a więc będzie w stanie je ponieść - Sąd zasądził je od oskarżonego na rzecz Skarbu Państwa na podstawie przepisu art. 627 kpk.