

Sygn. akt II K 635/15

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 24 października 2017r.

Sąd Rejonowy Gdańsk – Południe w Gdańsku II Wydział Karny w składzie:

Przewodniczący: SSR Anna Jachniewicz

Protokolant: Katarzyna Tymińska

z udziałem Prokuratura Prokuratury Rejonowej G.-W. w G.

po rozpoznaniu na rozprawie w dniach 12.05.2016r., 13.09.2016r., 11.12.2016r., 02.02.2017r., 27.03.2017r., 10.04.2017r., 10.07.2017r., 10.10.2017r. sprawy

A. S., syna J. i H. z domu P., urodzonego dnia (...) w G.

oskarżonego o to, że:

w dniu 08.05.2009 r. w G., działając nieumyślnie, spowodował u Z. F. (1) naruszenie czynności narządu ciała na czas trwający nie dłużej niż 7 dni poprzez podanie pokrzywdzonemu zamiast środka znieczulającego lignokainy, roztworu chlorku potasu,

tj. o przestępstwo z art. 157 §1 i §3 k.k.,

w dniu 08.05.2009 r. w G., działając nieumyślnie, spowodował u D. J. naruszenie czynności narządu ciała na czas trwający nie dłużej niż 7 dni poprzez podanie pokrzywdzonemu zamiast środka znieczulającego - lignokainy, roztworu chlorku potasu,

tj. o przestępstwo z art. 157 §1 i §3 k.k.,

I. uniewinnia oskarżonego od popełniania obu zarzucanych mu czynów;

II. na podstawie art. 626 §1 k.p.k. w zw. z art. 632 pkt 2 k.p.k. wydatkami postępowania obciąża Skarb Państwa.

Sygn. akt II K 635/15

UZASADNIENIE

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

A. S. ukończył w 1984 roku lecarskie studia medyczne. Następnie w 1988 roku uzyskał pierwszy stopień specjalizacji w zakresie chorób wewnętrznych, a w 1999 roku tytuł doktora nauk medycznych. W grudniu 2008 roku lekarz A. S. zawarł umowę cywilno-prawną na świadczenie przez niego usług medycznych w postaci wykonywania inwazyjnych badań elektrofizjologicznych serca i wewnątrzsercowych ablacji podłoża zaburzeń rytmu serca na rzecz Oddziału Kardiologicznego Szpitala MSWiA w G..

Dowód: kopia umowy wraz z aneksami k. 229-234; kopia zezwolenia na wykonywanie Indywidualnej Specjalistycznej praktyki lekarskiej k. 235; kopia dyplomu uzyskania tytułu lekarza k. 236; kopia prawa wykonywania zawodu lekarza k. 237; kopia zaświadczenia o wpisie do rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich Okręgowej Izby

Lekarskiej w S. k. 238; kopia Dyplomu Pierwszego Stopnia Specjalizacji k. 239; kopia dyplomu uzyskania stopnia naukowego Doktora k. 240.

W marcu 2009 roku pielęgniarka U. C. zawarła umowę cywilnoprawną z Zakładem Opieki Zdrowotnej MSWiA w G., poprzez którą zobowiązała się do wykonywania pracy na stanowisku pielęgniarki na Oddziale Kardiologii tego Szpitala. Świadczenie w/w pracy przez U. C. polegało na odbywaniu dyżurów pielęgniarskich i udziale w zabiegach ablacji i wszczepianiu stymulatorów. Ponadto U. C. objęta była zakresem obowiązków ustalonym przez Naczelną Pielęgniarkę ZOZ MSWiA w G., do których należały m.in. - współdziałanie z lekarzem w procesie diagnostyczno-lecznym i rehabilitacyjnym, wykonywanie w należyty sposób i we właściwym czasie zleceń lekarskich oraz potwierdzenie ich wykonania w przeznaczonych do tego celu dokumentacji, zabezpieczenia i przechowywania leków oraz środków dezynfekcyjnych zgodnie z obowiązującymi przepisami, innych zleconych przez przełożonych zadań (zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami). U. C. przed samodzielnym asystowaniem przy zabiegach ablacji i badaniach elektrofizjologicznych serca, została wprowadzona przez pielęgniarkę oddziałową B. Z., do asystowania przy nich, poprzez towarzyszenie przy kilku w/w zabiegach pielęgniarskich oddziałowej.

Dowód: kopia dyplomu ukończenia liceum medycznego k. 244; kopia prawa wykonywania zawodu pielęgniarski 225; kopia umowy zlecenia k. 226; kopia zakresu obowiązków k. 227-228; zeznania B. Z. k. 372.

Badanie elektrofizjologiczne, poprzedzające ablację serca jest inwazyjnym badaniem serca, wymagającym wprowadzenia do serca cewników. Jest wykonywane w celu dokładnego rozpoznania arytmii. Cewnik do serca wprowadzany jest przez żyłę udową w pachwinie, po uprzednim znieczuleniu tego miejsca środkiem znieczulającym, np. roztworem lignokainy. W czasie badania serce jest pobudzane do szybszej pracy w celu wywołania arytmii. Przez cały okres badania elektrofizjologicznego pacjent jest przytomny. Zabieg trwa od 1 do 3 godzin. Zabieg ablacji wykonywany jest zazwyczaj bezpośrednio po wykonaniu badania elektrofizjologicznego. Jest przeprowadzany w celu zlikwidowania arytmii. W czasie tego zabiegu usuwany jest jeden z cewników użyty podczas badania elektrofizjologicznego, a na jego miejsce wprowadzany jest cewnik ablacyjny, który umieszczany jest w sercu. Następnie dzięki płynącemu przez cewnik prądowi o wysokiej częstotliwości dochodzi do jego przegrzania, czego efektem jest powstanie w sercu blizny, uniemożliwiającej dalsze powstawanie arytmii.

Dowód: informacja dla pacjenta –k. 63-64; zdjęcia z sali operacyjnej – k. 434-440

Podanie znieczulenia w czasie zabiegów przeprowadzanych przez A. S. było zgodne ze standardem jałowych narzędzi. Na sali operacyjnej pielęgniarka ma swój stolik, jest także jałowy stolik lekarza. Pielęgniarka wyjmując strzykawkę z opakowania, kładąc ją na jałowy stolik lekarza, podczas gdy leki stoją na stoliku pielęgniarki. Ponieważ leki (ampułki) nie są jałowe, lekarz nie może ich dotykać. Pielęgniarka zdejmując wówczas blaszkę z ampułki (czasem całą blaszkę, czasem tylko część przykrywającą wlot do ampułki, pozostawiając kolorowy rant), następnie odkaża gumową osłonę ampułki, wyjmując jałową igłę i wbija w gumowy korek ampułki. Wówczas ampułkę z igłą kieruje w stronę lekarza, trzymając stabilnie ampułkę w ręku, tak by lekarz nasadził strzykawkę na wbitą w ampułkę igłę, nie dotykając jednocześnie ampułki, która nie jest jałowa. Po zaciągnięciu leku do strzykawki, odłączana jest igła, która była wbita w niej jałową ampułkę, i na strzykawkę lekarz zakłada nową, jałową igłę, przy pomocy której podaje lek pacjentowi. L. jest jedynym lekiem podawanym przez lekarza w trakcie badania elektrofizjologicznego i ablacji. Pozostałe możliwe leki są podawane samodzielnie przez pielęgniarkę na polecenie lekarza w razie zaistnienia takiej potrzeby (np. leki uspokajające).

W innych placówkach służby zdrowia w celu podania znieczulenia przed zabiegiem ablacji pielęgniarka wylewa zawartość ampułki do jałowego naczynia z którego lekarz pobiera płyn do strzykawki. W takim przypadku lekarz operator nie ma żadnego kontaktu z ampułką leku.

Dowód: wyjaśnienia oskarżonego A. S. –k. 275-276, 332-335, 411, 412-422, 445-453, 457-472, 475-481, 510-518, 704-711, zeznania W. P. –k. 442-445, 726-530, 1294-1295; opinia biegłych z Wojskowego Instytutu Medycznego w W. – k. 1409-1415.; opinia biegłego J. B. –k. 1268-1270.

Wszyscy pacjenci w czasie znieczulenia, badania elektrofizjologicznego i zabiegu ablacji odczuwają mniejsze lub większe dolegliwości bólowe podczas nakłuwania naczynia i wprowadzania cewnika, a także podczas wprowadzania tzw. koszulek M.. Zwiększony ból odczuwają pacjenci nadwrażliwi na ból, a także pacjenci z tendencjami do odruchów wazowagalnych. Szacuje się, że pacjentów odczuwających intensywny ból, pomimo znieczulenia jest kilka procent.

Dowód: opinia biegłego z zakresu elektrofizjologii J. B. –k. 928-929, 1268-1270; wyjaśnienia oskarżonego A. S. –k. 275-276, 332-335, 411, 412-422, 445-453, 457-472, 475-481, 510-518, 704-711; opinia biegłych z (...)k. 1409-1415

W dniu 08 maja 2009 roku na Oddziale Kardiologicznym Szpitala MSWiA w G. zaplanowane były badania elektrofizjologiczne i zabiegi ablacji serca u trzech pacjentów. W skład zespołu medycznego mającego przeprowadzić wskazane zabiegi wchodził: lekarz A. S. jako główny operator przeprowadzający badania i zabiegi, lekarz W. P. jako lekarz pomocniczy obsługujący komputer i urządzenia techniczne oraz pielęgniarka asystująca U. C.. Przed zabiegami U. C. przygotowywała potrzebne rzeczy do wykonania zabiegów ablacji i przeprowadzenia badań elektrofizjologicznych serca w postaci cewników, pomp, igieł, strzykawek i leków. A. S., sprawdził on czy wszystko co jest potrzebne do zabiegów znajduje się na stoliku z narzędziami i lekami. Ponieważ na sali operacyjnej była tylko jedna, napoczęta fiolka lignokainy, U. C. wyszła z sali operacyjnej, odnalazła obok sali operacyjnej szafę z lekami i wyciągnęła z niej co najmniej jedną fiolkę o pojemności 20 ml, nie sprawdzając etykiety na fiolce. Nie była to fiolka z lignokainą. Zawierała chlorek potasu. Fiolki były podobne do siebie, były tego samego kształtu i wielkości, różniły się etykietą i kolorem kapsla/ blaszki. Blaszka od lignokainy miała kolor zielony, a od chlorku potasu kolor czerwony. U. C. powróciła na salę operacyjną ze wskazaną fiolką, nieświadoma, że fiolka nie zawiera lignokainy, a chlorek potasu.

Dowód: częściowo zeznania U. C. k. 50-52, 279-281, 367-371, 1309-1311; wyjaśnienia oskarżonego A. S. –k. 275-276, 332-335, 411, 412-422, 445-453, 457-472, 475-481, 510-518, 704-711; zdjęcia leków –k. 329, 405-406, 683; zdjęcia sali operacyjnej –k. 434-440

Następnie na salę operacyjną został przywieziony pierwszy pacjent Z. F. (1). Po ułożeniu pokrzywdzonego na stole operacyjnym i podłączeniu aparatury, oskarżony A. S. poprosił pielęgniarkę o podanie środka znieczulającego. U. C. nie sprawdzając etykiety znajdującej się na fiolce, podała A. S. fiolkę z nabitą igłą. Oskarżony, z fiolki trzymanej przez pielęgniarkę, nabrał bez sprawdzenia etykiety substancję do strzykawki. Była to prawdopodobnie fiolka z resztą lignokainy, do której następnie zostało dobrane z drugiej fiolki (zawierającej już chlorek potasu) około 5 ml płynu. Lekarz A. S. poinformował Z. F. (1), iż zostanie mu podany środek znieczulający. Oskarżony przystąpił do iniekcji i zaaplikował Z. F. (1) mieszaninę lignokainy i chlorku potasu. Z. F. (1) w czasie zabiegu wskazywał na odczuwane dolegliwości bólowe. Wówczas drugi lekarz (...) zapytał go, czy jest nadwrażliwy na ból, czemu Z. F. (2) zaprzeczył. Po tej wymianie zdań Z. F. (2) nie odzywał się pomimo odczuwania silnego bólu. W pewnym momencie A. S., widząc, iż pacjent ma problemy z oddychaniem poradził mu, by zaczął szybko i płytko oddychać „jak zmęczony pies”. W czasie zabiegu ablacji, po wprowadzeniu cewnika do serca i puszczeniu prądu, kiedy nastąpiło kilkuminutowe oczekiwanie na efekt zabiegu, lekarze i pielęgniarka rozmawiali na tematy nie związane z zabiegiem i żartowali. Po kilkudziesięciu minutach zakończono zabieg ablacji u Z. F. (1).

Dowód: częściowo wyjaśnienia oskarżonego A. S. - k. 275-276, 332-335, 411, 412-422, 445-453, 475-481, 510-518, 665, 704-711; częściowo zeznania świadka U. C. k. 50-52, 279-281, 367-371, 1309-1311; częściowo zeznania świadka Z. F. (1) k. 13-15, 336-340, 1232-1233; zeznania W. P. –k. 442-445, 726-730, 1295-1299

Drugim pacjentem, który został przewieziony na salę operacyjną był D. J.. Został ułożony i przygotowany do zabiegu. Wtedy A. S. poprosił pielęgniarkę o podanie znieczulenia. Pielęgniarka ponownie nieświadomie podała lekarzowi fiolkę z chlorkiem potasu, a A. S. pobrał z trzymanej przez nią fiolki płyn według stosowanej przez siebie procedury, wstrzykując D. J. podskórnie około 5 ml chlorku potasu. Przy aplikacji pobranej substancji w okolice prawej pachwiny pacjent także poczuł bardzo silny ból, o czym od razu informował lekarza. W trakcie zabiegu D. J. kilkakrotnie jeszcze informował oskarżonego, iż ból nie ustępuje, pytał także o możliwość zmiany pozycji. Oskarżony powiedział mu, że nie ma możliwości zmiany pozycji, a ból jest spowodowany większą wrażliwością jego organizmu na ból. A. S. był wówczas przekonany, iż objawy występujące u D. J. są spowodowane zespołem wazowagalnym, który podejrzewał u

tego pacjenta. W związku z tym, że u D. J. w toku badania nie stwierdzono podstaw do przeprowadzenia ablacji, zabieg zakończono na badaniu diagnostycznym.

Dowód: zeznania świadka D. J. k. 24, 340-341, 1229-1231; częściowo wyjaśnienia oskarżonego A. S. k. 275-276, 332-335, 411, 412-422, 445-453, 475-481, 510-518, 665, 704-711, zeznania W. P. –k. 442-445, 726-730, 1295-1299

Na końcu do sali operacyjnej została przywieziona ostatnia pacjentka - E. W. (1), będąca z zawodu pielęgniarką. Także i w przypadku tej pacjentki, oskarżony w celu jej znieczulenia poprosił U. C. o podanie znieczulenia i ponownie bez weryfikacji etykiety pielęgniarka podała fiolkę z chlorkiem potasu, który oskarżony pobrał do strzykawki. Przy wykonywanej iniekcji w prawą pachwinę E. W. (1), poczuła ona silny, nietypowy ból, krzyknęła głośno i chwyciła oskarżonego za rękę. E. W. (1) była pielęgniarką, a ponadto miała już dokonywane znieczulenie z lignokainą, w związku z czym знаła jej działanie i czuła, iż to jest inna substancja. Oskarżony wystraszył się zachowania pacjentki i przerwał aplikację leku (po podaniu około 2 ml), następnie poprosił U. C. o pokazanie fiołki, z której pobierał lek. Pielęgniarka wcześniej wrzuciła opakowanie po leku do kosza, w związku z czym przeszukała kosz i po odnalezieniu fiołki okazała ją oskarżonemu, który dopiero wtedy stwierdził, iż jest to chlorek potasu. Następnie poprosił o podanie lignokainy, którą podał pacjentce, ostrzykując wcześniejsze miejsce iniekcji i kontynuował zabieg ablacji.

Dowód: wyjaśnienia oskarżonego A. S. k. 275-276, 332-335, 411, 412-422, 445-453, 475-481, 510, 518, 665, 704-711, zeznania W. P. –k. 442-445, 726-730, 1295-1299; zeznania świadka E. W. (1) k. 45 v, 573-576, 1330v-1331.

Na skutek iniekcji chlorku potasu zamiast lignokainy, u Z. F. (1) wystąpiło powikłanie miejscowe w prawej pachwinie, związane z dokonanym znieczuleniem miejscowym w postaci powierzchownej martwicy tkanek dotyczącej skórki i tkanki podskórnej, w wyniku czego powstała rana, gojąca się przez ziarninowanie. Tego typu zmiany powodują rozstrój zdrowia i naruszenie funkcji narządu ciała na okres powyżej 7 dni w rozumieniu art. 157 k.k. Powyższe obrażenia nie naraziły pokrzywdzonego na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

Na skutek iniekcji chlorku potasu zamiast lignokainy, u D. J. wystąpiło powikłanie miejscowe w prawej pachwinie związane z dokonanym znieczuleniem miejscowym w postaci powierzchownej martwicy tkanek dotyczącej skórki i tkanki podskórnej, w wyniku czego powstała rana gojąca się przez ziarninowanie. Tego typu zmiany powodują rozstrój zdrowia i naruszenie funkcji narządu ciała na okres powyżej 7 dni w rozumieniu art. 157 k.k. Powyższe obrażenia nie naraziły pokrzywdzonego na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

Dowód: opinie biegłych z (...) k. 201-209, 536-547, 660-665; dokumentacja medyczna k. 1-10, 27-43, 55-195, 251-253, protokoły oględzin k. 17-18, 44-47; dokumentacja fotograficzna –k. 198-199;

Po zakończeniu zabiegów oskarżony A. S. udał się do sali pooperacyjnej, gdzie poinformował pacjentów – D. J. i E. W. (1), że omyłkowo zamiast lignokainy podano im chlorek potasu i przeprosił za zaistniałą sytuację. W przypadku Z. F. (1) poinformował go, że podano mu właściwe znieczulenie, był bowiem co do tego w tym momencie przekonany. Dopiero po oględzinach miejsca znieczulenia u Z. F. (1) okazało się, że jemu także podano prawdopodobnie chlorek potasu.

Dowód: wyjaśnienia oskarżonego A. S. k. 275-276, 332-335, 411, 412-422, 445-453, 475-481, 510-518, 665, 704-711, częściowo zeznania U. C. –k. 50-52, 279-281, 367-371, 1309-1311

Po opisanych wyżej zdarzeniach przeprowadzono w szpitalu MSWiA w G. postępowanie wyjaśniające. Zdarzenie rozpoznano jako błąd w sztuce pielęgniarskiej w zakresie niewłaściwego przygotowania stanowiska pracy, braku zastosowania zasady trzykrotnego sprawdzenia podawanego leku. Wprowadzono zalecenia, według których pielęgniarka przed podaniem leku powinna sprawdzić zlecenie podania leku, sprawdzić trzy razy nazwę leku, termin ważności, dawkę i nazwisko pacjenta. Za wskazane uznano sprawdzenie po raz czwarty wyrzuconego opakowania. Jeżeli pielęgniarka uczestniczy w konkretnym zabiegu np. ablacji, podczas którego istnieje konieczność podania leku, powinna: przygotować bądź uzupełnić tacę z lekami przed zabiegiem, zwrócić szczególną uwagę, aby znajdujące się na tacy fiołki, bądź ampułki „otwarte” były opisane datą i godziną otwarcia.

Dowód: zeznania J. G. – k. 220-223, 409-411, 1287-1293; zeznania B. Z. –k. 262, 371-373, 1308-1309; dokumenty z postępowania wyjaśniającego w szpitalu –k. 241-260

Oskarżony A. S. zarówno w toku postępowania przygotowawczego, jak i w toku postępowania sądowego nie przyznał się do zarzucanych mu czynów. Oskarżony wyjaśnił, iż nie ma pojęcia, skąd na sali operacyjnej wziął się chlorek potasu, według niego, nie powinien się on tam znaleźć, gdyż nie jest potrzebny przy tego typu zabiegach. Ponadto był przekonany, iż podaje pacjentom lignokainę. Podczas zabiegu pierwszego pacjenta nie wydarzyło się nic, co mogłoby zwrócić jego uwagę. Podczas badania drugiego pacjenta krzyknął on i informował o bólu, jednak według jego wiedzy taka sytuacja była dopuszczalna, dopiero podczas znieczulania trzeciej pacjentki, z uwagi na jej zachowanie, sprawdził, jaki lek jest podawany do znieczulenia. Wyjaśnił, iż pobranie przez niego środka znieczulającego wyglądało w ten sposób, że pielęgniarka podawała mu fiolkę z wciśniętą igłą, a on podłączał swoją strzykawkę i pobierał płyn. Wyjaśnił także, iż nie wie, w którym momencie została mu podana fiołka z chlorkiem potasu, a pielęgniarka nie informowała go o tym, iż zabrakło lidokainy, czego też nie musiała robić, bo to jest jej obowiązkiem, by zapewnić odpowiednią ilość leków do zabiegu. On sam także przed zabiegiem sprawdzał stolik z narzędziami, na którym widział opakowanie lidokainy. Oskarżony wyjaśnił, iż zabiegi odbywają się jednym ciągiem, a pielęgniarka nie musi być cały czas przy nim i może poruszać się po sali. Gdy tylko dowiedział się o podaniu chlorku potasu pacjentom, poszedł najpierw do U. C. i zaproponował, by poszli do pacjentów i poinformowali ich o tym fakcie. Oskarżony przeprosił zarówno E. W. (1) i D. J., gdyż w ich przypadku był pewny o podaniu chlorku potasu, nie przeprosił Z. F. (1), gdyż był wówczas pewny, iż w jego przypadku nie doszło do pomyłki i otrzymał on lidokainę. Ponadto oskarżony dodał, iż pacjenci od razu zostali otoczeni odpowiednią opieką medyczną, po powzięciu wiadomości o podaniu chlorku potasu. Oskarżony poinformował też, że w związku z tym zdarzeniem w szpitalu było prowadzone postępowanie wewnętrzne, lecz nie wie, jakie były jego wnioski i konsekwencje.

(wyjaśnienia oskarżonego k. 275-276)

Z kolei w toku rozprawy oskarżony A. S. składał wyjaśnienia kilkakrotnie. Były one obszernie i dotyczyły głównie jego wniosków i opinii dotyczących tego, na kim spoczywa obowiązek sprawdzenia leków przed ich podaniem, gdzie wskazywał, iż obowiązek ten spoczywa na pielęgniarce jako wykwalifikowanej i odpowiednio wykształconej osobie, a obowiązek ten dotyczy lekarza jedynie wtedy, gdy sam pobiera lek, a następnie go samodzielnie podaje pacjentowi. Wskazał również, na to, iż podczas zabiegu ablacji niezwykle istotne jest, by lekarz pozostał „jałowy”, stąd, pomimo, iż to lekarz bezpośrednio podaje lek pacjentowi, to nie ma możliwości go samodzielnie sobie przygotować z uwagi na to, iż musi pozostać jałowy, dlatego koniecznym jest, by to pielęgniarka podała mu ten lek w taki sposób, by mógł go pobrać do jałowej strzykawki. Porównywał także procedury występujące przy zabiegu ablacji występujące w innych zespołach medycznych, gdzie lidokaina, jest przygotowywana przez pielęgniarkę w specjalnym jałowym i nieopisanym naczyniu, z którego lekarz pobiera substancję. Oskarżony podkreślał wielokrotnie, że pielęgniarka jest odpowiednio wykwalifikowaną osobą do przygotowywania i podawania pacjentom leków i w wielu przypadkach wykonuje ona zalecenia lekarza, a lekarz nie sprawdza, ani nie ma takiej możliwości, by sprawdzić, jaki rzeczywiście lek podaje pielęgniarka. Wskazał również na względy organizacyjne, iż według niego sprawdzanie, czy pielęgniarka podała lekarzowi właściwy lek jest niepotrzebne i jest marnowaniem zasobów ludzkich oraz często stratą czasu, którego czasem po prostu nie ma, gdyż jako osoba wykwalifikowana, która często sama podaje leki pacjentom, powinna przed podaniem tego leku sprawdzić go (wyjaśnienia oskarżonego –k. 332-335, 411, 412-422, 445-453, 457-472, 475-472, 475-481, 510-518, 704-711)

Sąd zważył, co następuje:

Sąd swoje ustalenia oparł o całość zgromadzonego materiału dowodowego w sprawie. Sąd mając na uwadze wskazania Sadu drugiej instancji ponownie przesłuchał wszystkie osoby mające wiadomości w sprawie, a także dopuścił dowód z kolejnej opinii biegłych na okoliczność prawidłowości przebiegu zabiegów w dniu 08 maja 2009r. Za najbardziej istotne dowody w sprawie Sąd uznał zeznania świadków przebywających na sali operacyjnej, wyjaśnienia oskarżonego

oraz opinie biegłych, w tym przede wszystkim opinię biegłych z Wojskowego Instytutu Medycznego w W. oraz opinię biegłego – specjalisty kardiologii wykonującego zabiegi ablacji – dr J. B..

Zeznania **D. J.** Sąd uznał za wiarygodne w całości. Jawią się one jako dokładne i szczegółowe. Pomimo tego, że był on osobą pokrzywdzoną, świadek nie przejawiał negatywnych, subiektywnych emocji w stosunku do oskarżonego. Nadto zeznania świadka znajdują odzwierciedlenie w wyjaśnieniach samego oskarżonego, który potwierdził, iż w tym przypadku pacjent rzeczywiście reagował intensywniej na ból (choć oskarżony niewłaściwie zinterpretował przyczynę odczuwanych dolegliwości). D. J. w swoich zeznaniach wspominał także o tym, iż oskarżony w rozmowie z drugim lekarzem porównał go do piłkarza udającego faul. To również znalazło potwierdzenie w wyjaśnieniach oskarżonego, który nie zaprzeczył temu, tłumacząc kontekst swojej wypowiedzi. Zeznania D. J. znajdują także potwierdzenie w dokumentacji lekarskiej. W zeznaniach D. J. wprawdzie pojawia się jedna sprzeczność, gdzie w postępowaniu przygotowawczym zeznał, iż, kiedy A. S. przyszedł na salę pooperacyjną, to nie przeproszał w ogóle Z. F. (1), co miało potwierdzenie także w wyjaśnieniach oskarżonego, który wyjaśnił, iż był przekonany, że Z. F. (1) nie podano chlorku potasu. Podczas zeznań składanych w trakcie rozprawy zeznał odmiennie wskazując, iż skierował swoje przeprosiny także i do Z. F. (1), któremu miał podać częściowo chlorek potasu i częściowo lidokainę. Jednakże po odczytaniu pierwotnych zeznań, stwierdził, iż było tak jak zeznawał w postępowaniu przygotowawczym, a ta rozbieżność wynikała z tego, iż później okazało się, że jednak chlorek potasu otrzymał także i Z. F. (1), przez co zasugerował się tym. Dlatego należy uznać, iż w tym zakresie pierwotne zeznania D. J. są wiarygodne, gdyż sam na to wskazał, a ponadto znajdują one odzwierciedlenie w wyjaśnieniach oskarżonego. Powyższa rozbieżność nie ma znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy.

Sąd nie znalazł również podstaw do zakwestionowania zeznań **E. W. (1)**, które sąd uznał za wiarygodne w całości. Jej zeznania także jawią się jako obiektywne (nie występowała w sprawie jako strona i nie miała negatywnego nastawienia do żadnej ze stron). Była ona trzecią pacjentką oskarżonego tego dnia, ponadto z zawodu była pielęgniarką, a także była już znieczulana lidokainą, dzięki czemu od razu zorientowała się, że lek, który był jej podawany nie był tym znieczuleniem. Wprawdzie w swoich zeznaniach podała, iż gdy był wstrzykiwany jej lek, to złapała lekarza za rękę, co nie zostało potwierdzone w zeznaniach innych osób. Jednakże fakt ten nie ma większego znaczenia dla sprawy, gdyż samą gwałtowną reakcją E. W. (1) przy podawaniu znieczulenia potwierdziły relacje oskarżonego i U. C. i to spowodowało, iż oskarżony zorientował się, że należy sprawdzić jaki lek był podany pacjentom. W zeznaniach E. W. (1) dostrzegalna jest także rozbieżność w relacji dotyczącej wizyty A. S. na sali pooperacyjnej po wykonanych zabiegach. W postępowaniu przygotowawczym świadek zeznała, iż oskarżony podszedł tylko do niej i tylko ją przeprosił. W postępowaniu sądowym zeznała, iż słyszała także rozmowę oskarżonego z pokrzywdzonym Z. F. (2), któremu oskarżony miał mówić, iż pomyłka z podaniem leku go nie dotyczyła. E. W. (1) taką rozbieżność tłumaczyła tym, iż nie chciała mieszać się w te sprawy. Ta rozbieżność również nie miała znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy, bowiem najistotniejsze zeznania dotyczące samego przebiegu podawania znieczulenia znajdują swoje odzwierciedlenie w innym materiale dowodowym. Ponadto wersja zeznań przedstawiona w postępowaniu sądowym znajduje swoje potwierdzenie w zeznaniach D. J. i wyjaśnieniach oskarżonego, gdzie obaj podawali, iż Z. F. (1) nie był przez oskarżonego przeproszany, gdyż oskarżony był przekonany o tym, iż chlorek potasu był podany tylko E. W. (1) i D. J.. Pewna rozbieżność w zeznaniach E. W. (1) widoczna jest także w odniesieniu do tego, czy były wydawane instrukcje co do tego, że w danym momencie będzie podawane znieczulenie. W postępowaniu przygotowawczym E. W. (1) potwierdziła, iż taka sytuacja miała miejsce, z kolei w postępowaniu sądowym stwierdziła, iż nie słyszała, by lekarz mówił do pielęgniarki, czy też do niej samej, że będzie podawane znieczulenie. Trzeba przy tym stwierdzić, iż zeznając w postępowaniu przygotowawczym E. W. (1) z pewnością lepiej pamiętała wydarzenia mające miejsce na sali operacyjnej. Okoliczność ta nie ma znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy.

Sąd uznał za wiarygodne zeznania **Z. F. (1)** w części w jakiej opisuje przebieg zabiegu ablacji serca, w którym uczestniczył. W zeznaniach tych Z. F. (1) opisał, że gdy leżał już na stole operacyjnym, podczas pierwszego ukłucia igłą, kiedy było mu podawane znieczulenie poczuł silny ból, lecz nie okazywał tego. Po chwili poczuł ponownie bardzo silny ból i wtedy zapytał, kiedy zacznie działać znieczulenie, a następnie poinformował, że odczuwa silny ból. Po tych reakcjach przez cały czas trwania zabiegu nie mówił lekarzom nic więcej na temat odczuwanego bólu, pomimo, iż go

odczuwał przez cały czas. Ponadto nie okazywał żadnych reakcji na odczuwany ból, gdyż bał się wykonywać jakikolwiek ruch, z uwagi na ryzyko uszkodzenia serca. Jak zeznał miał podczas zabiegu problemy z oddychaniem, co zostało zauważone przez lekarza i wtedy polecił mu wykonywać szybkie i płytkie oddechy. Powyższe zeznania jawią się jako szczegółowe i logiczne, ponadto były powielane przez pokrzywdzonego w tej samej wersji na przestrzeni kilku lat, zarówno w postępowaniu przygotowawczym, jak i sądowym. Dodatkowo, co istotne, znajdują one swoje potwierdzenie także w wyjaśnieniach oskarżonego A. S., w których odnosi się do przebiegu zabiegu z udziałem Z. F. (1) i zaznaczał w nich także wielokrotnie, iż nie zauważył żadnych nadzwyczajnych reakcji na ból u Z. F. (1), po za tym, iż miał on problemy z oddychaniem. Zeznania Z. F. (1) i wyjaśnienia A. S. zasadniczo ze sobą korelują i pokrywają się w odniesieniu do przebiegu zabiegu ablacji serca i nie sposób im w ten sposób odmówić wiarygodności. W pewnym zakresie pojawia się pewna rozbieżność dotycząca tego, że jak zeznał Z. F. (1), gdy wszedł na salę operacyjną, to według niego nie była ona przygotowana do zabiegu, a dopiero, gdy on leżał na stole operacyjnym, to wtedy pielęgniarka przygotowywała wszystkie potrzebne leki oraz narzędzia. Z kolei z wyjaśnień oskarżonego wynika, iż gdy przyszedł na salę operacyjną (jeszcze przed pojawieniem się Z. F. (1)), to leki i reszta potrzebnych narzędzi była przygotowana. W tym zakresie w ocenie Sądu zeznania Z. F. (1) mają charakter jego subiektywnych odczuć (związanych z negatywnym stosunkiem do oskarżonego i żalem za spotkaną przez niego krzywdę) i nie można dać im wiary, albowiem nie ma on odpowiedniej wiedzy i wykształcenia, aby wiedzieć, co i gdzie na sali operacyjnej powinno być przygotowane do zabiegu ablacji. Ponadto sam zeznał, iż gdy wchodził na salę operacyjną nie miał założonych okularów i słabo widział, przez co nawet potknął się o okablowanie, a więc tym bardziej nie mógł dokładnie widzieć, czy sala operacyjna jest w sposób należyty przygotowana do przeprowadzenia zabiegu ablacji.

Sąd pewną rozbieżność dostrzega także w zeznaniach Z. F. (1) dotyczących wizyty A. S. na sali pooperacyjnej po przeprowadzonym zabiegu, gdzie w swoich zeznaniach podawał, iż A. S. swoją wypowiedź z przeprosinami kierował także do niego oraz informował od razu, iż chlorek potasu został podany wszystkim trzem pacjentom. Zarówno A. S., jak i E. W. (1) oraz D. J. przedstawili tą sytuację odmiennie i stwierdzili zgodnie, iż A. S. nie przeproszał podczas pierwszej wizyty na sali pooperacyjnej Z. F. (1), a jego wypowiedź dotyczyła tylko D. J. i E. W. (2). Taką rozbieżność w zeznaniach Z. F. (1) można tłumaczyć, błędnym zrozumieniem przez Z. F. (1) wypowiedzi A. S. w tamtym czasie - Z. F. (1) czuł się słusznie pokrzywdzony i mógł odebrać tą wypowiedź jako skierowaną także do niego.

W dużej mierze w swoich zeznaniach Z. F. (1) skupiał się na ocenie zachowania, pracy i błędów popełnionych przez oskarżonego, pomimo, iż nie posiada wykształcenia medycznego, ani prawniczego. Ponadto Z. F. (1) w swoich zeznaniach wyrażał żal związany z doznaną szkodą oraz negatywny stosunek do oskarżonego. Jego zeznania są nacechowane licznymi subiektywnymi ocenami oraz negatywnymi emocjami. Należy także zwrócić uwagę, iż pomimo upływu długiego okresu czasu zeznania Z. F. (1) były coraz bardziej szczegółowe, a czasem nawet wewnętrznie sprzeczne (w pierwszych zeznaniach wskazał, iż gdy pojawił się na sali operacyjnej, to lekarz nie zapytał go nawet o jego dane, natomiast w swoich drugich zeznaniach wskazuje, iż gdy pojawił się na sali operacyjnej, to najpierw wypytano go o jego dane). To wszystko sprawia, iż zdaniem Sądu nie można zeznań Z. F. (1), dotyczących dokonywanej przez niego oceny zachowania, pracy i popełnionych błędów oskarżonego, uznać za obiektywne i tym samym w tym zakresie nie mogły one posłużyć do ustalenia stanu faktycznego.

U. C. występowała wcześniej w sprawie w roli podejrzanej - postępowania wobec niej zostało warunkowo umorzone. Relacje U. C. dotyczące przedmiotowych zdarzeń Sąd uznał za wiarygodne w niewielkiej części, w jakiej opisała sposób podawania fiołki ze znieczuleniem lekarzowi oraz że została przeszkolona przez pielęgniarkę przełożoną do asystowania przy zabiegach ablacji serca. W takim zakresie opisy powyższych czynności nie stoją w sprzeczności z pozostałym materiałem dowodowym, zebrany w niniejszej sprawie. W pozostałym zakresie Sąd dostrzega liczne rozbieżności w zeznaniach i wyjaśnieniach U. C.. Przede wszystkim w swoich wyjaśnieniach wskazała ona, że była pewna podania dwóm pierwszym pacjentom lidokainy, stwierdzając, że chlorek potasu został omyłkowo podany jedynie E. W. (1). Stoi to w sprzeczności z dokumentacją medyczną i opinią biegłych z zakresu medycyny sądowej. Dowody te jednoznacznie wskazują na odniesione obrażenia u obu pacjentów w miejscu wprowadzania znieczulenia, wynikiłe po podaniu chlorku potasu. Również bezwartościowe są zeznania U. C. dotyczące momentu, kiedy wyszła z sali operacyjnej, aby uzupełnić braki w lidokainie. Pierwotnie wskazywała, iż nastąpiło to dopiero po pierwszym

zabiegu przeprowadzonym ze Z. F. (1). Stoi to w sprzeczności z faktem, iż Z. F. (1) także otrzymał zastrzyk z chlorkiem potasu. Świadczy to o tym, iż w momencie przeprowadzania zabiegu ablacji serca na sali operacyjnej już musiał znajdować się chlorek potasu, a więc w tym zakresie to wyjaśnienia oskarżonego należało uznać za bliższe prawdy. Wskazał on bowiem, że gdy przyszedł na salę operacyjną przed zabiegami, to leki były przygotowane, a na sali nie było U. C., która pojawiła się później. To wtedy właśnie - zdaniem Sądu - U. C. musiała donieść omyłkowo chlorek potasu. W późniejszych zeznaniach świadek nie była w stanie wskazać, w którym momencie wyszła z sali operacyjnej, by przynieść lidokainę. Nie była także w stanie przypomnieć sobie, czy Z. F. (1) i D. J. zgłaszali podczas zabiegu dolegliwości bólowe. W początkowych zeznaniach wskazywała, iż nie zauważyła nietypowego zachowania u pierwszych dwóch pacjentów i dopiero trzecia pacjentka zaalarmowała zespół o nietypowym bólu. Wprawdzie o ile Z. F. (1) tylko raz zgłaszał uczucie bólu podczas podawania chlorku potasu, co mogło być uznane za normalne zachowanie związane z wkłuciem igły, to D. J. wyraźnie wskazywał na dolegliwości bólowe i w tym zakresie zeznania U. C. nie odpowiadają stanowi faktycznemu ustalonym zgodnie z zeznaniami D. J., jak i wyjaśnieniami samego oskarżonego. Należy przy tym dodać, iż w związku z poprzednią rolą U. C. jako podejrzanej, jej relacje należy uznać za nieobiektywne i pokierowane chęcią korzystniejszego dla siebie przedstawienia przedmiotowych wydarzeń.

Zeznania **W. P.** miały mniejsze znaczenie dla ustalenia stanu faktycznego. Świadek ten nie był przesłuchiwany w postępowaniu przygotowawczym, a pierwszy raz został przesłuchany dopiero po kilku latach w postępowaniu przed Sądem, co rzutowało na luki w pamięci świadka. Ponadto jego rola podczas zabiegu opierała się w dużej mierze na obserwacji i obsłudze komputera. Stąd - z uwagi na długi upływ czasu, jak i charakter jego czynności - pewne okoliczności mogły umknąć jego uwadze, jak i zostać zapomniane. W swoich zeznaniach wskazał, iż podczas zabiegów nic nadzwyczajnego się nie działo. Były zgłaszane dolegliwości bólowe przez pacjentów, ale były to zwyczajne okoliczności przy podawaniu znieczulenia, gdzie większość pacjentów odczuwa ból. W tym zakresie znajduje to swoje odzwierciedlenie w stosunku do Z. F. (1) i D. J., którzy odczuwali ból, jednak nie przejawiali nadzwyczajnych oznak bólowych. Z drugiej strony W. P. nie wskazał w swoich zeznaniach na gwałtowną reakcję E. W. (1), co przeczy pozostałym dowodom. Zeznania te są sprzeczne z innymi dowodami także w zakresie w jakim wskazał, iż to on zauważył, że został podany chlorek potasu zamiast lidokainy. Przeczą temu także zeznania U. C., E. W. (1) i wyjaśnienia oskarżonego. Dlatego w powyższym zakresie Sąd nie mógł dać wiary tym zeznaniom z uwagi na duże rozbieżności w stosunku do pozostałego zgodnego ze sobą materiału dowodowego. Powyższe rozbieżności można w ocenie sądu usprawiedliwić wpływem czasu między zdarzeniem a terminem składania zeznań przez świadka.

Sąd uznał zeznania świadków **B. Z., S. F., K. P., A. O. i J. G.** za nieprzydatne co do zasady przy ustalaniu stanu faktycznego w sprawie, za wyjątkiem potwierdzenia przez świadków, że w szpitalu prowadzone było postępowanie wyjaśniające w sprawie. J. G. jest lekarzem, a pozostałe osoby są pielęgniarkami, które pracowały w Szpitalu MSWiA w G.. Jedynymi istotnymi ustaleniami wynikającymi z zeznań powyższych świadków są: fakt, iż U. C. była przygotowana do wykonywania zabiegów ablacji serca oraz że w zabiegach tego typu nie używa się chlorku potasu (zeznania B. Z.). Wszystkie powyższe osoby wskazały zgodnie, iż to na pielęgniarkę asystującą ciąży obowiązek przygotowania tacy z lekami oraz narzędziami potrzebnymi do wykonywania zabiegu. Zarówno J. O., jak i J. G. potwierdziły istnienie obowiązku tzw. trzykrotnej zasady sprawdzania leku przed podaniem, choć J. O. wskazała, iż w tym przypadku obowiązek ten ciążył na lekarzu, a J. G., iż ciążył on na pielęgniarce. Należy jednak zaznaczyć, iż osoby te pomimo posiadania wiedzy medycznej zeznawały w niniejszej sprawie jedynie w charakterze świadków i pewne kwestie stanowią jedynie ich własne przekonania i opinie, nie poparte przepisami prawa.

Także zeznania **T. S.** nie miały większego znaczenia dla rozpoznawanej sprawy. Jest to znajoma Z. F. (1), która przebywała przez chwilę w odwiedzinach u pokrzywdzonego po zakończonym zabiegu ablacji. Była świadkiem, jak do Z. F. (1) przyszedł oskarżony A. S. i wypytywał go, czy ma do niego jakieś pretensje. T. S. nie wsłuchiwała się w tą rozmowę i na tamtą chwilę nie wiedziała o co dokładnie chodzi, cała jej wiedza na temat zdarzenia pochodzi z relacji Z. F. (1).

Nieprzydatne przy ustalaniu stanu faktycznego w niniejszej sprawie okazały się również zeznania **R. W.** i opinia biegłych z zakresu informatyki dotycząca zgrania plików zawierających zapisy EKG utrwalone podczas badania elektrofizjologicznego u Z. F. (1). Zeznania R. W. nie dotyczyły przedmiotu niniejszej sprawy, a jedynie potwierdzenia,

iż jest właścicielem urządzenia do przeprowadzania badań elektrofizjologicznych, z którego korzysta cały czas A. S.. Z kolei pliki pobrane z w/w urządzenia nie mają znaczenia dla sprawy, bowiem zgodnie z opinią lekarza J. B. zapisy EKG nie pozwalają jednoznacznie stwierdzić, czy zmiany rytmu serca stwierdzone w zapisach są wywołane bólem, czy też inną przyczyną. Ponadto Sąd w tym zakresie ustalił bezsprzeczny stan faktyczny, albowiem niewątpliwie Z. F. (1) i D. J. odczuwali ból, co wynikało z ich zeznań oraz z samego faktu, iż otrzymali oni zastrzyk z chlorkiem potasu, co musiało się wiązać z bólem, z uwagi na żrące właściwości tej substancji.

Sąd przy ustalaniu stanu faktycznego uwzględnił także liczne dokumenty zebrane w niniejszej sprawie w postaci dokumentacji medycznej (k. 1-10, 27-43, 55-195, 251-253), protokołów oględzin (k. 17-18, 44-47), dyplomu ukończenia liceum medycznego (k. 224), prawa wykonywania zawodu pielęgniarki (k. 225), umowy zlecenia (k. 226), zakresu obowiązków (k. 227-228), umowy cywilno-prawnej wraz z załącznikami (k. 229-234), zezwolenia na wykonywanie indywidualnej praktyki lekarskiej (k. 235), dyplomu Akademii Medycznej w G. (k. 236), prawa wykonywania zawodu lekarza (k. 237), zaświadczenia o wpisie do rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich (k. 238), dyplomu pierwszego stopnia specjalizacji (k. 239), dyplomu uzyskania stopnia naukowego doktora (k. 240), procedury w przypadku podania niewłaściwego leku lub przedawkowania (k. 242), księgi zdarzeń niepożądanych w trakcie leczenia (k. 243), opinii dot. U. C. (k. 244, 246, 247), referencji (k. 245), notatki (k. 248), informacja firmy (...) (k. 859). Przedmiotowe dokumenty zostały sporządzone przez uprawnione do tego osoby, w zakresie ich kompetencji. Ich autentyczność ani prawdziwość treści nie była przez żadną ze stron kwestionowana. Dlatego stanowią obiektywny dowód wynikających z nich okoliczności. Sąd uwzględnił także dokumenty takie jak: ustalenia dotyczące omyłkowego podania leków (k. 249-250), protokół z posiedzenia komisji szpitalnej (k. 254-255), notatka służbowa (k. 256-257), notatka wyjaśniająca (k. 259) oraz ugodę zawartą przez U. C. ze Z. F. (1). Dowody te powstały m. in. w toku czynności wyjaśniających prowadzonych w Szpitalu MSWiA w G.. Na potrzeby niniejszego postępowania stanowią one dowód jedynie tego, że dopisane pod nimi osoby złożyły oświadczenia o treści w nich zawartej.

Sąd nie znalazł podstaw do kwestionowania wyjaśnień **oskarżonego A. S.**. Znajdują one swoje potwierdzenie w pozostałym materiale dowodowym, przede wszystkim w zeznaniach samych pokrzywdzonych, co do przebiegu zabiegów. W pozostałym zakresie w dużej mierze oskarżony dokonywał oceny staranności swojej pracy, pracy pielęgniarki oraz wskazywał na praktyki dotyczące sposobu podawania znieczulenia w innych zespołach dokonujących zabiegów ablacji, czy też inne procedury podawania leków. Wskazać należy, że wyjaśnienia oskarżonego były niezwykle obszerne, związane były z wiedzą medyczną oskarżonego. Nie były one sprzeczne z pozostałym materiałem dowodowym w sprawie. Kwestie zasadnicze dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy, a więc prawidłowości procedury znieczulenia do zabiegu oraz tego na kim zdaniem oskarżonego spoczywa w czasie zabiegu obowiązek trzykrotnego sprawdzenia leku, mają charakter ocenny. Będzie o tym mowa w dalszej części uzasadnienia.

Sąd jedynie w części uwzględnił opinie biegłych z (...). Opinie te jasne i niesprzeczne z materiałem dowodowym pod tym względem, iż wskazano w nich, że doszło do popełnienia błędu medycznego poprzez podanie chlorku potasu zamiast lidokainy oraz, że skutkiem tego było powstanie u pokrzywdzonych obrażeń ciała na okres powyżej 7 dni. W takim zakresie opinia ta jest pełna i nie budzi wątpliwości, albowiem posiadana przez biegłych wiedza z zakresu nauk medycznych jest wystarczająca do stwierdzenia powyższych okoliczności. Również niewątpliwym jest wniosek wynikający z tejże opinii dotyczący faktu, iż obrażenia ciała powstałe u pokrzywdzonych nie stanowiły bezpośredniego niebezpieczeństwa dla życia, ani bezpośredniego niebezpieczeństwa powstania obrażeń w rozumieniu art. 156 k.k. Wskazać jednak należy, że w pozostałym zakresie, w szczególności w części dotyczącej wniosków co do odpowiedzialności za powstały błąd osób uczestniczących w zabiegu, opinie były bardzo powierzchowne i lakoniczne. W pierwszych opiniach wydanych przez w/w podmiot wskazano, iż za przebieg całego badania odpowiedzialny jest lekarz wykonujący zabieg oraz, że istnieje związek przyczynowo – skutkowy pomiędzy błędnym działaniem lekarskim i pielęgniarskim wynikającym z niezachowania należytej ostrożności, a powstaniem powikłań u D. J. i Z. F. (1). Jak wskazał sąd rejonowy przy pierwszym rozpoznaniu sprawy, opinia ta jest pod tym względem niekompletna. Biegli nie wskazali, ani źródeł, z jakich wywodzą powyższą odpowiedzialność ani nie wyjaśnili, na czym miało polegać niezachowanie należytej staranności przez oskarżonego. Biegli jedynie ograniczyli się do stwierdzeń, iż nie została

zachowana należyta staranność lekarska oraz że istnieje związek przyczynowo - skutkowy pomiędzy działaniem lekarskim oraz powikłaniami, które wystąpiły, bez powołania się na konkretne źródła powyższych obowiązków.

W swojej uzupełniającej opinii z dnia 22 października 2012 roku biegli wskazali na program studiów medycznych, publikacje naukowe, kodeks etyki lekarskiej oraz ustawę o zawodzie lekarza i rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 1998 r. w sprawie postępowania przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii - jako źródła obowiązku sprawdzenia etykiety leku przez lekarza przy podawaniu go przez pielęgniarkę. Sąd nie podziela powyższej opinii. Biegli powołując się na program studiów wskazali jedynie przykładowe przedmioty, jakich uczą się studenci medycyny, natomiast powołując wskazane w opinii publikacje naukowe, nie wskazali konkretnych cytatów, czy też stron, na których zawarte byłyby informacje dotyczące wskazanego obowiązku. Także w ustnej opinii jeden z biegłych P. K. należący do zespołu opiniującego (...) przyznał, iż w podanych źródłach taka sytuacja jak w niniejszej sprawie nie była opisywana, dodając, iż jest ogólny obowiązek sprawdzania leku przed jego podaniem, co zostanie omówione w dalszej kolejności.

Dodać trzeba, że za nietrafne należy uznać powołanie się przez biegłych na w.w rozporządzenie w sprawie postępowania przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii, jako źródła obowiązku sprawdzania przez lekarza leku przed podaniem. Biegli uznali, że podanie lidokainy w znieczuleniu miejscowym jest zabiegiem anestezjologicznym w rozumieniu w/w rozporządzenia. Tymczasem § 1 ust. 1 i § 12 tego rozporządzenia określają standardy postępowania oraz procedury medyczne w zakresie wymienionych świadczeń medycznych udzielanych przez lekarza posiadającego specjalizację I lub II stopnia w dziedzinie anestezji i intensywnej terapii (lekarz anestezjolog), a także lekarza będącego w trakcie odnośnej specjalizacji. Natomiast przepis §12 odnosi się wprost do lekarza anestezjologa w rozumieniu §1 ust. 1 rozporządzenia. Powyższe nie pozostawia jakichkolwiek wątpliwości, że zastosowanie w.w. rozporządzenia zostało ograniczone podmiotowo wyłącznie to lekarzy specjalistów z zakresu anestezjologii lub osób odbywających specjalizację w tej dziedzinie. Dlatego rozporządzenie to nie będzie miało zastosowania jako źródło obowiązku określonego postępowania w niniejszej sprawie.

W opiniach w/w biegłych można dostrzec też pewne sprzeczności, bowiem pierwotnie wskazali, iż lekarz ma każdorazowy obowiązek sprawdzania leków, które są mu podawane przez pielęgniarkę, a następnie w opinii ustnej stwierdzają, iż w tym zakresie obowiązuje zasada tzw. „ograniczonego zaufania” wyrażająca się w tym, iż dopóki nie zostanie popełniony błąd przez członka zespołu, czy też nie wystąpią inne nieprawidłowości, to nie ma konieczności weryfikowania jego czynności. Stwierdzili także, że podczas niektórych zabiegów niemożliwe jest osobiste sprawdzenie etykiety leku przez lekarza i wtedy wystarcza ustna weryfikacja, co do podawanego przez pielęgniarkę leku. Powyższe wskazuje na wycofywanie się przez biegłych z wcześniejszych kategoriycznych wniosków opinii.

Sąd również nie może zgodzić się z opinią biegłych z (...) w zakresie, w jakim biegli wskazali, iż sygnalizowanie bólu przez pacjentów powinno być wystarczające do zweryfikowania przez lekarza, czy został podany właściwy lek. Jakkolwiek wnioskowanie to można uznać ogólnie za słuszne, to jednak ponownie wskazać należy, że biegli wydający opinie nie mieli żadnego doświadczenia związanego z przeprowadzaniem zabiegów ablacji. Z dwóch opinii biegłych z zakresu kardiologii, mających duże doświadczenie w przeprowadzaniu zabiegów ablacji serca (lekarz J. B., jak i K. K. oraz M. K.) wynika, że ból przy podaniu środka znieczulającego (przy zabiegu ablacji środek ten wstrzykuje się podskórnie w pachwinie) występuje u każdego z pacjentów, przy czym u niektórych z nich ból jest intensywny. Ból ten występuje także podczas samego zabiegu ablacji czy też badania elektrofizjologicznego, na skutek wprowadzania koszulek M. i cewników oraz podczas wywoływania arytmii i jest to zjawisko powszechne i z reguły nie powoduje podjęcia dodatkowych czynności mających na celu ustalenie źródła bólu, a zabieg jest kontynuowany.

Podsumowując opinie wydane przez biegłych z (...) Sąd uznał, iż nie zasługiwały ona na uwzględnienie w zakresie w jakim biegli wskazywali na odpowiedzialność lekarza za przebieg całego badania – zabiegu ablacji. Odnośnie obowiązku sprawdzenia etykiety leku w przypadku podawania go lekarzowi przez pielęgniarkę, opinia ta stanowi wyraz wewnętrznego przekonania i subiektywnej oceny biegłych nie popartej podstawami wynikającymi z konkretnych źródeł. Opinii w tym zakresie przeczą dwie opinie innych biegłych lekarzy J. B. oraz K. K. i M. K.. Ponadto w tym zakresie biegli nie zajęli jednolitego stanowiska, najpierw stwierdzając, iż obowiązek sprawdzania etykiety

leku jest bezwzględny i istnieje za każdym razem, by później stwierdzić, iż dotyczy jedynie sytuacji, gdy pojawią się jakieś nieprawidłowości, czy też błędy członka załogi medycznej. W ocenie Sądu zakres, jakim objęta była opinia, wykraczał także poza kompetencje tychże biegłych z uwagi na fakt, iż żaden z tych lekarzy nie miał doświadczenia w przeprowadzaniu zabiegów ablacji serca oraz ze względu na to, iż problem dotyczący źródła obowiązku sprawdzenia etykiety jest problemem natury prawnej, podlegającej rozstrzygnięciu i ocenie sądu.

W ocenie Sądu brak było natomiast podstaw do kwestionowania wniosków wypływających z opinii biegłych: J. B. oraz opinii Wojskowego Instytutu Medycznego w W. (lekarzy M. K. i K. K.). Wszyscy wskazali lekarze mają wieloletnie doświadczenie przy przeprowadzaniu zabiegów ablacji. Biegły J. B. wypowiadał się odnośnie kwestii tego, czy na podstawie obrazu EKG można stwierdzić, czy dany pacjent odczuwał ból. Biegły ten wskazał, iż nie jest możliwe jednoznaczne stwierdzenie, czy zmiany w obrazie EKG są efektem odczuć bólowych pacjenta. Ponadto zarówno biegły J. B., jak i M. K. oraz K. K. zgodnie wskazali, iż u pacjentów, u których wykonywana jest ablacja serca często są odczuwane dolegliwości bólowe, zarówno przy podawaniu samego znieczulenia, jak i na późniejszym etapie zabiegu i z reguły nie prowadzą do prób zlokalizowania źródła bólu lub też przerwania samego zabiegu. Stopień nasilenia tego bólu jest bardzo zmienny – niektórzy pacjenci znoszą ból w milczeniu, a niektórzy krzyczą. Ponadto zgodnie wskazali, iż podczas wykonywania zabiegu ablacji główny operator nie ma możliwości i nie sprawdza etykiety podawanego mu przez pielęgniarkę leku znieczulającego. Nadto wskazali, iż częstą praktyką jest podawanie lekarzowi znieczulenia już nabrane do strzykawki, czy też przelewanie go wcześniej przez pielęgniarkę do sterylnej, nie oznakowanej miseczki. Obie opinie są zgodne i zbieżne ze sobą, a przede wszystkim sporządzone przez uprawnione osoby i posiadające odpowiednią wiedzę i doświadczenie zwłaszcza przy przeprowadzaniu zabiegów ablacji, przy jakim doszło w niniejszej sprawie do błędu medycznego. Biegli znają więc doskonale specyfikę wykonywania tego zabiegu, jego przebieg oraz zasady panujące przy jego przeprowadzaniu. Biegli z (...) wyraźnie wskazali, że „ablacja jest procedurą złożoną, wieloetapową i nie ma technicznej możliwości, żeby pierwszy operator wszystko osobiście sprawdzał. Musi być w trakcie zabiegu podział obowiązków (i odpowiedzialności), żeby dało się zabieg wykonać. Model współpracy operatora i zespołu pielęgniarskiego w czasie zabiegów ablacji polegający na odpowiedzialności lekarza za zlecenie leków, a pielęgniarki – za przygotowywanie, podawanie pacjentowi lub podawanie (przekazywanie) lekarzowi jest powszechny. W ośrodku biegłych operatorzy nie sprawdzają poprawności przygotowania leków (lidokainy)”. Dalej biegli wskazali, że ich zdaniem lekarz nie miał obowiązku przed rozpoczęciem zabiegu ablacji – sprawdzenia, czy pielęgniarka przygotowała leki niezbędne dla przeprowadzenia wszystkich planowanych w tym dniu zabiegów. W czasie zabiegu osobą odpowiedzialną za przechowywanie leków, przygotowywanie i podawanie jest pielęgniarka.

Wyżej wskazane opinie biegłych z zakresu kardiologii były rzetelne, oparte na wiedzy medycznej doświadczeniu. Biegli nie wypowiadali się co do obowiązujących przepisów prawa, wskazali jednak na powszechnie obowiązującą praktykę przy przeprowadzaniu zabiegów ablacji. W ocenie sądu nie ma podstaw do kwestionowania wskazanych opinii. W mowie końcowej oskarżony wskazał, że biegli z Wojskowego Instytutu Medycznego wydający opinię w sprawie są mu znani z konferencji naukowych. Powyższe nie daje jednak podstaw do kwestionowania obiektywizmu biegłych. Oczywistym jest, że skoro zabieg ablacji jest procedurą wysokospecjalistyczną i przeprowadzane są przez niewielką liczbę osób w Polsce, to osoby te mogą znać się, choćby z widzenia, z tematycznych konferencji naukowych. Nic w opinii biegłych z Wojskowego Instytutu Medycznego w W. nie wskazuje na to, by biegli wydawali opinię w poczuciu koleżeńskej solidarności. Opinia ta zresztą zgodna jest z ustną opinią biegłego J. B. wydaną na rozprawie.

Przechodząc do oceny prawnej zarzuconego oskarżonemu A. S. czynu przypomnieć trzeba, że oskarżonemu zarzucono popełnienia przestępstw wskazanych w art. 157 § 1 i 3 k.k. Art. 157 § 1 i 3 k.k. penalizuje czyn polegający na spowodowaniu naruszenia czynności narządu ciała lub rozstrój zdrowia na okres powyżej 7 dni, lecz nieумыślnie, czyli przy braku zachowania należytej ostrożności wymaganej w danych okolicznościach. Czyny A. S. miały polegać na tym, iż jako lekarz, główny operator zabiegu, podczas podania mu przez pielęgniarkę fiolki, w której miał znajdować się środek znieczulający w postaci lidokainy nie sprawdził etykiety tej fiolki, przez co pobrał do strzykawki omyłkowo podany mu chlorek potasu, a następnie podał go pacjentom, co wywołało u nich opisane naruszenie czynności narządów ciała. Następnie pomimo sygnalizowania bólu przez pacjentów nie dokonał weryfikacji podanego leku i dalej kontynuował zabieg. Jest to zatem przestępstwo z zaniechania. Zgodnie z art. 2 k.k. odpowiedzialności karnej

za przestępstwo skutkowe popełnione przez zaniechanie podlega ten tylnio, na kim ciążył szczególny obowiązek zapobiegnięcia skutkowi. By móc zatem przypisać oskarżonemu A. S. dopuszczenie się wyżej opisanego przestępstwa należałoby wskazać na istnienie owego szczególnego prawnego obowiązku zapobiegnięcia skutkowi. Realiach niniejszej sprawy były to obowiązek weryfikacji każdorazowo jaki lek podawany jest mu przez pozostały personel medyczny celem aplikacji pacjentowi. Zdaniem Sądu ustalony stan faktyczny nie pozwolił na ustalenie źródła takiego obowiązku.

Ze zgodnych wniosków wynikających z opinii biegłych w niniejszej sprawie, jak i zeznań niektórych świadków (J. O. i J. G.) oraz wyjaśnień samego oskarżonego wynika istnienie tzw. **zasady trzykrotnego sprawdzenia leku** przed jego podaniem. Jest to zasada nigdzie nie uregulowana, stanowiąca jednak powszechną praktykę. Nie ma także żadnego powszechnie obowiązującego przepisu, który wskazywałby na kim ten obowiązek ciąży. Bezsprzecznym jest, że, w przypadku gdy od samego początku jedna osoba pobiera lek, przygotowuje go, a następnie podaje bezpośrednio pacjentowi, to obowiązek trzykrotnego sprawdzenia leku spoczywa na tej osobie. Gdy zatem iniekcji leku dokonuje pielęgniarka, wcześniej ten lek pobierając z półki lub szafki, to ona powinna lek sprawdzić. Gdy z kolei – choćby w czasie wyżej wspomnianej procedury anestezjologicznej – lek przygotowuje lekarz i podaje go pacjentowi, to on powinien trzykrotnie sprawdzić lek przed podaniem.

W niniejszej sprawie Sąd miał do czynienia z sytuacją, kiedy to lek pobierała i przygotowywała pielęgniarka, a następnie na polecenie lekarza podała mu fiolkę z przygotowanym przez siebie wcześniej lekiem, a bezpośredniego podania tego leku pacjentowi dokonał sam lekarz. J. O. (pielęgniarka) oraz biegli z (...) wskazali, iż obowiązek weryfikacji leku spoczywał na oskarżonym (choć, jak wskazali ci sami biegli w późniejszej ustnej opinii, nie zawsze, zwłaszcza podczas niektórych zabiegów lekarz ma możliwość sprawdzić taki lek). Z kolei biegli lekarze J. B. oraz M. K. i K. K. wskazali odmiennie, iż obowiązek ten spoczywał w takim przypadku na pielęgniarce. Jak już wspomniano brak jest konkretnego źródła obowiązku sprawdzenia etykiety leku w omawianym przypadku, jednakże Sąd z uwagi na względy doświadczenia życiowego oraz przede wszystkim specyfikę i przebieg zabiegu ablacji serca i kompetencje poszczególnych członków zespołu zabiegowego przychylił się do zdania biegłych lekarzy J. B. oraz M. K. i K. K., iż oskarżony nie miał obowiązku w tym konkretnym przypadku sprawdzenia etykiety podawanego mu przez pielęgniarkę leku.

Po pierwsze należy wskazać, iż do zadań pielęgniarki należy przygotowanie narzędzi oraz leków na zlecenie lekarza, które są potrzebne do wykonywania danego zabiegu, a więc to pielęgniarka pobiera lek i przygotowuje go na tacy, więc już w momencie jego pobierania powinna samodzielnie sprawdzić etykietę leku. Następnie lekarz prosząc o podanie znieczulenia podczas wykonywania zabiegu, już poprzez samo wydanie polecenia pielęgniarce, jako osobie wykwalifikowanej de facto dokonuje weryfikacji podawanego leku, gdyż - skoro prosi o podanie znieczulenia, to pielęgniarka powinna wiedzieć jaki lek podać i zweryfikować podawane lekarzowi opakowanie leku. Ponadto, co bardzo istotne lekarz podczas wykonywania zabiegu ablacji musi pozostać w stroju jałowym, z kolei opakowanie leku nie jest jałowe, a więc w celu zachowania zasad aseptyki nie może dotykać swoimi rękoma fiolki z lekiem, a jest ona trzymana przez pielęgniarkę, lekarz natomiast pobiera jedynie do strzykawki zawartość fiolki. Wskazać należy także na to, iż lekarz weryfikując nawet głosowo (co zdaniem sądu oskarżony uczynił, gdyż poprosił pielęgniarkę o podanie znieczulenia), nie ma możliwości zweryfikowania także innych elementów takich jak data ważności leku, czy sposób zabezpieczenia leku, które również podlegają sprawdzeniu przed podaniem leku pacjentowi. Jak wynika z opinii biegłych lekarzy mających doświadczenie praktyczne w przeprowadzaniu zabiegów ablacji, ze specyfiki tego zabiegu wynika, iż uwaga głównego lekarza musi być skoncentrowana na kilku monitorach oraz na samym pacjencie. W związku z powyższym lekarz wykonujący zabieg ablacji ma ograniczone możliwości zweryfikowania podawanego leku, a do tego tak prosta czynność w porównaniu z innymi czynnościami wykonywanymi w toku zabiegu, w dodatku gdy jest wykonywana przez wykwalifikowaną osobę, nie powinna być poddawana dodatkowej kontroli i weryfikacji. Zdaniem Sądu na brak konieczności weryfikowania przez oskarżonego podanego mu przez pielęgniarkę leku wpływa także fakt, iż pielęgniarki należą do wykwalifikowanego oraz odpowiednio wyszkolonego i wykształconego personelu medycznego (posiadają wykształcenie wyższe), który posiada kompetencje do przygotowywania, a także samodzielnego, bezpośredniego podawania leków pacjentom na zlecenie lekarza. Skoro więc pielęgniarka może

samodzielnie, bez nadzoru lekarza, na jego polecenie podawać bezpośrednio leki pacjentom, to tym bardziej w ramach podziału obowiązków na sali operacyjnej, lekarz prosząc kompetentną i wykwalifikowaną osobę jaką jest pielęgniarka o podanie konkretnego leku, nie ma obowiązku weryfikowania, czy został mu podany właściwy lek. Skoro wcześniej pielęgniarka sama te leki przygotowywała, powinna już wcześniej sprawdzić jakie leki pobiera.

Istotną kwestią jest fakt, iż zarówno biegli, jak i sam oskarżony wskazali, iż na bloku operacyjnym na oddziale kardiologii w ogóle nie powinien znajdować się chlorek potasu, gdyż jest to substancja w ogóle nie używana przy tego typu zabiegach. Skoro odpowiednio przeszkolona pielęgniarka przygotowała wcześniej leki w ramach jej obowiązków i kompetencji, oskarżony nie mógł nawet przewidywać, iż może dojść do podania substancji, której w ogóle nie powinno tam być. Dodatkowo należy wskazać, iż oskarżony dochował należytej staranności i wystarczającej weryfikacji prawidłowości przygotowania sali operacyjnej przez pielęgniarkę, gdyż przed przystąpieniem do zabiegu, gdy przyszedł na salę operacyjną sprawdził tacę z lekami i widział tam opakowania lidokainy.

Należy również wskazać na jeszcze jedną kwestię w tym zakresie, a mianowicie na tzw. zasadę ograniczonego zaufania jaka obowiązuje w pracy w zespołach medycznych. Na istnienie tej zasady wskazali zarówno biegli J. B., jak i biegli z (...) w W., przeciwnie z resztą do swojej wcześniejszej opinii, w której wskazali, iż główny lekarz powinien zawsze kontrolować i weryfikować czynności innych członków zespołu medycznego. Obowiązywanie zasady ograniczonego zaufania zostało potwierdzone także w licznych publikacjach naukowych jak: E. Z., „Wzajemne relacje w zespole medycznym w aspekcie odpowiedzialności karnej i zawodowej” w Prawo i Medycyna nr 9 (vol 3), 2001; A. L. „Odpowiedzialność za błąd w sztuce lekarskiej.” Z. 1998, s. 183; G. R. „Odpowiedzialność karna personelu medycznego działającego w zespole”. Palestra 1983 s. 62-63; J. S. „Błąd sztuki przy zabiegu medycznym w prawie karnym” R. V.. „Odpowiedzialność karna lekarza za błędy współpracującego zespołu” s. 174-206, W. 1965. Z zasady ograniczonego zaufania wynika, iż lekarz nadzorujący pracę zespołu medycznego ma obowiązek kontrolować i weryfikować czynności innych członków zespołu medycznego dopiero, gdy popełnią oni jakiś błąd lub z ich działania wynikną jakieś nieprawidłowości. Natomiast dopóki praca danego członka zespołu medycznego przebiega bez zarzutów, to współpraca powinna odbywać się na zasadzie wzajemnego zaufania w oparciu o kompetencje danego członka zespołu medycznego.

W niniejszym przypadku U. C. była przeszkolona do asystowania przy zabiegach ablacji serca, a zabiegi z udziałem Z. F. (1) i D. J. były już kolejnymi zabiegami, w których w/w pielęgniarka asystowała. A. S. w toku dotychczasowej współpracy nie zauważył, by U. C. popełniła jakiś błąd i był zadowolony z jej pracy pod kątem merytorycznym, tym bardziej, iż była to już pielęgniarka posiadająca ogólne doświadczenie w zawodzie pielęgniarskim. Wobec czego nie zaktualizowała się w niniejszym przypadku konieczna przesłanka do weryfikacji i kontroli czynności wykonywanych przez U. C. w ramach zasady ograniczonego zaufania. Co prawda oskarżony w swoich wyjaśnieniach wskazał na niektóre nietypowe zachowania pielęgniarki w toku przygotowywania się do innych zabiegów ablacji: chęć skorzystania z telefonu komórkowego, chęć wyjścia z S. operacyjnej czy też przyniesienie na sale operacyjną kwiatów, powyższe jednak – niewłaściwe zachowania – nie dotyczyły ściśle procedury medycznej i nie stanowiły wystarczającej przesłanki do zerwania zasady ograniczonego zaufania do członka zespołu medycznego.

Strona przeciwna, jak i biegli z (...) wskazywali również, iż nieprawidłowości w działaniu oskarżonego polegały na tym, iż pomimo sygnalizowania bólu przez Z. F. (1), jak i D. J. oskarżony kontynuował zabieg i nie zweryfikował źródła bólu. W tej kwestii dostatecznych wyjaśnień dostarczają opinie zarówno biegłego lekarza J. B., jak biegłych M. K. i K. K., którzy przeprowadzili liczne zabiegi ablacji i wskazali, iż zjawisko odczuwania bólu podczas tego zabiegu jest powszechne. Występuje niemal zawsze podczas podawania samego znieczulenia, jak i często na późniejszym etapie zabiegu. Pomimo tego nie odstępuje się od kontynuowania zabiegu. Sam oskarżony obszernie również wyjaśnił, dlaczego w przypadku dwóch pierwszych pacjentów, ich reakcje wydawały mu się naturalne. W przypadku Z. F. (1) jedynie raz sygnalizował ból podczas podawania samego znieczulenia, a przez resztę zabiegu pomimo odczuwania bólu zachował spokój, co tłumaczy, iż oskarżony mógł nie dostrzec żadnych nadzwyczajnych reakcji u tego pokrzywdzonego i uznać, iż ból był spowodowany jedynie podaniem znieczulenia. Z kolei odczucia bólowe odczuwane przez D. J. także mogły nie wzbudzać podejrzeń u oskarżonego, gdyż, jak wynika z doświadczeń także innych trzech lekarzy posiadających doświadczenie w tego typu zabiegach (biegłych J. B., M. K. i K. K.) odczucia bólowe podczas zabiegu

ablacji występują często także podczas wykonywania samego zabiegu. Niektórzy pacjenci nawet krzyczą. Reakcje bólowe D. J. musiały być na tyle swoiste i podobne do tych, które prezentują inni pacjenci, że nie zwróciły one uwagi oskarżonego, jak i innych członków zespołu medycznego, którego uwaga, jak również wynika nie tylko z wyjaśnień samego oskarżonego, ale i opinii powyższych lekarzy musi być niesamowicie skupiona na głównym przedmiocie zabiegu, jakim jest ablacja czy wcześniejsze badanie elektrofizjologiczne. W ocenie Sądu gdyby reakcje dwóch pierwszych pacjentów odbiegały znacząco od normy, możnaby mówić o braku należytej staranności ze strony lekarza, polegającej na niezweryfikowaniu jaki lek podano pacjentom. Opinie biegłych z (...) nie są przydatne w tym zakresie, bowiem biegli ci nie mają doświadczenia w przeprowadzaniu zabiegów ablacji, a opinie pozostałych trzech biegłych, którzy takie doświadczenie mają jednoznacznie wskazują, iż podczas tego zabiegu występują odczucia bólowe. Ponadto bezzasadne i nie racjonalne jest twierdzenie biegłych z (...), iż każda sygnalizacja bólu przez pacjenta powinna być weryfikowana, albowiem jak sami wskazali samo wstrzyknięcie znieczulenia powoduje odczucia bólowe, a więc już samo wstrzyknięcie znieczulenia powinno być według ich opinii weryfikowane przez lekarza.

Podsumowując wskazane rozważania podać trzeba, że:

1. W przypadku przestępstwa skutkowego z tzw. zaniechania, musi istnieć szczególny, prawny obowiązek zapobiegnięcia skutkowi – w niniejszej sprawie, na lekarzu musiałby ciążyć prawny obowiązek kontroli czynności wykonywanych przez personel medyczny, w tym czynności związanych ze sprawdzeniem podawanego leku. Żaden przepis nie nakłada na lekarza prowadzącego takiego obowiązku. Każdy z członków zespołu medycznego współdziała z pozostałymi członkami zespołu i jest – w ramach podziału obowiązków – odpowiedzialny za wykonywane przez siebie działania;
2. Procedura przeprowadzania zabiegów na salach operacyjnych, w tym zabiegów ablacji, nie jest szczegółowo uregulowana prawnie. Każdy z ośrodków medycznych przeprowadzających wskazane zabiegi ma swoje niepisane zasady przeprowadzania tej procedury oraz zasady znieczulania pacjentów do zabiegu;
3. Obowiązek tzw. trzykrotnego sprawdzenia leku (obejmujący nie tylko sprawdzenie nazwy leku, ale także daty przydatności, szczelności opakowania) nie jest uregulowany prawnie. W przypadku zabiegów na sali operacyjnej, gdy taca z lekami przygotowywana jest przez pielęgniarkę, a lekarz zajmuje się de facto tylko iniekcją leku, obowiązek ten spoczywa na pielęgniarce. Powyższe zostało potwierdzone nie tylko w opiniach biegłego B., biegłych z (...) oraz oceny J. G. (ordynatora oddziału kardiologii szpitala MSWiA), ale wynika także z logiki działania zespołu medycznego. Lekarz na sali operacyjnej ma inne, liczne obowiązki i musi pozostać jałowy. Dlatego to pielęgniarka – w czasie zabiegu ablacji - przygotowuje lek, stawia go na tacy na stoliku zabiegowym, zabezpiecza opakowanie, a czasem nawet nabiera lek do strzykawki przed podaniem go lekarzowi.
4. Zachowanie pacjentów: Z. F. (1) i D. J. na sali operacyjnej, w tym zgłaszane przez nich dolegliwości bólowe, mieściły się w ramach szeroko pojętego doświadczenia oskarżonego przy wykonywaniu tego typu zabiegów. Kilka procent pacjentów sygnalizuje istnienie znacznego bólu w czasie tej procedury. Nadto lekarz nie miał podstaw do uznania, że na sali operacyjnej może znajdować się chlorek potasu, ponieważ ta substancja w ogóle nie powinna znaleźć się na bloku operacyjnym.

Wobec powyższych rozważań, przy uwzględnieniu także zasady rozstrzygnięcia nie dających się usunąć wątpliwości na korzyść oskarżonego, Sąd uniewinnił oskarżonego A. S. od zarzucanych mu przestępstw. W związku z uniewinnieniem oskarżonego kosztami procesu obciążono Skarb Państwa.

Pozostaje jeszcze dodać, że wskazane rozstrzygnięcie w żaden sposób nie umniejsza cierpienia doznanego przez pokrzywdzonych, które było niekwestionowane. Nie zaprzecza także zaistnieniu poważnego błędu w toku procedury medycznej, skutkującego podaniem pacjentom niewłaściwego leku do znieczulenia. W ocenie Sądu jednak błąd ten został zawiniony jedynie przez pielęgniarkę U. C.. Brak było podstaw do obciążenia za wskazany błąd, w rozumieniu prawa karnego, oskarżonego A. S.. Pokrzywdzeni mieli i mają natomiast pełne prawo do domagania się odszkodowania za doznane cierpienia i uszczerbek na zdrowiu od pielęgniarki, jak i od szpitala, w którym przeprowadzono zabieg.