

Sygn. akt II K 460/14

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 11 września 2015 roku

Sąd Rejonowy w Piotrkowie Trybunalskim II Wydział Karny w składzie:

Przewodniczący: SSR Renata Folkman

Protokolant: Jolanta Pachulska, Joanna Kotala

przy udziale Prokuratora: Rafała Matusiaka, Kamila Majdy, Tomasza Retyka, Macieja Leki

po rozpoznaniu w dniach 02 marca 2015 r., 23 kwietnia 2015 r., 29 kwietnia 2015 r., 30 czerwca 2015 r., 04 września 2015 r. sprawy

S. B. (1)

s. C. i J. z domu N.

ur. (...) w Ł.

oskarżonego o to, że:

w dniu 1 lutego 2006 w B. woj. (...) pełniąc dyżur starszego lekarza na oddziale położniczo-ginekologicznym szpitala w B. i sprawując opiekę nad ciężarną J. G. (1) i jej nienarodzonym dzieckiem, nieumyślnie spowodował śmierć dziecka, w ten sposób, że po badaniu pacjentki z przebicciem pęcherza płodowego o godzinie 12.00 a następnie zleceniu ciągłego monitorowania kardiotokograficznego (ktg) rodzącej w nieprawidłowy sposób sprawował dalszy stały nadzór medyczny nad pacjentką znajdującą się drugiej fazie porodu w ten sposób, że zaniechał zapoznania się z zapisem ktg, przeprowadzonym przez okres 26 minut najpóźniej do godz. 12.40 zawierającym deceleracje tj. objawy bezpośredniego zagrożenia życia płodu oraz zaniechał ponownego osobistego badania pacjentki, czym w konsekwencji zaniechał operacyjnego rozwiązania porodu cięciem cesarskim, w wyniku czego wskutek narastającego niedotlenienia nastąpiło wewnątrzmaciczne obumarcie płodu,

tj. o czyn z art.155 kk

orzeka

- oskarżonego S. B. (1) uznaje za winnego popełnienia zarzuconego mu czynu i za to na podstawie art. 155 kk wymierza mu karę 10 (dziesięciu) miesięcy pozbawienia wolności;
- na podstawie art. 69 § 1 i 2 kk, art. 70 § 1 kk wykonanie orzeczonej kary pozbawienia wolności warunkowo zawiesza oskarżonemu na okres próby 2 (dwóch) lat;
- na podstawie art. 46 § 2 kk orzeka od oskarżonego S. B. (1) na rzecz J. G. (1) kwotę 10.000 (dziesięć tysięcy) złotych tytułem nawiązki;
- zasądza od oskarżonego na rzecz Skarbu Państwa kwotę 4336,89 (cztery tysiące trzysta trzydzieści sześć 89/100) złotych tytułem zwrotu wydatków postępowania oraz wymierza mu 180 (sto osiemdziesiąt) złotych tytułem opłaty.

UZASADNIENIE

Sąd ustalił stan faktyczny:

W dniu 30.01.2006 r. J. G. (1) została skierowana przez lekarza prowadzącego jej ciążę do szpitala i tego samego dnia o godzinie 14.52 trafiła do Szpitala Wojewódzkiego w B. na Oddział Patologii Ciąży, a to wobec faktu, iż termin porodu minął w dniu 21.01.2006 r. (ciąża przeterminowana). Jej stan ogólny przy przyjęciu do szpitala oceniono jako dobry, badania laboratoryjne były w granicach normy. Potwierdzono dobrostan płodu na podstawie badania KTG i testu oksyocynowego. W dniu 01.02.2006 r. podczas rutynowo wykonanej amnioskopii o godzinie 9.45 stwierdzono zielone wody płodowe i przekazano J. G. (1) do sali porodowej celem indukcji porodu.

Na sali porodowej obowiązki jej kierownika pełnił wówczas S. B. (1), który był starszym asystentem, lekarzem ginekologiem położnikiem. Do opieki nad J. G. (1) została przydzielona położna K. G.. O godzinie 9.50 J. G. (1) została zbadana - wpis położnej K. G..

Na sali porodowej przebywały wówczas trzy pacjentki; poza J. G. (1) były to M. B. (którą opiekowała się położna I. E. (1)) i A. Ś. (którą opiekowała się położna E. S.).

J. G. (1) podano wlew kroplowy z oksyocyną, po czym wyzwoliła się czynność skurczowa macicy. Od godziny 9.48 do godziny 10.30 wykonano u J. G. (1) zapis KTG, który nie wskazał na zagrożenie płodu (czynność serca płodu była w granicach 150/min., prawidłowa oscylacja). Z tym wydrukiem KTG zapoznał się S. B. (1), na dowód czego przystawił swoją pieczętkę w dokumentacji.

O godzinie 12.00 S. B. (1) przebił pęcherz płodowy u J. G. (1), po czym odpłynęły zielone wody płodowe. Nakazał wówczas bezzwłoczne podłączenie J. G. (1) do aparatu KTG, co parę minut po godzinie 12.00 (a dokładniej około godziny 12.19) zostało wykonane. Do aparatu KTG J. G. (1) podłączyła położna K. G.. Po podłączeniu aparatu KTG K. G. wyszła z sali porodowej pozostawiając J. G. (1) pod opieką stażystki M. Ś., która faktycznie pozostała przy rodzącej. Na bloku porodowym były inne położne, ale zajmowały się swoimi pacjentkami. O godzinie 12.45 położna I. E. (1) potrzebowała aparatu KTG dla swojej pacjentki M. B.. Nikt nie zapoznał się z zapisem KTG, jaki do tej chwili (od momentu jego podłączenia) wydrukował aparat podłączony J. G. (1) (wydruk był zdecydowanie patologiczny, dawał jednoznaczne wskazanie na bezzwłoczne cesarskie cięcie, gdyż pokazywał niedotlenienie rodzącego się dziecka, a w związku z tym – zgodnie z procedurami – było też kategoryczne przeciwwskazanie do odłączenia aparatu KTG, gdyż przy takim patologicznym zapisie niezbędne było bezwzględne monitorowanie akcji serca rodzącego się dziecka aż do rozwiązania, czyli do momentu jego urodzenia poprzez cesarskie cięcie). Aparat KTG został odłączony od J. G. (1) (przez I. E. (1), która oddała z aparatu zapis KTG i położyła go na stoliku koło J. G. (1) nie zapoznając się z nim), po czym I. E. (1) zabrała aparat i podłączyła go swojej pacjentce M. B. o godzinie 12.45, po czym zapis u tej pacjentki był kontynuowany przez równą godzinę, to jest do godziny 13.45. Zapis u M. B. nie wykazywał żadnych patologii (co czyniło decyzję o przesunięciu aparatu pomiędzy pacjentkami tym bardziej nieuzasadnioną, mówiąc wprost, aparat KTG był niezbędny do monitorowania akcji serca dziecka J. G. (1) i w konsekwencji ratowania życia jej dziecka, a – jak się okazało, nie był wówczas w analogicznym zakresie niezbędny dla dziecka M. B.).

Wówczas na bloku porodowym dostępne były tylko dwa aparaty KTG z ogólnej liczby sześciu sztuk pozostających na stanie, bo cztery aparaty znajdowały się w naprawie. Jeden aparat, który przełączano pomiędzy J. G. (1) i M. B., który nie drukował danych osobowych pacjentki, daty, godziny badania. I drugi, który drukował „z automatu” godzinę badania, to jest ten aparat, na którym J. G. (1) miała badanie KTG przy przyjęciu tego dnia rano na blok porodowy. Położne musiały decydować komu aparaty podłączyć.

J. G. (1) czuła niepokój, przebieg porodu w jej ocenie nie postępował właściwie, czuła silne skurcze ale mimo upływu czasu nie mogła urodzić dziecka, sygnalizowała to położnej K. G., która ją cały czas uspakajała i mówiła „jeszcze chwileczkę”.

K. G., kiedy wróciła i zorientowała się, że I. E. (1) podłączyła aparat KTG swojej pacjentce (co skutkowało pozbawieniem tegoż badania J. G. (1)) zdenerwowała się i miała do niej o to pretensje. Badala wówczas tętno płodu tzw. pelotą, czyli

przykładając głowicę do brzucha J. G. (1), dzięki czemu słyhać było bicie serca, ale nie było z tego wydruku (jak z aparatu KTG). W końcu J. G. (1) nie słyszała bicia serca swego dziecka, na co zwracała uwagę położnej K. G., na co K. G. stwierdziła, że „jak się rodzi, to nie słyhać”, twierdząc, że ona (położna tętno dziecka słyszy i, że „naszło się ono” z tętnem matki), po czym w końcu jednak zadzwoniła po lekarza.

O godzinie 14.00 odbywała się zmiana dyżurów. Dyżur obejmowali lekarze R. S. (1) i D. K.. Po godzinie 14 – tej (musiało to być po 14.30, bo o 14.40 pojawił się D. K.) położna G. zadzwoniła po lekarza. R. S. (1) udał się w tym czasie na izbę przyjęć, gdzie wezwano go do konsultacji pacjentki i wykonania jej usg, ale zanim to uczynił dokonał wpisu w historię choroby J. G. (1) z godziną 14.10, gdzie wpisał „regularna czynność skurczowa, indukowana oksyocyną co 3 minuty, z relacji położnej: odpływają zielone wody płodowe od godziny 12 (...) zlecono monitorowanie czynności skurczowej i tętna płodu”. R. S. (1) nie badał J. G. (1). Do porodu J. G. (1) przybył o godzinie 14.40 D. K., który po zapoznaniu się z wydrukiem KTG (sygnowanym godziną 13.00, ale faktycznie wykonanym u J. G. (1) od godziny 12.19) i stwierdzeniu, iż nie słyszy akcji serca dziecka, a tętno, które słyhać, to tętno J. G. (1) - 160/min, podjął decyzję o cesarskim cięciu, zlecił natychmiast badania do tego zabiegu, badania J. G. (1) pobrano. W tym czasie, o godzinie 14.50, w kilku skurczach partych, J. G. (1) urodziła córkę bez oznak życia. Dziecko było po urodzeniu przez 30 minut reanimowane, bez skutku, urodziło się sine, wiotkie, bez czynności serca, źrenice szerokie, sztywne. Po nieudanej akcji reanimacyjnej stwierdzono, iż dziecko urodziło się martwe. Sekcja zwłok dziecka wykazała, iż było zdrowe.

P. J. G. (1) (dokument przebiegu porodu wypełniany przez położną, dokumentujący cały przebieg porodu, który K. G. rozpoczęła w dniu 01.02.2006 r. od godziny 10.00) nie jest zgodny z kardiokardograficznym badaniem J. G. (1) (sygnowanym od godziny 13.00 do godziny 13.26, aktualnie wiadomo, że w zakresie godzin przeprowadzenia tegoż badania, dokument ten – KTG - nie jest prawdziwy, gdyż godziny przeprowadzenia tegoż KTG faktycznie były inne – wcześniejsze. Teraz wiadomo, że zarówno godziny przeprowadzenia tegoż badania, jak i dane osobowe pacjentki na tymże wydruku KTG, to jest imię i nazwisko (...), wpisała na wydruku stażystka położnicza – M. Ś. (aktualnie wykonująca zawód położnej), która wówczas odbywała staż pod opieką położnej K. G. i nie miała jeszcze prawa wykonywania zawodu). W partogramie przez cały okres porodu położna wpisywała prawidłową czynność serca płodu (córki J. G. (1)), a mianowicie 130 – 140/min., podczas gdy badanie KTG - przeprowadzone po przebicciu pęcherza płodowego - (sygnowane godziną od 13.00 do 13.26) wykazało zwolnienie czynności serca płodu do 80/min, czyli czynność nieprawidłową – późne deceleracje świadczące o zagrożeniu płodu i były wskazaniem do bezzwłocznego zakończenia porodu cesarskim cięciem. Nie podjęcie natychmiastowej interwencji przy patologicznym zapisie KTG skutkowało wewnątrzmacicznym obumarciem płodu (córki J. G. (1)). Odpowiedzialność za tak tragiczny finał ukończenia porodu spada na personel fachowy prowadzący poród, to jest na lekarza S. B. (1), który o godzinie 12 - tej badał J. G. (1), kiedy zaobserwowano odpłynięcie zielonych wód płodowych (i – bezpośrednio - położną K. G., która już nie żyje, ale – zdaniem sądu rejonowego – co najmniej częściowo także i na położną I. E. (1), która przerwała patologiczny zapis KTG u J. G. (1), a jako profesjonalistka nie miała prawa tak postąpić, skoro wydruk wskazywał patologię i bezzwłoczną potrzebę wykonania cesarskiego cięcia w celu ratowania życia córki J. G. (1)). Co do S. B. (2), to jego odpowiedzialność za zgon dziecka J. G. (1) sprowadza się do tego, że po osobistym zbadaniu J. G. (1) o godzinie 12.00, kiedy zaobserwowano odpłynięcie zielonych wód płodowych (a podkreślić trzeba, że tego dnia przed godziną dziesiątą rano J. G. (1) została skierowana z oddziału ciąży powikłanej na blok porodowy z powodu zielonych wód płodowych celem indukcji porodu) i zleceniu wykonania pacjentce KTG, zaniechał w dalszym ciągu jakiegokolwiek zainteresowania osobistego stanem tejże pacjentki i jej rodzącego się dziecka, w szczególności nie badał jej już osobiście tegoż dnia (o godzinie 14.00 skończył pracę), nie obejrzał wyniku KTG, nie domagał się od położnej okazania tego wyniku, w ogóle tym się nie zainteresował, pozostawiając w tym zakresie inicjatywę i decyzyjność w całości położnej (G.), co było nieuprawnione, w konsekwencji czego zaniechał operacyjnego rozwiązania ciąży J. G. (1) (do czego były bezwzględne wskazania na podstawie badania KTG sygnowanego godziną 13.00, ale faktycznie rozpoczętego o godzinie 12.19), czyli wykonania cesarskiego cięcia, w konsekwencji czego skutek narastającego niedotlenienia nastąpiło wewnątrzmaciczne obumarzenie córki J. G. (1).

(dowód: opinia biegłego z zakresu położnictwa i ginekologii, profesora A. Z. – k. 949 – 950, 315 – 316, 318 – 320, 976 v – 977 v, 618, 693,

opinia biegłego z zakresu badania dokumentów M. K. – k. 905 – 909,

ksero badania autopsyjnego – k. 19,

kserokopia historii choroby – k. 36 – 38,

zeznania J. G. (1) – k. 835 – 838, 850, 2 – 3,

zeznania R. S. (1) – k. 842 – 847,

zeznania D. K. – k. 53,89 v, 849 – 850,

zeznania I. E. (1) – k. 92

zeznania J. G. (2) – k. 408, 350)

S. B. (1) urodził się (...) Jest z zawodu lekarzem, zatrudnionym w Wojewódzkim Szpitalu w B., zarabia 5.000 zł miesięcznie brutto. Jest żonaty i ma jedno dziecko, w wieku 27 lat, które studiuje. (k. 832 v) S. B. (1) jest osobą niekaraną. (k. 750)

S. B. (1) nie przyznał się do zarzucanego czynu i wyjaśnił, że w 2006 r. pracowali od godziny 7.25 do 14.00. O godzinie 14.00 była odprawa i obowiązki przejmowali lekarze dyżurni. Powiedział, iż wówczas obowiązki swoje wykonywał na bloku porodowym i o godzinie przed dziesiątą trafiła na blok porodowy z oddziału ciąży powikłanej J. G. (1) celem odbycia porodu; o godzinie 9.48 podłączono zapis KTG i zapis trwał do godziny 10.30; zapis podłączyła położna, co należało do jej rutynowych obowiązków. Dalej wyjaśnił, że położna następnie osłuchiwała tętno płodu i odnotowywała w partogramie, czyli graficznym przedstawieniu przebiegu porodu, gdzie zaznacza się tętno płodu, intensywność czynności skurczowej, rozwarcie szyjki macicy i inne parametry. Dodał, że do obowiązków położnej należy odsłuchiwanie tętna płodu co 10 – 15 minut i odnotowywanie tego w partogramie. Powiedział, że zapoznał się z zapisem KTG z godzin 9.48 – 10.00, czego dowodzi jego pieczętka na tym zapisie, po czym o godzinie 12.00 zbadał J. G. (1) wewnątrz i dokonał amniocentezy, czyli przebicia dolnego bieguna pęcherza płodowego. Powiedział, że nie zlecał ciągłego monitorowania J. G. (1) aparatem KTG, przy czym rutynowym działaniem – po odpłynięciu płynu owodniowego jest podłączenie pacjentki do aparatu KTG, co należy do rutynowych czynności położnej, która prowadzi poród, a jeżeli cokolwiek jest niepokojącego, zawiadamia natychmiast lekarza; z tym że dodał, iż takie mieli wówczas ustalenia, że nawet jak nic się nie działo, to lekarz raz na dwie godziny odwiedzał rodzącą. Wyjaśnił, że do godziny 13.45 nie miał żadnych informacji od położnej, o nieprawidłowym przebiegu porodu J. G. (1), a o tej właśnie godzinie położna zatelefonowała do gabinetu lekarskiego i poprosiła lekarza do porodu, co oznaczało, iż rozpoczął się drugi okres porodu. Powiedział, że podczas drugiego okresu porodu lekarz powinien być przy rodzącej, bo wówczas jest pełne rozwarcie i jest to okres wypierania dziecka. Wyjaśnił, że o godzinie 13.50 zbadał J. G. (1), w obecności co najmniej 5 osób, to jest lekarza neonatologa B. W., pielęgniarki z oddziału noworodków, położnika lekarza S. i dwóch położnych – K. G., która prowadziła ten poród i stażystki, która wówczas nazywała się M. Ś.. Stwierdził, iż fakt, że poród ten miała odbierać stażystka świadczy jednoznacznie, że żadnej patologii u J. G. (1) nie zauważono. Powiedział, że w chwili tego badania pacjentka nie zgłaszała żadnego niepokoju, ani obaw, a o godzinie 13.55 przekazał opiekę nad rodzącą (która znajdowała się w drugiej fazie porodu) lekarzowi dyżurnemu S., któremu polecił obecność przy rodzącej, a sam udał się na odprawę o godzinie 14.00, na której przekazał co się dzieje na położnictwie i bloku porodowym. Dodał, że dochodzenie jest prowadzone od 9 lat, gdzie zarzuca mu się, iż nie zapoznał się z zapisem KTG z godzin 13.00 – 13.30 (przy czym wedle założeń aktu oskarżenia miały być to godziny 12.00 – 12.40) i nie podjął decyzji o cesarskim cięciu. Dodał, że wedle zapisu partogramu zapis tętna płodu do godziny 13.00 jest prawidłowy. Powiedział, że akt oskarżenia powołuje się na opinię biegłego, który zleca monitorowanie KTG przy wlewie kroplowym z oksytocyny, czyli kroplówka naskórczowa, natomiast zlecenie to zostało wydane po godzinie 13.00, czego dowodem jest wpis lekarza dyżurnego w karcie zleceń lekarskich, czyli doktora S.; stwierdził, że przy tak niepokojącym zapisie KTG, zlecenie wlewu oksytocyny może doprowadzić do obumarcia wewnątrzmacicznego płodu. Dodał, że był dyspozycyjny na każde wezwanie położnej. Zarzucił też, że do tej pory nie została wyjaśniona kwestia dopisanej na KTG daty

i godziny innym charakterem pisma i nadal nie jest wyjaśniona sprawa co się z tym zapisem KTG działo, kto go oderwał z aparatu.. Powiedział, że zanim zapis KTG jest oderwany i chowany do historii choroby, jest parafowany lub stawiana jest na nim pieczętka, w każdym razie ogląda go lekarz, czego dowodem jest parafa lub pieczętka. Dodał też, że oksytocyna z pewnością została podana po godzinie 14.00 (czyli po tym, jak on już przekazał pacjentkę lekarzowi dyżurnemu), a podanie oksytocyny z pewnością było szkodliwe dla płodu, który w tym momencie wykazywał prawidłową czynność skurczową i prawdopodobnie nieprawidłowe tętno. Powiedział, że przy tak głębokiej patologii, jaką wykazało KTG powinno być rozważone podanie leków tokolitycznych, czyli rozkurczających macicę i ewentualnie zakończenie porodu operacyjnie. Dodał też, że w większości przypadków zielone wody płodowe występują przed rozpoczęciem porodu w ponad 80 % przypadków, a biorąc pod uwagę prawidłowy zapis KTG z godzin 9.48 – 10.30 oraz prawidłowy wynik testu oksytocynowego z dnia poprzedniego, samo odpłynięcie zielonego płynu owodniowego nie musiało świadczyć o patologii; przebiecie pęcherza nastąpiło przy rozwarciu około 6 cm, więc poród był już rozpoczęty. Powiedział, że najistotniejsze jest tętno płodu, co się bada przez KTG i odsłuchiwanie; rutynowo wykonuje to położna, minimum raz na 10 – 15 minut i odnotowuje. (k. 832 v – 835)

W ustosunkowaniu do zeznań J. G. (1) powiedział, że zbadał ją ponownie o godzinie 13.50, to jest przed zakończeniem swojego dyżuru. Podłączenie pacjentki do KTG jest rutynowym działaniem, zawsze po odejściu wód płodowych, bez względu na ich zabarwienie, więc był pewien, że J. G. (1) do KTG zostanie podłączona. Zanim wyszedł z pracy u pacjentki tej rozpoczął się drugi okres porodu, osłuchowo tętno było w porządku, a zapisu KTG wówczas przy pacjentce nie było, zbadał J. G. (1), stwierdził, że nie ma bezpośredniego zagrożenia i to przekazał lekarzowi S.. Dodał, że nie pytał położnej o wynik KTG, bo uznał, że skoro ona sama nie mówi oznacza to, że nic niepokojącego w zapisie nie ma; za poród odpowiada położna, a kiedy coś jej się nie podoba, to natychmiast wzywa lekarza. (k. 850 v)

J. G. (1) na rozprawie, po wysłuchaniu wyjaśnień oskarżonego, zeznała że „nie w pełni się zgadzam z tym, co mówi doktor B., ponieważ ten dzień zapamiętam do końca życia”. Dalej zeznała, że doktora B. widziała jeden raz i było to przy badaniu przy przebieciu pęcherza. Powiedziała, że KTG było wykonane jeden raz, przy czym zaznaczyła, że mówiąc to ma na myśli KTG z zapisem. Zeznała, że była badana „z doskoku, z odsłuchiowaniem tętna dziecka, tak przykładaniem, co jakiś czas, jak położna przysła”. Dalej powiedziała, że położna nie była przy niej cały czas, często wychodziła, a wówczas zostawała przy niej jakaś stażystka, która nie wiedziała co robić. Powiedziała, że pamięta już końcówkę porodu, gdy zrobiło się nagle zamieszanie, bo przysła położna i szukała po brzuchu tętna dziecka, ale nie mogła go znaleźć, powiedziała wówczas, że tętno dziecka „naszło na tętno matki”, po czym natychmiast dzwoniła po lekarza, wówczas wszedł doktor K. mówiąc, że mu się to nie podoba i pytał J. G. (1), czy ma skurcze, kazał jej mocno przeć, po dwóch, trzech skurczach urodziło się dziecko, ale nie było słyhać jego płaczu, wówczas już było wiele osób, położna wyszła z dzieckiem i wszyscy także wyszli, ją położna – płacząc – informowała, że jest dobrze, po chwili wszedł doktor K. mówiąc, że jej dziecko nie żyje, ale jest reanimowane, po kolejnej chwili weszła kobieta, która miała słuchawki, która przyniosła jej nieżyjące dziecko, aby mogła je zobaczyć, dziecko miało siną główkę, cały jej czubek powyżej oczu. Dodała, że ta pani, co przyniosła dziecko, kiedy odwróciła się i upewniła, że nikogo więcej w sali nie ma, to jej powiedziała, że „to jest sprawa dla prokuratury”. Powiedziała, że była badana tylko raz, przez S. B. (1), a potem był już tylko doktor K. na koniec przy rozwiązaniu akcji porodowej, żaden inny lekarz jej nie badał, w szczególności nie była badana przez żadnego S.. Dodała, że w międzyczasie była badana tylko przez położną, która sprawdzała rozwarcie. Powiedziała też, że w 2013 roku ponownie złożyła zawiadomienie w tej sprawie, a wcześniej mąż składał dwa dni po zdarzeniu w Prokuraturze Rejonowej w Bełchatowie. Powiedziała też, że aktualnie po 9 latach niezwykle ciężko jest jej przypomnieć, ale tak jak pamięta, to pierwsze KTG, z którego to badania wyszedł zapis z maszyny, było wykonane przed przebieciem pęcherza płodowego wykonanym przez S. B. (1), a potem było już tylko takie badanie tętna dziecka z doskoku, no i mogło być jeszcze jedno badanie KTG, może około godziny 13 - tej, ale zaznaczyła, że aktualnie stuprocentowej pewności, z uwagi na upływ 9 lat, nie ma. Powiedziała też, że kiedy doktor B. przebił pęcherz płodowy, to powiedział do położnej, że „tu są zielone wody płodowe” i kazał następnie monitorować KTG, po czym wyszedł. (k. 835 – 838)

W ustosunkowaniu do zeznań R. S. (1) (lekarza dyżuranta) powiedziała, że na pewno KTG miała wykonane zaraz po tym, jak lekarz B. dokonał przebicia pęcherza płodowego, a później już było tylko badanie tętna dziecka „z doskoku”. (k. 842 v)

W ustosunkowaniu do zeznań D. K. (lekarza dyżuranta) powiedziała, że KTG na pewno podłączała jej K. G., bo to pamięta, nie pamięta natomiast kto i z jakiej przyczyny je dołączał, natomiast położna E. mówiła, że aparat jest jej potrzebny. Powiedziała, że po podłączeniu KTG położna G. wyszła i zostawiła ją ze stażystką, a jak wróciła, to chciała pelotą zbadać tętno dziecka, ale go nie było słychać i wówczas mówiła, że „się naszło z tętnem matki”, ale zadzwoniła po lekarza. (k. 850 v)

Z kolei w śledztwie, w dniu 28.05.2013 r. (składając ponowne zawiadomienie, gdyż pierwsze złożyła w 2006 r.) zeznała, że uważa, iż podczas porodu dopuszczono się nieprawidłowości, zarówno po stronie lekarza, jak i położnej, w konsekwencji czego urodziła martwe dziecko; w tej sprawie postępowanie prowadził sąd lekarski, skutkiem czego położna G. została ukarana za niedopełnienie swoich obowiązków; podobnie w postępowaniu lekarza B. sąd lekarski dopatrywał się niedopełnienia jego obowiązków i ukarał go, lecz lekarz ten odwołał się, po czym – na skutek odraczenia postępowania z wniosku lekarza, bądź obrońcy – doszło do przedawnienia karalności i postępowanie wobec lekarza S. B. (2) zostało umorzono z tej przyczyny (przedawnienia karalności). Dalej powiedziała, że w dniu 30.01.2006 r. była przyjęta do szpitala z powodu upływu terminu planowanego terminu porodu, zaś 01.02.2006 r. przeniesiono ją na oddział ginekologiczno - porodowy, gdzie lekarzem dyżurnym był doktor B., który zbadał ją może około godziny 10 – tej, kiedy przebił pęcherz płodowy i odeszły zielone wody płodowe. Powiedziała wówczas, że nie podłączono jej od razu do KTG, lecz zrobiono to później, może była to godzina 13.00 i zapis był nieprawidłowy. Dodała wtedy, że lekarza B. po tym, jak przebił jej pęcherz płodowy, już więcej nie widziała. Powiedziała wówczas, że około godziny 13.50 zaczął się drugi etap porodu, prosiła wtedy położną, aby coś zrobiła, bo czuła, że ma silne parcie, położna szukała wówczas tętna dziecka, potem przyszedł doktor K., wyrwał położnej słuchawkę, szukał tętna, potem po dwóch, trzech skurczach urodziła martwe dziecko. (k. 2 – 3)

Zeznając w dniu 24.02.2006 r. w postępowaniu prowadzonym przez Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Okręgowej Izby Lekarskiej w Ł. powiedziała, że zarówno przed godziną 14 – tą, jak i po tej godzinie nie było regularnego badania tętna dziecka, bo nie było przy niej stale położnej. Dodała, że po tym, jak lekarz K. poinformował ją, iż dziecko nie żyje, dokumentacja przebiegu porodu, mianowicie karta porodu, została zniszczona, a zastąpiono ją nową, świeżo wypełnioną. (k. 48)

Zeznając w dniu 16.06.2008 r. przed Rzecznikiem Okręgowym Odpowiedzialności Zawodowej Położnych i Pielęgniarek zeznała, że położna nie przebywała z nią cały czas na sali, lecz dość często wychodziła, nie odsłuchiwała tętna dziecka po każdym skurczu, nadto tętna odsłuchiwała nie aparaturą, lecz metodą „na ucho”. (k. 370 – 372)

W dniu 03.09.2013 r. zeznając w Komendzie Miejskiej Policji w P. (...) powiedziała, że kiedy trafiła na porodówkę, była zbadana przez doktora B., który jej przebił pęcherz płodowy, po czym powiedział do położnej, że są zielone wody i zlecił monitorowanie na aparacie KTG. KTG zostało wykonane około godziny 13 – tej, po czym położna G. oddarła wydruk badanie z aparatu i położyła na biurku przy kartach ciąży. Powiedziała, że potem badał ją już tylko doktor K., kiedy wezwała go położna i kiedy po paru skurczach urodziło się martwe dziecko. (k. 598)

R. S. (1) zeznał, że w dniu zdarzenia przejmował dyżur razem z doktorem K. od godziny 14.00. Zawsze o godzinie 14.00 odbywa się odprawa, na której lekarze przekazują sytuację na oddziale lekarzom dyżurnym. Powiedział, że tego dnia nie uczestniczył w odprawie, bo zaraz po przyjeździe do pracy został skierowany do izby przyjęć celem skonsultowania jakiejś pacjentki na wezwanie chirurgów, a kiedy na oddział powrócił, to doktor K. przekazał mu informację, że pacjentka G. urodziła martwe dziecko.

Powiedział, iż tego dnia doktor B. przekazując stan oddziału lekarzom dyżurnym z pewnością nic nie mówił o nieprawidłowościach u J. G. (1), bo wówczas „cały oddział pobiegłby w te pędy ratować umierające dziecko pani G.”. Dodał, że zgodnie z obowiązującą wówczas w szpitalu w B. organizacją pracy lekarze powinni byli pracować do godziny

15.35, natomiast na zasadzie wzajemnej umowy (poza wiedzą dyrekcji szpitala) lekarze z oddziału uzgodnili, iż lekarze dyżuranci przychodzili na godzinę 14.00 i wówczas (zamiast od 15.35) rozpoczynał się dyżur. Powiedział, iż wtedy był młodym, początkującym lekarzem i nie wie kto taki układ wymyślił, jak zaczął pracować, to obowiązywało, za organizację pracy na oddziale odpowiada ordynator. Powiedział, że stosowano wówczas pewne schematy, mianowicie jak pacjentka przychodziła na oddział, to należało ją zbadać, a jeżeli odchodziły wody płodowe, to konsekwencją było podłączenie KTG. Jeżeli u J. G. (1) przebito pęcherz płodowy, to następnie z pewnością został podłączony jej aparat KTG. Dodał, że z zapisu KTG wynikało, że J. G. (1) należało się w trybie pilnym zająć, wykonać cesarskie cięcie. Powiedział też, że K. G. to była doświadczona położna i podejrzewa, że gdyby znalazł się na miejscu oskarżonego, to postąpiłby podobnie, czyli czekałby na sygnał od położnej, że jest coś nie tak, bo jej ufał, choć miał okazję w swojej pracy przekonać się, że nie zawsze należy jej wierzyć, bo kiedyś nie rozpoznała pośladowego położenia dziecka, w której to sytuacji winno być przeprowadzone cesarskie cięcie, a poród odbył się drogami natury. Powiedział, że tego rodzaju wątpliwości winien rozstrzygać lekarz, a nie położna. Powiedział, że najprawdopodobniej nieprawidłowy zapis KTG J. G. (1) był pomiędzy godziną 10.10, a 12.45 (bo od tej godziny ten sam aparat KTG został podłączony u innej pacjentki B.), a skoro K. G. miała ten nieprawidłowy zapis i go nie odczytała, nie wezwała lekarza, to potem – najprawdopodobniej – zmieniła na nim godziny na późniejsze, aby ratować własną skórę. Powiedział, że zapewne K. G. pozostawiła J. G. (1) pod opieką stażystki i opuściła blok porodowy, czego jej robić nie było wolno, a potem zorientowała się, że pod jej nieobecność zaistniała patologia w zapisie KTG. Powiedział, że z pewnością stażystka nie wiedziała co robić widząc zły zapis KTG, a kiedy wróciła K. G., zorientowała się, że przez pół godziny złego zapisu nic nie zrobiła, stąd potem pojawiły się późniejsze godziny na wydruku KTG. Zeznał, iż z partogramu wynika, że oksytocyna została włączona o godzinie 14.00, z karty zleceń lekarskich wynika, iż wpis o zleceniu oksytocyny został dokonany charakterem K. G. i brak przy tym podpisu lekarza, a to lekarz powinien zlecić i się podpisać, z czego wniosek, że to ta położna sama podała pacjentce oksytocynę. (k. 842 – 847)

I. E. (1) zeznała, że tego dnia miała dyżur z inną położną – K. G.. Powiedziała, że na porodówce tamtego dnia było wiele pacjentek, nie pamięta ile było aparatów KTG, ale z pewnością aparaty były przełączane od pacjentki do pacjentki. Powiedziała też, że ona nie zajmowała się pacjentką, która urodziła martwe dziecko, bo zajmowała się nią K. G.; nikt nie wiedział czemu zdrowe dziecko urodziło się martwe. (k. 847 i v)

Zeznając przed Okręgowym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej Okręgowej Izby Lekarskiej w Ł. w dniu 21.04.2006 r. powiedziała, że kategorycznie zaprzecza fałszowaniu dokumentacji medycznej J. G. (1), „jest to praktycznie niemożliwe”. Stwierdziła też, że nie było patologii w zapisie KTG J. G. (1) poza zapisem z godzin 13.00 – 13.30. (k. 62)

W Okręgowym Sądzie Lekarskim w Ł. w dniu 12.12.2007 r. zeznała, że doktor B. był na porodówce przed godziną czternastą, chyba badał J. G. (1) i nie było mowy o żadnych nieprawidłowościach. Powiedziała, że nieprawidłowy zapis z godziny 13.00 chyba właśnie ona (E.) oderwała z aparatu, którego potrzebowała dla swojej pacjentki, zapis po oderwaniu położyła na biurku koło historii choroby J. G. (1), o co K. G. była następnie zdenerwowana. (k. 92)

W Okręgowym Sądzie (...) w Ł. w dniu 15.09.2008 r. zeznała, że jeżeli zapis KTG jest nieprawidłowy, to położne pokazują go lekarzowi, ale to musi być zapis bardzo nieprawidłowy. Powiedziała, że w tamtym dniu były trzy rodzące, a dwa aparaty KTG. Powiedziała, że zapis KTG był wykonany o godzinie 13.00 u J. G. (1). (k. 356)

W postępowaniu przygotowawczym zeznała, że nic niepokojącego z zapisu KTG J. G. (1) nie wynika, z tym, że to lekarz ostatecznie ocenia. Powiedziała też, że nie dostrzega rozbieżności pomiędzy partogramem, a zapisem KTG J. G. (1). (k. 660 v)

M. Ś. zeznała, że była wówczas stażystką, a jej opiekunem była K. G.. Powiedziała, że zapis KTG powinien obejrzeć lekarz, a na dowód zapis oparafować lub podbić pieczętką. Powiedziała, że zapis na niepokojącym wydruku KTG „J. G. (1)” jest jej ręką dokonany zaś co do wpisu godzin, to nie jest pewna; dodała, że faktycznie nie mógł być zapis KTG na tym samym aparacie jednocześnie u dwóch pacjentek wykonany, stwierdziła, że widocznie musiały jej się godziny pomylić kiedy je uzupełniała. (k. 848 – 849)

Przed Okręgowym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych, w dniu 21.06.2006 r. zeznała, że nie było tak, aby pacjentki pozostawały same na sali porodowej, tętno dziecka J. G. (1) było wysłuchiwane po każdym skurczu. (k. 73 v)

W zeznaniach z dnia 18.02.2014 r. powiedziała, że zapis na KTG „J. G. (1)”, jest sporządzony jej charakterem pisma, natomiast godz., 12.00, odpłynęły zielone wody płodowe”, jest dokonany ręką K. G.. (k. 658 – 659)

W zeznaniach z dnia 28.04.2014 r. zeznała, że zapis na wydruku KTG „J. G. (1), godz. 13.00” jest na pewno sporządzony przez nią (M. Ś.). (k. 691)

D. K. zeznał, że był wówczas lekarzem dyżurantem. Rola jego zaczęła się, jak wszedł na salę porodową, gdzie była rodząca na indukcji porodu z podejrzeniem zielonych wód płodowych, które były puszczone i potwierdziło się; wówczas stwierdził, że jest skrajnie patologiczny zapis tętna płodu i czynności skurczowej, w związku z czym podjął decyzję o natychmiastowym cesarskim cięciu. Zlecił w tym celu badania, po czym okazało się, że u rodzącej wystąpiło pełne rozwarcie i urodziła martwe dziecko. Wykonana następnie sekcja zwłok potwierdziła, że dziecko było zdrowe, a urodziło się nieżywe. Powiedział, że decyzja o cesarskim cięciu powinna była zapaść w chwili, gdy był zły zapis KTG z godziny około 13.00 i to był ostatni moment, kiedy należało wykonać cc. Dodał, że z tego co pamięta, to już na OCP okazało się, iż u tej pacjentki są zielone wody płodowe, skutkiem czego została skierowana na blok porodowy celem wywołania porodu. Powiedział, że z dokumentacji wynika, iż około godziny 12 – tej S. B. (1) puścił zielone wody płodowe. Dodał, iż on sam z pewnością zaraz po puszczeniu zielonych wód płodowych zleciłby podłączenie pacjentce KTG, natomiast z dokumentacji wynika, iż KTG nie zostało podłączone u tej pacjentki bezzwłocznie, lecz po około godzinie, to jest około godziny 13 – tej; było to KTG bardzo złe, patologiczne, wskazujące, że coś złego się dzieje i nie trzeba czekać lecz poprzez cc należy kończyć poród. Dalej powiedział, że KTG technicznie podłącza położna, natomiast wszystko wykonuje na polecenie, o wszystkich zleceniach co robić z pacjentką decyduje lekarz. Dodał, że jeżeli coś złego się działo, to położna powinna była alarmować lekarza, ale też lekarz sam z siebie powinien był się interesować. Powiedział też, że gdyby on osobiście puścił pacjentce zielone wody płodowe, to by się nią interesował jakie są zapisy KTG. Ten konkretny zapis KTG wskazywał na głębokie nieprawidłowości. Dodał, że nie zetknął się w praktyce, aby zapisu z tak głęboką nieprawidłowością położna nie pokazała lekarzowi. Powiedział też, że zapis KTG się odłącza, jak się podejmuje decyzje o cc, więc tu niejasne jest z jakiego powodu pacjentka została odłączona od KTG przy tak patologicznym zapisie, stwierdził, że nie przypomina sobie drugiej takiej sytuacji, aby przy tak złym zapisie pacjentka została odłączona. Zapis KTG odłącza i opisuje położna oraz automatycznie wkłada go do historii choroby. Powiedział też, że nie może być tak, iż przychodzi druga położna i odłącza aparat i go zabiera nie pytając czy może, dodał, że nie jest w stanie określić udziału położnej E. w całym porodzie. Powiedział, że J. G. (1) zgodnie z prawidłami sztuki winna być pod stałym zapisem KTG z powodu zielonych wód płodowych. Powiedział też, że odłączenie J. G. (1) od KTG w przypadku tak patologicznego zapisu było sprzeczne z prawidłami sztuki i z logiką zawodową. Dodał, że nikt go wówczas nie wzywał na blok porodowy, poszedł tam po prostu rutynowo zobaczyć co się dzieje, aby zapoznać się z sytuacją po przejęciu dyżuru, choć nikt go nie informował przy zmianie dyżuru, że coś się złego dzieje, chociaż przy tak patologicznym KTG taki komunikat powinien być zostać przekazany. Dodał, że on ma taką praktykę, iż – niezależnie od przekazanych komunikatów – sam idzie na salę porodową, aby się zapoznać z sytuacją na przejętym dyżurze. (k. 849 – 850)

W dniu 10.03.2006 r. przed Okręgowym Rzecznikiem Odpowiedzialności zawodowej Okręgowej Izby Lekarskiej w Ł. zeznał, że tego dnia w godzinach 14.00 – 14.20 w gabinecie lekarskim odbywała się odprawa lekarska, podczas której nie było mowy o jakichkolwiek nieprawidłowościach u J. G. (1). (...) tego rodzaju nie otrzymał także od personelu położnych. Około godziny 14.20 podczas rutynowego obchodu, analizując dokumentację pacjentki natknął się na półgodzinny, głęboko nieprawidłowy zapis KTG z godziny 13.00, osłuchowo nie było słyszalne tętno dziecka, a wyłącznie matki; zlecił badania do cc, pacjentka w ciągu 10 minut urodziła martwe dziecko. (k. 53,89 v)

M. J. – ordynator - zeznał, że nie udało mu się jako ordynatorowi ustalić co się stało, przyjął, że z nieustalonej przyczyny doszło do wewnątrzmacicznego obumarcia płodu, a takie przypadki medycyna zna. Powiedział, że przy takim zapisie KTG należało go nie przerywać, ale kontynuować, jednocześnie podać leki i ewentualnie

szkować wszystko do cc. Stwierdził, że partogram nie wykazuje nieprawidłowości, zaś zapis KTG jest nieopisany, niezaparafowany, więc nie jest dowodem, bo nie wiadomo kto go z aparatu oderwał, kto go widział i ocenił. Powiedział, że do obowiązków lekarza należało raz na dwie godziny pacjentkę zbadać i z tego S. B. (1) się wywiązał. Powiedział, że położna widząc taki wynik KTG powinna była zawiadomić lekarza, ale i lekarz winien był samoistnie wynikiem KTG się zainteresować. (k. 853 – 855, 61, 91)

M. W. – lekarz neonatolog – zeznała, że pomiędzy godzinami 14, a 15 została wezwana do porodu, trwało to kilka – kilkanaście minut i urodziło się martwe dziecko, co było dla niej zaskoczeniem, podjęte czynności reanimacyjne nie przyniosły efektu. (k. 855 v, 63, 90 v)

E. S. zeznała, że w tamtym czasie ona pełniła funkcję zastępcy oddziałowej, a J. G. (2) była oddziałową. Powiedziała, że J. G. (1) opiekowała się K. G.. Dodała, że tak lekarz, jak i położna odpowiadają za pacjentkę, lekarz nie działa wyłącznie na impuls położnej. (k. 856 i v)

W dniu 05.05.2006 r. przed Okręgowym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej Okręgowej Izby Lekarskiej w Ł. zeznała, że tego dnia o godzinie 13.50 był u pacjentki lekarz B. i ją zbadał, nic szczególnego się nie działo. Powiedziała, że mogło się tak zdarzyć, iż aparat z nieprawidłowym zapisem KTG J. G. (1), bez oddarcia tego zapisu, „odjechał” do innej pacjentki. (k. 64, 959, 350 – 351, 398 – 401, 976)

R. S. (2) zeznał, że był wówczas lekarzem rezydentem i nic nie pamięta. (k. 931 i v)

J. G. (2) zeznała, że w 2006 r. była położną oddziałową, a z końcem 2006 r. odeszła na emeryturę. O zdarzeniu dowiedziała się następnego dnia rano z raportów położnych. Powiedziała, że w tamtym czasie na stanie oddziału było 6 aparatów KTG, z czego cztery wówczas w naprawie, a do użytku były dwa. Trzeba było podejmować decyzję komu podłączyć aparat. Dodała, że część odpowiedzialności za zgon dziecka spada na złą organizację pracy, brak aparatów KTG i konieczność wybierania której z pacjentek aparat będzie podłączony. Powiedziała też, że lekarz, który był kierownikiem bloku porodowego (czyli S. B. (1)) także miał obowiązek nadzoru nad rodzącymi, nie powinien był zdawać się wyłącznie na położne w tym zakresie. (k. 408, 350) J. G. (2) aktualnie nie żyje.

K. G. zeznając w dniu 24.03.2006 r. przed Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej Okręgowej Izby Lekarskiej oświadczyła, iż zeznania złoży na piśmie tego samego dnia. (k. 54), po czym do protokołu tego załączono pisemne wyjaśnienia K. G., w których opisała, że w dniu 01.02.2006 r. J. G. (1) została przyjęta na oddział, podłączono jej KTG, ale nie pamięta od której godziny, zapis był prawidłowy, potem o godzinie 12.00 zbadał ją lekarz B., przebił pęcherz płodowy i stwierdził zielone wody płodowe. Podała, że nie była wówczas obecna na sali porodowej, bo wyszła, a zastąpiła ją wtedy inna położna. Dodała, że rutynowo podłącza się pacjentce aparat KTG po przebicium pęcherza płodowego, ale J. G. (1) aparat nie został wówczas podłączony, nie wie dlaczego, przypuszcza jedynie, że z braku aparatu, który musiał być w tym czasie podłączony innej pacjentce, bo na sali porodowej były trzy rodzące, zaś aparaty były dwa. Podała, że KTG podłączono J. G. (1) o godzinie 13 – tej i w zapisie tym widoczne było wahanie tętna dziecka, nie umiała wyjaśnić czemu na to nie zareagowała, stwierdziła iż prawdopodobnie dlatego, że następnie tętno wyrównywało. Podała, że o godzinie 13.25 odłączono KTG, a o godzinie 13.50 wezwano lekarza położnika i neonatologa, bo zaczął się drugi okres porodu; kiedy przyszedł położnik, zbadał pacjentkę, słyszał wówczas tętno dziecka, dodała, że zapis KTG cały czas wisiał przy maszynie, lekarz go nie oglądał, a ona nie zwróciła mu na niego uwagi. Dodała, że po zbadaniu rodzącej lekarz wyszedł na odprawę do pokoju lekarskiego. Dalej podała, że nikt z obecnych na sali porodowej, w tym także lekarz neonatolog, nie miał wątpliwości co do prawidłowego tętna dziecka, następnie o godzinie 14.30 przyszedł lekarz, który miał pełnić dyżur do dnia następnego, zbadał rodzącą, zastrzeżeń do tętna płodu nie miał, ale wówczas obejrzał wydruk KTG, jaki leżał na stole i po tym zlecił badania do cesarskiego cięcia. Dodała, że wydruk KTG był oderwany przez inną położną o godzinie 14.15, która wówczas chciała ten aparat podłączyć innej rodzącej. Napisała też, że o godzinie 14.55 pacjentka urodziła noworodka w stanie ciężkim, akcja reanimacyjna okazała się nieskuteczna. (k. 55 – 57)

Zeznając w dniu 16.11.2006 r. przed Okręgowym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej w Ł. powiedziała, że nie pamięta kto podłączył o godzinie 13.00, a kto odłączył o godzinie 13.30 zapis KTG, bo „jest to praca zespołowa”.

Nie pamięta też kto dokonał zapisu daty, godziny i nazwiska na zapisie KTG z godziny 13.00. Powiedziała też, że nie pamięta jak przebiegała wizyta lekarza S. u rodzącej w tym dniu. (k. 70)

Zeznając w dniu 02.07.2008 r. przed Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej (...) powiedziała, że nie pamięta kto podłączył J. G. (1) zapis KTG o godzinie 13 – tej. Powiedziała, że oglądała ten zapis, ale nie zareagowała na niego i nie pokazała go lekarzowi, bo tętno dziecka wyrównywało momentami po skurczu, ponadto, gdy pacjentka przeszła do pozycji stojącej, to tętno było bez zarzutu, a następnie po około 10 minutach rozpoczął się drugi okres porodu, w którym nie praktykuje się zapisu KTG po każdym skurczu, lecz pacjentka jest na tzw. podśuchu bez zapisu. Powiedziała, że tętno dziecka przez cały czas było bez zarzutu i nikogo nie zaniepokoiło, a zapis KTG przez cały czas wisiał, lekarz go nie oglądał. Powiedziała też, że lekarza K. nie wzywała, sam przyszedł o godzinie 14.30 i zbadał pacjentkę, nie wysłuchał żadnych nieprawidłowości tętna dziecka, ale zaniepokoił go wiszący przy aparacie zapis KTG, wobec czego zlecił badania laboratoryjne do cięcia cesarskiego, na chwilę wyszedł, po czym wrócił i pacjentka urodziła dziecko, które było w stanie ciężkim, co było dla wszystkich zaskoczeniem, dziecko żyło, przekazała je neonatologowi, który reanimował je, ale bez powodzenia. (k. 375 – 376) K. G. aktualnie nie żyje.

Profesor A. Z. zaopiniował, że poród u J. G. (1) był prowadzony nieprawidłowo, z powodu przeterminowanej ciąży i zielonych wód płodowych oraz stymulacji wlewem kroplowym z oksytcyną wymagał ciągłego monitorowania kardiokograficznego (KTG); z chwilą wystąpienia objawów zagrożenia płodu (deceleracje w zapisie KTG) powinien być ukończony operacyjnie (cięcie cesarskie). Z dużym prawdopodobieństwem należy przyjąć, że główną przyczyną wewnątrzmacicznego obumarcia płodu było narastające niedotlenienie w trakcie porodu. Przerwanie tego procesu poprzez cesarskie cięcie dawało szansę na urodzenie żywego dziecka. Nie można ustalić od jakiego momentu wystąpiła manifestacja zagrożenia płodu (partogram niewiarygodny, brak ciągłego zapisu KTG). Godzina 13.00 – patologiczny zapis KTG, była bezwzględny wskazaniem do rozwiązania cesarskim cięciem, dawało to duże szanse na urodzenie dziecka żywego. Zaniechanie rozwiązania cesarskim cięciem (o godzinie 13.00 – ostatni moment podjęcia decyzji) spowodowało wewnątrzmaciczne obumarcie córki J. G. (1); samej J. G. (1) nie zagrażało bezpośrednio utratą życia lub ciężkim uszczerbkiem na zdrowiu. (opinia – 618)

Zaopiniował też, że kardiokrogram J. G. (1), z oznaczeniem godziny rozpoczęcia zapisu na godzinę 13.00, został sfalszowany, bo wpisano na nim niezgodny z rzeczywistością czas monitorowania KTG. Wniosek taki biegły wysnuł w oparciu o całkowity brak zgodności pomiędzy KTG, a partogramem J. G. (1); ale nadto z faktu, że na tym samym aparacie KTG wykonano zapis w godzinach 12.45 – 13.45 u innej pacjentki (B.), gdzie zachodzi całkowita zgodność pomiędzy wynikiem KTG (B.), a partogramem (B.), skąd właśnie wniosek, że u dwóch pacjentek w tym samym czasie na tym samym aparacie nie można było wykonać badania KTG, a skoro wynik KTG J. G. (1) jest niezgodny z jej partogramem, zaś wynik KTG B. wykazuje całkowitą zgodność z jej partogramem, to zapis KTG J. G. (1) (w zakresie godzin przeprowadzenia tego badania) musiał zostać sfalszowany. (k. 693)

W dalszym ciągu biegły ten zaopiniował, że nie ma pewności w jakim czasie został wykonany zapis KTG, który asygnowano (potem) godziną 13. Wariant I – jeżeli został włączony o godzinie 13 – tej, to należało z chwilą jego przerwania, czyli o godzinie 13.26 przystąpić do rozwiązania ciąży u J. G. (1) cesarskim cięciem. Wariant II – jeżeli był wykonany przed godziną 12 – tą (jak wynika z zeznań R. S. (1)), cięcie cesarskie należało wykonać po przebicciu pęcherza płodowego i odpłynięciu zielonego płynu owodniowego. W obydwu wariantach cięcie cesarskie należało wykonać w trybie pilnym. S. B. (1) w wariancie I - winien zlecić monitorowanie KTG J. G. (1) i dalsze postępowanie uzależniać winien od wyniku zapisu KTG. W wariancie II - winien przystąpić do rozwiązania cesarskim cięciem. Co do podstawy zaopiniowania o sfalszowaniu na zapisie KTG J. G. (1) godzin wykonania badania, to biegły napisał, że wniosek taki wysnuł po przeanalizowaniu dwóch zapisów KTG, jeden z przebiegu porodu pacjentki B., początek zapisu godzina 12.45, trwający 60 minut, zapis prawidłowy. Drugi – zapis J. G. (1), oznaczony godzina 13.00 – trwający 26 minut, zapis patologiczny. Niemożliwe technicznie jest wykonanie dwóch kardiokogramów w jednym czasie u dwóch pacjentek, co oznacza, iż jeden z kardiokogramów został sfalszowany w zakresie czasu rozpoczęcia zapisu. W oparciu o zeznanie R. S. (1) prawdopodobne (według biegłego) jest nieprawidłowe oznaczenie czasu rozpoczęcia KTG u J. G. (1). Zakładając, że przed godziną 12 – tą nie było zapisu KTG, po wykonaniu przebiccia pęcherza płodowego należało podłączyć zapis KTG bez zwłoki czasowej. Zapis KTG oznaczony godziną

13 – tą, technicznie wykonany był prawidłowo, natomiast zastrzeżenia budzi fakt odłączenia zapisu patologicznego bez podjęcia środków terapeutycznych. Patologiczny zapis KTG odłącza się bowiem z chwilą podjęcia decyzji o natychmiastowym ukończeniu porodu. Na pytanie: czy po przebicium pęcherza płodowego położna miała obowiązek podłączyć KTG w przypadku braku zlecenia lekarskiego w tym zakresie, biegły odpowiedział, że miała taki obowiązek. Na podsumowanie zaopiniował, że S. B. (1) nie sprawował należytej opieki nad J. G. (1), nie kontrolował położnej obdarzając ją zbyt dużym zaufaniem. Nadto zaopiniował, że była zła organizacja pracy na oddziale, brak przekazania pacjentki przez lekarza zdającego dyżur przejmującemu opiekę nad rodzącą lekarzowi.

Biegły zaopiniował, iż są trzy główne przyczyny wewnątrzmacicznego obumarcia płodu: niedotlenienie, zakażenie okołoporodowe oraz wady rozwojowe. Zdecydowana większość przypadków zgonu płodu w okresie okołoporodowym spowodowana jest niedotlenieniem. W czasie porodu powinna być przeprowadzona bardzo dokładna diagnostyka zagrożeń płodu. Są w tym trzy grupy postępowań. Pierwsze z nich, to diagnostyka etiologiczna, która winna być przeprowadzona przed rozpoczęciem porodu. Polega ona na zebraniu dokładnego wywiadu na temat elementów, które mogą mieć wpływ na przebieg porodu i stan płodu. Jako przykład biegły wymienił tu immunizację w zakresie Rh, niewydolność łożyska, przeterminowanie ciąży; ogólnie ciężkie schorzenia matki, zakażenia okołoporodowe. Drugim działaniem tej diagnostyki jest diagnostyka biofizyczna. Są tutaj takie elementy jak amnioskopia, badanie KTG, testy czynnościowe na przykład oksytcynowe. Trzecią grupę stanowi diagnostyka biochemiczna, która jest głównie wykonywana w ośrodkach o wyższej referencyjności. Jest to badanie równowagi kwasowo – zasadowej. Ta diagnostyka najbardziej wiarygodnie oddaje stan płodu. To jest badanie, którego nie wykonuje się rutynowo, tylko w szczególnych przypadkach. Wedle opinii biegłego J. G. (1) należało zakwalifikować do grupy o podwyższonym ryzyku, a to z powodu nadmiernego przyrostu masy jej ciała w ciąży (28 kg), ciąży przeterminowanej, zielonych wód płodowych, braku samoistnej czynności skurczowej macicy (poród indukowany). Wymagała szczególnie wnikliwego monitorowania przebiegu porodu, kwalifikowała się do grupy rodzących o podwyższonym ryzyku. Prawidłowa reakcja na patologiczny zapis KTG J. G. (1) – natychmiastowe rozwiązanie cesarskim cięciem – dawało szansę na urodzenie dziecka żywego. Biegły zaopiniował, że dwa pierwsze elementy diagnostyki zostały w zasadzie wykonane, to znaczy była amnioskopia, test oksytcynowy i monitorowanie KTG w trakcie porodu. Zapis KTG wykonano u J. G. (1) dwukrotnie. Po raz pierwszy o godzinie 10.10, na początku porodu. On wskazywał na dobrostan płodu. Drugi zapis KTG wykonano (wedle widniejącej na nim adnotacji) o godzinie 13.00 i był on już patologiczny. Tam głównie rzucały się w oczy deceleracje, czyli zwolnienie czynności serca płodu w czasie skurczu. Według biegłego było to wskazanie natychmiastowego zakończenia porodu (poprzez cc). Według biegłego J. G. (1) wymagała stałego monitorowania. Biegły zaopiniował, że personel medyczny opierał się na partogramie, wedle którego czynność serca płodu była prawidłowa, ale było to niezgodne z zapisem KTG. Partogram jest to miejsce, w którym odnotowuje się różne parametry w czasie porodu, między innymi czynność serca płodu. Czynność serca płodu można badać też stetoskopem albo głowicą KTG nie prowadząc zapisu i w przypadku porodów fizjologicznych takie postępowanie jest prawidłowe. Personel szpitala, mimo nieprawidłowego zapisu KTG, kontynuował poród drogami natury, podczas gdy należało go rozwiązać cesarskim cięciem. Zielone wody płodowe (u J. G. (1)) świadczyły o przebyłym epizodzie niedotlenienia lub przewlekłym niedotlenieniu płodu i wymagały poszerzonej diagnostyki, co zostało uczynione, bo pacjentka została przekazana na salę porodową i podłączona do zapisu KTG. Zapis ten (początkowo) był prawidłowy, więc można było prowadzić poród drogami natury, do czasu, jak wystąpiła patologia w zapisie KTG. Dalej biegły zaopiniował, iż nie można wykluczyć, że w przypadku prawidłowej reakcji personelu medycznego i przeprowadzenia cesarskiego cięcia, dziecko urodziłoby się z poważną wadą albo martwe. Jednak biorąc pod uwagę zapis KTG, było większe prawdopodobieństwo, że przy zastosowaniu cc dziecko urodziłoby się żywe. W przypadku krótkiego niedotlenienia jego skutki są zwykle niezbyt nasilone i w większości przypadków odwracalne, a im dłużej trwa proces niedotlenienia, tym większe jest prawdopodobieństwo obumarcia dziecka. Niemożliwe jest określenie po jakim czasie dziecko obumiera. Określenie procentowych szans urodzenia się dziecka żywego przy prawidłowej reakcji na patologiczny zapis KTG jest niemożliwe, nie były wykonane badania biochemiczne, pierwszy zapis KTG zakończono o godzinie 10.30. Teoretycznie zaraz po jego zakończeniu mogły wystąpić czynniki, które spowodowały narastanie niedotlenienia płodu. Przyjmując teoretycznie, że niedotlenienie pojawiłoby się zaraz po zakończeniu pierwszego zapisu KTG, nie można powiedzieć czy byłby to krótki czy długi okres niedotlenienia, bo skutki niedotlenienia zależą od wielu czynników i są różne w różnych przypadkach. W tym wypadku okres niedotlenienia był wystarczająco długi,

aby mógł doprowadzić do ciężkiego niedotlenienia. Wiązało się to z czynnikami: przeterminowana ciąża, a więc mogła występować przynajmniej częściowa niewydolność łożyska, co wpływa na wymianę gazową; niekorzystny wpływ miał też przyrost masy ciała pacjentki rodzącej. Występowanie zielonych wód płodowych może też świadczyć o tym, że niedotlenienie rozpoczęło się już w trakcie pierwszego zapisu KTG, ale było jeszcze na tyle niewielkie, że zapis nie wykazał nieprawidłowości, gdyby zapis ten był prowadzony w sposób ciągły i nieprzerwany, to nieprawidłowości byłyby wychwycone wcześniej. Patologia w zakresie KTG była wskazaniem do wykonania badania biochemicznego, a dalsze postępowanie wynikałoby z wyników tego badania. Jeżeli natomiast nie ma warunków do przeprowadzenia takiego badania, to trzeba rozwiązać poród przez cesarskie cięcie. Wskazane byłoby prowadzenie ciągłego monitoringu porodu z zapisem KTG. Biegły zaopiniował, że dokumentacja medyczna nie wskazuje czy w tym przypadku było to przewlekłe narastające niedotlenienie, czy też niedotlenienie nastąpiło dopiero w trakcie porodu. Biegły zarzucił, iż dokumentacja była prowadzona niestarannie i mało czytelnie. Zdaniem biegłego okoliczności sprawy wskazują z dużym prawdopodobieństwem, że miało miejsce narastające, przewlekłe niedotlenienie, które nasiliło się w trakcie porodu. W 2006 r. nie było obowiązku prowadzenia ciągłego zapisu KTG, ale było to zalecane w przypadku porodów indukowanych lub obciążonych ryzykiem z innych powodów.

Zaopiniował, że w 2006 r. obowiązywała procedura, zgodnie z którą po przebicium pęcherza płodowego, jeżeli odpłynął zielony lub seledynowy płyn owodniowy, to był obowiązek podłączenia zapisu KTG. Płyn kolorowy świadczy o przebytym niedotlenieniu płodu. Zielono podbarwiony płyn owodniowy nie jest ścisłym markerem niedotlenienia. Na podstawie płynu owodniowego nie można ocenić czy niedotlenienie trwało długo, czy krótko, tylko że zaistniał taki fakt. Podłączenie zapisu KTG ma na celu poszerzenie diagnostyki. KTG pokazuje aktualny stan płodu. Na podstawie zapisu KTG można wyciągnąć wiele wniosków, czy jest dobrostan płodu, czy istnieje zagrożenie niedotlenieniem. Co do wszystkich epizodów związanych z patologiami podczas porodu, decyzję w ówczesnym czasie podejmował lekarz. Na jego zlecenie winny być wykonane dalsze konieczne procedury. Położne w niektórych szpitalach miały rozszerzone uprawnienia, ale to nie zwalniało lekarza z obowiązków, bo chodziło o dublowanie się obowiązków lekarza i położnej, by zminimalizować zagrożenie. Za patologiczny poród zawsze odpowiada lekarz; położna w zasadzie bez konsultacji lekarskiej może prowadzić poród fizjologiczny, jeśli nie wystąpią żadne objawy zagrożenia. Natomiast nieprzejrzyste wody płodowe są objawem zagrożenia i położna musi od tego momentu dalsze posunięcia uzgadniać z lekarzem. W 2006 r. nie było obowiązku podłączania KTG przy prawidłowo przebiegającym porodzie. Położna mogła i powinna była stwierdzić, że wystąpiła patologia i powinna była powiadomić lekarza. Nie zdejmuje to jednak odpowiedzialności z lekarza (w tym wypadku ze S. B. (1)), do obowiązków którego należała kontrola położnej. W tym konkretnym wypadku, skoro lekarz przebił pęcherz płodowy, gdzie był zielony płyn owodniowy, to następnie powinien był skontrolować zapis KTG, a skoro mu położna takowego nie pokazała, to do jego obowiązków należało zapytać o wynik KTG, a gdyby go nie było, to zlecić to badanie. Nawet jeśli nie było obowiązku sygnowania przez lekarza wydruku KTG, nie zwalniało go to z obowiązku zapoznania się z tym wydrukiem. Uprawnienia do oceny zapisu KTG ma tylko lekarz. Biegły zaopiniował, że jeżeli lekarz spytał położną czy jest wszystko w porządku, a ona przytaknęła i lekarz nie zbadał pacjentki, nie sprawdził tego, to musi się liczyć, że jeżeli coś będzie nie tak, to będzie odpowiadał. Jeżeli ma pełne zaufanie do położnej i poniecha osobistego badania, to i tak odpowiada. To, że ewentualnie położna wprowadziła go w błąd, może być czynnikiem łagodzącym, ale nie zdejmującym z lekarza odpowiedzialności. Biegły stwierdził, że kwestia o której godzinie faktycznie rozpoczął się patologiczny zapis sygnowany godziną 13.00 „jest typowo kryminalną zagadką”. Zapis KTG u J. G. (1) z pewnością nie mógł być wykonany między godziną 13.00, a 13.26, bo od 12.45 do 13.45 ten sam aparat był podłączony do innej pacjentki – B.. Pierwszy zapis u J. G. (1) był wykonany po jej przyjęciu na salę porodową o godzinie 9.48 i był prawidłowy. Kolejny zapis u J. G. (1) (który jest sygnowany godziną 13.00 – 13.26) mógł zostać wykonany pomiędzy godziną 11.00, a 12.00, czyli przed przebicciem pęcherza płodowego. Jeżeli lekarz widziałby ten zapis i zobaczył zielone wody płodowe, to kolejną decyzją winno być od razu cesarskie cięcie. Jeżeli patologiczny zapis był wykonany po godzinie 12 – tej, to nie można go było odłączyć, bo taki zapis patologiczny zawsze kończy się operacyjnie. Jeżeli brak pełnego rozwarcia, a główka wysoko – cesarskim cięciem. Jeżeli jest pełne rozwarcie, to kończy się kleszczami. Nie można zapisu patologicznego oderwać i pozostawić. Zaopiniował, że niezależnie od tego czy patologiczny zapis KTG był wykonany przed czy po przebicciu pęcherza płodowego i odejściu zielonych wód płodowych, obowiązek lekarza był identyczny, natychmiast winien był podjąć decyzję o cesarskim cięciu. Jeżeli przed przebicciem pęcherza płodowego nie było zapisu patologicznego, to po przebicciu tego pęcherza należało zlecić KTG i z zapisem

tym się zapoznać, a po wykonaniu zapisu podjąć decyzję o cc. Do obowiązków położnej należy by ocenić czy zapis jest patologiczny, a jeżeli tak natychmiast wezwać lekarza. Lekarz zawsze odpowiada za poród, lekarz jest osobą decyzyjną, ma większą wiedzę i możliwości. (k. 949 – 950, 315 – 316, 318 – 320, 976 v – 977 v)

Biegły z zakresu badania dokumentów M. K. zaopiniował, że zapis o treści „J. G. (1); 2006.02.01; godz. 13.00” został nakreślony przez jedną osobę i nie była to K. G.. Co do pytania obrony „czy zapisy KTG J. G. (1), z godz. 13.00 i M. B., z godziny 12.45, zostały sporządzone na tym samym urządzeniu, a jeżeli tak, to który zapis był wykonany wcześniej”, biegły zaopiniował, iż podłoże, na którym zapis KTG jest materiałem światłoczułym i w wyniku oddziaływania światła naniesiony na nim zapis znika. Ponadto na dokumencie tym nie znajdują się żadne zapisy z urządzenia mogące świadczyć o dacie i godzinie sporządzenia zapisu, nie znajdują się tam również zapisy mogące pozwolić na zidentyfikowanie urządzenia, na którym wydruk ten został sporządzony. Ponadto biegły ustalił ponad wszelką wątpliwość, że brak jest możliwości zidentyfikowania który wydruk został sporządzony w pierwszej kolejności i czy zostały one sporządzone na tym samym urządzeniu. (k. 905 – 909)

Sąd ocenił i zważył co następuje:

Kluczowa dla sprawy okazała się opinia profesora A. Z., biegłego z zakresu położnictwa i ginekologii. Biegły ten był niezwykle pomocny w odczycie i ocenie, a w konsekwencji wyciągnięciu wniosków z dokumentacji medycznej, co – pośrednio – ale pomogło też i w ocenie dowodów ze źródeł osobowych, a w konsekwencji w poczynieniu ustaleń faktycznych.

A. Z. w sposób logiczny wykazał, iż niemożliwe jest, aby dwie pacjentki w tym samym czasie były badane na tym samym aparacie KTG, a skoro M. B. była na nim badana od godziny 12.45 do 13.45 i to badanie wykazuje zgodność z jej partogramem, natomiast zapis KTG J. G. (1) sygnowany godziną 13.00 – 13.26 wykazuje niezgodności z partogramem (J. G. (1)), to oznaczać musi, iż godzina badania J. G. (1) na aparacie KTG została wpisana niezgodnie ze stanem rzeczywistym. Skoro tak, to badanie J. G. (1) na aparacie KTG musiało się odbyć do godziny 12.45, przez 26 minut. Skoro zaś J. G. (1) zeznała, że po tym jak S. B. (1) przebił jej pęcherz płodowy, to K. G. osobiście podłączyła jej KTG (co dokładnie akurat pamięta, bo z położną w tym momencie rozmawiała), to oznacza, że patologiczne KTG wykonane było po godzinie 12 – tej. Skoro natomiast z zeznań I. E. (1) (złożonych nie teraz, bo aktualnie zasłaniała się generalnie niepamięcią, ale na etapie postępowania dyscyplinarnego) wynika, że ona sama odłączyła aparat KTG od J. G. (1), bo potrzebowała go dla swojej pacjentki, której zresztą aparat ten podłączyła od godziny 12.45 do 13.45, to oczywistym jest, że patologiczne KTG J. G. (1) jest z godzin (około) od 12.19 do (nie później jak) 12.45, a zatem wykonane było już po przebicciu pęcherza płodowego przez S. B. (2). Logiczna jest opinia profesora Z., iż to lekarz jest osobą decyzyjną w tym zespole: lekarz – położna, bo to lekarz ma ostatecznie większą wiedzę, większe możliwości i to lekarz w konsekwencji podejmuje ostateczną decyzję i zawsze odpowiada za wynik porodu. Logiczna jest opinia w tym zakresie, że zielone wody płodowe (same w sobie) zawierają informację o (co najmniej potencjalnym) zagrożeniu płodu niedotlenieniem, które w konsekwencji prowadzić może (i w tym wypadku doprowadziło) do śmierci rodzącego się dziecka. Dlatego logiczna i w związku z tym przekonująca jest opinia biegłego, że takie (zielone wody) winny skutkować wzmożonym monitorowaniem rodzącej i jej dziecka, zwłaszcza że J. G. (1) była dodatkowo obciążona czynnikami ryzyka: przeterminowaną ciążą, co powoduje (co najmniej potencjalnie) słabszą wydolność łożyska (i może właśnie prowadzić do niedotlenienia płodu) oraz miała bardzo poważną nadwagę, która także stanowiła dodatkowy czynnik zagrożenia. Wszystko powyższe skutkowało, iż opieka nad nią powinna być wzmożona. Tymczasem S. B. (1) ograniczył się do jej zbadania o godzinie 12.00, stwierdzenia, iż płyną zielone wody płodowe, nakazania położnej podłączenia KTG i w zasadzie na tym jego zainteresowanie pacjentką zakończyło się; o godzinie 14.00 zakończył bowiem pracę. Nie zasługują na wiarę wyjaśnienia S. B. (1) w tej części, gdzie powiedział, że badał J. G. (1) tuż przed godziną 14 – tą, czyli zanim skończył dyżur, po czym przekazał opiekę nad nią lekarzowi dyżurantowi - S.. Niezależnie bowiem od tego, że zaprzeczyła temu kategorycznie sama J. G. (1), która powiedziała, że doktor B. badał ją tylko raz, przy przebiciu pęcherza płodowego, a sąd nie znalazł powodu, aby jej zeznaniom wiary odmówić, bo nie ma motywu podawać nieprawdy i bezpodstawnie kogokolwiek obciążać, a świadczy o tym choćby fakt, że pierwsze zawiadomienie złożyła wspólnie z mężem w lutym 2006 r. i cierpliwie czekała na wyjaśnienie sprawy i sprawiedliwe rozstrzygnięcie przez stosowne organy, a drugie (które zaskutkowało sprawą niniejszą) zawiadomienie złożyła w maju

2013 r., po powołaniu się w sprawie z powództwa małżonków G. o zadośćuczynienie i odszkodowanie (toczącej się przed Sądem Okręgowym w Łodzi, aktualnie zawieszona do czasu prawomocnego zakończenia sprawy niniejszej) przez pozwanych – Szpital Wojewódzki w B. i jego ubezpieczyciela - (...), na zarzut przedawnienia roszczeń (co zresztą Sąd Apelacyjny w Łodzi uchylając wyrok Sądu Okręgowego w Ł., oddalającego powództwo małżonków G. podsumował, iż należy rozważyć, czy po pierwsze nie doszło do popełnienia któregoś z przestępstw z art. 155 kk, art. 160 § 1, 2, 3 kk, art. 162 § 1 kk, a jeżeli nie, to ocenić czy podniesienie przez pozwanych zarzutu przedawnienia nie klóci się z zasadami współżycia społecznego. (k. 308 – 339). Tym samym trudno J. G. (1) podejrzewać o chęć jakiegokolwiek odwetu na pracownikach Szpitala, bo – składając aktualne (kolejne) zawiadomienie, postąpiła jedynie stosownie do bardzo wyważonych, roztropnych i zgodnych z prostym poczuciem sprawiedliwości wskazań Sądu Apelacyjnego w Łodzi. Innego rodzaju motywacja występuje po stronie personelu medycznego Szpitala w B., a który zaangażowany był w poród J. G. (1) i który stara się (ma w tym zrozumiały interes) minimalizować swój udział w zgonie jej dziecka. W szczególności S. B. (1) próbował przedstawić przebieg wypadków, jakoby trzykrotnie tego dnia badał J. G. (1), nie było żadnych niepokojących objawów, nie zlecał KTG, to położna je wykonała z własnej inicjatywy i nic mu o tym niepokojącym wyniku nie powiedziała. Przeczy temu logika. Bowiemy stan J. G. (1) (a właściwie jej rodzącego się dziecka) o tej godzinie (czyli przed czternastą) był już drastycznie gorszy niż o godzinie 12.00 i skoro by tylko S. B. (1) tym faktem się zainteresował (zanim zakończył dyżur, zgodnie z tym jakie ciążyły na nim w tym zakresie obowiązki), to z pewnością jako fachowiec natychmiast wychwyciłby stan zagrożenia i wykonał cesarskie cięcie, co było konieczne dla ratowania życia dziecka. Dla jasności zaznaczyć należy, że wynikiem tym winien był się zainteresować nie tuż przed godziną czternastą, z którą kończył dyżur, ale wkrótce po tym, jak przebił pęcherz płodowy i stwierdził zielone wody płodowe, czyli wskaźnik stanu zagrożenia. S. B. (1) nie zainteresował się tym wynikiem nie tylko bezzwłocznie ale nie zainteresował się nim w ogóle, forsując tezę o tym, że to położna prowadzi poród, a w każdym razie jego pierwszą fazę, że to w końcu położna miała obowiązek go zawiadomić o tak złym wyniku KTG, a tego nie zrobiła (ta ostatnia kwestia jest zresztą niesporna – że nie zawiadomiła). Otóż z logicznej opinii profesora Z. jasno wynika, że po pierwsze – i to jest kluczowe – było spiętrzenie czynników zagrożenia u J. G. (1), z tego powodu wymagała wzmoczonego nadzoru, po drugie za poród odpowiada ostatecznie lekarz, nawet jeżeli nie kontroluje osobiście postępowania położnej z tego powodu, że ma do niej zaufanie, to nie jest zwolniony z odpowiedzialności za tragiczne skutki, jeżeli do nich dojdzie, powołując się na pomyłkę położnej, którą on sam de facto powielił, ale powielił wyłącznie dlatego, że zaniedbał swój własny obowiązek osobistego nadzoru nad przebiegiem porodu, a w tym wypadku porodu o znacznie podwyższonym stopniu ryzyka. Wynika to z opinii biegłego, ale i ze zwykłej logiki, schematów i procedur, że po to – w tak kluczowych jak ochrona życia ludzkiego kwestiach – obowiązki kilku osób (w tym wypadku lekarza i położnej) przebiegają równolegle, aby w przypadku pomyłki ludzkiej (jaka właśnie w tym wypadku zaistniała) było większe prawdopodobieństwo zapobieżenia tragicznym skutkom, inaczej mówiąc wprost, gdyby S. B. (1) sprawował osobistą opiekę nad J. G. (1) (a nie polegał w tym zakresie wyłącznie na położnej, która w tym wypadku źle wykonała swoje obowiązki), to oczywiście z łatwością (jako lekarz w dodatku z dużym stażem, a więc i doświadczeniem zawodowym) i na czas wszelkie zagrożenia by wychwycił, wykonałby cc i poród J. G. (1) z pewnością nie pozostawałby aktualnie (i od lat) w obszarze zainteresowań wymiaru sprawiedliwości. W końcu aktualnie, wyjaśniając na rozprawie S. B. (1) nie miał żadnego problemu z właściwym odczytem KTG i jego oceną, stwierdził, iż KTG był na tyle patologiczny, że dawał wskazanie do natychmiastowego cc. Potwierdza to oczywiście wysoki poziom wykwalifikowania tegoż lekarza, bo ten jego wniosek jest wprost zbieżny – w tym zakresie – z opinią profesora Z.. Rzecz właśnie w tym, że J. G. (1) nie zbadała (jak ona sama mówi, że widziała go tylko raz, kiedy przebił jej pęcherz płodowy), nie obejrzała wyniku KTG (bo gdyby go obejrzała, to wykonałby cc), uznając zapewne, że – skoro położna go nie wzywa, to już dalszym przebiegiem porodu zajmą się lekarze dyżuranci od godziny 14.00, którym – nota bene – nie powiedział, że jest stan zagrożenia, bo zresztą sam o tym nie wiedział, ale nie wiedział dlatego, że po pierwsze zbagatelizował wskazania do wzmoczonego monitorowania pacjentki (ciąża przeterminowana, nadwaga pacjentki i przede wszystkim zielone wody płodowe), błędnie pozostawiając to położnej do wyłącznego nadzoru (co się okazało tragiczne w skutkach) skutkiem czego oparł się w sposób nieuprawniony na ocenie (zresztą błędnej, jak się okazało) położnej. Dla sądu rejonowego żadnej wątpliwości nie budzi, co w sposób niezwykle jasny wyłożył biegły Z. w opinii, iż w żadnej mierze nie zwalnia lekarza S. B. (1) z odpowiedzialności za dramatyczny skutek fakt, że został on z pewnością wprowadzony w błąd przez położną K. G.. Co do zeznań położnej K. G., to sąd rejonowy uznał je w zasadzie w całości za niewiarygodne, a fakt, że położna ta nie żyje ostatecznie uniemożliwił wyjaśnienie w bezpośrednim ze świadkiem

kontakcie, szeregu sprzeczności i wątpliwości, wręcz brak logiki w jej zeznaniach; momentami ocierający się o absurd, na przykład twierdzenie – wbrew wszystkiemu, że dziecko urodziło się żywe, twierdzenie, iż nie powiadomiła lekarza o patologicznym zapisie KTG, bo w sumie aż tak patologiczny nie był – no niestety, ale taka konkluzja płynie z prostej werbalnej analizy zeznań K. G.. W ocenie sądu rejonowego zeznania K. G. nie przedstawiały prawdziwego przebiegu wypadków, ale wersję, która miała uchronić ją i koleżanki (położne) od odpowiedzialności za ich udział w zgonie dziecka J. G. (1). W szczególności jako wręcz absurdalne należało ocenić jej zeznania w tej części, gdzie próbowała przekonać, iż dziecko urodziło się w stanie ciężkim (czyli żywe), podczas gdy z wpisu w dokumentację lekarza K. i z jego zeznań także wynika jednoznacznie, że dziecko urodziło się bez oznak życia, sine, wiotkie, źrenice szerokie, sztywne, pół godziny reanimowane bezskutecznie. Tak samo absurdalne było tłumaczenie K. G. dlaczego to nie pokazała wyniku patologicznego KTG lekarzowi - „bo tętno dziecka wyrównywało”. Tego rodzaju postawę położnej najlepiej chyba podsumował (w istotnie emocjonalnej reakcji) lekarz S. „(...)to chyba G. pan bóg rozum odebrał”. Dla tegoż lekarza nie było żadnych wątpliwości, iż zapis KTG był patologiczny i stanowił jednoznaczne wskazanie do bezwzględnego cc. Podobnie ocenił ten zapis lekarz K. (który zresztą wydał zlecenia w kierunku cc, lecz było to już spóźnione). Zresztą tak samo ocenił ten zapis na rozprawie S. B. (1). Oznacza to, iż wymowa tegoż KTG była tak oczywista dla każdego fachowca, że K. G. minęła się z prawdą opowiadając motywy swego działania, zwłaszcza, że wszyscy przesłuchani lekarz i położne mówili o niej jako o położnej z długim stażem i bardzo doświadczonej. A zatem wszelkie zeznania K. G., jakie zdążyła złożyć zanim zmarła, w ocenie sądu były nieudolną próbą ukrycia prawdy co do tego, co stało się na sali porodowej, nakierowaną oczywiście na to, by przede wszystkim położne w to zamieszane nie poniosły skutków swych zaniedbań. Otóż z zeznań J. G. (1) wynika (inaczej niż twierdziła G., E. i stażystka Ś.), że często położne wychodziły, zostawiały ją samą ze stażystką, która nie umiała pomóc i nie były to ich krótkotrwałe nieobecności, a kiedy wracały, to „śmierdziały papierosami”. Zdaniem sądu rejonowego wiarygodne są w tym zakresie słowa J. G. (1), a nie sprzeczne z nimi słowa położnych, bo J. G. (1) (o czym było wyżej) nie jest zdeterminowana na wyciąganie za wszelką cenę konsekwencji od winnych, przeciwnie – z zadziwiającą wręcz pokorą znosi swój los, a aktualną sprawę „założyła” na wyraźną wytyczną Sądu Apelacyjnego i to tylko dlatego, że po latach postanowiła upomnieć się o zadośćuczynienie za śmierć dziecka, w odpowiedzi na co pozwani (Szpital i ubezpieczyciel) podnieśli zarzut przedawnienia. Natomiast położne miały motyw zeznać nieprawdę w celu ochrony przed odpowiedzialnością za śmierć dziecka. Zatem wersja przebiegu zdarzeń, jaką zaproponował (w zeznaniach lekarz S.) nie jest niemożliwa. Mianowicie stwierdził, iż G. musiała wyjść pozostawiając rodzącą ze stażystką, a kiedy wróciła i zorientowała się, iż zapis KTG jest patologiczny, jej zaś przy rodzącej nie było i nic nie zrobiła, podczas gdy czas naglił i upływał, to podjęła działania nakierowane na uchylenie ewentualnych konsekwencji. Nie ma to jednak w tej sprawie, gdzie rozstrzyga się ta część odpowiedzialności za zgon dziecka J. G. (1), jaka spada na lekarza B. znaczenia, bowiem tak położna w porodzie ma swój udział i odpowiedzialność, jak i lekarz, z tym że lekarz większy (co wynika z opinii biegłego Z.). I. E. (1) w postępowaniu dyscyplinarnym przyznała, że to właśnie ona odłączyła aparat KTG od J. G. (1) i w tym zakresie jej zeznania zasługują na wiarę, bo nie są sprzeczne z innymi logicznymi dowodami. Z tym, że dalej powiedziała, że zapis ten nie był patologiczny, bo tętno wyrównywało, czyli powieliła to, co mówiła G.. W tym zakresie zeznania są sprzeczne z wiedzą medyczną, opinia profesora Z. przeczy takiej interpretacji KTG, dlatego zeznania E. w tym zakresie sąd uznał za nieudolną próbę uchronienia się przed ewentualnymi konsekwencjami. Trzeba bowiem pamiętać, że z opinii profesora Z. jasno wynika, że tak patologicznego zapisu KTG nie przerywa się (czyli nie przełącza się aparatu do innej pacjentki, co właśnie zrobiła I. E. (1)), lecz kontynuuje się taki zapis, aż do momentu zakończenia porodu poprzez cc, bo aż do tej chwili jest konieczne bezwzględnie monitorowanie akcji serca płodu. I. E. (1) oczywiście jako fachowiec (położna z wieloletnim stażem) winna o tym wiedzieć (i z pewnością wiedziała, tyle że odłączyła aparat w ogóle nie zainteresowawszy się wynikiem badania, jakie zdecydowała się przerwać, zatem zachowała się w sposób niedopuszczalny, sprzeczny ze sztuką wykonywanego zawodu), tymczasem odłączyła aparat, oddarła zapis, nie odczytała go, nikogo o nim nie powiadomiła, przez co – w ocenie sądu rejonowego – co najmniej nie pomogła J. G. (1), przy której w tym momencie nie było odpowiedzialnej za nią położnej G., a była stażystka (czyli osoba nabywająca dopiero prawo do wykonywania zawodu położnej i ucząca się). Skoro K. G. nie było, czyli de facto opiekę nad J. G. (1) winna była przejąć inna położna dyplomowana (I. E. (1) ?), to nie miała prawa w taki sposób zachować się, a nawet jeśli nie przejęła opieki nad J. G. (1), to nie miała prawa przerwać – jako wykwalifikowany personel medyczny – zapisu KTG nikogo o wynikających z tego badania głębokich patologiach nie informując (a z pewnością nawet samej z wydrukiem się nie zapoznając). W ocenie sądu rejonowego organy ścigania winny co najmniej rozważyć możliwość zbadania roli I.

E. (1) w śmierci córki J. G. (1). Winny też rozważyć potrzebę zbadania wątku „uzupełnienia” na patologicznym zapisie KTG danych osobowych J. G. (1) ale też „uzupełnienia” daty i godziny (a godziny zwłaszcza, bo godzina badania w tej sprawie miała bardzo istotne znaczenie, a jej wpisanie od 13.00 do 13.26 co najmniej znacznie utrudniało początkowo właściwe wyjaśnienie sprawy) patologicznego zapisu KTG. Z zeznań bowiem M. Ś. (ówczesnej stażystki) wynika, że z pewnością jej charakterem jest wpisane „J. G. (1)” na zapisie patologicznego KTG, co do zapisu godzin rozpoczęcia i zakończenia tegoż badania, to nie była pewna, czy jest jej charakterem wpisane, ale tu należy zwrócić uwagę na opinię biegłego z zakresu badania dokumentów K., z której wynika, iż wpisy na patologicznym KTG są wykonane przez jedną osobę i nie była nią K. G.. Organy ścigania winny rozważyć potrzebę sprawdzenia tych kwestii, które przedmiotem osądu w sprawie niniejszej nie były, a jedynie wypłynęły w kontekście potrzeby oceny dowodów dla wyjaśnienia odpowiedzialności oskarżonego lekarza S. B. (1).

Zeznania J. G. (2) (wówczas przełożonej położnych, a obecnie już też nieżyjącej) sąd ocenił jako wiarygodne, przy czym nie były decydujące dla rozstrzygnięcia, bo o zgonie dziecka dowiedziała się nazajutrz. Istotna informacja, jaka wynika z tych zeznań to taka, że były wówczas dostępne tylko dwa aparaty KTG, bo pozostałe cztery były w naprawie. Potwierdza to opisywaną przez położne konieczność przełączania aparatów między pacjentkami, co nie zdejmuje oczywiście odpowiedzialności za zaistniały zgon dziecka tak z lekarza S. B. (1), jak i z położnych (G. i – zdaniem sądu rejonowego - także I. E. (2)), ale obrazuje nieprawidłowości w organizacji pracy oddziału, o czym napisał w opinii profesor Z..

Zeznania R. S. (1) - lekarza, który razem z D. K. objął od godziny 14.00 dyżur i który dokonał z godziną 14.10 wpisu w kartę J. G. (1) nie badając jej, a w oparciu o relację K. G. (co zresztą z wpisu tego pośrednio wynika), po czym udał się na izbę przyjęć na konsultację, sąd uznał za wiarygodne, bo faktycznie nie wynika z logicznych dowodów, aby lekarz ten w sposób faktyczny był zaangażowany w odbieranie porodu J. G. (1). Owszem, dokonał wpisu w historię choroby (a nie zbadał J. G. (1)), ale zasadnicza różnica w stosunku do S. B. (1) sprowadza się do tego, iż po pierwsze to rano S. B. (1) zapoznawał się z niepatologicznym wydrukiem KTG J. G. (1) (a więc i z jej dokumentacją – została skierowana z ocp z powodu zielonych wód płodowych, czyli sygnału niedo S. B. (1) osobiście przebił pęcherz płodowy J. G. (1), gdzie stwierdzono płynięcie zielonych wód płodowych, co powtórnie sygnalizowało niedotlenienie płodu tlenienia płodu), a po wtóre i to jest ważniejsze, (stan zagrożenia, wymagający wzmożonego nadzoru). S. B. (1) wyjaśniając zresztą nie mówił o zielonych wodach u J. G. (1), a kiedy o nich mówił, problem ten marginalizował twierdząc, że w około 80 % przypadków wody są zielone, czyli można rozumieć, że nie jest to żaden istotny sygnał, a w szczególności nie świadczy to o niedotlenieniu. Inaczej to jednak przedstawił profesor Z., a że opinia biegłego jest w tym zakresie klarowniejsza, niż wyjaśnienia S. B. (1), to sąd rejonowy oparł się na opinii biegłego, dyskwalifikując wobec tego wyjaśnienia oskarżonego w tym zakresie.

Zeznania D. K. są docenił jako wiarygodne w całości. Są logiczne, wyczerpujące i zgodne z innymi logicznymi dowodami. Jedyna w zasadzie rozbieżność pomiędzy tym świadkiem, a innymi dowodami, to okoliczność czy lekarz ten przybył na wezwanie położnych czy z własnej inicjatywy, robiąc obchód po objęciu dyżuru. D. K. twierdzi, że przybył z własnej inicjatywy (jest doświadczonym lekarzem i powiedział, że wyrobił taki nawyk, iż osobiście bada po objęciu dyżuru, nie polegając na relacjach innych osób i słusznie robi). Natomiast z zeznań K. G. i J. G. (1) wynika, iż położne dzwoniły po lekarza. Sprzeczność jest tylko pozorna (zresztą w tej sprawie nie ma to znaczenia), bo i K. G. mogła dzwonić (i z pewnością już w końcu dzwoniła, gdy nie słyszała tętna dziecka) i D. K. mający w zwyczaju nie polegać na niczyjej relacji i robiąc obchód osobiście po objęciu dyżuru, mógł przyjść (i przyszedł) z własnej inicjatywy, co tym bardziej jest możliwe, że J. G. (1) mówiła, iż słyszała jak położne w końcu dzwoniły po lekarza i mówiły, że lekarza nie ma, co wpisuje się w układ zdarzeń, bo R. S. (1) po 14.10 zszedł na izbę przyjęć i tam badał (więc go nie było), a D. K., skoro robił – jak ma w zwyczaju – osobisty obchód (o ile szpital nie wyposażył lekarzy w służbowe komórki), to w pokoju lekarskim był nieobecny.

Co do zeznań M. Ś., to generalnie zasłoniła się szokiem i niepamięcią, twierdziła, że mocno przeżyła tamto zdarzenie, a potem zakończyła staż i już nie bywała w szpitalu w B. (aktualnie pracuje w P. (...))W ocenie sądu postawa zaprezentowana przez tego świadka wpisuje się w całokształt postawy położnych (o czym była mowa wyżej), a zdeterminowanej na uniemożliwienie ustalenia co faktycznie stało się na sali porodowej, że J. G. (1), rodząc dziecko,

które było zdrowe, urodziła je martwe. Oczywiście jest, że zdarzenie to nie było miłe, ani obojętne dla żadnego z jego uczestników, nawet tych najmniej zaangażowanych, jednak porównując stopień zaangażowania emocjonalnego matki dziecka – J. G. (1), która pomimo to pamięta naprawdę dużo i stopień zaangażowania emocjonalnego położnych E. czy stażystki Ś., które właściwie niewiele pamiętają, niewiele wiedzą (jakby ich tam faktycznie nie było), to nasuwa się nieodparte przekonanie, iż położne nie tyle nie pamiętają, co nie chcą ujawnić prawdy, mając w tym zresztą ewidentny interes. Nieco podobne uwagi można zamieścić pod adresem położnej E. S., która wówczas była zastępcą oddziałowej, ale i tego dnia wykonywała obowiązki położnej („liniowej”) na bloku porodowym; generalnie świadek zasłaniała się szeregiem innych obowiązków i niewiele wiedziała, poz tym, że lekarz S. B. (1) badał tego dnia o godzinie 13.50 J. G. (1). Ta ostatnia okoliczność akurat została wykluczona przez samą zainteresowaną (J. G. (1)), a sąd rejonowy przyjął, że jednak relacja pacjentki w tym zakresie jest z pewnością lepszym odzwierciedleniem przebiegu tamtego dnia, a to z trzech powodów, po pierwsze to było jej dziecko (logicznie powiedziała, że „tego dnia nie zapomni do końca życia” i jest to zupełnie zrozumiałe, nie trzeba tu dodatkowego komentarza), po drugie – o czym było już wyżej – położne miały motyw minąć się z prawdą z powodów, o których też już była wyżej mowa. Po trzecie w końcu – i to jest argument najbardziej zobiektywizowany – niemożliwe jest, aby doświadczony lekarz - (...), gdyby osobiście i wnikliwie zbadał J. G. (1) o godzinie 13.50, aby nie zauważył stanu zagrożenia, bo przecież wówczas winien zapoznać się z wydrukiem KTG (zgodnie z opinią profesora Z. zażądać wydruku lub zlecić jego wykonanie), co także wchodziło w zakres takiego badania, a w konsekwencji zdecydować o bezwzględnym cc.

Zeznania M. W. (neonatologa) i R. S. (2) (położnika ginekologa) nie istotnego do rozstrzygnięcia sprawy nie wniosły. Podobnie zeznania M. J. ordynatora oddziału, który powiedział, że nie udało mu się ustalić jak doszło do wewnątrzmacicznego obumarcia płodu. Przyjął, że doszło do wewnątrzmacicznego obumarcia płodu z nieustalonej przyczyny. W tym zakresie oczywiście przekonaniu M. J. przeczy w sposób jasny opinia profesora Z., z której wynika, że przyczyna jest jak najbardziej znana – niedotlenienie spowodowane nieprzeprowadzeniem na czas cc. Przyznał, że lekarz winien niezależnie od położnej sprawować osobisty nadzór nad rodzącą. Nie poruszał natomiast wątków (jakie poruszali i lekarze – S. i położne - G.), a dotyczących braku dostatecznej ilości sprawnych aparatów KTG, zmienionych nieformalnie godzin dyżurów. Kwestie te w sprawie niniejszej nie miały jednak znaczenia dla wyjaśnienia odpowiedzialności S. B. (1). Jako zadziwiające jedynie można zasygnalizować zeznania M. J. (w końcu ordynatora tamtejszego oddziału), iż dla niego ten sporny – patologiczny zapis KTG nie jest dowodem, bo nie został oparafowany przez lekarza. Niezrozumiała jest taka interpretacja szefa oddziału, zwłaszcza, że sam ostatecznie stwierdził (i słusznie, całkowicie zgodnie ze stanowiskiem profesora Z.), że lekarz ma obowiązek osobistego nadzoru nad przebiegiem porodu, niezależnie od obowiązków, jakie ma w tym zakresie położna.

Opinia biegłego K., w zakresie stwierdzenia, iż to jedna i ta sama osoba dokonała zapisów na patologicznym KTG w zakresie danych osobowych J. G. (1), daty i godzin badania, jest logiczna, zwłaszcza, że generalnie zgodnie z nią zeznała M. Ś. (która przyznała się de facto do autorstwa tych zapisów).

Dokumentacja lekarska zgromadzona do sprawy na etapie śledztwa nie budzi wątpliwości, poza partogramem J. G. (1), co do którego biegły Z. wykazał konkretne zastrzeżenia, a sprowadzające się do tego, że partogram nie wykazywał żadnych patologii w zakresie tętna płodu, podczas gdy wiadomo, że KTG z godzin 12.19 – 12.45 głęboką patologię wykazało. W końcu to badanie KTG jest jednak wiarygodniejszym zapisem tętna dziecka, bo pochodzi z maszyny, zaś partogram pochodził „z ręki ludzkiej” – w tym wypadku był pisany przez położną G.. Niemożliwe oczywiście jest, aby tętno tegoż samego dziecka w tym samym czasie było prawidłowe (tak według partogramu K. G.) i zarazem głęboko patologiczne (tak według KTG z godziny 12. 19 – 12.45). Także godziny przeprowadzenia patologicznego KTG wiadomo już, że nie odpowiadają prawdzie. J. G. (1) zgłaszała w toku procesu w tej sprawie tego rodzaju obawę, że mogło dojść do „przepisania” jakiejś części dokumentacji, już po ujawnionym zgonie jej dziecka, a takie podejrzenia powzięła, bo położne po zgonie jej dziecka wszystkie wyszły, a potem od nowa pytały ją o dane, które już wcześniej im podawała, co wpisywały wówczas w dokumentację. W tym zakresie jednak obawy J. G. (1) nie zostały w postępowaniu niniejszym pozytywnie zweryfikowane, nie jest to bowiem rolą sądu (lecz ewentualnie organów ścigania), dla wyjaśnienia kwestii zarzuconej przez prokuraturę odpowiedzialności lekarza S. B. (1) nie miało to znaczenia, gdyż kwestie dotyczące jego udziału w zgonie dziecka wiążą się z tymi elementami zdarzenia, jakie umieszczone były w czasie odo godziny 10

rano (kiedy J. G. (1) trafiła na blok porodowy), do momentu przyjścia na świat martwego dziecka. Obawy zaś, jakie wypowiedziała J. G. (1) pod adresem dokumentacji medycznej – wedle jej obserwacji – z pewnością, o ile w ogóle uzasadnione i słuszne, to dotyczą czasu po zgonie dziecka, nie rzutują więc w żadnym zakresie na ocenę postępowania (nieprawidłowego) S. B. (1), pod adresem którego zarzut sprowadza się do poniechania osobistej opieki nad J. G. (1) i jej rodzącym się dzieckiem, w konsekwencji czego dziecko dziecko przyszło na świat martwe.

S. B. (1) wypełnił znamiona art.155 kk.

Pełniąc bowiem obowiązki lekarza na bloku porodowym, zaniedbał swoje obowiązki. Po przebicium J. G. (1) pęcherza płodowego o godzinie 12.00 z odpłynięciem zielonych wód płodowych, co stanowiło jednoznaczne wskazanie na konieczność wzmożonego nadzoru nad przebiegiem porodu J. G. (1), a to z uwagi na fakt, że zielone wody płodowe oznaczały przebyty epizod niedotlenienia płodu i skutkowały koniecznością stałego monitorowania akcji serca dziecka, a nadto ciąża J. G. (1) była podwyższonego ryzyka, bo była przeterminowana, zaś pacjentka miała (w ciąży) znaczną nadwagę, zaniechał już dalszego osobistego nadzoru nad przebiegiem porodu J. G. (1), w szczególności nie zapoznał się z wynikiem przeprowadzonego po godzinie 12 – tej badania KTG (czyli tętna dziecka J. G. (1)), który to zapis wykazywał głęboką patologię (deceleracje późne), czyli postępujące niedotlenienie płodu, jakie było bezzwłódnym wskazaniem do bezzwłocznego zakończenia porodu cesarskim cięciem i nie zbadał już osobiście pacjentki. W konsekwencji nie podjął (jedynej właściwej w tej sytuacji) decyzji o bezzwłocznym zakończeniu porodu cesarskim cięciem, skutkiem czego – z uwagi na narastające niedotlenienie – doszło do wewnątrzmacicznego obumarcia płodu (córci J. G. (1)). To do obowiązków S. B. (1) jako lekarza należała opieka nad J. G. (1) i je rodzącym się dzieckiem. S. B. (1) (właśnie dlatego, że nie zapoznał się z wydrukiem KTG i nie zbadał już ponownie osobiście pacjentki) nie przewidział, choć powinien i mógł przewidzieć (bo dysponuje ku temu stosowną wiedzą i umiejętnościami), że dojdzie do wewnątrzmacicznego obumarcia płodu, a to z powodu narastającego niedotlenienia, czemu zaradzić można było poprzez bezzwłoczne zakończenie porodu cesarskim cięciem. S. B. (1) decyzji takiej (błędnie) nie podjął, a to wskutek zaniedbania swoich obowiązków. Pomiedzy zaniedbaniem, a skutkiem w postaci zgonu dziecka, zachodzi bezpośredni związek przyczynowy (gdyby wykonał bezzwłocznie cesarskie cięcie, to była szansa na urodzenie dziecka żywego, co potwierdza sekcja zwłok – dziecko było zdrowe). Dziecku nienarodzonemu przysługuje prawnokarna ochrona życia i zdrowia od momentu rozpoczęcia porodu naturalnego, albo od momentu zaistnienia medycznych przesłanek zaistnienia konieczności operacyjnego przeprowadzenia zabiegu cięcia cesarskiego.

Wymierzając karę sąd kierował się dyrektywami art. 53 kk. Jako okoliczności łagodzące uwzględnił niekaralność, nieposzlakowaną opinię, a także, iż S. B. (1) został wprowadzony przez położną (zresztą doświadczoną, posiadającą także samo dobrą opinię zawodową) w błąd, zaś informacji od położnej nie zweryfikował osobistym badaniem pacjentki oraz zapoznaniem się z zapisem KTG. Z kolei jako okoliczność obciążającą sąd uwzględnił, iż S. B. (1) jest doświadczonym lekarzem z długim stażem zawodowym, co nakładało na niego tym bardziej obowiązek właściwej opieki nad J. G. (1).

Mając powyższe na względzie sąd wymierzył oskarżonemu za przypisany czyn karę 10 miesięcy pozbawienia wolności z warunkowym zawstąpieniem jej wykonania na okres próby 2 lat. W oparciu o art. 46 § 2 kk sąd orzekł nawiązkę 10.000 zł od oskarżonego na rzecz pokrzywdzonej tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę.

O kosztach sądowych sąd orzekł w oparciu o art. 627 kpk i art. 616 § 2 kpk.