

Nieoficjalne tłumaczenie komunikacji ETPCz w sprawie *Krystyna Zwierz przeciwko Polsce* (nr skargi 69950/14)

(przygotowane przez zespół Programu Spraw Precedensowych HFPC)

Komunikacja z 7 lipca 2016

CZWARTA SEKCJA

Skarga nr 69950/14

**Sprawa ze skargi *Krystyny Zwierz przeciwko Polsce*
wniesionej 20 października 2014 r.**

Stan faktyczny:

Skarżąca, pani Krystyna Zwierz, jest polską obywatelką, urodzoną w 1954 r. i zamieszkałą we Wrocławiu. Przed Trybunałem reprezentuje ją adw. M. Gąsiorowska.

1. Leczenie i śmierć męża skarżącej

W kwietniu 2008 r. u 56-letniego męża skarżącej – R.Z. zdiagnozowano zaawansowaną postać białaczki (trzecie stadium w klasyfikacji Rai oraz stadium C w europejskiej klasyfikacji Bineta). R.Z. został pacjentem Kliniki Hematologii i został zarejestrowany w Regionalnym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa.

Dnia 28 lipca 2008 r. ok. 5:30 R. Z. został przewieziony karetką do Oddziału Ratunkowego Dolnośląskiego Szpitala Specjalistycznego na ul. Traugutta we Wrocławiu. Skarżąca przekazała dokumentację medyczną męża personelowi karetki i twierdziła, że transfuzja krwi jest pilnie potrzebna. Około 6:30 pacjent został przebadany przez dr D.W. Około 7:30 wykonano badanie EKG oraz testy laboratoryjne. Badania wykazały niski poziom hemoglobiny. Jak twierdziła D.W. w toku postępowania karnego (por. pkt 2 poniżej), stan pacjenta poprawił się w wyniku podania leków w karetce i na oddziale ratunkowym. Jego życie nie było zagrożone, co umożliwiło przetransportowanie go do innego szpitala.

W nieokreślonej porze po godz. 8.00 R.Z. został przetransportowany do Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu na ul. Koszarowej. Transport odbył się samochodem nieokreślonego przewoźnika (nie zaś państwowego Pogotowia Ratunkowego), który nie był wyposażony w urządzenia ratujące życie, ponadto transport odbywał się bez asysty lekarza. Około 9:21 pacjent został przyjęty na izbie przyjęć przez lekarza dyżurnego – dr J.S. Karta zdrowia pacjenta, podpisana przez dr B.R.G. i dr K.K., określała jego stan jako skrajnie ciężki. J.S. wykonała kolejny elektrokardiogram i sprawdziła ciśnienie krwi. Potem R.Z. otrzymał leki dożylnie i przypisano mu transfuzję

krwi. R.Z. twierdził, że ma grupę krwi „B”, ale nie miał żadnych dokumentów potwierdzających ten fakt.

O 9:40 zamówiona została krew grupy B Rh- z notatką „na ratunek” z Regionalnego Centrum Krwiodawstwa. Zamówienie zostało jednak anulowane telefonicznie. W toku śledztwa wykazano, że nazwisko J.S. pojawiło się zarówno na zamówieniu jak i odwołaniu zamówienia na krew.

W czasie śledztwa J.S. przyznała, że zamówienie złożyła do szpitalnego banku krwi, nie zaś Regionalnego Centrum Krwiodawstwa. Ponadto rzekomo sporządziła pisemną notatkę, że R.Z. wcześniej był już biorcą krwi. Dodatkowo J. S. zleciła test oznaczenia grupy krwi i potwierdziła zamówienie krwi telefonicznie. Test się nie udał (z uwagi na przeciwdziałła obecne w krwi pacjenta) i J.S. została telefonicznie poinformowana o potrzebie zamówienia krwi z Regionalnego Centrum Krwiodawstwa. J.S. przekazała informacje do nieokreślonej osoby, prawdopodobnie B.R.G. - lekarzowi oddziału chorób wewnętrznych, na który R.Z. został przetransportowany. J.S nie była w stanie udzielić odpowiedzi, dlatego jej imię pojawiało się w dokumentacji Regionalnego Centrum Krwiodawstwa, zarówno przy zamówieniu krwi dla R.Z., jak i przy anulowaniu zamówienia.

B.R.G. – rezydentka czwartego roku, miała dyżur na oddziale chorób wewnętrznych, na który przetransportowano R.Z. Była ona nadzorowana przez ordynatora - K.K. Na karcie zdrowia nie było żadnych informacji o typie krwi lub przeciwciałach R.Z. Pacjent został przebadany przez B.R.G. i K.K. Kontynuowano terapię dożylną oraz podawano leki mające na celu obniżenie ciśnienia krwi. Potem B.R.G. stwierdziła, że transfuzja jest potrzebna w ciągu półtorej godziny. B.R.G. czekała na krew z Regionalnego Centrum Krwiodawstwa. R.Z. nie był podłączony do systemu monitorowania pracy serca.

O 10:05 w szpitalnym systemie pojawiła się informacja o tym, że wskazany typ krwi nie odpowiada typowi krwi R.Z. O 10:21 system podał, że wyniki badania krwi są nieprawidłowe, gdyż w krwi R.Z. są przeciwciała. Te problemy zostały zakomunikowane telefonicznie o 10:21 i 10:33. O godzinie 10:33 pracownik szpitala wydrukował w tym zakresie pisemny raport. B.R.G. zlecił pobranie nowej próbki krwi pacjenta.

B.R.G. podawała w zeznaniach, że w tym czasie była bardzo zajęta opieką nad pacjentami. Pomiędzy 10:33 a 11:20 B.R.G. pokazano ww. raport. Kazała ona pielęgniarce pobrać nową próbkę krwi R.Z., wypełniła dokumentację oraz zamówiła nową dostawę krwi wraz ze wskazaniem, że ma ona zostać przetransportowana karetką. Poinstruowała pielęgniarki o tym, jak mają postępować po pobraniu próbki krwi. W zeznaniach B.R.G. stwierdzała najpierw, że nie śledziła realizacji zamówienia na krew, następnie zaś, że dzwoniła do Centrum Krwiodawstwa kilka razy. Stwierdziła także, że przed wyjściem z pracy – około godz. 15:00, dzwoniła tam, by poinformować, że pacjent jest przenoszony na inny oddział. B.R.G. zeznawała także, że prosiła skarżącą o opuszczenie pokoju, podczas wykonywania telefonów do Regionalnego Centrum Krwiodawstwa.

W zeszycie raportów jest informacja o przekazaniu próbki krwi oraz informacji potrzebnych do realizacji zamówienia krwi do Regionalnego Centrum Krwiodawstwa o 11:20.

W jednym z dowodów wskazanych przez prokuraturę jest zawarta informacja, że drugie badanie krwi miało miejsce o 12:50. Jednak tej informacji nie potwierdzają żadne inne dowody.

W informacji od Regionalnego Centrum Krwiodawstwa, sporządzonej na potrzeby postępowania karnego 21 stycznia 2016 r., zawarte są sprzeczne informacje, co do czasu zdarzenia (do Trybunału przekazano niepełną kopię ww. informacji).

Według jednego z wpisów o 13:30 w Regionalnym Centrum Krwiodawstwa otrzymano wyniki badań krwi R.Z. Zapoznano się z aktami pacjenta z kwietnia 2008 r, które zawierały informacje o typie krwi oraz przeciwciałach R.Z. Wykonano także dodatkowe testy oznaczenia krwi i uznano, że właściwą grupą krwi dla R.Z. będzie grupa „A” Rh-. Testy zakończono o 15:30 i przekazano do punktu dystrybucji Regionalnego Centrum Krwiodawstwa.

Według innego wpisu krew dla R.Z. była gotowa do wysyłki o 14:50. Wysyłki nie zrealizowano z uwagi na śmierć pacjenta.

O 14:36 R.Z. został przeniesiony na oddział intensywnej terapii. O 15:15 R.Z. zmarł.

Na prośbę skarżącej nie wykonano autopsji R.Z. Przyczyna śmierci nie została ustalona.

2. Proces

Dnia 16 września 2008 r. skarżąca złożyła zawiadomienie od Prokuratury Rejonowej Wrocław - Psie Pole o możliwości popełnienia przestępstwa – spowodowania śmierci jej męża z uwagi na zaniedbania pracowników Dolnośląskiego Szpitala Specjalistycznego oraz Regionalnego Centrum Krwiodawstwa Wrocław.

Dnia 15 październik 2008 r. wszczęto postępowania w sprawie narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo wystąpienia ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w związku z niewykonaniem transfuzji krwi.

W dniach 3 oraz 26 marca 2009 r. B.R.G., D.W. i J.S. byli przesłuchiwanymi w sprawie (3 listopada 2016 r. B.R.G. była przesłuchana ponownie w charakterze świadka). Skarżąca uczestniczyła w przesłuchaniach. Zeznania lekarzy zostały opisane powyżej.

Dodatkowo, D.W. powiedziała policjantom, że wielu pacjentów powinno być transportowanych do lepiej wyposażonych placówek, gdyż oddział ratunkowy Dolnośląskiego Szpitala Specjalistycznego nie posiadał na stanie wymaganych leków. Z drugiej strony, R.Z. nie mógł zostać przetransportowany do placówki specjalizującej się w leczeniu białaczki, gdyż nie istniało wówczas odpowiednie porozumienie. Powiedziała także, że z reguły na wyniki badań krwi trzeba czekać 2-3 godziny, z uwagi na dużą ilość pacjentów (50-100 pacjentów na dobę). Przyznała także, że R.Z. wymagał pilnej transfuzji, ale oddział ratunkowy nie miał kompetencji do złożenia zamówienia na krew. Nie uważa, żeby na jej oddziale dopuszczono się błędów w leczeniu R.Z.

Zdaje się, że dnia 5 czerwca 2009 r. prokurator otrzymał opinię biegłego, dr A.C. (kopia opinii nie została przesłana do Trybunału)

Dnia 17 września 2009 r. skarżąca została listownie poinformowana o rozwoju postępowania przygotowawczego.

W toku postępowania prokurator zlecił niezależną opinię biegłych z zakresu medycyny i 29 czerwca 2010 r. zawiesił śledztwo do czasu powstania takiej opinii. Ostateczną zgodę na sporządzenie opinii wyraził warszawski Zakład Medycyny Sądowej, z zastrzeżeniem, że na jej sformułowanie będzie potrzebował przynajmniej 12 miesięcy

Dnia 15 stycznia 2013 r. troje ekspertów z Zakładu Medycyny Sądowej przekazało pomocniczą opinię prokuratorowi. Skarżąca uczestniczyła w przesłuchaniu.

Dnia 18 lutego wznowiono postępowania przygotowawcze.

W odniesieniu do pierwszej fazy leczenia, w Dolnośląskim Szpitalu Specjalistycznym, z opinii biegłych wynika, że R.Z. niewątpliwie potrzebował leczenia na oddziale chorób wewnętrznych. Niepotrzebnie transportowano go jednak do innego szpitala, gdyż można było przenieść pacjenta na oddział toksykologiczny. Biegli nie mogli stwierdzić, czy zmiana szpitala naraziła go na utratę życia lub poważny uszczerbek na zdrowiu. Stwierdzili jednak, że zaistniałe opóźnienie spowodowało zmniejszenie szans na udane leczenie R.Z.

W ocenie biegłych, decyzja o transporcie pojazdem, który nie jest karetką, była ryzykowna, ale dopuszczalna. Leczenie zlecone przez J.S. było adekwatne.

W odniesieniu do drugiej i trzeciej fazy leczenia R.Z. we wrocławskim Regionalnym Szpitalu Specjalistycznym (przyjęcie na izbie przyjęć i oddział chorób wewnętrznych), biegli podtrzymali ustalenia z pierwotnego raportu. Uznali, że opieka ze strony J.S. była prawidłowa. Nie można jednak ustalić, jaka była sekwencja wydarzeń w zakresie pierwszego oraz drugiego zamówienia na krew. Nie wiadomo, kto anulował pierwsze zamówienie na krew. Biegli uznali, że próbka krwi powinna zostać pobrana, jak tylko z Regionalnego Centrum Krwiodawstwa przesłana została informacja o problemie z pierwszym zamówieniem na krew. Próbkę krwi i drugie zamówienie powinny być opuścić szpital w przeciągu 30 minut. W świetle materiałów z postępowania przygotowawczego, biegli nie byli w stanie określić, kto był odpowiedzialny za zaniedbania w sprawie R.Z. Wskazali jednak, że jeżeli przyjąć, że zaniedbanie nie było natury organizacyjnej, uznani za odpowiedzialnych powinni być lekarz dyżurny i jego przełożony. Znaczne opóźnienie w realizacji zamówienia krwi dla R.Z. spowodowało bezpośrednie niebezpieczeństwo dla jego życia i zdrowia.

Ponadto eksperci stwierdzili, że transfuzja krwi nie gwarantowałaby przeżycia R.Z. Uznali jednak, że jej rozpoczęcie przed lub w okolicy południa zwiększyłoby jego szansę na przeżycie.

Dnia 17 września 2013 r. prokurator rejonowy przesłuchał głównego lekarza – dr K.K. w charakterze podejrzanego. Skarżąca uczestniczyła w przesłuchaniu. K.K. potwierdził zeznania złożone przez współpracowników, nie był jednak w stanie stwierdzić, jak długo trzeba oczekiwać na pobranie próbki krwi oraz złożenie zamówienia na krew w Regionalnym Centrum Krwiodawstwa. Realizacja takiego zamówienia może potrwać

kilka godzin lub dni, w zależności do dostępności danej grupy krwi. Dłużej trzeba oczekiwać na krew w okresie letnich wakacji. K.K. nie wiedział, jak dużo czasu trwała ww. procedura w przypadku R.Z. K.K. powiedział, że kiedy zapytał dr B.R.G. o status realizacji zamówienia krwi, powiedziała mu ona, iż pozostaje w ciągłym kontakcie telefonicznym w tej sprawie. K.K. nie miał wątpliwości, że R.Z. potrzebował pilnej transfuzji. Pacjent został przeniesiony na inny oddział z uwagi na pogorszenie się jego stanu zdrowia. K.K. zeznał także, że rezydentka czwartego roku miała pełne kwalifikacje do pozostawania na dyżurze bez nadzoru oraz do obsługi zamówienia krwi. K.K. nie wiedział, czy transfuzja mogła być wykonana w Dolnośląskim Szpitalu Specjalistycznym. Zamówienie krwi mogło na pewno zostać złożone przez personel szpitala. K.K. pamięta, że informował żonę R.Z. o stanie pacjenta oraz o postępkach w zakresie realizacji zamówienia krwi. Zaprzeczył stanowczo, że mówił skarżącej, że nie ma ona prawa do dowiadywania się o stanie zdrowia męża.

Dnia 31 października 2013 r. prokurator rejonowy przesłuchał dr B.R.G. w charakterze podejrzanej. Skarżąca uczestniczyła w przesłuchaniu. Zeznania B.R.G. w zakresie leczenia R.Z. zostały zreferowane powyżej. Zeznała, że nie anulowała zamówienia na krew dla R.Z. Wyjaśniła także, że zamówienia na krew w jej szpitalu były nieczęste oraz że ona sama wykonywała tylko kilka takich zamówień (jedynie w wypadkach pilnych). Zeznała, że znała procedurę zamawiania krwi oraz wiedziała, że realizacja takich zamówień trwa od 2 do 12 godzin. Nie informowała swojego przełożonego o problemach w uzyskaniu krwi dla R.Z.

Dnia 27 grudnia 2013 Prokuratura Rejonowa Wrocław Psie Pole umorzyła postępowanie przeciwko B.R.G. oraz K.K., stwierdzając, że nie doszło do popełnienia czynu zabronionego (sygn. 2 Ds. 23/13).

Skarżąca wniosła zażalenia na postanowienie o umorzeniu postępowania, podważając m.in. wartość dowodową zeszytu raportowego (*reports notebook*) znalezionego w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym pięć lat po wszczęciu postępowania. Podniosła także, że biegli nie wypowiedzieli się co do prawdziwości ww. zeszytu, jak również nie porównali zawartych w nim informacji z dokumentacją medyczną oraz zeznaniami świadków. Powiedziała także, że nie miała ona dostępu do ww. zeszytu podczas postępowania przygotowawczego.

Dnia 7 maja 2014 Sąd Rejonowy we Wrocławiu utrzymał w mocy postanowienia o umorzeniu postępowania.

3. Postępowanie dyscyplinarne przeciwko lekarzom

Dnia 6 lipca 2011 r. Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej umorzył postępowanie dyscyplinarne przeciwko D.W. z Dolnośląskiego Szpitala Specjalistycznego i B.R.G. z Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu.

Dnia 4 listopada 2011 r. Naczelny Sąd Lekarski podtrzymał ww. decyzję. Naczelny Sąd Lekarski uznał, że dokumenty wytworzone w toku postępowania, włączając raport biegłych w zakresie hematologii oraz medycyny ratunkowej, zawierały wyczerpującą ocenę wszystkich aspektów sprawy.

Ustalono zostało, że wyniki badań krwi zostały na oddziale ratunkowym Dolnośląskiego Szpitala Specjalistycznego uzyskane po 51 minutach, a wymagane badania kardiologiczne były zrobione na czas. Diagnoza wykonana przez dr D.W. oraz decyzje o niezamawianiu krwi oraz o przeniesieniu R.Z. do innego szpitala były uzasadnione w świetle znajomości grupy krwi pacjenta.

Ustalono, że dr B.R.G., po uzyskaniu informacji o niejednoznacznym (*inconclusive*) wyniku badań krwi oraz o problemie z realizacją pierwszego zamówienia, zleciła kolejne zamówienie, przesyłając próbkę krwi oraz dokumenty. Formularz zamówienia badań krwi nie zawierał wszystkich informacji, więc nie można określić dokładnego momentu wysłania zamówienia do Regionalnego Centrum Krwiodawstwa. Zamówienie dotarło do Regionalnego Centrum Krwiodawstwa o 13:30, co można było tłumaczyć tym, że nie zawsze dostępna była karetka do transportu krwi. B.R.G. konsultowała swoje działania z ordynatorem K.K. i nie popełniła błędów w leczeniu R.Z.

Najwyższy Sąd Lekarski stwierdził, że przyczyną braku skuteczności leczenia było późne przyjęcie do szpitala (*caused mainly by the patient's belated admission to hospital*). Jednak bez sekcji zwłok nie ma możliwości jednoznacznego podania przyczyny śmierci. Stan zdrowia R.Z. pogarszał się od 25 lipca, więc nie jest pewne, czy transfuzja krwi 28 lipca uratowałaby życie pacjenta.

Zarzuty

Skarżąca zarzuca naruszenie art. 2 Konwencji.

Przede wszystkim zarzuca, że błędy w organizacji szpitali publicznych i zaniedbania ze strony lekarzy, które spowodowały niedostarczenie krwi dla R.Z., były bezpośrednią przyczyną jego śmierci.

Pytania skierowane do Stron:

1. Czy skarżąca w swoim i męża imieniu może twierdzić, że jest ofiarą naruszenia art. 2 w rozumieniu art. 34 Konwencji, jeśli wniesienie skargi nastąpiło po śmierci męża? (zob. *Lopes de Sousa Fernandes przeciwko Portugalii*, nr. 56080/13, § 90, 15 grudnia 2015, *Centre for Legal Resources on behalf of Valentin Câmpeanu v. Romania* [GC], nr 47848/08, § 98, ECHR 2014)
2. Czy prawo do życia męża skarżącej, zagwarantowane w art. 2 Konwencji, zostało naruszone w powyższym wypadku? W szczególności, czy władze państwa nie dopełniły pozytywnych obowiązków ochrony życia i dobrostanu (*well-being*) pacjenta:
 - a. poprzez natychmiastowe i pilne zapewnienie R.Z. leczenia (*medical treatment*) potrzebnego w jego stanie zdrowia;
 - b. poprzez wprowadzenie ram prawnych i koniecznych środków, by zapobiec ryzyku utraty życia przez pacjentów chorych na białaczkę w wyniku działań i zaniechań personelu medycznego publicznych szpitali i centrów krwi.

3. W stosunku do aspektu formalnego ochrony prawa do życia (zob. par. 104 orzeczenia *Salman przeciwko Turcji* [GC], nr. 21986/93, ECHR 2000-VII), czy śledztwo w sprawie ewentualnego błędu w sztuce lekarskiej prowadzone było w sprzeczności z art. 2 Konwencji?