

Sygn. akt II K 781/14

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 24 lutego 2015r.

Sąd Rejonowy w Jeleniej Górze Wydział II Karny w składzie:

Przewodniczący SSR Beata Chojnacka Kucharska

Protokolant Grzegorz Kosowski

przy udziale Prokuratora Prokuratury Rejonowej w Jeleniej Górze – Magdaleny Kolasińskiej

po rozpoznaniu w dniach: 23.09.2014r., 24.10.2014r., 28.10.2014r., 17.11.2014r., 16.12.2014r., 16.01.2015r. i 24.02.2015r.

s p r a w y **B. Ś.**

syna H. i H. zd. B.

urodzonego dnia (...) w M.

oskarżonego o to, że:

w dniu 13 lipca 2012 roku w J. jako lekarz dyżurny Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Wojewódzkiego Centrum (...) w J. nienależycie przeprowadził postępowanie diagnostyczne z będącym po urazie głowy A. K. i nie skonsultował wykonanego u niego zdjęcia RTG czaszki z pełniącym dyżur radiologiem, mimo iż miał taką możliwość oraz obowiązek wynikający ze standardów diagnostyki urazów czaszkowo mózgowych, błędnie ocenił wynik badania radiologicznego, nie przeprowadził szczegółowych badań obrazowych w tym tomografu komputerowego głowy, nie zlecił wykonania kontrolnego badania neurologicznego bezpośrednio po przyjęciu pokrzywdzonego do szpitala, w konsekwencji czego nie rozpoznał złamania kości czaszki, doprowadzając do opóźnienia wdrożenia właściwego leczenia, czym nieumyślnie naraził A. K. na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu

tj. o czyn z art. 160 § 2 k.k. w zw. z art. 160 § 3 k.k.

I. oskarżonego **B. Ś.** uznaje za winnego popełnienia zarzucanego mu czynu opisanego w części wstępnej wyroku, tj. występku z art. 160 § 2 kk w zw. z art. 160 § 3 k.k. i za to na mocy art. 160 § 3 k.k. wymierza mu karę 4 (czterech) miesięcy pozbawienia wolności;

II. na mocy art. 69 § 1 i § 2 k.k. i art. 70 § 1 pkt 1 k.k. wykonanie kary pozbawienia wolności w stosunku do oskarżonego **B. Ś.** warunkowo zawiesza na okres próby wynoszący 2 (dwa) lata;

III. na mocy art. 46 § 1 k.k. orzeka wobec oskarżonego **B. Ś.** zadośćuczynienie za doznaną krzywdę na rzecz oskarżycielki posiłkowej D. K. w wysokości 50.000 zł, na rzecz oskarżycielki posiłkowej B. W. w wysokości 15.000 zł, na rzecz oskarżyciela posiłkowego M. K. (2) w wysokości 12.000 zł;

IV. na mocy art. 627 k.p.k. i art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 23.06.1973 r. o opłatach w sprawach karnych zasądza od oskarżonego **B. Ś.** na rzecz Skarbu Państwa koszty sądowe, w tym 120 złotych opłaty.

UZASADNIENIE

W oparciu o całokształt materiału dowodowego zebrany w aktach sprawy i ujawniony w trakcie przewodu sądowego, Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 12 lipca 2012 r. w godzinach wieczornych A. K. wyszedł z domu i udał się do lokalu położonego przy ulicy (...) w J. prowadzonego przez J. R.. Tam bawił się, wypił piwo, czuł się dobrze. Następnie w godzinach nocnych opuścił lokal.

Dowód: - zeznania świadka D. K. k. 6-8, k. 370v.-371v.,

- zeznania świadka H. R. k. 19, k. 419.

Po wyjściu z lokalu w nieznanych okolicznościach A. K. upadł na ulicę uderzając głową o twarde podłoże doznając urazu głowy. Gdy A. K. leżał na ulicy w pobliżu posesji nr (...) przy ulicy (...), nieznane osoby wezwały pogotowie ratunkowe. Pielęgniarka M. D. i ratownik medyczny pogotowia ratunkowego przybyli na miejsce i stwierdzili u A. K. uraz głowy oraz wyczuli od niego woń alkoholu. Wówczas z A. K. był utrudniony kontakt słowny, nie odpowiadał na pytania personelu medycznego, jednakże wykonywał wszystkie kierowane do niego polecenia. Pokrzywdzony został przewieziony karetką pogotowia ratunkowego do Wojewódzkiego Centrum (...) w J. i o godzinie 1.55 w nocy 13 lipca 2012 r. przekazany do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (SOR) szpitala. W nocy z 12 na 13 lipca 2012 r. dyżur na (...) pełnił lekarz, zastępca ordynatora, oskarżony B. Ś., specjalista z zakresu chirurgii. Oskarżony zdiagnozował u pacjenta powierzchowny uraz głowy oraz upojenie alkoholowe, gdyż wyczuwał od niego woń alkoholu. Z uwagi na uraz głowy zlecił wykonanie pokrzywdzonemu Rtg czaszki, a także podano mu domięśniowo furosemid oraz 0,9% NaCl 1000 ml.

Dowód: - historia choroby k. 9 -10,

- karta segregacji wewnątrzszpitalnej k. 11,

- karta medycznych czynności ratunkowych k. 12-14,

- karta obserwacji k. 15 -16,

- karta informacyjna z leczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym k. 17,

- karta zlecenia wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego k. 109

- zeznania świadka M. D. k. 28, k. 373-373v.,

- dokumentacja medyczna A. K. k. 54,

- częściowo wyjaśnienia oskarżonego B. Ś. k. 343v.-344.

Oskarżony B. Ś. sam dokonał oceny zdjęcia Rtg czaszki pokrzywdzonego i nie stwierdził u pokrzywdzonego żadnych zmian urazowych, co odnotował w dokumentacji medycznej pacjenta. Tymczasem na zdjęciu RTG była widoczna szczelina złamania kości sklepienia czaszki po lewej stronie rozchodząca się w biegunie dolnym szczeliny złamania przed przejściem na podstawę czaszki w dwie kolejne szczeliny złamania ustawione względem siebie w początkowym odcinku po kącie około 90 stopni. Postępowanie diagnostyczne pacjenta nie zostało przez oskarżonego wykonane prawidłowo. Mimo, że oskarżony nie był radiologiem, sam ocenił zdjęcie czaszki i nie skorzystał z konsultacji specjalisty z zakresu radiologii mimo, że miał obiektywną możliwość takiej konsultacji. Tymczasem jest to standard w diagnostyce przy urazach głowy. Radiolog dyżurował tej nocy na Oddziale i nie było żadnych przeszkód do przeprowadzenia konsultacji. Ocena zdjęcia Rtg czaszki wykonana przez oskarżonego była oczywiście błędna. Przy uzyskaniu informacji o urazie głowy, co zostało potwierdzone badaniem przeprowadzonym przez oskarżonego, oskarżony według standardów diagnostyki winien był pogłębić diagnostykę radiologiczną o bardziej szczegółowe badania, niż Rtg czaszki poprzez wykonanie badania tomografii komputerowej głowy pacjenta, a także wykonać po przyjęciu pacjenta na Oddział badania neurologicznego. Żadnego z tych badań oskarżony nie zlecił i nie wykonał mimo braku jakichkolwiek obiektywnych przeszkód ku temu. Te zaniechania diagnostyczne doprowadziły do tego,

że u pokrzywdzonego oskarżony nie rozpoznał poważnej choroby - złamania kości czaszki, a tym samym nie wdrożył od razu leczenia specjalistycznego, leczenia skutecznego dla tego rodzaju urazów, co zwiększyłyby realnie szanse na właściwe rozpoznanie choroby i wdrożenie jak najszybciej skutecznego leczenia. Te błędy oskarżonego w diagnostyce doprowadziły do zmniejszenia szansy u pokrzywdzonego na ograniczenie skutków urazu głowy, w tym także w przyszłości na uratowanie mu życia. Niewłaściwa diagnostyka pacjenta naraziła go na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, przy czym nie można wykluczyć, że prawidłowa diagnostyka i podjęte optymalne w tych okolicznościach leczenie doprowadziłyby do uniknięcia śmierci pacjenta. Prawidłowo przeprowadzona diagnostyka i w jej efekcie prawidłowe leczenie pokrzywdzonego z pewnością ograniczyłyby, zmniejszyłyby skutek w postaci bezpośredniego narażenia A. K. na utratę życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Tymczasem następnego dnia rano – 13 lipca 2012 r. pokrzywdzony A. K. został wypisany przez oskarżonego do domu jako osoba zdrowa z zaleceniem zakazu spożywania alkoholu oraz kontroli w POZ z powodu urazu powierzchownego głowy. Pokrzywdzony mimo wypisania go do domu, do godzin popołudniowych przebywał w poczekalni SOR. Zaniepokojone tym faktem pielęgniarki zadzwoniły do domu pokrzywdzonego A. K. i ustaliły, że pacjent wróci do domu taksówką. Pokrzywdzony samodzielnie udał się na postój taksówek, a pod domem rodzice pomogli mu wyjść z samochodu i pomogli mu wejść do domu. A. K. uskarżał się nadal na ból głowy, wymiotował, był z nim utrudniony kontakt, a jego stan zdrowia systematycznie pogarszał się. W dniu 14 lipca 2012 r. rodzice pokrzywdzonego wezwali karetkę pogotowia, gdyż pokrzywdzony czuł się bardzo źle, nie było z nim logicznego kontaktu, mający był niespokojny. Został ponownie przyjęty na SOR w dniu 14 lipca 2012 r., a więc następnego dnia po jego wypisaniu, o godzinie 16.55. Jego stan zdrowia był już wtedy ciężki. Wykonano wówczas pokrzywdzonemu niezwłocznie tomografię komputerową głowy i stwierdzono złamanie kości ciemieniowej lewej, odmę wewnątrzczaszkową, krwiaki przymózgowe, podtwardówkowe, krew w mózgu. Wdrożono wówczas niezwłocznie intensywne i prawidłowe leczenie pacjenta, jednak nie przyczyniło się ono do poprawy stanu jego zdrowia. Pokrzywdzony zmarł w szpitalu w dniu 25 lipca 2012 r. Powodem śmierci pacjenta był uraz głowy ze złamaniem kości sklepienia i podstawy czaszki po lewej stronie z powstaniem krwiaka podtwardówkowego po lewej i prawej stronie z wylewem krwi podpajęczynówkowym mózgu i mózdzku z ogniskami stłuczenia mózgu z wylewem krwi do komory bocznej prawej z obrzękiem mózgu i następową niewydolnością krążeniowo – oddechową.

Dowód: - karta informacyjna z leczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym k. 17,

- karta medycznych czynności ratunkowych k. 33,
- karta zlecenia wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego k. 34,
- zeznania świadka D. K. k. 6-8, k. 370v.-371v.,
- zeznania świadka V. R. k. 25, k. 371v.- 373,
- zeznania świadka P. S. k. 31, k. 471v,
- zeznania świadka M. O. k. 311, k. 378v.-379,
- zeznania świadka D. M. k. 314, k. 378-378v.,
- zeznania świadka M. K. (2) k. 42-43, k. 367v.-369,
- zeznania świadka B. W. k. 22, k. 369-370v.,
- zeznania świadka A. G. k. 67, k. 373v.-374v.,
- wydruk połączeń telefonicznych k. 45-52, , k.53,
- dokumentacja medyczna A. K. k. 54,

- protokół sądowo – lekarskich oględzin i sekcji zwłok ludzkich k. 55-61,
- opinia sądowo – lekarska zespołu lekarzy z Uniwersytetu Medycznego w

B. k. 72-74, k. 328,

- opinia sądowo – lekarska zespołu lekarzy (...) w

K. Katedra i Zakład Medycyny Sądowej i Toksykologii Sądowo –

Lekarskiej k. 96- 104, k. 149-151, k. 306-307,

- opinia lekarska z dnia 2.02.2015r. k. 455-460,

- pismo z dnia 11.06.2013r. k. 132,

- pismo z dnia 2.04.2013r. k. 198-199,

- pismo z dnia 2.04.2013r. k. 200,

- pismo z dnia 31.03.2014r. k. 238,

- pismo z dnia 20.05.2014r./ k. 266,

- pismo z dnia 26.05.2014r. k. 273,

- częściowo wyjaśnienia oskarżonego B. Ś. k. 343v.-344,

Oskarżony B. Ś. nie był wcześniej karany sędownie, ani też przez sąd lekarski.

Dowód: - dane o karalności k. 425,

- informacja o niekaralności lekarza k.445.

Oskarżony B. Ś. ma 65 lat. Z zawodu jest lekarzem medycyny i pracuje w Wojewódzkim Centrum (...) w J. na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym jako Zastępcą Ordynatora Oddziału; jest chirurgiem. Oskarżony uzyskuje dochody miesięczne w przedziale 12 tys. zł. – 15 tys. zł. Jest żonaty, na jego utrzymaniu pozostaje dwoje uczących się dzieci.

Dowód : - dane osobowo – poznawcze oskarżonego k. 343, k. 255-256,

- informacja o wysokości dochodów k. 407.

Oskarżony B. Ś. nie przyznał się do popełnienia zarzucanego mu czynu. Wyjaśnienia złożył wyłącznie przed Sądem (k. 343v.- 344). Podał, że w nocy z 12 na 13 lipca 2012 r. zespół pogotowia ratunkowego przywiózł pacjenta o nieustalonych danych personalnych w stanie upojenia alkoholowego. U pokrzywdzonego stwierdził on uraz głowy, pacjent został znaleziony jako leżący na ulicy. Oskarżony zaopatrzył ranę na głowie, zlecił wykonanie Rtg czaszki, zlecił także podłączenie płynów w celu przepłukania pacjenta, bo stwierdził głębokie upojenie alkoholem charakteryzujące się u tego pacjenta wyraźną wonią alkoholu, bełkotliwą mową, brakiem wykonywania poleceń. Nie było wtedy kontaktu z pacjentem, dlatego pacjent pozostał na obserwacji na SOR. W godzinach rannych oskarżony zbadał neurologicznie pacjenta, nie stwierdził wówczas żadnych odchyień od normy, nawiązał z nim kontakt; pokrzywdzony wypowiadał się zbornie, logicznie, podał swoje dane osobowe, adres zamieszkania, a jego stan uległ znacznej poprawie. Pokrzywdzony podał, że ma siostrę, która mieszka we W. i dlatego oskarżony powiedział koleżce lekarzowi, z którym zmieniał się na dyżurze, że byłoby dobrze, gdyby ktoś odebrał pacjenta. W wywiadzie rannym pokrzywdzony podał, że cierpi na padaczkę, depresję i leczy się z tego powodu. Zapytany przez oskarżonego o powody spożywania alkoholu przy leczeniu na padaczkę i depresję odpowiedział, że nic mu do tego. Oskarżony obejrzał zdjęcia Rtg i uznał, że to, co

zostało stwierdzone jako złamanie kości czaszki, on rozpoznał jako rowek naczyniowy. Oskarżony nie wykonał badania głowy tomografem komputerowym, bo pacjent był w stanie bardzo dobrym. Nie wymagał więc także konsultacji neurologicznej, a ponadto konsultacja neurologiczna w stanie upojenia alkoholowego jest niemożliwa. Oskarżony podał, że bardzo często chirurdzy sami oceniają zdjęcia Rtg. Oglądał zdjęcia Rtg na zwykłym monitorze o słabej jakości, nie na monitorze medycznym. Wyjaśnił, że na SOR lekarze nie mają możliwości wykonania badania na zawartość alkoholu we krwi, a w sytuacji pobrania krwi, wyniki tego badania są na tyle późno, że pacjent jest już wypisany ze szpitala. Oskarżony wyjaśnił także, że gdy po wytrzeźwieniu pacjent jest logiczny, kontaktowy, to nie ma wskazania do wykonania tomografii komputerowej w trybie pilnym. Gdyby na Oddziale wykonywano wszystkim pijanym pacjentom badanie TK, to inni pacjenci musieliby czekać na to badanie po 2 – 3 doby. Podobnie jest z opisem zdjęć przez radiologów.

Sąd zważył, co następuje:

W ocenie Sądu wyjaśnienia oskarżonego B. Ś. w zdecydowanej większości zasługują na danie im wiary. Niewątpliwe jest, w świetle zebranego w sprawie materiału dowodowego, w tym w szczególności zeznań świadka – personelu medycznego zespołu karetki pogotowia M. D., że pokrzywdzony A. K. został znaleziony na ulicy, miał uraz głowy i wyczuwalna była od niego woń alkoholu. O tym, że pokrzywdzony tej nocy spożywał alkohol świadczą także zeznania świadka H. R.. Logicznym zatem jest, że skoro pokrzywdzony na krótko przed interwencją zespołu medycznego spożywał alkohol, woń alkoholu musiała być od pokrzywdzonego wyczuwalna zarówno przez zespół karetki pogotowia, jak i lekarza przyjmującego pacjenta na SOR – oskarżonego B. Ś.. O trudności w nawiązaniu z pacjentem słownego kontaktu zeznała jednoznacznie pielęgniarka zespołu karetki pogotowia M. D.. Tym samym podawane przez oskarżonego okoliczności dotyczące przyjęcia pokrzywdzonego na SOR, utrudnionego kontaktu z pacjentem, wyczuwania woni alkoholu, są w pełni wiarygodne i w świetle wskazanych dowodów brak jest podstaw, by je kwestionować. Wiarygodnymi są także wyjaśnienia oskarżonego co do zleconych tuż po przyjęciu na Oddział badań: wykonania Rtg czaszki i włączenia leczenia - podania płynów dla „przepłukania pacjenta” oraz zaopatrzenia rany głowy. Powyższe wynika bezsprzecznie z dokumentacji medycznej pacjenta A. K.. Nie budzą także żadnych wątpliwości w zakresie wiarygodności te wyjaśnienia oskarżonego, w których wskazał, że u pacjenta stwierdził głębokie upojenie alkoholowe. To także wynika jednoczenie z dokumentacji medycznej pacjenta wypełnionej przez oskarżonego. Wątpliwości żadnych nie budzi to, że oskarżony, jak wyjaśnił, nie przeprowadził badania neurologicznego pokrzywdzonego tuż po jego przyjęciu, ani też nie wykonał tomografii komputerowej głowy, nie skonsultował także z radiologiem wykonanego rentgenem zdjęcia czaszki rozpoznając na nim zamiast złamania kości czaszki, rowek naczyniowy. Gdyby takie badania i konsultacje medyczne miały miejsce, z pewnością znalazłyby odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej pacjenta, czego jednak nie odnotowano. To dowodzi prawdziwości twierdzeń oskarżonego w tej części. Sąd uznał natomiast jako niewiarygodne twierdzenia oskarżonego, jakoby w godzinach rannych po przyjęciu pokrzywdzonego na SOR, badał go neurologicznie. Powyższe pozostaje w oczywistej sprzeczności z zeznaniami pielęgniarki V. R. (k. 372v.), która była obecna przy rozmowie oskarżonego B. Ś. z pacjentem w gabinecie lekarskim tuż przed podjęciem decyzji przez oskarżonego o wypisaniu pokrzywdzonego ze szpitala. Z relacji świadka V. R. wynika kategorycznie, że żadne badania pacjenta nie zostało wówczas przeprowadzone, a była to wyłącznie rozmowa z pacjentem – wywiad lekarski. Takie badanie nie zostało także odnotowane w dokumentacji medycznej pokrzywdzonego. Powyższe, w świetle spójności tych dowodów, daje pełne podstawy do twierdzenia, że oskarżony nie przeprowadził w godzinach rannych żadnego badania pokrzywdzonego. Okoliczność ta nie jest natomiast istotna w kontekście odpowiedzialności karnej oskarżonego. W ocenie Sądu na wiarygodność zasługują wyjaśnienia oskarżonego, w których wskazał, że w godzinach rannych, gdy oskarżony zbierał wywiad medyczny od pokrzywdzonego, pokrzywdzony był kontaktowy, logiczny. Jest to logiczna konsekwencja ustalenia dopiero wtedy danych osobowych pacjenta, miejsca zamieszkania, co nie było możliwe w momencie przywiezienia pacjenta na Oddział. Danych tych personel medyczny nie mógł uzyskać inaczej, jak tylko od pokrzywdzonego, gdyż nie posiadał on przy sobie żadnych dokumentów. Poprawę pacjenta zauważyły także pielęgniarki. Oskarżony wypisał pacjenta do domu rano i na tym skończyła się opieka medyczna oskarżonego nad pacjentem. Po wypisaniu pacjenta do domu, przebywał on przez kilka godzin na terenie poczekalni szpitala, co wzbudziło zainteresowanie personelu pielęgniarskiego. Pielęgniarki rozmawiały z pokrzywdzonym i choć jego zachowanie jako osoby wypisanej ze szpitala

jako zdrowa, osoby dorosłej, logicznej w kontakcie, obiektywnie winno zwrócić uwagę personelu medycznego, to jednak nie zostało to zgłoszone żadnemu lekarzowi, natomiast oskarżony nie sprawował już wówczas nad wypisanym pacjentem opieki. Z relacji matki pokrzywdzonego D. K. wynika przy tym, że A. K. po powrocie do domu czuł się nadal źle, cierpiał na ból głowy, a jego stan zdrowia systematycznie się pogarszał, do tego stopnia, że następnego dnia w godzinach popołudniowych rodzice wezwali do syna karetkę pogotowia. Powyższe wynika niezbitnie także z zeznań rodzeństwa pokrzywdzonego B. W. i M. K. (2), a także znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej pacjenta, która wskazuje, że stan zdrowia A. K. był już bardzo zły w momencie przyjęcia go po raz drugi do szpitala. Wtedy to niezwłocznie wykonano badanie TK głowy i stwierdzono złamanie kości ciemieniowej lewej, odmie wewnątrzczaszkową, krwiaki przymózgowe, podtwardówkowe, krew w mózgu. Wdrożono wówczas niezwłocznie intensywne i prawidłowe leczenie pacjenta, jednak nie przyczyniło się ono do poprawy stanu jego zdrowia.

Choć wyjaśnienia oskarżonego B. Ś. w zdecydowanej większości zasługują na uznanie ich za prawdziwe, wiarygodne, to nie przekreśla to prawidłowości przypisania oskarżonemu popełnienia czynu opisanego w zarzucie aktu oskarżenia. Z opinii sądowno - lekarskiej wydanej przez zespół lekarzy z Uniwersytetu Medycznego w B. (k. 72-74, k. 328) wynika bezsprzecznie, że na zdjęciu Rtg czaszki wykonanym pokrzywdzonemu A. K. w dniu przyjęcia go po raz pierwszy na SOR, widoczna jest szczelina złamania kości sklepienia czaszki po stronie lewej, rozchodząca się w biegunie dolnym szczeliny złamania przed przejściem na podstawę czaszki w dwie kolejne szczeliny złamania ustawione względem siebie w początkowym odcinku przebiegu pod kątem około 90 stopni. Wskazali także, że przebieg tych szczelin odpowiada zdjęciom wykonanym podczas sekcji zwłok A. K.. Tym samym złamania kości czaszki były widoczne na zdjęciach Rtg zleconych przez oskarżonego i ocenionych przez niego w dniu przyjęcia pokrzywdzonego na Oddział. Powyższe wynika także z opinii zespołu lekarzy (...) w K. Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej i Toksykologii Sądowo – Lekarskiej (k. 103 akt). Biegli w tej opinii także wskazali, że złamanie kości czaszki było widoczne na zdjęciach Rtg. Wręcz zaopiniowali, że wynik badania radiologicznego „wskazuje jednoznacznie na istnienie uszkodzeń struktur kostnych” u A. K.. Powyższy wniosek potwierdzili w kolejnej opinii z dnia 13 stycznia 2014 r. (k. 149 akt). Z opinii tej wynika, że wyłącznie częściowo linijne przejaśnienia mogą odpowiadać oprócz szczeliny złamania również rowkowi naczyniowemu. Szczelina złamania kości pokrywy czaszki jest dobrze widoczna w ułożeniu nietypowym, na zdjęciu wykonywanym w niewielkim skosie (k. 150 akt). Sposób wykonania zdjęć techniką cyfrową daje możliwości manipulowania zdjęciem, a zatem istotnie zwiększa możliwość dokładnego zapoznania się ze zdjęciem (k. 151 akt). Specjalista radiolog wchodząca w skład zespołu lekarzy wydającego opinie do sprawy uzupełniająco podała w pismach z dnia 20 maja 2014 r. i z dnia 26 maja 2014 r. (k. 266 i k. 273), że zdjęcia czaszki pokrzywdzonego oglądała nie tylko na typowych monitorach medycznych ale także na komputerze osobistym, w tym i laptopie i na każdym z użytych sprzętów na zdjęciach uwidoczniła jest szczelina złamania. Podobnie wypowiedzieli się biegli lekarze z Uniwersytetu Medycznego w B. (k. 328). W tych okolicznościach błąd oskarżonego w zakresie odczytania zdjęć Rtg jest niezaprzeczalny. Nie może być przy tym wytłumaczeniem to, że oskarżony oglądał owe zdjęcia na monitorach niemedycznych o słabej jakości. Nie był to nowo zakupiony sprzęt, oskarżony na tym sprzęcie pracował od długiego czasu, a więc musiał znać jego możliwości techniczne. Skoro oskarżony miał świadomość tego, że sprzęt ten nie spełnia jego oczekiwań, musiał więc liczyć się z tym, że odczyt dokonany przez niego może być błędny, a zatem oczywistym jest, że nie powinien poprzestać na obejrzeniu zdjęć na monitorze pozostającym w dyspozycji SOR. Nie było żadnych obiektywnych przeszkód, by swoje spostrzeżenia skonsultować z radiologiem dyżurującym w szpitalu. Było to uzasadnione także tym, że oskarżony wiedział, że pacjenta przywieziono z urazem głowy, uraz ten został przez oskarżonego potwierdzony w badaniu, pacjent leżał na ulicy, co dawało jednoznaczne podstawy do twierdzenia, że doszło do uderzenia w głowę, a w jego efekcie mogło dojść do urazu głowy, uszkodzenia kości czaszki. Tym samym, w tych okolicznościach konsultacja radiologiczna w celu oceny zdjęć Rtg była niezbędną dla prawidłowej diagnostyki pacjenta. Oskarżony nie tylko błędnie ocenił zdjęcia Rtg czaszki pokrzywdzonego ale także zaniechał dalszej diagnostyki polegającej na wykonaniu tomografii komputerowej głowy. Jest to standardem w diagnostyce przy tego rodzaju urazach głowy, podobnie jak badanie kontrolne neurologiczne przeprowadzane bezpośrednio po przyjęciu pacjenta na Oddział. Powyższe wynika kategorycznie z opinii wydawanych przez zespół biegłych lekarzy (...) w K. Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej i Toksykologii Sądowo – Lekarskiej. Argumentacja oskarżonego, jakoby zaniechanie badań TK głowy było spowodowane bardzo dobrym stanem zdrowia pacjenta pozostaje w oczywistej sprzeczności z całym materiałem dowodowym, a także z jego wyjaśnieniami, w których twierdził, że w momencie

przyjęcia pacjenta na SOR, nie było z nim logicznego kontaktu, nadto w nocy pacjent wymiotował. Tym samym, wbrew twierdzeniom oskarżonego, z pewnością nie można takiego stanu zdrowia pacjenta uznać za bardzo dobry, czy choćby dobry. Wszystkie wydane w sprawie opinie medyczne z racji wydania ich przez zespoły biegłych lekarzy, specjalistów konkretnych dziedzin medycznych, posiadający znaczną wiedzę specjalistyczną i to zarówno teoretyczną, jak i praktyczną zasługują na uznanie ich za rzetelne, pozwalające czynić na ich podstawie ustalenia faktyczne. Opinie te są spójne, pełne, nie zawierają żadnych sprzeczności, są przy tym jasne i zrozumiałe. Żadna z opinii nie była kwestionowana przez którąkolwiek ze stron procesu. Z treści opinii wynika bezsprzecznie, że nieprawidłowości w diagnostyce przeprowadzonej przez oskarżonego spowodowały zmniejszenie szans na ograniczenie skutków doznanego przez A. K. urazu głowy. Takie działanie oskarżonego, jak wskazali biegli, doprowadziło do narażenia pokrzywdzonego na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Nie tylko z przytoczonych powyżej opinii specjalistów lekarzy ale także z zasad doświadczenia życiowego i wiedzy ogólnej wynika, że sam fakt spożycia alkoholu przez pacjenta może maskować objawy neurologiczne, które zbliżone są do objawów upojenia alkoholowego. Oskarżony nie miał żadnych podstaw do twierdzenia, że pokrzywdzony jest w stanie upojenia alkoholowego. Żadne badania w tym kierunku nie zostały przeprowadzone, natomiast wyczuwalna woń alkoholu od pacjenta nie może przesądzać, że zaburzenia mowy, mowa bełkotliwa, brak logicznego kontaktu wynika wyłącznie z upojenia alkoholowego, zwłaszcza przy stwierdzeniu urazu głowy i braku możliwości dowiedzenia się od pacjenta, w jakich okolicznościach uraz głowy powstał. Tym samym przytoczona przez oskarżonego argumentacja, dotycząca sensowności wykonania badań neurologicznych pacjentowi znajdującemu się w stanie upojenia alkoholowego, gdy nie ma żadnego jednoznacznego dowodu na to, że pacjent w stanie upojenia alkoholowego się znajduje, nie może zasługiwać na aprobatę. Z opinii biegłych wynika przy tym, że poprzez swoje zaniechania, błędy diagnostyczne, oskarżony doprowadził do narażenia pokrzywdzonego na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

W świetle zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, w tym w szczególności wydanych w sprawie specjalistycznych opinii medycznych stwierdzić należy, że oskarżony B. Ś. dopuścił się błędów w diagnostyce chorego A. K. podczas przyjęcia go na SOR w nocy 13 lipca 2012 r. Błąd diagnostyczny polega na przyjęciu niewłaściwych przesłanek diagnozy postawionej przez lekarza. Może to być spowodowane powierzchownością badania pacjenta lub wręcz zaniechaniem przeprowadzenia badania, nieprzeprowadzeniem badań dodatkowych, specjalistycznych, wymaganych zgodnie z wiedzą medyczną, złą interpretacją wyników badań. Badaniem powierzchownym jest takie badanie, które odbiega od przeciętnego i powszechnego przyjętego w praktyce i uznawanego za mieszczące się w ramach *lege artis* badania w analogicznych przypadkach (podobnie: wyrok SN z dnia 01.04.2008r., sygn. akt IV KK 381/07, opubl. OSNKW 2008/7/56). W niniejszej sprawie zespół biegłych we wszystkich wydanych w sprawie opiniach wskazał, że standardem metod badawczych dla tego konkretnego przypadku jest nie tylko wykonanie zdjęć RTG czaszki pacjenta i ich prawidłowa ocena przez radiologa, jeśli lekarz prowadzący nie dysponuje wiedzą radiologiczną ale także poszerzenie diagnostyki poprzez przeprowadzenie badania TK głowy, wykonanie badania kontrolnego neurologicznego od razu przy przyjęciu pacjenta na Oddział. Tym samym błąd w odczycie zdjęcia RTG czaszki, następnie brak konsultacji radiologicznej w opisie zdjęć, brak wykonania badań TK głowy i badania neurologicznego stanowi błąd diagnostyczny oskarżonego. Przypisanie stwierdzonych objawów jak bełkotliwa mowa, brak kontaktu logicznego z pacjentem, wymioty jako stan upojenia alkoholowego wobec braku badań w tym zakresie i oparcie się wyłącznie na węchu, było istotnym uproszczeniem postawionej diagnozy, a przy tym absolutnie nieuprawnionym. Wykonanie prawidłowo wskazanych powyżej działań diagnostycznych z pewnością doprowadziłyby do prawidłowego rozpoznania jednostki chorobowej u pokrzywdzonego i wdrożenia właściwego leczenia, a nie po kilkunastogodzinnym pobycie na SOR wypisaniem pokrzywdzonego do domu ze złamaniem kości czaszki. Odpowiedzialność oskarżonego w takich okolicznościach z art. 160 § 2 i 3 k.k. nie może budzić żadnych wątpliwości (podobnie: wyrok SN z dnia 21.08.2012r., sygn. akt IV KK 42/12, LEX 1220930). Oskarżony będący lekarzem i sprawując opiekę medyczną nad pokrzywdzonym był w momencie objęcia pacjenta opieką medyczną tj. umieszczenia na oddziale SOR, na którym oskarżony pełnił dyżur, gwarantem nienastąpienia skutku w postaci narażenia pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Nie ma przy tym znaczenia dla odpowiedzialności karnej oskarżonego z art. 160 k.k. to, że nie można ustalić w sposób pewny, a nawet wysoce prawdopodobny, czy gdyby została przeprowadzona prawidłowa diagnostyka pokrzywdzonego, a następnie wdrożono

prawidłowe leczenie, pacjent by przeżył lub nie doznał ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Skutkiem z art. 160 § 2 w zw. z § 3 k.k. jest bowiem zaistnienie „bezpośredniego niebezpieczeństwa utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu”. Przepięstwo konkretnego narażenia na niebezpieczeństwo charakteryzuje się tym, że jego skutek przejawia się w wystąpieniu stanu bezpośredniego niebezpieczeństwa dla dobra chronionego prawem. Chodzi więc o taki układ sytuacyjny, z którego wynika wysokie prawdopodobieństwo wystąpienia uszczerbku dla dobra prawnego, który wcale nie musi nastąpić, a jedynie może doprowadzić do naruszenia tego dobra (tak: wyrok SN z dnia 08.06.2010r., sygn. akt III KK 408/09, LEX 598846). W świetle ustalonego stanu faktycznego wątpliwości nie może budzić to, że w efekcie błędu diagnostycznego i w jego konsekwencji braku rozpoczęcia leczenia, które jest niezbędne, konieczne dla ratowania zdrowia i życia w sytuacji złamania kości czaszki, musiało to skutkować narażeniem pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. W tym zakresie opinia zespołu biegłych jest kategoriyczna i nie nastęcza żadnych wątpliwości co do prawidłowości wyprowadzonych wniosków. Biegli stwierdzili przy tym, że prawidłowo przeprowadzona diagnostyka przez oskarżonego i w jej efekcie prawidłowe leczenie pokrzywdzonego z pewnością ograniczyłyby, zmniejszyłyby skutek w postaci bezpośredniego narażenia A. K. na utratę życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Skutek w postaci narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu zachodzi nie tylko wtedy, gdy lekarz – gwarant swoim zachowaniem stan ten wywołuje lub zwiększa, czy utrzymuje istniejące już bezpośrednie zagrożenia dla życia lub zdrowia człowieka. Lekarz będący gwarantem życia i zdrowia człowieka jest zobowiązany do tego, by odwracać niebezpieczeństwo dla życia i zdrowia, a nie tylko do tego, by go nie zwiększać. Ma obowiązek wdrożyć wszystkie działania, które w określonej sytuacji są według aktualnego stanu wiedzy medycznej wymagane jako dające szansę na wykluczenie, ograniczenie, czy neutralizację pierwotnego niebezpieczeństwa (podobnie: wyrok SN z dnia 5.04.2013r., sygn. akt IV KK 43/13, LEX 1318212). Jasnym jest, że pokrzywdzony został przywieziony przez zespół karetki pogotowia ze złamaniem kości czaszki i samoistny rozwój choroby skutkować musiał pogarszaniem się jego stanu zdrowia. Oskarżony podejmując prawidłowe działania diagnostyczne i następnie terapeutyczne nie tylko nie utrzymałby istniejącego zagrożenia dla dobra prawnego ale zmniejszyłby, ograniczyłby istniejące już bezpośrednie niebezpieczeństwo dla życia i zdrowia pacjenta. Samoistny rozwój choroby bez odpowiedniego leczenia powodował u pokrzywdzonego sukcesywne pogarszanie się jego stanu zdrowia w przeciągu zaledwie kilkunastu godzin od opuszczania szpitala, kiedy to ponownie został przyjęty do szpitala już w stanie ciężkim. Wątpliwości budzić nie może przypisanie oskarżonemu skutku w postaci narażenia pokrzywdzonego na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Pożądane w tych okolicznościach zachowanie alternatywne oskarżonego polegające na kontroli czynności życiowych pacjenta, zastosowanie leczenia przeciw obrzękowi mózgu, poszerzenie diagnostyki radiologicznej, konsultacji specjalistycznych z przeprowadzeniem operacji włącznie z pewnością doprowadziłoby do zmniejszenia, ograniczenia skutków w postaci narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (opinia k. 321). Tym samym bez wątplenia oskarżonemu można obiektywnie przypisać skutek należący do znamion czynu zabronionego z art. 160 § 2 w zw. z § 3 k.k. Jasne przy tym jest, co konsekwentnie podkreślali biegli w wydanych opiniach, że poprawne działanie lekarskie mogłoby wcale nie doprowadzić do zapobieżenia negatywnego skutku zdrowotnego dla pacjenta związanego z pierwotnie doznany urazem głowy (k. 321). Owo stwierdzenie w sytuacji przypisania oskarżonemu zachowania z art. 160 § 2 w zw. z § 3 k.k. nie ma żadnego znaczenia. Czym innym jest bowiem skutek zdrowotny polegający na powstaniu ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, czy utracie życia, a czym innym jest skutek wyrażony w art. 160 k.k. polegający wyłącznie na narażeniu na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Możliwość przypisania skutku zdrowotnego oskarżonemu skutkować by musiała przyjęciem innej kwalifikacji prawnej, a brak możliwości przypisania skutku zdrowotnego absolutnie nie wyklucza odpowiedzialności karnej z art. 160 k.k. Oskarżony działał przy tym nieumyślnie, dopuścił się przestępstwa w efekcie niezachowania ostrożności wymaganej w tych konkretnych okolicznościach mimo, że mógł przewidzieć możliwość popełnienia czynu zabronionego.

Oceniając stopień społecznej szkodliwości czynu oskarżonego Sąd miał na uwadze okoliczności wymienione w art. 115 § 2 k.k. tj. rodzaj i charakter naruszonego przez oskarżonego dobra, rozmiar wyrządzonej szkody, sposób i okoliczności popełnienia przez oskarżonego przestępstwa, wagę naruszonych obowiązków, rodzaj naruszonych reguł ostrożności i stopień ich naruszenia. W ocenie Sądu społeczna szkodliwość zachowania oskarżonego charakteryzuje się wysokim stopniem społecznej szkodliwości. Oskarżony jest doświadczonym lekarzem, od wielu lat wykonuje

ten zawód, od wielu lat pracuje na oddziale zajmującym się faktycznie udzielaniem pierwszej pomocy medycznej, czynnościami ratunkowymi. Posiada dużą wiedzę praktyczną i doświadczenie zawodowe. Mimo to dopuścił się bardzo istotnych błędów diagnostycznych. Oskarżony zamiast kierować się rozważą przy wykonywaniu swoich obowiązków, oparł się na rutynie. Uznał bowiem, że pokrzywdzony jest kolejnym pacjentem, który nie potrzebuje leczenia, a konieczne jest jego wytrzeźwienie. Z wyjaśnień oskarżonego wynika bowiem, że zdecydowana większość pacjentów przywożonych na SOR przez pogotowie ratunkowe nocą to osoby nietrzeźwe, które nie wymagają leczenia, a trzeźwienia. To rutynowe działanie oskarżonego w stosunku do pacjenta A. K. przełożyło się na bardzo poważne konsekwencje dla zdrowia pacjenta, m.in. niewdrożenie prawidłowego leczenia na czas spowodowało w istotnym zakresie pozbawiania tego pacjenta szans na wyleczenie, na przeżycie. Zaniedbania oskarżonego były przy tym istotne, praktycznie sprowadzały się do braku jakiegokolwiek diagnostyki i pozostawieniu pacjenta samemu sobie. Udzielona pomoc medyczna polegająca na podaniu płynów i zaopatrzenia rany głowy była pomocą mało istotną w tym konkretnym przypadku. Wykonanie tylko jednego badania w kierunku diagnozowania urazu głowy – zdjęcia Rtg czaszki, było w tym przypadku niezwykle istotne, przy czym dokonana przez oskarżonego ocena zdjęć Rtg została przeprowadzona bardzo powierzchownie, o czym świadczy nie tylko nierozpoznanie złamania kości czaszki u pacjenta, co nie było wysoce utrudnione ale także zaniechanie dokonania opisu zdjęć. Wskazać także należy, że diagnostyka przy stwierdzonym urazie głowy nie była skomplikowana i nie wymagała ani dużej wiedzy medycznej, ani szczegółowej analizy przypadku medycznego, czy wyspecjalizowania, a wręcz była diagnostyką niezwykle typową, prostą i powtarzalną. Oskarżony wykazał się niedbalstwem w wykonaniu diagnostyki pacjenta, które ocenić należy jako rażące.

Kierując się dyrektywami sądowego wymiaru kary, mając na uwadze okoliczności decydujące o uznaniu wysokiego stopnia społecznej szkodliwości czynu oskarżonego oraz stopnia winy oskarżonego, uwzględniając rażące naruszenie ciężących na oskarżonym jako lekarzu obowiązków związanych z diagnostyką i leczeniem pacjenta, a także dotychczasowy sposób życia oskarżonego, opinię przełożonego, Sąd uznał, iż adekwatną do czynu popełnionego przez oskarżonego jest kara orzeczona w wymiarze 4 miesięcy pozbawienia wolności. Jest to wprawdzie kara najsurowszego rodzaju przewidziana za tego rodzaju czyn, jednakże zważywszy na wskazane powyżej okoliczności, w tym skutki, jakie zachowanie oskarżonego spowodowało, a stanowiło istotny czynnik pozbawiający pacjenta szans na przeżycie, adekwatna do stopnia społecznej szkodliwości i zawinienia. W ocenie Sądu dotychczasowy sposób życia oskarżonego, jego uprzednia niekaralność, w tym także przez sąd lekarski, pozytywna opinia, jaką cieszy się jako lekarz u swego przełożonego, daje podstawy do tego by stwierdzić istnienie po stronie oskarżonego pozytywnej prognozy kryminologicznej. Zdarzenie to miało charakter incydentalny, oskarżony nigdy wcześniej nie popadł w konflikt z prawem, należycie wykonuje swoje obowiązki pracownicze, jest doceniany jako lekarz, nie ma przy tym problemów z przestrzeganiem prawa. Powyższe daje podstawy, by okres próby wyznaczyć na 2 lata. Sąd uznał przy tym, iż orzeczenie obok kary pozbawienia wolności dodatkowo kary grzywny wnioskowanej przez Prokuratora jawić się będzie jako karanie nazbyt surowe i istotnie przekraczające stopień społecznej szkodliwości i winy oskarżonego. Reprezentujący prawa po zmarłym pokrzywdzonym matka i rodzeństwo pokrzywdzonego uprawnieni treścią art. 52 § 1 k.p.k. złożyli wnioski o orzeczenie na ich rzecz środków karnych zadośćuczynienia za doznaną krzywdę w trybie art. 46 § 1 k.k. Zadośćuczynienie za krzywdę w przeciwieństwie do nawiązki z art. 46 § 2 k.k. może być orzeczone na rzecz innych podmiotów - stron zastępczych niż pokrzywdzony (podobnie: wyrok SN z dnia 30.01.2014r., sygn. akt III KK 349/13, LEX 1427411, wyrok SA w Gdańsku z dnia 26.03.2014r., sygn. akt II AKa 466/13, LEX 1455544, postanowienie SN z dnia 12.06.2014r., sygn. akt V KK 19/14, LEX 1476975). Ustalając wysokość nawiązek Sąd kierował się zasadami prawa cywilnego i uwzględnił, że najsilniejszą więź emocjonalną z pokrzywdzonym wykazywała matka pokrzywdzonego, która najbardziej odczuła osamotnienie, a ponadto dodatkowo jako osoba starsza nie może liczyć na faktyczną pomoc w codziennym życiu, na jaką mogłaby liczyć od syna. Matka była przy tym bardzo zaangażowana w proces leczenia syna. Siostra pokrzywdzonego z racji bliskości zamieszkania i częstych osobistych kontaktów także dotkliwie odczuła chorobę i w dalszej konsekwencji śmierć brata. Mogła przy tym wcześniej liczyć na pomoc brata w wychowaniu i opiece nad dziećmi. Silna więź emocjonalna łączyła także pokrzywdzonego i brata, choć z racji chociażby zamieszkiwania w innym mieście, założenia rodziny i pracy zawodowej, osobisty kontakt musiał być ograniczony. Jego

krzywda w odniesieniu do pozostałych członków rodziny była przed niego odczuwalna w mniejszym stopniu. Powyższe zdecydowało o zróżnicowaniu wysokości zadośćuczynienia.

Sąd uznał natomiast, że brak jest podstaw do orzeczenia wobec oskarżonego środka karnego zakazu wykonywania zawodu lekarza. Z uwagi na przypisanie nieumyślności zachowania oskarżonego, orzeczenie zakazu wykonywania zawodu byłoby dopuszczalne jedynie wówczas, gdyby zostało ustalone, że oskarżony okazał, że dalsze wykonywanie zawodu lekarza zagraża istotnym dobrom chronionym prawem (art. 41 § 1 k.k.). Określenie „dalsze wykonywanie zawodu” wskazuje na brak odpowiednich kwalifikacji zawodowych tj. wiedzy i doświadczenia oraz fizycznych i psychicznych predyspozycji do wykonywania zawodu. Zwrot „zagraża istotnym dobrom prawnym” oznacza sytuację, w której zachodzi znaczne prawdopodobieństwo naruszenia w przyszłości istotnych dóbr prawnych ze względu na wadliwość zachowania sprawcy i jego nieumiejętność dochowania reguł sztuki obowiązujących w danym zawodzie (tak: Kodeks karny. Komentarz, t. 1, Część ogólna pod red. Prof. A. Zolla, str. 340 – 341). Z opinii przełożonego oskarżonego wynika m.in., że oskarżony jest dobrym lekarzem, zaangażowanym w swoją pracę, osobą sumienną i pracowitą, o dużym doświadczeniu i wiedzy medycznej, mającą predyspozycje do wykonywania zawodu lekarza. Jeśli się przy tym uwzględni uprzednią niekaralność oskarżonego przed sądem karnym oraz zawodowym sądem lekarskim, to brak jest podstaw do wnioskowania, że oskarżony nie dysponuje kwalifikacjami do wykonywania zawodu lekarza oraz że istnieje po stronie oskarżonego znaczne prawdopodobieństwo naruszenia w przyszłości istotnych dóbr prawnych podczas wykonywania zawodu lekarza.

Z uwagi na to, że oskarżony uzyskuje stałe dochody oraz mając na uwadze ich wysokość, Sąd uznał, że jest on w stanie uiścić w całości koszty sądowe, w tym także opłatę od orzeczonej kary.