

Sygn. akt IV K 184/12

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 8 lipca 2015 roku

Sąd Rejonowy Szczecin – Centrum w Szczecinie IV Wydział Karny

w składzie:

Przewodniczący: SSR Tomasz Banaś

Protokolant: staż. Aneta Mrówczyńska

w obecności prokuratora Hanny Karamańskiej

po rozpoznaniu dnia 16.10.2012 roku, 10.12.2012 roku, 29.01.2013 roku, 19.03.2013 roku, 30.04.2013 roku, 18.06.2013 roku, 24.09.2013 roku, 20.11.2014 roku, 18.05.2015 roku, 9.06.2015 roku, 8.07.2015 roku

sprawy

M. Ł., ur. (...) we W., syna W. i D. z domu Ł.

oskarżonego o to, że w dniu 12 kwietnia 2009 roku, wykonując obowiązki lekarza dyżurnego w Klinice (...) przy ul. (...) w S., naraził P. C. na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia, w ten sposób iż wbrew zaleceniom zawartym w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 17.12.1992 roku – „w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępnienia” – § 17, przekazując pacjenta do Oddziału Detoksykacji (...) ZOZ (...) w S. celem konsultacji i podjęcia ewentualnego leczenia z powodu wystąpienia objawów majaczenia drżennego – nie umieścił w dokumentacji medycznej informacji o stanie zdrowia chorego, powodach jego leczenia w Klinice (...) oraz nie zamieścił informacji co do postępowania z pacjentem w okresie przejściowym z uwagi na doznany uraz miednicy, co w konsekwencji spowodowało istotne ograniczenie możliwości diagnostycznych oraz terapeutycznych, a zatem było niezgodne z obowiązującymi zasadami wiedzy medycznej i doprowadziło do zgonu P. C. w dniu 16 kwietnia 2009 roku z powodu urazu obszaru pasa miednicy skutkującym złamaniem przepianewkowym lewej kości biodrowej i zwichnięciem tylnym lewego stawu biodrowego, a także powstania rozległego krwiaka przestrzeni zaotrzewnowej oraz zatorowości tłuszczowej płuc,

tj. o czyn z art. 160 § 1 i 2 kk w zw. z art. 11 § 2 kk

I. Ustalając, że oskarżony M. Ł. w dniu 12 kwietnia 2009 roku, wykonując obowiązki lekarza dyżurnego w Klinice (...) przy ul. (...) w S., działając nieumyślnie, naraził P. C. na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia, w ten sposób, iż wbrew swoim obowiązkom, w tym wynikającym z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21.12.2006 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 247, poz. 1819 ze zm.), przekazując pacjenta do Oddziału Detoksykacji (...) ZOZ (...) w S. celem konsultacji i podjęcia ewentualnego leczenia z powodu wystąpienia objawów majaczenia drżennego, nie umieścił w dokumentacji medycznej informacji o stanie zdrowia chorego, powodach jego leczenia w Klinice (...) oraz nie zamieścił informacji co do postępowania z pacjentem w okresie przejściowym z uwagi na doznany uraz miednicy, co w konsekwencji spowodowało istotne ograniczenie możliwości diagnostycznych oraz terapeutycznych, a zatem było niezgodne z obowiązującymi zasadami wiedzy medycznej, tj. dopuścił się czynu z art. 160 § 2 i 3 kk, na podstawie art. 66 § 1 i 2 kk, art. 67 § 1 kk w brzmieniu przed zmianą wprowadzoną ustawą z dnia 27.09.2013 roku o zmianie ustawy – Kodeks postępowania karnego oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2013, poz. 1247) w zw. z art. 4 § 1 kk postępowanie karne wobec oskarżonego warunkowo umarza na okres 2 (dwóch) lat próby.

II. Na podstawie art. 67 § 3 kk w zw. art. 49 § 1 kk w brzmieniu przed zmianą wprowadzoną ustawą z dnia 20.02.2015 roku o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2015, poz. 396) w zw. z art. 4 § 1 kk zobowiązuje oskarżonego do zapłaty tytułem świadczenia pieniężnego kwoty 2000 (dwóch tysięcy) złotych na rzecz Funduszu Pomocy Pokrzywdzonym oraz Pomocy Postpenitencjarnej.

III. Zasądza od oskarżonego na rzecz Skarbu Państwa koszty sądowe, w tym kwotę 80 (osiemdziesięciu) złotych tytułem opłaty.

Sygn. akt IV K 184/12

UZASADNIENIE

Na podstawie przeprowadzonych w sprawie dowodów, Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny.

M. Ł. był zatrudniony przez (...) Publiczny Szpital (...) im. Prof. T. P. (...) w S. położony przy ulicy (...) (dalej: (...) nr 1) na czas określony, na stażu specjalizacyjnym, od 1 sierpnia 2008 roku do dnia 31 lipca 2014 roku, jako lekarz rezydent. Do jego obowiązków należało m.in. rzetelne prowadzenie dokumentacji medycznej i sporządzanie jej odpisów, a także dbanie o optymalną jakość świadczeń zdrowotnych.

Dowód:

- zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności pracownika – k. 661-662
- wyjaśnienia M. Ł. – k. 944
- umowa o pracę – k. 1001
- regulamin porządkowy (...) nr 1 w S. – k. 1002-1022

W dniu 10 kwietnia 2009 roku P. C. jako pasażer samochodu marki F. (...), o numerze rejestracyjnym (...), doznał w wyniku wypadku komunikacyjnego, do którego doszło w S. przy ulicy (...) I 90-93, urazu miednicy. W chwili zdarzenia był pod wpływem alkoholu. Został przetransportowany karetką Pogotowia Ratunkowego do(...) na Szpitalny Oddział Ratunkowy (SOR).

Dowód:

- dokumenty z akt sprawy prowadzonych przez Prokuraturę Rejonową S.-Ś. w S. pod sygnaturą 2 Ds 361/11 dotyczące wypadku drogowego – k. 11-30
- pismo (...) im. prof. A. S. w S.-Z. z dnia 20 kwietnia 2009 roku – k. 41
- zeznania świadka J. C. – k. 120-121, 203, 771-771v
- opinia techniczna z dnia 27 kwietnia 2009 roku – k. 136-140
- karta zlecenia wyjazdu pogotowia ratunkowego z dnia 10 kwietnia 2009 roku – k. 209
- dokumentacja medyczna (...) nr 1 w S. – k. 213
- zeznania świadka T. M. – k. 310-311
- zeznania świadka S. S. (1) – k. 323-324, 811
- zeznania świadka A. B. – k. 326-328, 808v-811

- zeznania świadka M. J. – k. 330-332, 811-813
- zeznania świadka D. K. – k. 361-363, 820v-823

Na (...)ze pacjentowi wykonano badania obrazowe w postaci zdjęcia rentgenowskiego i tomografii komputerowej, a także podstawowe badania laboratoryjne. Zweryfikowano również stan trzeźwości P. C., uzyskując wynik 2,74 promila alkoholu we krwi. Poszkodowany w wypadku pozostawał w logicznym kontakcie. Miał zachowane czucie i ukrwienie w uszkodzonej nodze, nie mógł się poruszać bez kuli.

Dowód:

- zeznania świadka J. C. – k. 120-121, 203, 771-771v
- dokumentacja medyczna (...) nr 1 w S. – k. 213
- zeznania świadka T. M. – k. 310-311
- zeznania świadka S. S. (1) – k. 323-324, 811
- zeznania świadka A. B. – k. 326-328, 808v-811
- zeznania świadka D. K. – k. 361-363, 820v-823

Po wstępnym wyrównaniu stanu pacjenta, został on przekazany na Oddział (...), na którym dyżur pełnili D. K., M. K. oraz S. S. (1). D. K., pełniący obowiązki pierwszego dyżurnego, przeprowadzał w tym czasie zabieg operacyjny i nie uczestniczył w procedurach związanych z przyjęciem P. C. na oddział. Decyzję w tym przedmiocie podjęli rezydent S. S. (1) oraz M. K. (ortopeda w trakcie specjalizacji), po ustnych konsultacjach z pierwszym dyżurnym. U pacjenta zdiagnozowano złamanie przezpanewkowe miednicy ze zwichnięciem tylnym w stawie biodrowym lewym. Wypełniający dokumentację S. S. (1) omyłkowo wpisał, że doszło do urazu po prawej stronie. O przyjęciu decydował lekarz wyznaczony do tej czynności, po zapoznaniu się ze stanem zdrowia chorego. Następnie za chorego odpowiadał lekarza przyjmujący albo operator, jeśli doszło do zabiegu.

Dowód:

- dokumentacja medyczna (...) nr 1 w S. – k. 213
- zeznania świadka T. M. – k. 310-311
- zeznania świadka S. S. (1) – k. 323-324, 811
- zeznania świadka A. B. – k. 326-328, 808v-811
- zeznania świadka M. J. – k. 330-332
- zeznania świadka M. K. – k. 335
- zeznania świadka D. K. – k. 361-363, 820v-823
- pismo (...) nr 1 w S. z dnia 16 maja 2011 roku – k. 652
- regulamin pracy (...) nr 1 w S. wraz z aneksem i zarządzeniem wprowadzającym – k. 663-675
- regulamin porządkowy (...) nr 1 w S. – k. 1002-1022

S. S. (2) zalecił pacjentowi leki przeciwbólowe i przeciwzakrzepowe, ponowienie badań krwi wykonanych na (...)ze, kontrolę ciśnienia tętniczego oraz płynoterapię. M. K., oprócz współdecydowania o przyjęciu P. C. na oddział, nie podejmował w stosunku do niego żadnych dalszych czynności.

Dowód:

- dokumentacja medyczna (...) nr 1 w S. – k. 213
- zeznania świadka S. S. (1) – k. 323-324, 811
- zeznania świadka M. K. – k. 335

P. C. od początku swojego pobytu w (...) nr 1 w S. zachowywał się agresywnie. Pierwotnie nie wyrażał zgody na leczenie. Zmienił zdanie, gdy poinformowano go o konieczności przeprowadzenia po paru dniach zabiegu operacyjnego. Jeszcze w dniu 10 kwietnia 2009 roku jego samopoczucie się poprawiło. Rozmawiał telefonicznie ze swoją konkubiną T. M., która nie zauważyła w jego zachowaniu nic niepokojącego. Następnego dnia odwiedziła go w szpitalu i ponownie nic nie wzbudziło jej obaw ani wątpliwości. P. C. skarżył się jedynie na ból nogi.

Dowód:

- dokumentacja medyczna (...) nr 1 w S. – k. 213
- zeznania świadka T. M. – k. 310-311
- zeznania świadka S. S. (1) – k. 323-324, 811

Wobec P. C. zastosowano standardowe postępowanie medyczne. Złamania tego rodzaju leczy się operacyjnie. Nie podejmuje się interwencji w przeciągu pierwszych paru dni, aby zweryfikować czy w wyniku urazu doszło do krwawienia w obrębie jamy brzusznej. Wyjątkiem jest sytuacja, gdy uraz nie jest zbyt rozległy, a pacjent ustabilizowany. W razie wątpliwości co do krwotoku zasięga się konsultacji chirurgicznej. W trakcie obserwacji monitoruje się stan pacjenta poprzez pomiary ciśnienia tętniczego, kontrolne badania morfologiczne, ewentualnie wykonuje jonogram. Uraz tego typu nie jest zaopatrywany opatrunkiem gipsowym, nie umieszcza się kończyny na wyciągu. Na wybór metody leczenia nie ma wpływu stan trzeźwości pacjenta.

Dowód:

- dokumentacja medyczna (...) nr 1 w S. – k. 213
- zeznania świadka S. S. (1) – k. 323-324, 811
- zeznania świadka A. B. – k. 326-328, 808v-811
- zeznania świadka M. J. – k. 330-332, 811-813
- zeznania świadka D. K. – k. 361-363, 820v-823
- pismo (...) nr 1 w S. z dnia 11 grudnia 2009 roku – k. 374-375
- opinia sądowo-lekarska z dnia 5 lipca 2010 roku – k. 417-434

Powyższe procedury zostały zachowane także w odniesieniu do P. C.. Chory leżał na łamanym łóżku, z miednicą ustawioną pod odpowiednim kątem, nie miał założonego opatrunku gipsowego. Chirurgicznie konsultował go jeszcze w dniu przyjęcia W. M.. Lekarz stwierdził u badanego brzuch miękki i bóle lewego biodra oraz objawy brzuszne

ujemne. W jego ocenie leczenie chirurgiczne nie było potrzebne. Należało w dalszym ciągu obserwować pacjenta w kierunku krwawienia wewnętrznego.

Dowód:

- dokumentacja medyczna (...) nr 1 w S. – k. 213
- zeznania świadka S. S. (1) – k. 323-324, 811
- zeznania świadka M. J. – k. 330-332, 811-813
- zeznania świadka W. M. – k. 340
- zeznania świadka D. K. – k. 361-363, 820v-823
- opinia sądowo-lekarska z dnia 5 lipca 2010 roku – k. 417-434

W dniu 12 kwietnia 2009 roku, w godzinach przedpołudniowych, stan P. C. nie budził niepokoju personelu medycznego. Dyżur na oddziale pełnili w tym czasie D. K., M. J. (specjalista ortopeda) i M. Ł. (lekarz w trakcie specjalizacji). Bezpośrednio pacjentem zajmował się M. J..

Dowód:

- dokumentacja medyczna (...) nr 1 w S. – k. 213
- zeznania świadka S. S. (1) – k. 323-324, 811
- zeznania świadka M. J. – k. 330-332, 811-813
- zeznania świadka D. K. – k. 361-363, 820v-823
- pismo (...) nr 1 w S. z dnia 11 grudnia 2009 roku – k. 374-375
- wyjaśnienia oskarżonego M. Ł. – k. 611-613, 769-771
- pismo (...) nr 1 w S. z dnia 16 maja 2011 roku – k. 652
- kopia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych nr 22/08 wraz z załącznikiem i aneksem – k. 653-657
- kopia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych nr 30/09 – k. 658-660
- zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności pracownika – k. 661-662
- regulamin pracy (...) nr 1 w S. wraz z aneksem i zarządzeniem wprowadzającym – k. 663-675
- regulamin porządkowy (...) nr 1 w S. – k. 1002-1022

W godzinach popołudniowych lekarz M. J. został zawiadomiony przez pielęgniarkę o niemożności nawiązania logicznego kontaktu z P. C.. Pacjent stał się pobudzony, agresywny. Obrażał personel, rzucał elementami wyposażenia sali szpitalnej, opuszczał łóżko i przemieszczał się, co w zwykłych warunkach jest niemal niemożliwe ze względu na towarzyszący temu ból. Zaobserwowano u niego objawy urojeniowe. Chory nie reagował na prośby o pozostanie w łóżku ani na leki uspokajające. Podano mu R. w dawce 20 mg oraz H. w ilości 2,5 mg. Były to relatywnie duże dawki, jednak nie dla osób uzależnionych od alkoholu.

Dowód:

- zeznania świadka M. Z. – k. 129-130
- zeznania świadka A. K. (1) – k. 133-134
- dokumentacja medyczna (...) nr 1 w S. – k. 213
- zeznania świadka J. S. – k. 297-298, 795v-798
- zeznania świadka M. J. – k. 330-332, 811-813
- zeznania świadka D. K. – k. 361-363, 820v-823
- wyjaśnienia oskarżonego M. Ł. – k. 611-613, 769-771

W opanowaniu pacjenta M. J. pomagali pozostali dyżurujący lekarze. P. C. został unieruchomiony pasami, z których jednak się oswobodził. Uraz miednicy nie stanowił przy tym przeciwwskazania dla takiego sposobu postępowania. Pacjentowi nie podawano kolejnych dawek leków uspokajających, gdyż M. J. nie znał ich dawki progowej. Stwierdził u pacjenta objawy majaczenia drżennego (delirium tremens), związanego z rozwojem zespołu odstawiennego. P. C. był bowiem uzależniony od alkoholu, a w warunkach szpitalnych nie miał możliwości jego spożywania.

Dowód:

- dokumentacja medyczna (...) nr 1 w S. – k. 213
- zeznania świadka J. S. – k. 297-298, 795v-798
- zeznania świadka T. M. – k. 310-311
- zeznania świadka M. J. – k. 330-332, 811-813
- zeznania świadka M. K. – k. 335
- zeznania świadka D. K. – k. 361-363, 820v-823
- pismo (...) nr 1 w S. z dnia 11 grudnia 2009 roku – k. 374-375
- wyjaśnienia oskarżonego M. Ł. – k. 611-613, 769-771

Wobec takiego rozpoznania konieczne było skonsultowanie pacjenta przez psychiatrę. W (...) nr 1 czynności z tego zakresu wykonywał A. S. (1) z innej placówki tego szpitala, przy ulicy (...) w S., jednak tylko w dni robocze, w godzinach pracy. Objawy psychotyczne u P. C. wystąpiły w niedzielę, w pierwszy dzień Świąt Wielkanocnych, co oznaczało, że konsultacja psychiatryczna na miejscu byłaby możliwa najwcześniej we wtorek 14 kwietnia 2009 roku. W przypadku natomiast jeżeli wyznaczony lekarz stwierdzi potrzebę niezwłocznej hospitalizacji pacjenta, a zakres udzielanych przez (...) nr 1 usług nie pozwala na przyjęcie, szpital po udzieleniu niezbędnej pomocy zapewnia przewiezienie pacjenta do innego szpitala, po uprzednim porozumieniu z innym szpitalem. O dokonanym rozpoznaniu stanu zdrowia i podjętych czynnościach lekarz dokonuje odpowiedniego wpisu w dokumentacji medycznej.

Dowód:

- dokumentacja medyczna (...) nr 1 w S. – k. 213
- zeznania świadka A. B. – k. 326-328
- zeznania świadka M. J. – k. 330-332, 811-813

- zeznania świadka D. K. – k. 361-363, 820v-823
- pismo (...) nr 1 w S. z dnia 11 grudnia 2009 roku – k. 374-375
- regulamin porządkowy (...) nr 1 w S. – k. 1002-1022

M. J. podjął decyzję o przekazaniu pacjenta do (...) Publicznego (...) Zakładu Opieki Zdrowotnej (...), mieszczącego się w S. przy ulicy (...) ((...)), na oddział zajmujący się detoksyfikacją od alkoholu, gdyż majaczenie drżenne to stan zagrażający życiu. M. J. zasięgnął przy tym konsultacji D. K., pełniącego w tym dniu obowiązki pierwszego lekarza dyżurnego. Decyzja ta była trafna z punktu widzenia ogólnie obowiązujących standardów medycznych, przy czym najwłaściwsze byłoby przeprowadzenie konsultacji na miejscu.

Dowód:

- dokumentacja medyczna (...) nr 1 w S. – k. 213
- zeznania świadka J. S. – k. 297-298, 795v-798
- zeznania świadka S. S. (1) – k. 323-324, 811
- zeznania świadka M. J. – k. 330-332, 811-813
- zeznania świadka M. K. – k. 335
- zeznania świadka D. K. – k. 361-363, 820v-823
- opinia sądowo-lekarska z dnia 5 lipca 2010 roku – k. 417-434
- wyjaśnienia oskarżonego M. Ł. – k. 611-613, 769-771
- regulamin pracy (...) nr 1 w S. wraz z aneksem i zarządzeniem wprowadzającym – k. 663-675
- zeznania świadka A. B. – k. 808v-811
- regulamin porządkowy (...) nr 1 w S. – k. 1002-1022

Przekazanie pacjenta pomiędzy poszczególnymi placówkami medycznymi następowało faktycznie na jeden z dwóch sposobów – poprzez wystawienie skierowania i przekazanie pozostałej dokumentacji medycznej, albo poprzedzając przekazanie dokumentacji, w tym skierowania, na podstawie telefonicznych uzgodnień z ordynatorem lub lekarzem dyżurnym placówki przyjmującej.

Dowód:

- zeznania świadka Ż. B. – k. 293-294, 792-794
- zeznania świadka J. S. – k. 297-298, 795v-798
- zeznania świadka A. B. – k. 326-328, 808v-811
- pismo (...) nr 1 w S. z dnia 11 grudnia 2009 roku – k. 374-375

M. J. zadzwonił w sprawie P. C. najpierw do szpitala przy ulicy (...), stale współpracującego z (...) nr 1. Z uwagi na brak miejsc w tamtejszej placówce, skontaktował się z ordynatorem Oddziału Detoksykacji (...) J. S.. Zreferował mu stan pacjenta, skupiając się na dolegliwościach psychicznych. Wskazał więc, że wystąpiły u niego objawy odstawienia, pobudzenie psychoruchowe i majaczenie drżenne. Poinformował również o tym, że chory jest po urazie biodra.

Wobec wątpliwości wyrażonych przez J. S. M. J. zapewnił, że pacjent nie wymaga na tę chwilę dalszego pobytu na oddziale ortopedycznym. Nie zwracał uwagi na konieczność obserwowania i profilaktyki P. C. pod kątem krwawienia wewnętrznego. J. S. nie wiedział, że pacjent doznał urazu w wyniku wypadku komunikacyjnego.

Dowód:

- zeznania świadka J. S. – k. 297-298, 795v-798
- zeznania świadka M. J. – k. 330-332, 811-813
- zeznania świadka D. K. – k. 361-363, 820v-823
- wyjaśnienia oskarżonego M. Ł. – k. 611-613, 769-771

P. C. w trakcie rozmów telefonicznych odbywanych przez M. J. pilnował M. Ł.. Nie znał dokładnie treści rozmowy, wiedział, czego ogólnie dotyczyła. Znajdował się tam na polecenie współżyrującego, pomagał opanować pacjenta.

Dowód:

- zeznania świadka M. J. – k. 330-332, 811-813
- wyjaśnienia oskarżonego M. Ł. – k. 611-613, 769-771

Niezależnie od dokonanych uzgodnień telefonicznych, M. J. chciał wypełnić wymogi Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie dokumentacji medycznej. Wiedział, że w takich przypadkach wymagane jest skierowanie do innej placówki oraz zlecenie przewozu karetką. Wyzначył lekarza M. Ł. do wystawienia odpowiedniego skierowania.

Dowód:

- zeznania świadka M. J. – k. 330-332, 811-813
- wyjaśnienia oskarżonego M. Ł. – k. 611-613, 769-771
- zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności pracownika – k. 661-662
- opinia sądowno-lekarska z dnia 7 listopada 2011 roku – k. 697-701

M. Ł. dysponował informacjami co do stanu pacjenta. Formularz skierowania wypełnił zgodnie z informacjami uzyskanymi od M. J.. Nie żądał informacji dodatkowych. W punkcie „rozpoznanie” zamieścił wpis następującej treści: „Przebyte nast. st. biodrowego, zespół odstawienny, urojenia, agresja”. Zapis ten był mało czytelny i niejednoznaczny, a sam druk skierowania miał niewłaściwy dla skierowania do szpitala psychiatrycznego format, gdyż w klinice ortopedii lekarze nie dysponowali wszystkimi formularzami. Ze skierowania wynikało, że P. C. przeszedł zabieg ortopedyczny, co jednak nie nakładało na lekarzy psychiatrów obowiązku prowadzenia pogłębionej diagnostyki w tym kierunku. Brak w nim jakichkolwiek informacji co do dalszego postępowania z pacjentem, w tym obserwacji i profilaktyki pod kątem krwawienia wewnętrznego.

Dowód:

- dokumentacja medyczna (...) – k. 198
- zeznania świadka M. J. – k. 330-332, 811-813
- opinia sądowno-lekarska z dnia 5 lipca 2010 roku – k. 417-434
- zeznania świadka M. F. – k. 557-562, 799-799e

- zeznania świadka S. B. – k. 600-603, 800-800a
- wyjaśnienia oskarżonego M. Ł. – k. 611-613, 769-771
- opinia sądowo-lekarska z dnia 7 listopada 2011 roku – k. 697-701
- opinia sądowo-lekarska z dnia 29 kwietnia 2014 roku – k. 880-883
- przesłuchanie biegłych z zakresu medycyny sądowej – k. 927v-930

Przekazując pacjenta do (...), nie załączono jego pełnej dokumentacji medycznej, a jedynie skierowanie wystawione przez M. Ł.. W opinii M. J. było to wystarczające dla spełnienia wymagań formalnych, albowiem P. C. po udzieleniu mu pomocy psychiatrycznej miał ponownie zostać przekazany do (...) nr 1. W dniu 12 września 2009 roku nie została sporządzona karta informacyjna leczenia szpitalnego, nie dostarczono jej do szpitala przy ulicy (...) również w późniejszym terminie. Do (...) nie przekazano też kopii wyników badań. Dokumentacji medycznej nie wydaje się osobom, z którymi nie ma logicznego kontaktu, wobec czego nie dysponował nią P. C.. M. J. nie chciał wręczać jej również transportującym go ratownikom medycznym. W jego opinii dwie osoby nie poradziłyby sobie z opanowaniem pobudzonego pacjenta i z dokumentacją. Stałą praktyką jest jej przekazywanie do placówki przyjmującej w późniejszym terminie. Lekarze (...) nr 1 odmiennie interpretowali te regulacje, wychodząc z założenia, że P. C. nie jest wypisywany ze szpitala, a jedynie czasowo przekazywany.

Dowód:

- dokumentacja medyczna (...) nr 1 w S. – k. 213
- zeznania świadka Ź. B. – k. 293-294, 792-794
- zeznania świadka A. B. – k. 326-328
- zeznania świadka M. J. – k. 330-332, 811-813
- opinia sądowo-lekarska z dnia 5 lipca 2010 roku – k. 417-434
- zeznania świadka M. F. – k. 557-562, 799-799e
- zeznania świadka S. B. – k. 600-603, 800-800a
- wyjaśnienia oskarżonego M. Ł. – k. 769-771

Pod koniec pobytu w (...) nr 1 w S. P. C. był ospały, co wynikało z opóźnionego działania leków. Transport medyczny dla pacjenta nie przyjechał natychmiast po wezwaniu. Do (...) został przewieziony w pasach.

Dowód:

- dokumentacja medyczna (...) – k. 198
- zeznania świadka J. S. – k. 297-298, 795v-798
- zeznania świadka M. J. – k. 330-332, 811-813

Do szpitala przy ulicy (...) w S. pacjent został przyjęty w późnych godzinach wieczornych przez Ź. B., psychiatrę w trakcie specjalizacji. Lekarka dysponowała wiedzą o tym, że chory miał uraz biodra. Informacja na ten temat została zamieszczona w dokumentacji szpitalnej i wszyscy lekarze opiekujący się pacjentem z nią się zapoznawali. Gdyby Ź. B. odczytała, że pacjent jest po zabiegu nastawienia stawu biodrowego, a nie po urazie (jak to zrozumiała) i tak nie stanowiłoby to dla niej przesłanki do zasięgnięcia konsultacji ortopedycznej. Staw biodrowy P. C. był zabezpieczony

ligniną. Sam pacjent był pobudzony psychoruchowo, zdezorientowany, miał halucynacje, ale przy tym wydolny oddechowo i krążeniowo, przez co jego stan somatyczny został oceniony jako dobry. Stwierdzono u niego zespół odstawienny. Chorego zabezpieczono pasami, co jest standardowym postępowaniem w przypadkach majaczenia drżennego, szczególnie w połączeniu z urazem. Pobrano mu krew do badań laboratoryjnych. S. B., również psychiatra w trakcie specjalizacji, dyżurujący wspólnie z Ż. B., zalecił P. C. płynoterapię, leki na obniżenie ciśnienia tętniczego i tętna.

Dowód:

- dokumentacja medyczna (...) – k. 198
- zeznania świadka Ż. B. – k. 293-294, 792-794
- zeznania świadka J. S. – k. 297-298, 795v-798
- zeznania świadka S. B. – k. 303, 600-603, 800-800a
- zeznania świadka T. M. – k. 310-311
- zeznania świadka L. S. (1) – k. 318-321, 799e-800
- zeznania świadka S. S. (1) – k. 323-324
- zeznania świadka M. F. – k. 557-562, 799-799e
- pismo z (...) z dnia 27 kwietnia 2011 roku – k. 623
- pismo z (...) z dnia 18 maja 2011 roku – k. 648
- standardy przyjęcia pacjenta na oddział (...) – k. 649-651

P. C. został przyjęty do (...) bez swojej zgody. Majaczenie drżenne, którego objawy u niego stwierdzono, stanowi najpoważniejsze powikłanie zespołu odstawiennego i jest uznawane za stan zagrożenia życia. Występuje u około 3% pacjentów dotkniętych zespołem zależności alkoholowej. Świadczy o długotrwałym nadużywaniu alkoholu i prowadzi do zgonu w około 15% przypadków.

Dowód:

- dokumentacja medyczna (...) – k. 198
- zeznania świadka Ż. B. – k. 293-294, 792-794
- zeznania świadka J. S. – k. 297-298, 795v-798
- zeznania świadka M. F. – k. 294, 557-562, 799-799e
- zeznania świadka T. M. – k. 310-311
- zeznania świadka L. S. (1) – k. 318-321, 799e-800

W dniu 13 kwietnia 2009 roku lekarzem zajmującym się P. C. był M. F., psychiatra w trakcie specjalizacji. Przedłużył kartę zleceń i dyspozycję stosowania pasów. Jako pierwszy uzyskał z laboratorium wyniki badań krwi pacjenta, które wykazały obniżony poziom hemoglobiny. Stanowiło to przesłankę do monitorowania stanu pacjenta pod kątem postępującej anemizacji i ewentualnego krwawienia wewnętrznego.

Dowód:

- dokumentacja medyczna (...) – k. 198
- zeznania świadka M. F. – k. 294, 557-562, 799-799e
- zeznania świadka L. S. (1) – k. 318-321, 799e-800
- pismo z (...) z dnia 27 kwietnia 2011 roku – k. 623
- pismo z (...) z dnia 18 maja 2011 roku – k. 648

P. C. w trakcie dyżuru M. F. zaczął gorączkować. Jest to częsty objaw towarzyszący zespołowi odstawiennemu. Lekarz zdecydował o włączeniu pacjentowi dożylnie antybiotyku A., w oparciu o wyniki badania osłuchowego płuc, a także z uwagi na to, że w przebiegu majaczenia drżennego obserwuje się spadek odporności. Często podaje im się antybiotyki profilaktycznie, również ze względu na trudności, jakie sprawiają pacjenci podczas badania w związku ze swoim pobudzeniem i agresją.

Dowód:

- dokumentacja medyczna (...) – k. 198
- zeznania świadka M. F. – k. 294, 557-562, 799-799e
- zeznania świadka T. M. – k. 310-311
- zeznania świadka L. S. (1) – k. 318-321, 799e-800

L. S. (2), psychiatra w trakcie specjalizacji, była lekarzem prowadzącym P. C.. Kontakt z pacjentem miała dopiero 14 kwietnia 2009 roku, ponieważ w dniu przyjęcia pacjentem opiekował się nim lekarz dyżurny. W dni robocze do godziny 15.00 odpowiedzialność za pacjenta ponosi lekarz prowadzący. Jako że P. C. został przywieziony do szpitala (...) w nocy, za pierwszy dzień jego pobytu uznano 13 kwietnia 2009 roku.

Dowód:

- dokumentacja medyczna (...) – k. 198
- zeznania świadka J. S. – k. 297-298, 795v-798
- zeznania świadka L. S. (1) – k. 318-321, 799e-800
- zeznania świadka M. F. – k. 557-562, 799-799e
- pismo z (...) z dnia 27 kwietnia 2011 roku – k. 623

Lekarka opisała w dokumentacji przyjęcie P. C. z dnia 12 kwietnia 2009 roku. Wiedziała, że jego przekazanie z (...) nr 1 było uzgodnione z J. S.. Według jej informacji pacjent nie wymagał już hospitalizacji na oddziale ortopedycznym. Dysponowała niepełną dokumentacją medyczną, ograniczoną do skierowania wystawionego przez M. Ł. i wynikami badań przeprowadzonych w (...). Nie zwracała się do (...) nr 1 o dostarczenie karty informacyjnej, gdyż standardowo to ta jednostka powinna przekazać komplet dokumentów wraz z pacjentem.

Dowód:

- dokumentacja medyczna (...) – k. 198

- zeznania świadka L. S. (1) – k. 318-321, 799e-800

W dniu 14 kwietnia 2009 roku P. C. wykazywał objawy typowe dla majaczenia drżennego. Nie było z nim kontaktu logicznego, przejawiał agresję słowną, nadmiernie się pocił, miał halucynacje wzrokowe i słuchowe. Jego parametry życiowe były przy tym w normie, zachowywał wydolność krążeniową i oddechową. Przez cały czas pozostawał zabezpieczony pasami. Okoliczność ta zwiększała zagrożenie zakrzepicą, przez co L. S. (1) zaordynowała profilaktyczne stosowanie heparyny. Zleciła również wykonanie zdjęcia RTG płuc pacjenta z uwagi na zaostyczny szmer pęcherzykowy i podejrzenie zapalenia płuc, które jednak się nie potwierdziło. U chorego utrzymywano płynoterapię, albowiem nie przyjmował żadnych pokarmów ani napojów. Zestawienie wyników badań morfologicznych krwi z dnia 13 i 14 kwietnia 2009 roku wskazywało na postępującą anemizację pacjenta, choć wynik kontrolny był lepszy od poprzedniego. Niedokrwistość jest powszechna u osób dotkniętych zespołem zależności alkoholowej, co wiąże się z niedożywieniem i uszkodzeniami wątroby. W przypadku P. C. była nasiloną z uwagi na rozrzedzenie krwi w następstwie płynoterapii. Pacjent nie miał innych objawów anemii poza laboratoryjnymi.

Dowód:

- dokumentacja medyczna (...) – k. 198
- zeznania świadka J. S. – k. 297-298, 571-572, 795v-798
- zeznania świadka L. S. (1) – k. 318-321, 799e-800
- opinia sądowo-lekarska z dnia 5 lipca 2010 roku – k. 417-434
- pisemna informacja biegłych z dnia 7 lutego 2011 roku – k. 454
- zeznania świadka M. F. – k. 557-562, 799-799e
- pismo z (...) z dnia 27 kwietnia 2011 roku – k. 623
- opinia sądowo-lekarska z dnia 7 listopada 2011 roku – k. 697-701
- opinia sądowo-lekarska z dnia 29 kwietnia 2014 roku – k. 880-883

Na Oddziale Detoksykacji od Alkoholizmu (...) P. C. zajmował łóżko na korytarzu. Umożliwiło to jego bieżącą obserwację. Jego parametry życiowe były monitorowane ze zwiększoną częstotliwością wobec tego, że był zabezpieczony pasami. W początkowym okresie kontrola miała miejsce co 4 godziny, w późniejszym co 6. Personel medyczny sprawdzał stan pacjenta co 15 minut.

Dowód:

- dokumentacja medyczna (...) – k. 198
- zeznania świadka T. M. – k. 310-311
- zeznania świadka L. S. (1) – k. 318-321, 799e-800
- zeznania świadka S. B. – k. 600-603, 800-800a

Po L. S. (1) dyżur na oddziale pełnił ordynator J. S.. Zdecydował o wypięciu P. C. z pasów, jako że ten się uspokoił i przysypiał. Lekarz zalecił odstawienie Relanium. Niepokoila go nadmierna senność pacjenta, wykraczająca poza standardowe nasilenie tego objawu po ustaniu majaczenia drżennego. Niemniej ciśnienie tętnicze krwi chorego pozostawało w normie, a jego stan był stabilny. Kontynuowano antybiotykoterapię.

Dowód:

- dokumentacja medyczna (...) – k. 198
- zeznania świadka J. S. – k. 297-298, 795v-798
- zeznania świadka L. S. (1) – k. 318-321, 799e-800
- zeznania świadka M. F. – k. 557-562, 799-799e
- pismo z (...) z dnia 27 kwietnia 2011 roku – k. 623

W dniu 15 kwietnia 2009 roku stał się możliwy kontakt logiczny z pacjentem. Odpowiadał niechętnie na zadawane mu pytania, ale przyznał, że dobrze się czuje. Odczuwał zmęczenie, co było uzasadnione wyjściem ze stanu majaczenia drżennego. Nie odczuwał dolegliwości bólowych. Nie orientował się co do stanu swojego biodra i nogi, nie umiał wyjaśnić mechanizmu powstania uwidaczniającego się krwiaka. P. C. nie podnosił się z łóżka, co również jest typowe z uwagi na zaburzenia równowagi w przebiegu majaczenia drżennego. J. S. zalecił utrzymywanie z pacjentem logicznego kontaktu i zmniejszanie dawek R..

Dowód:

- dokumentacja medyczna (...) – k. 198
- zeznania świadka J. S. – k. 297-298, 571-572, 795v-798
- zeznania świadka L. S. (1) – k. 318-321, 799e-800
- pismo z (...) z dnia 27 kwietnia 2011 roku – k. 623

Około godziny 11.00 u chorego wystąpiły problemy oddechowe, co odbiegało od standardowych następstw majaczenia drżennego. Pacjentowi uniesiono wezgiłowie łóżka i podano tlen. W wyniku przeprowadzenia badań osłuchowych stwierdzono ciężki oddech. P. C. miał też napięty brzuch, mimo że nie zgłaszał bólu. Dyżurująca w tym czasie L. S. (1) nie miała pełnych możliwości zdiagnozowania pacjenta, z uwagi na brak w (...) oddziałów internistycznego i chirurgicznego oraz bardzo ograniczonego zakresu działalności laboratorium (wykonywano jedynie morfologię, jonogram i gazometrię).

Dowód:

- dokumentacja medyczna (...) – k. 198
- zeznania świadka L. S. (1) – k. 318-321, 799e-800
- pismo z (...) z dnia 27 kwietnia 2011 roku – k. 623

U P. C. nastąpił spadek ciśnienia tętniczego krwi, nasilała się duszność. Pacjent stał się niespokojny i zalęknioty. Lekarze psychiatrzy zwrócili się z prośbą o konsultację do anestezyjologa z Oddziału Intensywnej Terapii (...) E. K.. Lekarka nie wiedziała, że pacjent doznał złamania stawu biodrowego w następstwie wypadku komunikacyjnego. Zamieściła w dokumentacji medycznej adnotację o urazie z uwagi na zaobserwowane zasinienie okolicy lewego stawu biodrowego. W trakcie badania pacjent oddychał samodzielnie, jednak kontakt z nim był znacznie ograniczony, miał zamgloną świadomość. Występowały u niego zimne poty, a jego parametry życiowe odbiegały od normy. E. K. stwierdziła u P. C. powiększenie i napięcie jamy brzusznej, jednak bez dolegliwości bólowych. Podejrzewała atonię jelit, zaburzenia jonowe, urazy jelita, wątroby lub śledziony. Dopuszczała ponadto, że u pacjenta doszło do krwawienia wewnętrznego.

Dowód:

- dokumentacja medyczna (...) – k. 198
- zeznania świadka J. S. – k. 297-298, 795v-798
- zeznania świadka L. S. (1) – k. 318-321, 799e-800
- zeznania świadka E. K. – k. 369, 828v-829v

E. K. nie wskazywała na konieczność przeniesienia P. C. na Oddział Intensywnej Terapii, ponieważ w jej ocenie pacjent wymagał konsultacji chirurgicznej ze względu na zasinienie biodra i potencjalne krwawienie wewnętrzne. W (...) nie było oddziału chirurgicznego, wobec czego chory został przewieziony do (...) im. prof. A. S. (2) w S. – Z. na konsultację chirurgiczną i internistyczną. Czas oczekiwania na transport medyczny wynosił około 20 minut, albowiem szpital przy ulicy (...) nie dysponował własną karetką. W tym czasie L. S. (1) wykonała kserokopię dokumentacji medycznej pacjenta i wypisała dwie prośby o konsultację. Nie było to formalne przekazanie chorego, wobec czego nie wystawiała skierowania ani karty informacyjnej leczenia szpitalnego. Odbył się to zgodnie z obowiązującymi zasadami i przepisami.

Dowód:

- dokumentacja medyczna (...) – k. 198
- dokumentacja medyczna (...) im. prof. A. S. w S.-Z. – k. 206
- zeznania świadka Z. K. – k. 277
- zeznania świadka A. K. (2) – k. 281-282, 794v-795v
- zeznania świadka J. S. – k. 297-298, 795v-798
- zeznania świadka L. S. (1) – k. 318-321, 799e-800
- zeznania świadka S. S. (1) – k. 323-324
- zeznania świadka E. K. – k. 369, 828v-829v
- opinia sądowo-lekarska z dnia 5 lipca 2010 roku – k. 417-434

Na Izbie Przyjęć Szpitala w Z. P. C. miał szybką akcję serca, wzdęty brzuch, przyspieszony oddech, brak perystaltyki i dolegliwości bólowych. Nie wyrażał zgody na hospitalizację ani na ewentualny zabieg operacyjny. Zajmowała się nim internista A. K. (2), doświadczony lekarz. Przy przyjęciu obecny był także anestezjolog R. K.. Żaden z członków personelu medycznego tej placówki nie wiedział, że pacjent jest po wypadku komunikacyjnym. Jedyna informacja o doznanym przez niego urazie pochodziła z adnotacji E. K.. Nie mówiła o tym nawet obecna na miejscu konkubina P. C., T. M..

Dowód:

- pismo (...) im. prof. A. S. w S.-Z. z dnia 20 kwietnia 2009 roku – k. 41
- dokumentacja medyczna (...) im. prof. A. S. w S.-Z. – k. 206
- zeznania świadka R. K. – k. 243, 791-791v
- zeznania świadka B. K. – k. 246-247, 798v-799

- zeznania świadka G. N. – k. 268
- zeznania świadka Z. K. – k. 277
- zeznania świadka A. K. (2) – k. 281-282, 794v-795v
- zeznania świadka E. K. – k. 369, 828v-829v

Pacjenta przeniesiono z Izby Przyjęć bezpośrednio na Oddział IV Chorób Wewnętrznych. Stwierdzono u niego niedokrwistość i niski poziom glukozy we krwi. Stan pacjenta określono na średnio ciężki, ze wskazaniem na ciężki, był to stan przedwstrząsowy. Chory pozostawał w logicznej kontakcie, trudności z komunikacją następowały jedynie okresowo, łącznie z pobudzeniem. Sygnalizował, że jest mu słabo i duszno, negował dolegliwości bólowe. Był widocznie osłabiony.

Dowód:

- dokumentacja medyczna (...) im. prof. A. S. w S.-Z. – k. 206
- zeznania świadka R. K. – k. 243
- zeznania świadka G. N. – k. 268
- zeznania świadka A. K. (2) – k. 281-282, 794v-795v
- zeznania świadka T. M. – k. 310-311

A. K. (2) diagnozowała pacjenta również pod kątem ewentualnej zatorowości płucnej. W oparciu o wykonane zdjęcie RTG jamy brzusznej, wspólnie z radiologiem, wstępnie stwierdziła u P. C. niedrożność jelit. Konsultowała się telefonicznie z innym internistą, G. N.. W związku z takim rozpoznaniem zwróciła się o pomoc do rezydenta w trakcie specjalizacji z chirurgii B. K., który z kolei zasięgał porady A. Ż., pierwszego lekarza dyżurnego na oddziale chirurgicznym.

Dowód:

- dokumentacja medyczna (...) im. prof. A. S. w S.-Z. – k. 206
- zeznania świadka B. K. – k. 246-247, 798v-799
- zeznania świadka G. N. – k. 268
- zeznania świadka Z. K. – k. 277
- zeznania świadka A. K. (2) – k. 281-282, 794v-795v

B. K. potwierdził, że u chorego doszło do porażennej niedrożności jelit. Nie jest to samoistne schorzenie, a jedynie objaw. Nie leczy się go operacyjnie, a jedynie przyczynowo. Może dojść do niego w wyniku urazu, jednak specjaliści ze szpitala w Z. nie mieli podstaw do podejrzewania takiego źródła powikłań u P. C.. Żaden z nich nie wiedział, że pacjent był po urazie. Przypuszczali, iż jest to skutek zaawansowanej choroby alkoholowej tym bardziej, że sam P. C. nie wspominał o wypadku komunikacyjnym ani nie odczuwał dolegliwości bólowych ze strony brzucha. Dysponując wiedzą o uszkodzeniu stawu biodrowego u pacjenta, lekarze zwróciliby się o konsultację do ortopedy.

Dowód:

- pismo (...) im. prof. A. S. w S.-Z. z dnia 20 kwietnia 2009 roku – k. 41

- dokumentacja medyczna (...) im. prof. A. S. w S.-Z. – k. 206
- zeznania świadka B. K. – k. 246-247, 798v-799
- zeznania świadka Z. K. – k. 277
- zeznania świadka A. K. (2) – k. 281-282, 794v-795v

W dniu 16 kwietnia 2009 roku, o godzinie 7:05, P. C. zmarł w Szpitalu (...) im. prof. A. S. (2) w S.-Z.. Jego zgon był zaskoczeniem dla opiekujących się nim lekarzy, jako że jego stan był wprawdzie ciężki, ale stabilny. Z tego względu zdecydowano o przeprowadzeniu sekcji zwłok w trybie administracyjnym. Dopiero w jej wyniku okazało się, że pacjent miał poważny uraz stawu biodrowego. Stanowiło to przeciwwskazanie do umieszczenia go na oddziale internistycznym, jednak stan ten nie był wcześniej znany.

Dowód:

- pismo (...) im. prof. A. S. w S.-Z. z dnia 20 kwietnia 2009 roku – k. 41
- protokół sądowo-lekarskich oględzin i otwarcia zwłok – k. 144
- protokół sekcji zwłok (...) P. z dnia 24 kwietnia 2009 roku – k. 163-173
- zeznania świadka J. C. – k. 203, 771-771v
- dokumentacja medyczna (...) im. prof. A. S. w S.-Z. – k. 206
- zeznania świadka B. K. – k. 246-247, 798v-799
- zeznania świadka G. N. – k. 268
- zeznania świadka Z. K. – k. 277
- zeznania świadka A. K. (2) – k. 281-282, 794v-795v
- zeznania świadka T. M. – k. 310-311
- zeznania świadka L. S. (1) – k. 318-321, 799e-800
- zeznania świadka S. S. (1) – k. 323-324, 811

Ostateczną przyczyną śmierci P. C. stanowiły zator tłuszczowy oraz niewydolność krążeniowo – oddechowa, do których doszło w następstwie krwaka i zatorowości tłuszczowej płuc wywołanych urazem.

Dowód:

- protokół sekcji zwłok (...) P. z dnia 24 kwietnia 2009 roku – k. 163-173
- opinia sądowo-lekarska z dnia 5 lipca 2010 roku – k. 417-434
- oświadczenie M. J. – k. 818
- zeznania świadka M. J. – k. 829v-830v
- opinia sądowo-lekarska z dnia 29 kwietnia 2014 roku – k. 880-883
- przesłuchanie biegłych z zakresu medycyny sądowej – k. 927v-930

M. Ł. ma 36 lat. Jest ojcem dwójki dzieci, które ma na utrzymaniu. Po zakończeniu zatrudnienia w (...) nr 1 w S., prowadzi jako lekarz o specjalizacji z zakresu ortopedii i traumatologii narządów ruchu, własną działalność gospodarczą z dochodem około 5000 – 6000 zł miesięcznie. Na dzień 16 października 2012 roku był współwłaścicielem domu o powierzchni 180 m², samochodu oraz posiadał oszczędności rzędu 20.000 – 30.000 zł. Nie był karany.

Dowód:

- dane osobopoznawcze – k. 627
- oświadczenie – k. 769, 900v
- informacja z Krajowego Rejestru Karnego – k. 530, 825, 867, 920

Przesłuchiwany w charakterze podejrzanego w dniu 5 kwietnia 2011 roku M. Ł. nie przyznał się do popełnienia zarzucanego mu czynu. Odmówił składania wyjaśnień do czasu zapoznania się z treścią opinii sądowo-lekarskiej z dnia 5 lipca 2010 roku.

Wyjaśnienia złożył w dniu 4 maja 2012 roku. Nie przyznał się wówczas do popełnienia przestępstwa, podał, że wypisanie skierowania to była wyjątkowa sytuacja, stwierdził, że nie wie kto jest odpowiedzialny za przygotowanie i przekazanie dokumentacji medycznej. Wskazał, że nie słyszał rozmowy M. J. z osobą ze szpitala psychiatrycznego.

Podczas rozprawy w dniu 16 października 2012 roku oskarżony nie przyznał się do zarzucanego mu czynu i złożył wyjaśnienia. Oświadczył, iż P. C. został przekazany na konsultację do szpitala psychiatrycznego, zaś on sam podejmował czynności polegające na uspokajaniu pokrzywdzonego. Wiedział o planowanym zabiegu operacyjnym biodra P. C., zaś skierowanie wypełniał na polecenie M. J..

Dowód :

- wyjaśnienia M. Ł. – k. 481, 611-612, 769-771

Sąd Rejonowy zważył, co następuje:

Podstawą wskazanych ustaleń faktycznych była przede wszystkim dokumentacja leczenia P. C., uzupełniona innymi dowodami.

W ocenie sądu dokumentacja medyczna pacjenta była autentyczna, nie nosiła bowiem jakichkolwiek oznak świadczących o podrobieniu czy przerabianiu, nikt też nie sugerował takich okoliczności. Potwierdzała przebieg leczenia P. C..

Podstawą ustaleń sądu były także inne uzyskane w sprawie dokumenty, w tym materiały otrzymane ze (...) nr 1 w S., dotyczące stosunku pracy oskarżonego i zasad funkcjonowania szpitala. Dokumenty dotyczące zdarzenia drogowego z dnia 10 kwietnia 2009 roku także były wiarygodne i pozwoliły na odtworzenie pierwotnej przyczyny schorzenia zaistniałego u P. C..

Za częściowo niewiarygodne sąd uznał wyjaśnienia M. Ł.. W określonych aspektach były sprzeczne z regułami logiki i doświadczenia życiowego. W swych relacjach oskarżony stwierdzał, że P. C. przewożony był do szpitala psychiatrycznego na konsultację, w innym miejscu podawał, że decyzja o przekazaniu pacjenta została wywołana zaistnieniem nagłej potrzeby. Ostatecznie jednak to on wystawił skierowanie do innego szpitala, co nawet niedoświadczonemu lekarzowi nakazuje przyjęcie, że pacjent zostanie wypisany. Nadto istotne z punktu widzenia niniejszego postępowania regulacje nie przewidują takiej możliwości jak konsultacja poza zakładem opieki zdrowotnej. M. Ł. podkreślał, a za nim jego obrońca, że jego zachowanie nosiło jedynie znamię czynności technicznej, polegającej na wypisaniu skierowania na polecenie innego lekarza i pod jego nadzorem, czym wymienieni

bagatelizowali znaczenie takiego dokumentu. Obaj natomiast wskazywali na zaniechania i brak kompetencji lekarzy w szpitalu psychiatrycznym, chociaż nawet dla przeciętnej osoby oczywistym jest, że psychiatrzy cechują się mniejszą wiedzą w zakresie leczenia złamań biodra, względem ortopedów. Zwracali również uwagę na fakt wykonywania czynności na polecenie i pod nadzorem innych osób. Taką interpretacją ewidentnie starali się umniejszyć znaczenie zachowania oskarżonego, tj. wypisania skierowania. Jednak przyjęta linia obrony nie zasługuje na uwzględnienie, a dalsze rozważania odpowiadają na pytanie jakie znaczenie w procesie leczenia P. C. miało wystawione w dniu 12 kwietnia 2009 roku skierowanie.

Zasadniczo wiarygodne były zeznania przesłuchanych w sprawie świadków. Wynikał z nich logiczny przebieg zdarzeń i znajdowały one swoje odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej sporządzanej w toku terapii P. C..

Sąd uznał jedynie za częściowo wątpliwe oświadczenia współpracowników M. Ł. z (...) nr 1, w szczególności M. J.. Były one w pewnych fragmentach sprzeczne z innymi ustaleniami w sprawie. W szczególności nie przekonały twierdzenia o przekazaniu pełnej informacji medycznej J. S.. Logicznym, a zarazem zgodnym z doświadczeniem życiowym, następstwem kompletnego poinformowania ordynatora oddziału detoksyfikacyjnego, byłoby posiadanie przez pracowników tej jednostki jakichkolwiek konkretnych informacji w przedmiocie stanu stawu biodrowego pokrzywdzonego. Fakt przekazywania i leczenia pacjenta z ryzykiem krwotoku wewnętrznego i złamanym stawem biodrowym, powinien bez wątpienia odbić się w pamięci J. S., innych lekarzy tego szpitala, a także zyskać odzwierciedlenie w dokumentacji z (...). Istotną cechą relacji M. J., D. K., ale i innych świadków ze szpitala przy ul. (...), a związanych zawodowo z oskarżonym było to, że używali oni określeń wysoce ogólnych opisując przedmiotową rozmowę, a w miejsce podawania faktów, dokonywali subiektywnych ocen. Osoby te miały niekiedy również status podejrzanych w niniejszej sprawie, co też mogło wpłynąć na ich depozycje. Z jednej strony mogli chronić dobre imię własne, oskarżonego i podmiotu, w którym pracują. Z drugiej zaś, M. J., w sytuacji gdy pacjent zachowywał się w sposób agresywny, mógł w stanie presji czasowej i ryzyka nieprzyjęcia na oddział psychiatrii, udzielić telefonicznie ograniczonej informacji co do realnego stanu zdrowia P. C.. Zaistniały zatem przesłanki do uznania częściowej niewiarygodności ich oświadczeń.

Brak było podstaw, by odmówić waloru wiarygodności zeznaniom świadków zatrudnionych w szpitalu w Z.. Realizowali dalsze czynności diagnostyczne i terapeutyczne, w oparciu o posiadane informacje. Nie byli uczestnikami procedury przekazania P. C.. Za pewne sąd uznał także zeznania J. S. i innych lekarzy (...). Jak już wcześniej wspomniano, tak jaskrawy, znaczący w procesie leczenia i istotny dla stanu zdrowia pacjenta, fakt, jak ryzyko krwawienia wewnętrznego, winien odbić się w pamięci świadków, co nie miało miejsca. Powołane już zasady doświadczenia życiowego i reguły logiki nie stoją w sprzeczności z twierdzeniami tych lekarzy o braku należytej informacji ze strony ortopedów z Unii L.. Gdyby taka informacja została przekazana, to znalazłaby się w dokumentacji medycznej lekarzy z (...), a nie usiłowałiby oni zdiagnozować pacjenta od początku. Zauważyć trzeba, że J. S. również opiekował się pacjentem P. C., a z zebranych danych nie płynie wnioski, aby i on monitorował stan chorego w zakresie krwawienia wewnętrznego. Jeżeli informacja o ryzyku wystąpienia takiego pogorszenia zdrowia chorego została przekazana w rozmowie telefonicznej, to przede wszystkim on, jako uczestnik bezpośredniej rozmowy, przedsięwziąłby konieczne czynności, w tym wezwał na konsultację odpowiedniego specjalistę.

Równie prawdziwe były dokumenty dotyczące zdarzenia drogowego, w którym ucierpiał pokrzywdzony. Brak było podstaw by je kwestionować. Co do zasady sąd nadał przymiot wiarygodności oświadczeniom osób najbliższych, w tym T. M.. Jej zeznania, względem depozycji innych osób, były sprzeczne tylko w zakresie ułożenia nogi pokrzywdzonego na wyciągu w (...) nr 1, jednak sprzeczność ta dla rozstrzygnięcia sprawy miała charakter marginalny.

Wiarygodne w zasadniczych wnioskach dla oskarżonego były również opinie i oświadczenia biegłych z zakresu medycyny sądowej, choć budziły pewne zastrzeżenia. Ze względu więc na pojawiające się w toku postępowania wątpliwości, sąd musiał ocenić te dowody we wzajemnym powiązaniu. Zaznaczyć jednak trzeba, że opinie, a ostatecznie także przesłuchanie biegłych, czego dokonano z udziałem stron w drodze telekonferencji, usunęły poszczególne wątpliwości. Należy też podkreślić, że opinie zostały wykonane przez osoby cechujące się adekwatnym poziomem wiedzy specjalnej i doświadczenia zawodowego zatrudnione w instytucji specjalizującej się w medycynie

sądowej. Mając możliwość osobistego kontaktu z biegłymi w toku ich przesłuchania, sąd utwierdził się w tym przekonaniu. Biegli władali wiedzą istotną dla rozstrzygnięcia sprawy oraz potrafili uargumentować swoje tezy. Opinie te z czasem, w związku z poszerzeniem materiału dowodowego, szczególnie o opisy lekarzy, rozwiązywały powstałe w sprawie wątpliwości, stąd należy je omówić chronologicznie. Następnie konkluzje opinii wymagały oceny z perspektywy obowiązujących w chwili czynu regulacji.

Pierwsza z opinii wiązała się z sądowno – lekarskimi oględzinami wewnętrznymi ciała P. C. i została sporządzona przez (...) w S. (k. 163 – 173). Opisywała ona stan zwłok pokrzywdzonego, zaistniałego u niego schorzenia, jednak odmiennie niż późniejszych opiniach wskazywano na przyczynę śmierci.

Kolejne opinie i przesłuchanie biegłych z Zakładu Medycyny Sądowej w K. odsłaniały szczegółowo mechanizm śmierci P. C. i istotne dla rozstrzygnięcia sprawy M. Ł., aspekty postępowania lekarskiego.

Opinia wstępna (k. 417 – 434) zawierała sprawozdanie z badania przez biegłych materiałów sprawy, które im udostępniono oraz wstępne ich ustalenia co do uchybień w postępowaniu z P. C.. Druga z opinii (k. 697 – 701) dotyczy zasadniczo postępowania z pacjentem w (...), jednak porusza także kwestie wystawienia skierowania, wskazując na brak danych świadczących o nieistnieniu uprawnienia do wystawienia tego dokumentu. Trzecia z opinii (k. 880 – 883) dotyczyła zagadnienia związku przyczynowego pomiędzy niepełnym poinformowaniem lekarzy z psychiatrii o stanie zdrowia pokrzywdzonego, a zaistnieniem stanu narażenia na niebezpieczeństwo utraty życia. Wreszcie, aby usunąć artykułowane przez obrońcę oskarżonego wątpliwości, sąd zdecydował się na przesłuchanie biegłych (k. 927v – 930). Wówczas biegli wskazali na obowiązki M. Ł., zasady sporządzania i obiegu dokumentów, relację pomiędzy jego zachowaniem, a stanem niebezpieczeństwa oraz możliwy tryb leczenia pokrzywdzonego.

Należało w konsekwencji ocenić, czy na gruncie ujawnionych faktów, zachowanie M. Ł. wypełniło znamiona czynu zabronionego i jaki był to czyn.

Sąd posiłkując się opiniami biegłych badał więc unormowania związane z udzielaniem świadczeń medycznych P. C., mając na uwadze stan prawny z czasu popełnienia czynu zarzuconego oskarżonemu.

Świadczeniem zdrowotnym zgodnie z ustawą o Zakładach Opieki Zdrowotnej z dnia 30 sierpnia 1991 roku (dalej u.z.o.z.), są działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania.

Artykuł 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry z dnia 5 grudnia 1996 roku (dalej u.z.l.), stanowi, iż lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. Lekarz ma obowiązek prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta (art. 41 ust. 1 u.z.l.).

Stosownie do treści art. 18 ust. 1 u.z.o.z. zakład opieki zdrowotnej jest obowiązany prowadzić dokumentację medyczną osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych zakładu, a stosownie do ust. 4a tego artykułu, dokumentacja ta jest udostępniana poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (dalej r.d.m.), a nie już nieobowiązujące w chwili czynu, a wskazywane przez prokuratora nawet w zarzucie z dnia 17 grudnia 1992 roku, dzieli ją na dokumentację zbiorczą i indywidualną (§ 1 pkt 1 r.d.m.). Dokumentacja indywidualna podzielona jest na dokumentację indywidualną wewnętrzną przeznaczoną na potrzeby zakładu oraz dokumentację indywidualną zewnętrzną przeznaczoną na potrzeby pacjenta korzystającego ze świadczeń zdrowotnych udzielanych w zakładzie. (§ 5 pkt 1 r.d.m.). Dokumentacją indywidualną zewnętrzną są w szczególności: skierowania na badania diagnostyczne i konsultacje, zaświadczenia, orzeczenia, opinie lekarskie, karta przebiegu ciąży oraz karty informacyjne z leczenia szpitalnego, a co wymaga podkreślenia skierowania do szpitala, innego zakładu lub innej osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych poza

zakładem (§ 5 pkt 3 r.d.m.). Dokumentacja indywidualna zawiera istotne informacje dotyczące stanu zdrowia i choroby oraz procesu diagnostycznego, leczniczego, pielęgnacyjnego uzyskane w toku badania lub konsultacji, w szczególności zalecenia (§ 6 pkt 6 lit c r.d.m.). Dokumentację podpisuje pracownik zakładu zgodnie z uprawnieniami zawodowymi i ustalonym w zakładzie zakresem czynności (§ 2 r.d.m.).

W razie braku możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej określonych w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z przyczyn leżących po stronie szpitala lub w związku z wystąpieniem siły wyższej, świadczeniodawca zapewnia, w przypadku, o którym stanu nagłego, udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej przez innego świadczeniodawcę (art. 19 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (dalej u.ś.z.). Zasadniczo przyjęcie do innego szpitala uwarunkowane jest wcześniejszym wypisaniem pacjenta i odbywać się winno na podstawie skierowania, o czym mowa w art. 58 u.ś.z.. Wyjątkiem może być sytuacja, gdy pacjent przekazywany jest w stanie nagłym, co jednak nie wymaga skierowania (vide art. 60 u.ś.z.). Rozwijającą w tym zakresie regulację zawierał § 51 ust. 16, wydany na podstawie art. 18a u.z.o.z., a dołączony dopiero przez sąd, istotny w sprawie regulamin porządkowy (...) nr 1 w S. (k. 1002 – 1022), którego dołączenia prokurator zaniechał (vide k. 621), zadawalając się mało znaczącym w procesie leczenia regulaminem pracy (k. 663 – 675). Zgodnie z powołanym § 51 ust. 16 regulaminu porządkowego w przypadku jeżeli wyznaczony lekarz stwierdzi potrzebę niezwłocznej hospitalizacji pacjenta, a zakres udzielanych przez (...) nr 1 usług nie pozwala na przyjęcie, szpital po udzieleniu niezbędnej pomocy zapewnia przewiezienie pacjenta do innego szpitala, po uprzednim się porozumieniu z innym szpitalem.

Z kolei Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 listopada 1995 roku regulujące szczegółowy sposób działania szpitala psychiatrycznego w sprawach przyjmowania oraz wypisywania ze szpitala psychiatrycznego określało wzór skierowania do zakładu psychiatrycznego i przewidywało odpowiednią przestrzeń dla opisanego stanu zdrowia pacjenta.

Dodatkowo M. Ł. był zobowiązany zakresem obowiązków do rzetelnego sporządzania dokumentacji medycznej (k. 661).

Powyższe wskazuje na istnienie szczególnego prawnego obowiązku M. Ł., nakierowanego na zapobiegnięcie skutkowi w postaci narażenia P. C. na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Był on lekarzem podejmującym się wobec pacjenta świadczenia medycznego, w tym wyznaczonym przez przełożonego do sporządzenia skierowania. Jego działanie miało charakter organizacyjny i nie stanowiło wykonywania procedury medycznej jaką mogłoby być badanie diagnostyczne czy operacja. Niemniej jednak będąc lekarzem i wypisując na polecenie innej osoby skierowanie, przyjął na siebie odpowiedzialność za życie i zdrowie P. C.. Inne rozumowanie prowadziłoby do nie mogących zyskać aprobaty wniosków, polegających na uznaniu, że nie mogłaby odpowiadać za czyn zabroniony osoba, która działa pod czyjś nadzorem i na czyjeś polecenie. Nie ma więc racji obrońca oskarżonego, że zachowanie oskarżonego nie pozostaje w adekwatnym związku przyczynowym ze skutkiem, który jednak, wbrew zarzutowi aktu oskarżenia, nie polega na zgodzie pacjenta, a narażeniu na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Odwracając argumentację strony oskarżonej, upatrującą brak związku przyczynowego w nie przekazaniu dokumentacji leczenia pacjenta, przy rozważeniu co by się stało, gdyby M. Ł. nie wystawił skierowania, należy stwierdzić, że gdyby wymieniony prawidłowo sporządził skierowanie, skutek by nie nastąpił, nawet przy braku dalszej dokumentacji. Już ta interpretacja przekonuje, że w omawianym przypadku równolegle mogło istnieć kilka współprzyczyn wskazanego skutku w adekwatnym związku, które mogły go wyeliminować. W związku ze skierowaniem aktu oskarżenia jedynie przeciwko oskarżonemu, sąd interpretował tylko jego zachowanie, w tym poprzez stopień winy i społecznej szkodliwości, oczywiście nie oceniając go abstrakcyjnie, a w powiązaniu z zaniechaniami innych osób, których zaniechań prokurator nie zauważył, przyjmując bezrefleksyjnie opinie biegłych.

Należy bowiem pamiętać, że czyn określony w art. 160 § 1 k.k. popełnia ten, kto naraża człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Jeżeli na sprawcy ciąży obowiązek opieki nad osobą narażoną na niebezpieczeństwo ustawodawca w art. 160 § 2 k.k. przewiduje karę surowszą. Jeśli jednak sprawca

czynu określonego w art. 160 § 1 lub 2 k.k. działa nieumyślnie, ustawa karna przewiduje karę łagodniejszą, o czym mowa w paragrafie 3 przedmiotowego artykułu. Czyn zabroniony popełniony jest nieumyślnie, jeżeli sprawca nie mając zamiaru jego popełnienia, popełnia go jednak na skutek niezachowania ostrożności wymaganej w danych okolicznościach, mimo że możliwość popełnienia tego czynu przewidywał albo mógł przewidzieć (art. 9 § 2 k.k.). Odpowiedzialności karnej za przestępstwo skutkowe popełnione przez zaniechanie podlega ten tylko, na kim ciążył prawny, szczególny obowiązek zapobiegnięcia skutkowi (art. 2 k.k.), a osoba taka określana jest w doktrynie i judykaturze mianem gwaranta.

Aby stwierdzić zaistnienie sprzecznego z normami zawartymi w art. 160 k.k. błędu medycznego koniecznym jest po pierwsze ujawnienie się zachowania podjętego przez lekarza-gwaranta, który był spreczny z wiedzą i praktyką medyczną. Przyjmuje się, że odpowiedzialność lekarza na płaszczyźnie art. 160 k.k. nie musi polegać tylko na popełnieniu przez niego błędu diagnostycznego, czy medycznego. Mogą to być różne inne podejmowane albo zaniechane przez niego czynności, narażające człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 3 września 2013 r. WK 14/13) . W przypadku przestępstwa nieumyślnego chodzi tu o niezamierzone naruszenie reguł ostrożności wynikających z wiedzy i praktyki medycznej.

Obok powyższego, musi także powstać stan narażenia pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. W doktrynie i judykaturze dostrzega się sytuację, w której nad daną osobą ciąży już pewnego rodzaju niebezpieczeństwo, zaś określona osoba tego niebezpieczeństwa nie umniejsza bądź doprowadza do jego rozszerzenia. Jak stwierdził słusznie Sąd Najwyższy: „skutkiem należącym do znamion strony przedmiotowej występku z art. 160 § 2 i 3 k.k. jest nie tylko wywołanie takiej sytuacji, w której pacjent znajduje się, nie będąc uprzednio, w położeniu grożącym mu bezpośrednim niebezpieczeństwem dla życia lub zdrowia, ale również na utrzymaniu (nie odwróceniu, nie zmniejszeniu) istniejącego już poziomu tego niebezpieczeństwa w czasie, kiedy urzeczywistnił się obowiązek działania lekarza-gwaranta” (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 kwietnia 2013 r. IV KK 43/13). Podobny wniosek płynie z innego aktualnego orzeczenia Sądu Najwyższego, gdzie przyjęto, iż skutkiem przestępstwa jest "narażenie" na niebezpieczeństwo, zatem odpowiedzialności karnej z art. 160 k.k. podlega lekarz, który w wyniku zaniechania udzielenia właściwego świadczenia zdrowotnego zdynamizował swą bezczynnością przebieg i rozwój procesów chorobowych u pacjenta w ten sposób, że zaczęły one bezpośrednio zagrażać jego życiu i zdrowiu (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 21 sierpnia 2012 r. IV KK 42/12).

Kolejną przesłanką realizacji znamion czynu zabronionego z art. 160 k.k. jest, omówione już w skrócie, powiązanie kauzalne pomiędzy zachowaniem lekarza, a negatywnym skutkiem dla życia chorego. Związek przyczynowy ustalić winno się na gruncie tzw. koncepcji obiektywnego przypisania skutku. Oprócz wykazania czysto fizykalnego przepływu informacji bądź energii pomiędzy zachowaniem sprawcy a zaistniałym skutkiem, wymaga ona także ustalenia na płaszczyźnie normatywnej i wykazania naruszenia reguł postępowania z dobrem prawnym oraz tego, by zaistniały przebieg zdarzeń prowadzący do skutku był obiektywnie przewidywalny, tj. by był rozpoznawalny dla tzw. wzorca normatywnego wyposażonego w adekwatną wiedzę i doświadczenie życiowe (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 grudnia 2013 r. V KK 133/13). Akcentuje się także, że nie chodzi tutaj o jakiegokolwiek naruszenie owych reguł, ale ze względu na funkcje i cele prawa karnego – o naruszenie istotne, które w sposób karygodny zwiększa ryzyko wystąpienia skutku (ibidem). Warunek obiektywnego przypisania skutku zostanie spełniony, gdy zostanie dowiedzione, że pożądanego zachowanie alternatywne, polegające na wykonaniu przez oskarżonego ciężącego na nim obowiązku, zapobiegłoby realnemu i znaczącemu wzrostowi stopnia narażenia na niebezpieczeństwo (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 3 czerwca 2004 roku V KK 37/04).

W tej tezie zawarta jest więc odpowiedź na ocenę obrońcy oskarżonego postępowania innych lekarzy, ale też nieadekwatne określenie skierowania „dokumentem technicznym”. Zarówno bowiem, jeżeli skierowanie byłoby wypełnione prawidłowo, jak też przekazano później dokumentację leczenia P. C., mogłoby nie dojść do omówionego skutku. Skutek ten mogło wyeliminować też inne zachowania, np. prawidłowo przekazana przez lekarza M. J.

informacja, czy też odpowiednia diagnoza na oddziale detoksykacji. Jednak, o ile takie zachowania można rozważać również w ramach art. 160 k.k., nie eskalują oskarżonego.

Ostatnią z kwestii istotnych dla oceny, czy zrealizowane zostały znamiona przestępstwa jest ustalenie winy oskarżonego. Nie popełnia przestępstwa sprawca czynu zabronionego, jeżeli nie można mu przypisać winy w czasie czynu (art. 1 § 3 k.k.). Chodzi tu o okoliczności wyłączające winę oskarżonego takie jak np. niepoczytalność, nieletniość, obrona konieczna.

Prokurator oskarżył M. Ł. o to, że w dniu 12 kwietnia 2009 roku, wykonując obowiązki lekarza dyżurnego w Klinice (...) przy ul. (...) w S., naraził P. C. na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia, w ten sposób iż wbrew zaleceniom zawartym w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 17.12.1992 roku – „w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępnienia” – § 17, przekazując pacjenta do Oddziału Detoksykacji (...) ZOZ (...) w S. celem konsultacji i podjęcia ewentualnego leczenia z powodu wystąpienia objawów majaczenia drżennego – nie umieścił w dokumentacji medycznej informacji o stanie zdrowia chorego, powodach jego leczenia w Klinice (...) oraz nie zamieścił informacji co do postępowania z pacjentem w okresie przejściowym z uwagi na doznany uraz miednicy, co w konsekwencji spowodowało istotne ograniczenie możliwości diagnostycznych oraz terapeutycznych, a zatem było niezgodne z obowiązującymi zasadami wiedzy medycznej i doprowadziło do zgonu P. C. w dniu 16 kwietnia 2009 roku z powodu urazu obszaru pasa miednicy skutkującym złamaniem przepanewkowym lewej kości biodrowej i zwłknięciem tylnym lewego stawu biodrowego, a także powstania rozległego krwiaka przestrzeni zaotrzewnowej oraz zatorowości płuc, jednocześnie kwalifikując zachowanie oskarżonego z art. 160 § 1 i 2 k.k. w zw. z art. 11 § 2 k.k..

W żadnym wypadku sąd nie mógł podzielić kwalifikacji prawnej przedstawionej przez oskarżyciela publicznego. Wątpliwości już budzi powołanie się na art. 11 § 2 k.k., w sytuacji, gdy czyny z art. 160 § 1 i 2 k.k. są odpowiednio typem podstawowym i kwalifikowanym, co wyklucza przyjęcie kumulatywnego zbiegu przepisów ustawy.

Nieuzasadniony w świetle zgromadzonego materiału dowodowego był także opis czynu zaproponowany w akcie oskarżenia. Nie wynikają bowiem z niego żadne ustalenia, pozwalające wyinterpretować umyślność naruszenia reguł ostrożności przez oskarżonego. Nie dość, że prokurator w akcie oskarżenia nie wskazał z czego ma ona wynikać, bierny w tym zakresie przez całe postępowanie dowodowe, nie zrobił tego w mowie końcowej. Niemniej założenie prokuratora, że oskarżony działał umyślnie, sprowadza się do przyjęcia, że miał zamiar jego popełnienia, to jest chciał go popełnić albo przewidując możliwość jego popełnienia, na to się godził (art. 9 § 1 k.k.). W świetle przeprowadzonych dowodów, w tym eksponowanych przez prokuratora opinii biegłych, nie można przyjąć, że oskarżony, który uczestniczył w dynamicznym procesie opanowania pacjenta celem przekazania do innej placówki, wypełniając na polecenie przełożonego skierowanie o wskazanej treści, przynajmniej się godził na popełnienie opisanego wyżej przestępstwa. Takiego zarzutu, a precyzyjnie żadnego zarzutu, prokurator nie czyni nawet osobom odpowiedzialnym za przekazanie dokumentacji leczenia, ponownie polegając bezrefleksyjnie na opinii biegłych.

Potwierdzeniem, że oskarżyciel publiczny nie wyciągnął z opinii biegłych własnych wniosków, jest chociażby powołanie się w zarzucie za biegłymi, czyniąc z tego wyeksponowane uchybienie oskarżonego, na nieobowiązujące od dnia 6 czerwca 1998 roku, a więc blisko jedenaście lat przed datą czynu, Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 17 grudnia 1992 roku. Zresztą nawet aktualnie obowiązujące rozporządzenie, pomijając, że jest aktem niższej rangi niż ustawa, nie mogło być jedyną podstawą obowiązków oskarżonego jako lekarza.

Niemniej największe wątpliwości kierowane wobec prokuratora budzi stwierdzenie przytoczone w zarzucie, dotyczące doprowadzenia przez oskarżonego do zgonu P. C.. Prokurator nie tylko w skardze publicznej, ale przez całe postępowanie, nie zarzucił oskarżonemu przestępstwa z art. 155 k.k., co przyjęty opis czynu sugeruje. W sprawie brak danych, iż skutkiem stwierdzonego zachowania oskarżonego była śmierć pokrzywdzonego. Mogło bowiem do niej dojść niezależnie od działań podejmowanych przez lekarzy, dlatego tutaj nie można wyinterpretować adekwatnego związku przyczynowego. Stąd niezrozumiałym jest końcowe wnioskowanie przez prokuratora o uznanie oskarżonego za winnego zarzucanego mu czynu.

Oskarżony, wbrew interpretacji swojego obrońcy, nie działał również w błędzie opisanym art. 28 § 1 k.k.. Sam przyznał, że nie słyszał rozmowy pomiędzy M. J. a J. S., zajmował się wówczas pacjentem, sytuacja była dynamiczna, jego przełożony był skupiony na schorzeniach psychicznych pacjenta, stąd nie mógł przyjąć, że ten przekazał pełną informację o stanie zdrowia. Jednocześnie został wyznaczony do wypisania skierowania, które miało większe znaczenie, niż bliżej nieokreślone informacje ustne, bo jako dokument pisemny miało zainicjować leczenie pacjenta na oddziale psychiatrycznym, będąc podstawą działań wszystkich lekarzy zajmujących się pacjentem. W zakresie wskazanej interpretacji nie ma znaczenia, że z dniem 1 lipca 2015 roku ustawa z dnia 20.02.2015 roku o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2015, poz. 396) zmieniła treść art. 28 § 1 k.k..

Mając na względzie powyższe rozważania, sąd uznał w pkt I wyroku, iż oskarżony dopuścił się występku z art. 160 § 2 i 3 k.k.. W toku postępowania ustalono bowiem, że na M. Ł. spoczywał szczególny prawny obowiązek zapobiegnięcia skutkowi w postaci narażenia P. C. na utratę życia bądź ciężki uszczerbek na zdrowiu. Podejmował bowiem jako lekarz i pracownik szpitala, w tym wyznaczony przez przełożonego, działania służące zachowaniu dobrostanu pokrzywdzonego. Nie były one najistotniejszymi czynnościami realizowanymi w dniu 12 kwietnia 2009 roku względem pokrzywdzonego, czego oskarżyciel publiczny nie zauważa postulując o surową karę, bo ten odpowiada w granicach swojego postępowania. Sporządził skierowanie do szpitala psychiatrycznego w sposób niestaranny, z zaniechaniem umieszczenia informacji o ryzyku krwotoku wewnętrznego grążącego pokrzywdzonemu. Znał ogólny stan pokrzywdzonego, mógł przewidzieć ryzyko wystąpienia krwotoku, miał także możliwość uzyskania dodatkowych informacji od M. J., czy z dokumentacji medycznej pokrzywdzonego. Wiedział, że planuje się zabieg operacyjny związany z uszkodzeniem biodra pokrzywdzonego. Zaniechał jednak rozszerzenia skierowania o istotne dane i zalecenia. Nie umieścił w dokumencie medycznym informacji o stanie zdrowia chorego, powodach jego leczenia w klinice ortopedii oraz nie zamieścił wiadomości co do postępowania z pacjentem w okresie przejściowym, z uwagi na doznany uraz miednicy. Jego zachowanie nie było umyślne, istniały jednak zarówno skodyfikowane, jak i wynikające z wiedzy medycznej, reguły postępowania z chorym, których przestrzeganie doprowadziłoby do zabezpieczenia jego osoby w pożądanym sposób. Swoim zachowaniem spowodował zwiększenie stopnia bezpośredniego narażenia pokrzywdzonego na ryzyko utraty życia. Doprowadziło to do ograniczenia możliwości diagnostycznych i terapeutycznych innych lekarzy, co nie pozwoliło na wdrożenie leczenia zwiększającego szanse na przeżycie chorego, zanim doszło do jego zgonu. Oskarżony okazał się zatem winnym występku nieumyślnego spowodowania bezpośredniego narażenia P. C. na utratę życia, będąc przy tym osobą, na której ciążył obowiązek opieki nad pokrzywdzonym. Biorąc pod uwagę powyższe, sąd zmodyfikował opis czynu przypisanego oskarżonemu, dostosowując go do realiów sprawy, w tym uznał, że nie sprostął swoim obowiązkom jako lekarza, nie tylko wynikającym z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21.12.2006 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 247, poz. 1819 ze zm.), ale innych wymienionych ustaw, a następnie zmienił kwalifikację prawną na przystającą do tego opisu.

Zgodnie z art. 66 § 1 k.k. sąd może warunkowo umorzyć postępowanie karne, jeżeli wina i społeczna szkodliwość czynu nie są znaczne, okoliczności jego popełnienia nie budzą wątpliwości, a postawa sprawcy nie karanego za przestępstwo umyślne, jego właściwości i warunki osobiste oraz dotychczasowy sposób życia uzasadniają przypuszczenie, że pomimo umorzenia postępowania będzie przestrzegał porządku prawnego, w szczególności nie popełni przestępstwa. Warunkowe umorzenie postępowania jest immanentnie związane ze stwierdzeniem winy. Dopiero potem możliwe jest dokonanie oceny czy wina jest znaczna, czy też nie jest znaczna (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 stycznia 2002 r. III KKN 303/00). Przy ocenie stopnia społecznej szkodliwości czynu sąd bierze pod uwagę rodzaj i charakter naruszonego dobra, rozmiary wyrządzonej lub grożącej szkody, sposób i okoliczności popełnienia czynu, wagę naruszonych przez sprawcę obowiązków, jak również postać zamiaru, motywację sprawcy, rodzaj naruszonych reguł ostrożności i stopień ich naruszenia (art. 115 § 2 k.k.). Wskazać trzeba, iż mimo nieprzyznania się oskarżonego do winy można orzec o warunkowym umorzeniu (postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 27 listopada 2003 r. V KK 301/03)

W sprawie poczyniono szerokie ustalenia faktyczne, co pozwoliło na stwierdzenie, że okoliczności popełnienia czynu zabronionego nie budzą wątpliwości. Dokonano tego opierając się na wiarygodnych dowodach i argumentując dłaczego takiego przymiotu nie mają inne dowody.

Przyjmuje się, że winą jest wadliwość procesu decyzyjnego sprawcy czynu zabronionego w warunkach możliwości podjęcia decyzji zgodnej z wymaganiami prawa. Oskarżony miał możliwość sporządzenia skierowania w sposób staranny, czego jednak nie uczynił. Sam zresztą oświadczył, że jego skierowanie nie było idealne. Jednak dokonał tego w sytuacji dynamicznej, gdy pacjent zachowywał się w sposób agresywny i nieprzewidywalny. Był lekarzem w trakcie specjalizacji, z relatywnie krótkim okresem praktyki w oddziale ortopedii. Działał nadto pod nadzorem, w zaufaniu i na polecenie innego, bardziej doświadczonego lekarza. Zdarzenie zaistniało w czasie, w którym obsada szpitala była zmniejszona. W ocenie sądu wina oskarżonego więc nie jest znaczna.

Oskarżony swym zachowaniem zdynamizował niekorzystny dla pokrzywdzonego układ zdarzeń, zwiększając bezpośrednio niebezpieczeństwa dla jego życia. Nie można zatem przyjąć, że jego zachowanie nie było społecznie szkodliwe. Trzeba jednak wziąć pod rozwagę rodzaj naruszonych przez sprawcę obowiązków i stopień naruszenia, jego motywację oraz okoliczności popełnienia czynu zabronionego. Oskarżony zachował się w sposób sprzeczny z obowiązkami służbowymi, dotyczyły one jednak nie istoty zawodu lekarza, jakimi w ocenie sądu są diagnostyka i terapia, ale sfery organizacyjnej związanej z tym zawodem, jakim jest należyte sporządzanie dokumentacji i przekazywanie informacji innym podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych. Jego obowiązki względem pacjenta, w kontekście zadań innych osób, miały mniejszą, aczkolwiek nie znikomą wagę. Nie sposób przyjąć, aby u podstaw jego zachowania leżały złe intencje, a na pewno nie wskazywane przez prokuratora umyślne działanie. Pokrzywdzony cierpiał na chorobę alkoholową, a jego zachowanie w szpitalu przy ul. (...), wynikające z postępującego delirium, nie czyniło go pacjentem współpracującym. Niewątpliwie życie jest dobrem prawnym niezwykle istotnym w obowiązującym w Polsce systemie prawnym, niemniej zachowanie M. Ł. stanowiło jego narażenie, nie naruszenie. Śmierci pokrzywdzonego nie sposób na gruncie ustaleń w niniejszej sprawie wiązać z zachowaniem wymienionego lekarza. Wynikała ona przede wszystkim z uczestnictwa w zdarzeniu drogowym, którego następstwem było poważne złamanie w obrębie biodra. Nie bez znaczenia była także choroba psychiczna, na którą cierpiał pokrzywdzony.

M. Ł. nie był uprzednio karany, brak danych aby z innych obowiązków służbowych od czasu zdarzenia z dnia 12 kwietnia 2009 roku, ale też przed nim, wywiązywał się niesumiennie. Utrzymuje żonę i dzieci, zaś na co dzień jako lekarz zawodowo pomaga innym w ich problemach zdrowotnych. Jednocześnie posiada źródło utrzymania i majątek, nie jest osobą zdemoralizowaną. Okoliczności te uzasadniają założenie, że oskarżony, pomimo warunkowego umorzenia postępowania, będzie przestrzegał porządku prawnego.

Przestępstwo kwalifikowane z art. 160 § 2 i § 3 k.k. zagrożone jest alternatywnie karami grzywny, ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku. Jest to kara poniżej granicy wyznaczonej przez art. 66 § 2 k.k., tym bardziej po zmianie wprowadzonej ustawą z dnia 27.09.2013 roku o zmianie ustawy – Kodeks postępowania karnego oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2013, poz. 1247).

Uwzględniając wyżej przytoczone okoliczności i argumenty sąd przyjął, że w sprawie zrealizowały się przesłanki warunkowego umorzenia postępowania względem oskarżonego M. Ł. i w pkt I części dyspozytywnej umorzył warunkowo postępowanie względem jego osoby. Podejmując decyzję tej treści, wobec zmiany z dniem 1 lipca 2015 roku, przepisów regulujących tę instytucję, musiał zgodnie z art. 4 § 1 k.k. rozważyć, czy ustawa w brzmieniu poprzednim nie była dla oskarżonego względniejsza. Chęć wymierzyć oskarżonemu maksymalny okres próby tak uznał, bowiem przed wskazaną datą wynosił on 2 lata próby, a obecnie 3 lata. Maksymalny w chwili czynu okres 2 lat próby będzie wystarczający do tego, aby oskarżony wykształcił w sobie wymagane reguły ostrożności przy postępowaniu z dokumentacją w dalszej praktyce, w szczególności wnikliwie przyswoił wiedzę zawartą w różnego rodzaju aktach normatywnych dotyczących tej sfery działalności lekarskiej. Sąd odniósł bowiem wrażenie, że pomimo coraz większego stażu w zawodzie lekarza oskarżony dalej bagatelizuje znaczenie tego rodzaju materiałów. Wskazywał dla przykładu, że nie pamięta aby czytał regulamin porządkowy (...) nr 1, nie kojarzy innych dokumentów niż umowa o pracę i zakres obowiązków (k. 944). Podkreślić trzeba, że reguły tego rodzaju ustanawiane są po to, aby zabezpieczyć dobro prawnie chronione jakim jest życie ludzkie. Dodać należy, że ich biegłe wpojenie w interesujących lekarza obszarach, nie utrudnia, a ułatwia późniejsze podejmowanie trafnych decyzji w praktyce zawodowej.

Aby spełnić cele postępowania karnego i środka probacyjnego, tak by nie powodować u oskarżonego poczucia braku reakcji państwa na jego zachowanie, sąd w punkcie II sentencji, na podstawie art. 67 § 3 k.k. w zw. art. 49 § 1 k.k. zobowiązał oskarżonego do zapłaty tytułem świadczenia pieniężnego kwoty 2000 złotych na rzecz Funduszu Pomocy Pokrzywdzonym oraz Pomocy Postpenitencjarnej. Pomimo nie obowiązywania przepisu art. 49 § 1 k.k. w chwili orzekania, stosował go w brzmieniu przed zmianą wprowadzoną ustawą z dnia 20.02.2015 roku o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2015, poz. 396), na podstawie art. 4 § 1 kk, konsekwentnie stosując ustawę obowiązującą poprzednio.

Od skazanego w sprawach z oskarżenia publicznego sąd zasądza koszty sądowe na rzecz Skarbu Państwa (art. 627 k.p.k.). Zasadę ta stosuje się odpowiednio do wyroku warunkowo umarzającego postępowanie (art. 629 k.p.k.). Art. 7 ustawy z dnia 23 czerwca 1973 roku o opłatach w sprawach karnych stanowi, że razie warunkowego umorzenia postępowania oskarżony obowiązany jest uiścić opłatę w wysokości od 60 zł do 100 zł. W punkcie III części dyspozytywnej sąd, stosując wskazane reguły, zasądził od oskarżonego na rzecz Skarbu Państwa koszty sądowe, w tym kwotę 80 złotych tytułem opłaty.