

Sygn. akt II K 71/18

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 16 listopada 2018 r.

Sąd Rejonowy w Kętrzynie II Wydział Karny w składzie:

Przewodniczący: SSR Katarzyna Cichocka

Protokolant: st. sekr. sąd. Małgorzata Grabowska

Prokurator Prokuratury Rejonowej: Tomasz Niesłuchowski

po rozpoznaniu w dniach: 06.06.2018r., 05.09.2018r., 19.09.2018r., 26.10.2018r. i 09.11.2018r. sprawy:

**J. S. (1) (S.)**

**s. S. i A. z domu G.**

**ur. (...) w P.**

oskarżonego o to, że:

w dniu 05 sierpnia 2016 roku w K., mając z tytułu zajmowanego stanowiska lekarza Specjalisty (...) Urazowej i Ortopedii w Oddziale (...) Urazowo - Ortopedycznej Szpitala (...) w K. oraz pełnienia funkcji lekarza dyżurnego wymienionego Oddziału oraz Izby Przyjęć, obowiązek opieki nad pacjentem T. K., polegający na dokładnym zbadaniu chorego i ustaleniu, przy pomocy wszystkich dostępnych środków rozpoznania, a następnie rozpoczęcia leczenia, a w przypadku wątpliwości zasięgnięcia opinii lekarzy dyżurnych z innych Oddziałów lub przekazania go do innego Oddziału oraz prawidłowej organizacji i przeprowadzenia procesu diagnostyczno - leczniczego, nieумыślnie naraził go na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w ten sposób, iż nie zachował wymaganej ostrożności w czasie badania i zbierania wywiadu o pacjencie w podeszłym wieku, który doznał obrażeń w wypadku komunikacyjnym i nie wdrożył wszystkich dostępnych procedur diagnostyczno – leczniczych, co w konsekwencji doprowadziło do braku rozpoznania u wymienionego złamania trzonu VI kręgu szyjnego i odłamanie przedniej górnej krawędzi kręgu VII, złamania kręgosłupa piersiowego na poziomie kręgów VIII i IX z powstaniem licznych drobnych odłamów kostnych pochodzących z górnej powierzchni trzonu kręgu IX, złamania trzonu mostka, złamania prawych żeber I - X, rozdarcia opłucnej ściennej, złamania lewych żeber I i II w bocznych odcinkach, złamania lewych żeber III do końca łuku żebrowego w linii pachowej przedniej oraz prawych VI do końca łuku żebrowego z istotnymi uszkodzeniami morfologicznymi, których następstwem był masywny krwiak prawej jamy opłucnej, co spowodowało nie wdrożenie leczenia w zakresie w/w obrażeń i zdynamizowało przebieg tej choroby, a zgodnie ze sztuką lekarską, należało przeprowadzić badanie RTG, zinterpretować je, osłuchać chorego, zbadać palpacyjnie klatkę piersiową i kręgosłup, chociaż przewidywał lub mógł przewidzieć wyżej wymienione obrażenia, a ponadto przedwcześnie zakończył hospitalizację T. K., wypisując go do domu

tj. o przestępstwo z art.160 §2 kk w zw. z art.160§3 kk

I. oskarżonego J. S. (1) uznaje za winnego tego, że w dniu 05 sierpnia 2016 roku w K., jako lekarz pełniący dyżur w Oddziale (...) Urazowo - Ortopedycznej Szpitala (...) w K., będąc zobowiązany do opieki nad pacjentem T. K., nie zachował wymaganej ostrożności w czasie badania i zbierania wywiadu o pacjencie w podeszłym wieku, który doznał obrażeń w wypadku komunikacyjnym i nie wdrożył wszystkich dostępnych procedur diagnostyczno – leczniczych, przede wszystkim badania RTG, osłuchania chorego, badania palpacyjnego klatki piersiowej i kręgosłupa, nie rozpoznając wskutek tego u wymienionego złamania trzonu VI kręgu szyjnego i odłamania przedniej górnej krawędzi

kregu VII, złamania kręgosłupa piersiowego na poziomie kręgów VIII i IX z powstaniem licznych drobnych odłamów kostnych pochodzących z górnej powierzchni trzonu kręgu IX, złamania trzonu mostka, złamania prawych żeber I - X, rozdarcia opłucnej ściennej, złamania lewych żeber I i II w bocznych odcinkach, złamania lewych żeber III do końca łuku żebrowego w linii pachowej przedniej oraz prawych VI do końca łuku żebrowego z istotnymi uszkodzeniami morfologicznymi, których następstwem był masywny krwiak prawej jamy opłucnej oraz przedwczesnie zakończył hospitalizację T. K., wypisując go do domu, przez co nieumyślnie naraził go na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu,

tj. popełnienia czynu z art.160§2 kk w zw. z art.160§3 kk i za to z mocy

art.160§2 kk w zw. z art.160§3 kk skazuje go, zaś na podstawie art.160§3 kk wymierza mu karę grzywny w wysokości 150 (stu pięćdziesięciu) stawek dziennych, określając wysokość jednej stawki na kwotę 50 (pięćdziesiąt) złotych,

II. na podstawie art.46§2 kk orzeka wobec oskarżonego nawiązki:

- na rzecz pokrzywdzonej A. K. w wysokości 15.000 (piętnaście tysięcy) złotych,

- na rzecz pokrzywdzonej E. R. w wysokości 10.000 (dziesięć tysięcy) złotych,

III. na podstawie art.627 kpk zasądza od oskarżonego tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego:

- na rzecz oskarżycielki posiłkowej A. K. kwotę 1440 (jeden tysiąc czterysta czterdzieści) złotych,

- na rzecz oskarżycielki posiłkowej E. R. kwotę 1440 (jeden tysiąc czterysta czterdzieści) złotych,

IV. na podstawie art.627 kpk zasądza od oskarżonego na rzecz Skarbu Państwa koszty sądowe, w tym opłatę w kwocie 750 (siedemset pięćdziesiąt) złotych.

Sygn. akt II K 71/18

## UZASADNIENIE

### **Sąd ustalił następujący stan faktyczny:**

W dniu 5 sierpnia 2016 roku w godzinach popołudniowych osiemdziesięcioletni T. K. wracał swoim samochodem marki M. (...) ze Ś. do K.. Podróżował sam. W miejscowości T. jadąc w kierunku K., na łuku drogi zjechał na pobocze i uderzył w przydrożne drzewo. Na miejsce wezwano Straż Pożarną, Policję i załogę Karetki Pogotowia w składzie lekarz - (...), ratownik - K. K., ratownicy - kierowca T. B..

W trakcie wypadku T. K. doznał widocznych obrażeń lewego przedramienia na wysokości nadgarstka. Skarżył się na ból w klatce piersiowej. Na miejscu wymieniony został zbadany manualnie, sprawdzono mu parametry życiowe, wykonano pełne badanie urazowe.

Następnie pacjent został przewieziony karetką pogotowia na Izbę Przyjęć Szpitala (...) w K., gdzie został przyjęty o godz. 17:08.

Postępowanie kierownika Zespołu (...) na miejscu wypadku M. Ł. i transport do szpitala było prawidłowe. Nie stwierdził on uszkodzeń ciała spełniających kryteria urazu wielonarządowego i wymagającego leczenia w Centrum Urazowym.

Lekarz karetki pogotowia (...) poprosił o wezwanie z oddziału dyżurnego ortopedy. W tym dniu dyżur pełnił ortopeda J. S. (1). Dyżur w Izbie Przyjęć pełnili wówczas pielęgniarz Z. Ż. i pielęgniarka B. T..

W Izbie Przyjęć Szpitala (...) w K. nie ma lekarza dyżurnego, a pomocy pacjentom udzielają lekarze dyżurni wzywani z poszczególnych oddziałów szpitala, którzy w zakresie swoich obowiązków mają wpisane udzielanie konsultacji w Izbie Przyjęć Szpitala (...) w K.. Tak też było w przypadku ortopedy J. S. (1).

M. Ł. przekazał pacjenta oskarżonemu wraz z pełną dokumentacją medyczną.

Po przyjęciu do Izby Przyjęć T. K. na zlecenie J. S. (1), wykonano zdjęcie rtg lewego przedramienia, założono opatrunek gipsowy na lewym przedramieniu. J. S. (1) poza miejscem wyraźnego uszkodzenia kostnego, nie zbadał chorego.

Następnie J. S. (1) o godzinie 17.45 wypisał T. K. do domu, stwierdzając brak wskazań do hospitalizacji.

Takie działania lekarza J. S. (1) nie były zgodne z wymogami aktualnej wiedzy medycznej. Pacjenci urazowi wymagają szczególnej „czujności diagnostycznej”. U ofiar wypadków komunikacyjnych o dużej dymnicy zawsze należy podejrzewać obecność uszkodzeń bardziej znaczących, niż tylko widoczne i wyraźne się manifestujące. W części przypadków ból z jednej, uszkodzonej okolicy ciała zaciera odczucie bólu z okolicy lub okolic innych. Z tego powodu badanie „pacjenta urazowego” ma znaczenie szczególnie, ponieważ pozwala, przynajmniej w części, we wczesnym okresie powypadkowym, na stwierdzenie lub podejrzenie obecności zmian dla zdrowia i życia istotnych. Uwagi szczególnej wymagają dzieci - z powodu trudności w zebraniu wywiadu lekarskiego oraz osoby w wieku starszym i podeszłym (T. K. lat 80) - ze względu na gorszą kompensację pourazowych zaburzeń hemodynamicznych, tak jak to miało miejsce w ocenianym przypadku. Dokładnie zebrany wywiad, jak również zbadanie „pacjenta urazowego” pozwoliłyby na wdrożenie właściwych działań diagnostyczno - leczniczych. Zgłaszane bóle klatki piersiowej wskazywały na konieczność wykonania rtg klatki piersiowej i ewentualnie badania ultrasonograficznego oraz zlecenie konsultacji chirurga ogólnego. W Szpitalu (...) w K. była możliwość wykonania rtg klatki piersiowej oraz badania ultrasonograficznego.

Decyzja o wypisaniu pacjenta o godzinie 17:45 w dniu 05 sierpnia 2016 roku była przedwczesna.

T. K. został odebrany ze Szpitala przez synową E. K. i żonę A. K.. Następnie wymienione odwiozły T. K. do jego miejsca zamieszkania. W trakcie prowadzenia T. K. z samochodu do domu, w którym pomagał przybyły na miejsce wnuk T. K. - Ł. R. T. K. zasłabł na chodniku.

O godzinie 18:17 ponownie wezwano do T. K. karetkę pogotowia w składzie lekarz - (...), ratownik - K. K., ratownicy - kierowca T. B.. T. K. został umieszczony w karetce pogotowia i ponownie zbadany. Przeprowadzono podstawowe badania. Lekarz M. Ł. stwierdził obecności odmy opłucnowej po stronie prawej. T. K. został ponownie przewieziony na Izbę Przyjęć Szpitala (...) w K., gdzie został przyjęty o godz. 18:49. Lekarz karetki pogotowia wezwał przez radio chirurga M. R., aby oczekiwał na przyjazd T. K. na Izbie Przyjęć. Po przyjeździe karetki podjęto decyzję, aby przyjąć T. K. na Oddział (...). M. R. zbadał T. K. stwierdzając płytki, zwolniony oddech, zaburzenia świadomości, osłuchał wymienionego stwierdzając ściszony szmer po jednej stronie płuc. Po tym wymieniony wezwał na Izbę Przyjęć anestezjologa doktora G. D.. Następnie T. K. został przyjęty na Oddział Intensywnej Terapii. Z. pacjenta. Po przewiezieniu T. K. do (...) stwierdzono brak tętna u wymienionego i rozpoczęto reanimację. Wykonano masaż pośredni serca, bez efektu. O godzinie 19:25 stwierdzono zgon T. K..

Działania personelu medycznego podczas drugiego pobytu T. K. w szpitalu były prawidłowe

W Szpitalu (...) w K. w okresie od marca 2016 roku do września 2016 roku miała miejsce awaria tomografu komputerowego. W tym czasie Szpital (...) w K. miał podpisane dwie umowy ze Szpitalem (...) w G. i Szpitalem (...) na wykonywanie tomografii pacjentów ze Szpitala (...) w K..

Oddziały Szpitala (...) w K. są umieszczone w oficjalnym wykazie Wojewody (...) w O. oddziałów służących ratownictwu medycznemu. (k.221-233)

W dniu 05 sierpnia 2016 rok dyżur na Oddziale (...) Ogólnej Szpitala (...) w K. pełnił M. R., a na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii G. D.. W Oddziale (...) do godz. 19:00 dyżur pełniła technik RTG K. W., a od godziny 19:00 technik RTG I. B.. Natomiast lekarzem radiologiem pełniącym dyżur na wezwanie pod telefonem była A. M. (1).

Ogłędziny zewnętrzne i otwarcie zwłok T. K., wykazały cechy śmierci nagłej oraz obrażenia w postaci m.in.: złamania kręgosłupa szyjnego stabilne, bez uszkodzenia rdzenia kręgowego, skośny linijny siniac na klatce piersiowej i poprzeczny na wysokości pępka, z rozległymi wylewami krwi w tkance podskórnej oraz rozerwaniem tkanki podskórnej z powstaniem kanałów pomiędzy skórą, a mięśniami; złamanie mostka oraz licznych prawych żeber i dwóch lewych żeber z wyraźnymi cechami przyżyciowości, z rozdarciami opłucnej ściennej po stronie prawej; masywny krwiak prawej jamy opłucnowej; krwiak śródpiersia górnego; krwiak przedniej ściany worka osierdziowego; złamanie nasady dalszej lewej kości promieniowej;

Ponadto biegły z zakresu medycyny sądowej stwierdził wkłucia dożylne złamania żeber w przednich odcinkach bez ewidentnych cech przyżyciowości.

Wyniki badania histopatologicznego wykazały m.in. segmentację i fragmentację włókien mięśnia sercowego, rozsiane włóknienie mięśnia sercowego, szczególnie okołonaczyniowe, obrzęk podścieliska, przekrwienie bierne; obrzęk płuc, zastój krwi żylny, ogniskową rozedmę płuc, obrzęk mózgu, przekrwienie bierne.

We krwi pobranej ze zwłok stwierdzono alkohol etylowy w stężeniu 0,12 promila.

Przyczyną śmierci T. K. były obrażenia klatki piersiowej z masywnym krwiakiem prawej jamy opłucnowej. Przy czym złamania żeber w przednich odcinkach powstały podczas medycznych czynności ratunkowych, pozostałe stwierdzone sekcyjnie obrażenia mogły powstać podczas przedmiotowego wypadku drogowego. (protokół oględzin i otwarcia zwłok z opinią k. 139-140)

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie następujących dowodów: zeznań świadków: M. Ł. k.314-316, 40-42, 134-136, 212-215, Z. Ż. k. 316, 88-89, 49v-50, K. K. k. 316v-317, 59v-60, 109-110v, T. B. k. 317- 62v-63, 105-106, G. D. k. 320-321, 128v, 202-203, K. T. k. 322, 218-219, B. T. k. 334, 54v-55, 84-85, 198-199, dokumentacji z F. Medycyna k.43, kserokopii wyników badań histopatologicznych k. 96, dokumentacji ze Szpitala (...) w K. w postaci umowy zlecenia zawartej pomiędzy J. S. (1) a Szpitalem (...) w K. oraz Regulaminu Organizacyjnego Szpitala wraz z opisem stanowisk pracy k. 137, protokołu oględzin i otwarcie zwłok wraz z opinią k. 139-140, opinia sądowo – lekarska k. 167-172, opinia sądowo – lekarska uzupełniająca k.240-242, dokumntacji medycznej dot. T. K. k.32, wykaz oddziałów dla ratownictwa medycznego k. 221-233, kserokopia umów Szpitala (...) w K. ze Szpitalem w M. i G. k. 236.

**Oskarżony J. S. (1)** zarówno w postępowaniu przygotowawczym, jak i przed sądem nie przyznał się do popełnienia zarzucanego mu czynu. W postępowaniu przygotowawczym wyjaśnił, że został poproszony jako konsultant do złamanego przedramienia, które to obrażenie dominowało. Ponadto dodał, że Szpital (...) w K. nie był właściwym szpitalem dla tego typu pacjenta, bo nie miał tomografu komputerowego. T. K. powinien według niego zostać przetransportowany helikopterem do Szpitala Wojewódzkiego w O.. Dodał, że pacjentem zajął się natychmiast wykonał co było w jego zakresie, zabezpieczył rękę, rozmawiał z pacjentem, który opowiedział mu ze szczegółami jak doszło do wypadku. Po unieruchomieniu ręki pytał pielęgniarek co dalej z pacjentem, a one powiedziały mu, że jeżeli pacjent nie kwalifikuje się do hospitalizacji to jest odsyłany do domu. Według niego złamanie T. K. nie kwalifikowała się do hospitalizacji, dlatego pacjent został odesłany do domu. T. K. był w doskonałym kontakcie, nie miał duszności, nie miał oddechu opatrznego. Był w stanie ogólnym dobrym. Dodał również, że to chyba on zdecydował, aby wypisać T. K. do domu, bo złamanie nie kwalifikowała się do obserwacji na ortopedii. Wyjaśnił, że według niego lekarz dyżurny z pogotowia powinien właściwie ocenić stan pacjenta na miejscu wypadku drogowego i nie wieźć pacjenta do szpitala, gdzie nie ma możliwości diagnostyki. Dodał, że nie konsultował stanu pacjenta z innymi lekarzami. Zajął się tylko ręką, zrobił rentgen, po rentgenie wziął pacjenta na gipsownię, nastawił rękę i założył gips. (k.186)

Na rozprawie podniósł, że po zabezpieczeniu złamania podjął decyzję o nie przyjmowaniu pacjenta na oddział ortopedii, ponieważ stan pacjenta tego nie wymagał. Był przekonany, że na Izbie Przyjęć jest zatrudniony lekarz dyżurny, który przejmie opiekę nad pacjentem. Nie miał wiedzy, że odchodząc od pacjenta jest ostatnim lekarzem, który miał do czynienia z pacjentem. Dopiero po zdarzeniu zorientował się, że dyrekcja nie zapewnia całodobowych

dyżurów na Izbie. Podniósł, iż w ramach umowy o pracę jego dyżury i konsultacje miały dotyczyć tylko czynności związanych z jego specjalizacją.

Dodał również, że lekarz z pogotowia przekazując mu pacjenta nie mówił nic o okolicznościach zdarzenia, pokazał mu tylko złamany nadgarstek. Nie mówił jakich konsultacji pacjent wymaga, przekazał mu pacjenta, żeby zajął się jego złamaną ręką i to wszystko (k.310-312)

### **Sąd zważył, co następuje:**

Sąd nie dał wiary wyjaśnieniom oskarżonego, bowiem są one sprzeczne ze zgromadzonym w sprawie materiałem dowodowym.

Nie ulega wątpliwość, że wbrew twierdzeniom oskarżanego, przewiezienie pacjenta T. K. z wypadku komunikacyjnego na Izbę Przyjęć Szpitala (...) w K. było działaniem prawidłowym. Szpital (...) w K. figuruje w wykazie oddziałów szpitalnych pierwszego wyboru dla potrzeb realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego dla województwa (...), zaś z opinii biegłych z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej (...) w K. wynika, iż nie było wskazań, po zbadaniu chorego na miejscu wypadku, do jego przewiezienia do szpitala o wyższym stopniu referencyjności.

Biegli wskazali, iż postępowanie kierownika Zespołu (...) na miejscu wypadku M. Ł. i transport do szpitala było prawidłowe.

Nie ulega również wątpliwości, iż oskarżony J. S. (2) był pierwszym i jedynym lekarzem, z którym pacjent T. K. miał kontakt podczas jego pierwszego pobytu w Szpitalu (...) w K..

Jak wynika z zeznań M. Ł. przekazując pacjenta przekazał lekarzowi ustnie podstawowe informacje o pacjencie i okolicznościach zdarzenia oraz przekazał dokumentację w postaci karty medycznych czynności ratunkowych, w której zawarte były wszystkie niezbędne informacje. Świadek zeznał ponadto, że lekarz, który przejmował od niego pacjenta – oskarżony, nie bardzo chciał go słuchać i od razu, jeszcze przed badaniem pacjenta stwierdził, że nie pozostawi pacjenta w szpitalu. Świadek zeznał, że w karcie wpisał m.in. iż pacjent zgłasza bolesności prawych żeber, co w powiązaniu z charakterem zdarzenia drogowego i wiekiem pacjenta kwalifikowało go do dalszych badań, a co najmniej obserwacji. Świadek zeznał ponadto, iż gdy po około godzinie, po raz drugi został wezwany do tego samego pacjenta był zdziwiony, że pacjent został tak szybko wypisany do domu.

Okoliczności powyższe potwierdzili pozostali członkowie Zespołu (...) i K. K. .

Powyższe wynika również z zeznań personelu Izby Przyjęć Z. Ż. i B. T.. Świadkowie zeznali, że lekarz z pogotowia przekazywał oskarżonemu informacje dot. pacjenta, w tym okoliczności zdarzenia.

Ustalenia te przeczą twierdzeniom oskarżonego, jakoby ratownik nie mówił mu nic o okolicznościach zdarzenia i pokazał jedynie złamaną rękę pacjenta.

Ze zgromadzonych dowodów wynika również bezsprzecznie, iż poza badaniem i unieruchomieniem ręki, oskarżony nie zbadał pacjenta i podjął decyzję o wypisaniu pacjenta do domu. W świetle powyższego, nie można uznać za wiarygodnych twierdzeń J. S. (1), jakoby był wezwany tylko jako konsultant i był przekonana, że poza nim pacjentem zajmie się jeszcze inny lekarz.

Jak wynika z zeznań B. T. – pielęgniarki z Izby Przyjęć po założeniu gipsu T. K. został wpisany przez lekarza J. S. (1) do domu. Decyzję o wypisaniu lub pozostawieniu pacjenta w szpitalu podejmuje zawsze lekarz. J. S. (1) zrobił wypis osobiście w systemie.

Twierdzenia oskarżonego są nieuprawnione również w świetle zasad logicznego rozumowania. Poza oskarżonym na Izbie Przyjęć nie było innego lekarza. Wymieniony został wezwany do pacjenta z wypadku na Izbę Przyjęć przez lekarza z pogotowia, a nie poproszony o konsultację przez lekarza dyżurnego Izby Przyjęć.

Jak wynika z zeznań personelu medycznego w Szpitalu (...) w K. nie ma zatrudnionego na stałe lekarza dyżurnego Izby Przyjęć. Pierwszy lekarz, który styka się z pacjentem przejmuje opiekę nad nim, ewentualnie przekazuje go innemu lekarzowi, jeśli uważa to za wskazane.

Powyższe wynika z zeznań personelu medycznego Izby Przyjęć - B. T. i M. L. (1) oraz zeznań G. D. – ówczesnego dyrektora szpitala ds. medycznych, K. T. – ówczesnego dyrektora naczelnego szpitala czy P. T. – lekarza chirurga, zatrudnionego w tym czasie w szpitalu.

Jak wynika z zeznań tego ostatniego jest to praktyka przyjęta nie tylko w Szpitalu (...) w K., ale we wszystkich powiatowych szpitalach, akceptowana również przez NFZ.

Oczywistym jest, że taka sytuacja jest niekomfortowa dla lekarzy zatrudnionych w szpitalu i pełniących dyżury na oddziałach takiego szpitala, ale powyższe nie uprawnia ich do pozostawienia pacjentów przywiezionych na Izbę Przyjęć z wypadków bez opieki.

Wskazać w tym miejscu należy, iż obowiązek gwaranta, o którym mowa w art. 160§2 kk nie musi wynikać z kontraktu cywilnego, wystarczy faktyczne objęcie funkcji gwaranta. Przyjęcie takiego obowiązku może mieć charakter doraźny. W niniejszej sytuacji oskarżony w momencie przekazania mu pacjenta przez lekarza z pogotowia przyjął obowiązek opieki i pieczy nad nim, a tym samym funkcję gwaranta zapobiegnięcia skutkowi w postaci narażenia człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

Z opinii biegłych z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej (...) w K. wynika, iż działania lekarza J. S. (1) sprawującego opiekę nad T. K. w Szpitalu (...) w K. bezpośrednio po wypadku w dniu 05 sierpnia 2016 roku nie były w pełni profesjonalne.

Biegli podnieśli, że z akt sprawy wynika, że T. K. był ofiarą wypadku komunikacyjnego. Zdarzenie miało charakter wysokoenergetyczny - uderzenie samochodu poruszającego się ze znaczną prędkością, którego pokrzywdzony był kierowcą, z drzewem. Potwierdzeniem wysokiej dynamiki zdarzenia był stopień uszkodzenia pojazdu. Według biegłych lekarz Oddziału Ortopedii winien mieć świadomość, że tego rodzaju wypadki mogą być powodem uszkodzeń dla kierowcy lub pasażerów pojazdu w skutkach znaczących, chociaż nie w pełni manifestujących się bezpośrednio po wypadku. Wydający opinię stwierdzili, że lekarz pogotowia ratunkowego udzielającego pierwszej pomocy pokrzywdzonemu na miejscu wypadku zrelacjonował pewne szczegóły dotyczącego jego przebiegu, co winno wzmocnić czujność diagnostyczną personelu medycznego sprawującego dalszą opiekę nad T. K.. Zauważyli także, iż dokumentacja medyczna dotyczących wdrożonych w czasie pierwszego pobytu T. K. w szpitalu procedur diagnostyczno - leczniczych jest bardzo skromna. Brak w niej opisu wywiadu lekarskiego oraz wyniku badania fizykalnego. Biegli wnioskuje, że lekarz ortopeda skupił się na obrażeniach ciała widocznych - złamaniu kości przedramienia i do tego ograniczył diagnostykę obrazową. Z karty opisu pomocy medycznej pogotowia ratunkowego wynika, że pokrzywdzony zgłaszał po wypadku ból klatki piersiowej po stronie prawej. W szpitalu w czasie pierwszego pobytu po wypadku wykonano EKG, ale nie wiadomo, czy ktoś badanie to interpretował, czy osłuchano chorego, czy zbadano palpacyjnie klatkę piersiową i kręgosłup.

Biegli w wydanej opinii stwierdzili, że oskarżony sprawujący bezpośrednio po wypadku opiekę nad T. K. nie zachował należytej „czujności diagnostycznej”. J. S. (1) nie zbadał chorego, poza miejscem wyraźnego uszkodzenia kostnego. Wynik sekcji zwłok potwierdza, że T. K. doznał obrażeń ciała znaczących - urazu klatki piersiowej i kręgosłupa z istotnymi uszkodzeniami morfologicznymi. Następstwem urazu klatki piersiowej był masywny krwiak prawej jamy opłucnowej. Dynamika przebiegu zdarzenia była bardzo duża, co wskazuje na obecność uszkodzeń znaczących. Dokładnie zebrany wywiad, jak również zbadanie „pacjenta urazowego” pozwoliłyby na wdrożenie właściwych działań diagnostyczno - leczniczych.

Biegli podnieśli, że nie można przy tym jednoznacznie stwierdzić, czy działania takie zapobiegłyby śmierci pokrzywdzonego, ale można przypuszczać, że zmniejszyłoby ryzyko rozwoju takiego powikłania.

Biegli wydający opinię jednoznacznie stwierdzili, że działania lekarza Jana S. nie były zgodne z wymogami aktualnej wiedzy medycznej. Według biegłych jest oczywiste, że wniosek taki łatwiej formułować ex post, ale zakres doznanych przez pokrzywdzonego uszkodzeń ciała wskazuje, że ich przeoczenie było skutkiem działań diagnostyczno - leczniczych zbyt pospiesznych, jednostronnych i rutynowych - w niekorzystnym tego słowa znaczeniu. Działania lekarza mogły narazić pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia. Jednocześnie opiniujący zauważyli, że u ofiar wypadków komunikacyjnych o dużej dynamice zawsze należy podejrzewać obecność uszkodzeń bardziej znaczących, niż tylko widoczne i wyraźne się manifestujące. Dotyczy to obecności zmian pourazowych widocznych oraz lokalizacji bólu. Podanie po wypadku leku przeciwbólowego może tłumie dolegliwości. W części przypadków ból z jednej, uszkodzonej okolicy ciała zaciera odczucie bólu z okolicy lub okolic innych. Z tego powodu badanie „pacjenta urazowego” ma znaczenie szczególnie, ponieważ pozwala, przynajmniej w części, we wczesnym okresie powypadkowym, na stwierdzenie lub podejrzenie obecności zmian dla zdrowia i życia istotnych. Uwagi szczególnej wymagają dzieci - z powodu trudności w zebraniu wywiadu lekarskiego oraz osoby w wieku starszym i podeszłym (T. K. lat 80) - ze względu na gorszą kompensację pourazowych zaburzeń hemodynamicznych, tak jak to miało miejsce w ocenianym przypadku.

Według biegłych decyzją o wypisaniu pacjenta o godzinie 17:45 w dniu 05 sierpnia 2016 roku była przedwczesna.

Ponadto biegli nie dopatryli się nieprawidłowości w działaniach późniejszych personelu medycznego - drugi pobyt T. K. w szpitalu.

W opinii uzupełniającej biegli wskazali, iż postępowanie kierownika Zespołu (...) na miejscu wypadku M. Ł. i transport do szpitala było prawidłowe. Nie stwierdził on uszkodzeń ciała spełniających kryteria urazu wielonarządowego i wymagającego leczenia w Centrum Urazowym. Kryteria te są ściśle określone. Wstępna, możliwa do wykonania na miejscu wypadku, ocena stanu zdrowia pokrzywdzonego nie wskazywała na obecność obrażeń ciała znaczących. Zgłaszanie bólu klatki piersiowej nie stanowi przesłanki lub wskazania bezwzględnego do transportu chorego do ośrodka dysponującego tomografem komputerowym. Stan ogólny chorego na miejscu wypadku, jak również po jego przywiezieniu do szpitala nie wskazywał, że wymagał on wykonania trauma body scan. Zgłaszane bóle klatki piersiowej wskazywały na konieczność wykonania rtg klatki piersiowej i ewentualnie badania ultrasonograficznego oraz zlecenie konsultacji chirurga ogólnego. Według biegłych postępowanie lekarza z załogi karetki pogotowia (...) było prawidłowe. Nie było wskazań, po zbadaniu chorego na miejscu wypadku, do jego przewiezienia do szpitala o wyższym stopniu referencyjności. Ponadto według opiniujących dodać trzeba, że w przypadku pacjentów urazowych taka sytuacja może mieć miejsce. Po wstępnej diagnostyce specjalistycznej, możliwej do wykonania w szpitalach dysponujących podstawowymi środkami i możliwościami diagnostycznymi, pacjenci są transportowani, jeżeli jest takie uzasadnienie i stan ogólny chorego na to pozwala, do ośrodka o wyższym stopniu referencyjności.

Według wydających opinie w sprawie biegłych w Szpitalu (...) w K. była możliwość wykonania rtg klatki piersiowej oraz badania ultrasonograficznego. Wykonano zapewne w ramach działań rutynowych ekg, którego prawdopodobnie nikt nie ocenił. Istotnym dla sprawy było bardziej dokładne zebranie przez J. S. (1) wywiadu chorobowego i badanie ogólne chorego. Wnioskować można, że skłoniłoby ono lekarza sprawującego opiekę nad chorym w zakresie swojej specjalności, do zlecenia badania radiologicznego klatki piersiowej, badania ultrasonograficznego oraz badania krwi - morfologia, elektrolity, glukoza oraz zalecenia konsultacji chirurga ogólnego. Opiniujący podkreślili jeszcze raz, że pacjenci urazowi wymagają szczególnej „czujności diagnostycznej”.

Jednocześnie biegli zauważyli, że jedną z istotnych przyczyn zwiększonego ryzyka błędu był brak lekarza dyżurnego Izby Przyjęć lub Pomocy Doraźnej w Szpitalu w K. koordynującego pracę zespołu pielęgniarstwa i lekarskiego w zakresie realizacji koniecznych konsultacji specjalistycznych. Brak tego ogniwa powoduje, że lekarze udzielający pomocy w ramach swojej specjalizacji mogą nie przywiązywać wyjątkowej uwagi do ogólnej oceny stanu zdrowia chorego i zawężać swoje działania (specjalistyczną pomoc medyczną) do zakresu swojej specjalizacji.

Sąd w pełni podzielił powyższą opinię, bowiem została sporządzona przez osoby posiadające odpowiednią wiedzę, kwalifikacje i doświadczenie. Sporządzona opinia jest pełna i jasna, a zwarte w niej wnioski są logiczne i należycie uzasadnione.

Sąd nie znalazł również podstaw od zakwestionowania zeznań wskazanych świadków, bowiem ich relacje są zgodne, logiczne i konsekwentne.

Zeznania pozostałych przysłuchanych w sprawie świadków A. K., E. R., E. K., Ł. R., A. M. (2), M. L. (2), M. R. i J. P. nie wniosły do sprawy (kwestii odpowiedzialności oskarżonego) nic istotnego.

Kompleksowa ocena zgromadzonego materiału dowodowego, dokonana w świetle zasad doświadczenia życiowego, daje w pełni podstawy do przyjęcia iż вина i okoliczności popełnienia zarzucanego oskarżonemu czynu nie budzą wątpliwości, a wyjaśnienia oskarżonego stanowią jedynie przyjętą i chybioną linię obrony.

W tym stanie rzeczy Sąd uznał oskarżonego J. S. (1) za winnego tego, że w dniu 05 sierpnia 2016 roku w K., jako lekarz pełniący dyżur w Oddziale (...) Urazowo - Ortopedycznej Szpitala (...) w K., będąc zobowiązany do opieki nad pacjentem T. K., nie zachował wymaganej ostrożności w czasie badania i zbierania wywiadu o pacjencie w podeszłym wieku, który doznał obrażeń w wypadku komunikacyjnym i nie wdrożył wszystkich dostępnych procedur diagnostyczno – leczniczych, przede wszystkim badania RTG, osłuchania chorego, badania palpacyjnego klatki piersiowej i kręgosłupa, nie rozpoznając wskutek tego u wymienionego złamania trzonu VI kręgu szyjnego i odłamania przedniej górnej krawędzi kręgu VII, złamania kręgosłupa piersiowego na poziomie kręgów VIII i IX z powstaniem licznych drobnych odłamów kostnych pochodzących z górnej powierzchni trzonu kręgu IX, złamania trzonu mostka, złamania prawych żeber I - X, rozdarcia opłucnej ściennej, złamania lewych żeber I i II w bocznych odcinkach, złamania lewych żeber III do końca łuku żeberowego w linii pachowej przedniej oraz prawych VI do końca łuku żeberowego z istotnymi uszkodzeniami morfologicznymi, których następstwem był masywny krwiak prawej jamy opłucnej oraz przedwcześnie zakończył hospitalizację T. K., wypisując go do domu, przez co nieumyślnie naraził go na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, tj. popełnienia czynu z art.160§2 kk w zw. z art.160§3 kk

Sąd wyeliminował z opisu czynu ustalenie, że oskarżony pełnił funkcję lekarza dyżurnego Izby Przyjęć, co w świetle poczynionych ustaleń jest oczywiste. Pozostałe modyfikacje opisu czynu miały charakter czysto redakcyjny.

Wskazać należy, iż odpowiedzialność lekarza gwaranta na płaszczyźnie art. 160 kk nie musi polegać tylko na popełnieniu przez niego błędu diagnostycznego lub medycznego. Mogą to być różne inne podejmowane albo zaniechane przez niego czynności, narażające człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. (vide: wyrok SN 03.09.2013 r. , WK 14/13, Lex nr 1375270)

W świetle opinii biegłych oskarżony nie zachował należytej „czujności diagnostycznej”. J. S. (1) nie zbadał chorego, poza miejscem wyraźnego uszkodzenia kostnego. Dokładnie zebrany wywiad, jak również zbadanie „pacjenta urazowego” pozwoliłyby na wdrożenie właściwych działań diagnostyczno - leczniczych. Pacjenci urazowi wymagają szczególnej „czujności diagnostycznej”. Zakres doznanych przez pokrzywdzonego uszkodzeń ciała wskazuje, że ich przeoczenie było skutkiem działań diagnostyczno - leczniczych zbyt pospiesznych, jednostronnych i rutynowych. Według biegłych decyzja o wypisaniu pacjenta o godzinie 17:45 w dniu 05 sierpnia 2016 roku była przedwczesna. Zgłaszane bóle klatki piersiowej wskazywały na konieczność wykonania rtg klatki piersiowej i ewentualnie badania ultrasonograficznego oraz zlecenie konsultacji chirurga ogólnego. W Szpitalu (...) w K. była możliwość wykonania rtg klatki piersiowej oraz badania ultrasonograficznego.

Zgodnie z przyjętą w orzecznictwie i doktrynie wykładnią, lekarz – jako gwarant najwyższej dbałości oraz staranności o zdrowie i życie człowieka – jest zobowiązany do tego, aby odwracać niebezpieczeństwo i zagrożenie dla tych dóbr, a nie do tego, by je nie zwiększać. Gwarant ma obowiązek wdrożyć wszystkie te działania, które w warunkach sytuacyjnych,



w jakich działa, są wg. rekomendacji wynikających z aktualnego stanu wiedzy medycznej wymagane, jako dające szansę na wykluczenie lub ograniczenie niebezpieczeństwa „pierwotnego”.

W niniejszym stanie faktycznym brak właściwego zaangażowania i zainteresowania ze strony oskarżonego stanem T. K. (pacjenta urazowego, w podeszłym wieku) poprzez nieprzeprowadzenie starannego wywiadu, badania rtg oraz badania palpacyjnego klatki piersiowej i kręgosłupa, skutkowało nie rozpoznaniem złamania kręgosłupa szyjnego oraz obrażeń klatki piersiowej i spowodowało narażenie T. K. na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

W ocenie biegłych dokładnie zebrany wywiad, jak również zbadanie „pacjenta urazowego” pozwoliłyby na wdrożenie właściwych działań diagnostyczno - leczniczych. Biegli podnieśli, że nie można przy tym jednoznacznie stwierdzić, czy działania takie zapobiegłyby śmierci pokrzywdzonego, ale można przypuszczać, że zmniejszyłoby ryzyko rozwoju takiego powikłania.

W takich okolicznościach odpowiedzialność J. S. (1) z art.160§ 2 i 3 kk nie może budzić wątpliwości. Oskarżony będąc lekarzem i sprawując opiekę medyczną nad T. K. był od momentu przywiezienia pacjenta do Szpitala (...) w K. gwarantem nienastąpienia skutku w postaci narażenia pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

Okoliczność, że nawet w przypadku prawidłowego postępowania oskarżonego mogło dojść do zgonu T. K., dla ustalenia czy doszło do nastąpienia skutku konkretnego narażenia na niebezpieczeństwo utraty życia pozostaje bez znaczenia. Bez znaczenia dla odpowiedzialności z art. 160 kk pozostaje to, że nie można ustalić w sposób pewny, a nawet wysoce prawdopodobny, że gdyby postępowanie lekarza było prawidłowe, to pacjent by przeżył.

Uznając oskarżonego za winnego popełnienia zarzucanego mu czynu Sąd wymierzył mu karę 150 stawek dziennych grzywny określając wysokość jednej stawki na kwotę 50 zł.

Przy wymiarze oskarżonemu kary Sąd uwzględnił całokształt okoliczności podmiotowych i przedmiotowych popełnionego przez niego przestępstwa, a zwłaszcza charakter czynu. Sąd miał przy tym na uwadze zarówno okoliczności łagodzące, jak i obciążające sprawcę.

Oceniając stopień społecznej szkodliwości czynu oskarżonego, Sąd uznał go za znaczny. Oskarżony jest doświadczonym lekarzem, od wielu lat wykonuje ten zawód i niewątpliwie posiada dużą wiedzę zawodową. Pomimo to dopuścił się istotnego błędu. Oskarżony zamiast wykonywać swoje obowiązki z należytą stronnością, oparł się na rutynie i pośpiechu. Uznał a priori, iż pacjent nie wymaga hospitalizacji, bagatelizując fakt, iż był to pacjent „urazowy”, po wypadku komunikacyjnym, w podeszłym wieku, co przełożyło się na bardzo poważne konsekwencje.

Z drugiej strony Sąd miał na względzie, fakt, że w Szpitalu (...) w K., nie było lekarza dyżurnego Izby Przyjęć lub Pomocy Doraźnej koordynującego pracę zespołu pielęgniarskiego i lekarskiego w zakresie realizacji koniecznych konsultacji specjalistycznych. Brak tego ogniwa, co podkreślili biegli powoduje, że lekarze udzielający pomocy w ramach swojej specjalizacji mogą nie przywiązywać wyteżonej uwagi do ogólnej oceny stanu zdrowia chorego i zawęzić swoje działania (specjalistyczną pomoc medyczną) do zakresu swojej specjalizacji. Powyższe, w powiązaniu z faktem, iż J. S. (1) w chwili zdarzenia pełnił jeden ze swoich pierwszych dyżurów w tym szpitalu, bez wątpienia ma wpływ na stopień jego winy.

Ponadto przy wymiarze kary Sąd uwzględnił dotychczasowy nienaganny przebieg pracy zawodowej oskarżonego, jak i jego dotychczasowy ustabilizowany tryb życia oraz niekaralność. ( k. 337,255).

Uwzględniając powyższe, w przekonaniu Sądu, uzasadnionym było wymierzenie oskarżonemu kary o charakterze majątkowym.

Kara grzywny w orzeczonym wymiarze jest, w ocenie Sądu adekwatna do stopnia zawinienia oskarżonego. Jej wysokość uwzględnia możliwości finansowe oskarżonego, w tym jego dochody, stosunki rodzinne i majątkowe. (k. 256, 258)

Ponadto Sąd na podstawie art. 46§2 kk orzekł wobec oskarżonego nawiązki na rzecz pokrzywdzonej A. K. w wysokości 15.000 zł i na rzecz pokrzywdzonej E. R. w wysokości 10.000 zł. Sąd orzekł nawiązkę zamiast obowiązku orzeczenia zadośćuczynienia za doznaną krzywdę albowiem ustalenie rozmiaru krzywdy wymagałoby dodatkowego procedowania w celu uwzględnienia wszelkich istotnych w tym zakresie okoliczności. Wysokość nawiązki znajduje uzasadnienie w stopniu zagrożenia życia i zdrowia, jakie swoim zachowaniem spowodował oskarżony, a także spowodowanie sytuacji stresogennej (zeznania A. K., E. R., E. K., Ł. R.), jakiej bez wątpienia doznały pokrzywdzone w związku ze śmiercią męża i ojca. Nawiązka spełni poza tym funkcję kompensacyjną kary oraz w sposób należyty uwzględni sytuację majątkową i możliwości płatnicze oskarżonego.

W przekonaniu Sądu, tak ukształtowana kara nie przekracza swoją dolegliwością stopnia winy oskarżanego, jest współmierna do wagi czynu, spełni cele zapobiegawcze i wychowawcze, a ponadto jako zgodna ze społecznym poczuciem sprawiedliwości będzie prawidłowo kształtowała świadomość prawną społeczeństwa.

Z uwagi na fakt, iż pokrzywdzone występowały w charakterze oskarżycielek posiłkowych i korzystały z pomocy pełnomocnika Sąd zasądził od oskarżonego na ich rzecz kwoty po 1440 zł tytułem zwrotu wydatków wynikających z zastępstwa procesowego. Sąd nie podzielił przy tym stanowiska, aby nakład pracy, obszerność materiału dowodowego oraz zawilość sprawy uzasadniały zasądzenie na rzecz oskarżycielek posiłkowych kwot wskazanych we wniosku tj. 8.640 zł (sześciokrotności stawki minimalnej) i 5.040 zł (trzykrotności stawki minimalnej), co łącznie daje kwotę 13 680 zł. W ocenie Sądu materiał dowodowy zgromadzony w niniejszej sprawie nie jest obszerny, bowiem zwiiera się w niecałych 2 tomach akt, sprawa nie jest skomplikowana, a nakład pracy pełnomocnika ograniczył się do sporządzenia jednego (w imieniu obu oskarżycielek posiłkowych) pisma procesowego z wnioskiem o zasądzenie nawiązek z bardzo krótkim, kilkuzdaniowym uzasadnieniem. Poza tym aktywność pełnomocnika (reprezentowanego przez substytutę) w toku przewodu sądowego nie odbiegała od przeciętnej.

Sąd obciążył oskarżonego kosztami postępowania, w tym opłatą, gdyż sytuacja finansowa i majątkowa oskarżonego, umożliwia mu uiszczenie tych należności.