

Sygn. akt IIK 196/16

1 Ds. 258/11 PR Bolesławiec

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 23.11.2016r.

Sąd Rejonowy w Lubaniu Wydział II Karny w składzie:

Przewodniczący: SSR Bartosz Gajewski

Protokolant: Aleksandra Dymacz

przy udziale Prokuratora Prokuratury Rejonowej w Bolesławcu: --/--

po rozpoznaniu w dniach 13.07.2016r., 06.09.2016r., 12.10.2016r. i 16.11.2016r. sprawy karnej przeciwko

(...), s. J. i D. z d. G.

ur. (...) w R.

oskarżonego o to , że :

w dniu 01 maja 2010r. będąc zatrudnionym w charakterze lekarza w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej (...) w L., pomimo ciężącego na nim obowiązku opieki nad przebywającym w tym Zakładzie pacjentem K. K. (1), który w wyniku urazu doznał stłuczenia mózgu oraz rozległego krwiaka podtwardówkowego z krwawieniem, a w dniu 08 maja 2010r. zmarł, nie zachował wymaganej w tych okolicznościach szczególnej ostrożności i nie podjął koniecznych działań zmierzających do prawidłowej diagnozy K. K. (1), nie skierował go na badanie tomografem komputerowym, nie zlecił przeprowadzania stałej kontroli pozostającego w stanie nieprzytomności pacjenta po urazie czaszkowym i tym samym poprzez nieprawidłową i niepełną diagnozę opóźnił proces jego leczenia, przez co nieumyślnie naraził go na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia mimo, że możliwość popełnienia tego czynu mógł przewidzieć,

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

I. uznaje oskarżonego M. Z. za winnego czynu opisanego w części wstępnej wyroku tj. czynu z art. 160 § 3 k.k. w zw. z art. 160 § 2 k.k. i za to na podstawie art. 160 § 3 k.k. wymierza mu karę grzywny w wymiarze 100 (stu) stawek dziennych, przy przyjęciu, że jedna stawka równoważna jest kwocie 100 (stu) złotych,

II. na podstawie art. 616 § 1 pkt 2 kpk i art. 627 kpk zasądza na rzecz oskarżyciela posiłkowego W. K. (1) od oskarżonego M. Z. kwotę 2.460 zł (dwa tysiące czterysta sześćdziesiąt złotych) w tym podatek VAT, tytułem udzielonej oskarżycielowi posiłkowemu pomocy prawnej przez adw. Jerzego Buraczyńskiego,

III. na podstawie art. 627 kpk zasądza od oskarżonego na rzecz Skarbu Państwa koszty postępowania w niniejszej sprawie zaś na podstawie art. 17 ust. 1 ustawy z 23.06.1973 r. opłatach w sprawach karnych nie wymierza mu opłaty.

UZASADNIENIE

K. K. (1) w dniu 30.04.2010 r. w godzinach poobiednich wspólnie ze znajomymi M. S. (1) i J. Z. spożywał alkohol w postaci wódki 0,7l. Następnie wspólnie udali się do baru (...) w L., gdzie wypili piwo. Około 22:30 - 23:00 razem z nimi oraz M. M., K. S., J. L., M. W., J. W., S. J. (1), T. K., K. K. (1) udał się na dyskotekę w klubie (...), przy ul. (...) w L.. Tam również spożywał alkohol w postaci kieliszka wódki oraz kilku piw.

Około godziny 2:55 dnia 01.05.2010 r. K. K. (1) opuścił lokal. Kiedy szedł w stronę samochodu kierowanego przez M. M. został uderzony ręką w twarz przez S. J. (2). Wskutek zadanego ciosu K. K. (1) doznał widocznego urazu nosa oraz okolic warg. Przewrócił się do tyłu, uderzając częścią potyliczną głowy (na wysokości linii kapeluszonej), o chodnik i stracił przytomność.

dowód:

- zeznania świadka M. M. k.18-19, 242 II, 259-260 II, 279v-280v II;
- zeznania świadka J. Z. k.20-21, 268-270 II, 277-278 II;
- zeznania świadka M. S. (1) k.25-26, 271-272 II, 278v-279 II;
- zeznania świadka M. K. (1) k.240 II, 337 II;
- zeznania świadka J. L. 256-258 II, 334-336 II;
- zeznania świadka K. S. k.261-263 II, 337v-338;
- częściowe zeznania świadka S. J. (2) k.327-329 II, 336v-337 II;
- zeznania świadka B. D. -k.330 II, 336 II
- dokumentacja fotograficzna miejsca zdarzenia k. 264-267
- zeznania świadka M. W. k.423-425 III, 471v III;

S. J. (2) wspólnie z towarzyszącą mu B. D. przenieśli nieprzytomnego K. K. (1) na pobliską ławkę. W tym czasie z klubu wyszedł J. Z., a za nim K. S. i M. S. (1). J. L. powiedziała J. Z., że K. K. (1) został uderzony i jest nieprzytomny. J. Z. porozmawiał z M. M. i przekazał tę informację K. S. i M. S. (1), a następnie udali się w kierunku ławki, na której leżał K. K. (1), a przy której zgromadziła się już grupa 5-6 osób. Około godziny 3:08 dnia 01.05.2010 r. K. S. zadzwonił na Pogotowie (...) w L.. Powiedział dyspozytorce J. N., że przed dyskoteką na ul. (...) znajduje się osoba, która została uderzona w twarz i prawdopodobnie uderzyła się w tył głowy o chodnik. Jest nieprzytomna, ale ma zachowany oddech i tętno. Informacje te dyspozytorka przekazała drogą radiową załodze karetki.

dowód:

- zeznania świadka M. M. k.18-19, 259-260 II, 279v-280v II;
- zeznania świadka J. Z. k.20-21, 268-270 II, 277-278 II;
- zeznania świadka M. S. (1) k.25-26, 271-272 II, 278v-279 II;
- zeznania świadka M. K. (1) k.240 II, 337 II;
- zeznania świadka J. L. 256-258 II, 334-336 II;
- zeznania świadka K. S. k.261-263 II, 337v-338;
- zeznania świadka J. N. k.397v-398;
- zeznania świadka T. R. k.46-47, 312-313 II;
- karta zlecenia wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego z dnia 01.05.2010 r. k. 304;

- częściowe zeznania świadka S. J. (2) k.327-329 II, 336v-337 II;
- zeznania świadka B. D. -k.330 II, 336 II.

Karetka przyjechała o godzinie 3:13. W składzie jej załogi byli lekarz A. (...), pielęgniarka T. R., sanitariuszka M. S. (2) oraz kierowca M. B.. A. (...) zbadał głowę K. K. (1). Nie zauważył urazu w części potylicznej. Uznał, że jest oddechowo i krążeniowo wydolny. Miał równe źrenice odpowiednie od światła padającego. Nie było z nim kontaktu werbalnego, niemniej jednak reagował na ból. A. (...) stwierdził uraz nosa oraz wargi. Z rozmowy z osobami otaczającymi ławkę, na której leżał K. K. (1) dowiedział się, że K. K. (1) został uderzony w twarz, upadł i że pił alkohol. A. (...) podjął decyzję o przetransportowaniu K. K. (1) na badania laryngologiczne do Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...)w L. (dalej jako (...) w L.), z rozpoznaniem: nieprzytomny, uraz nosa, upojenie alkoholowe. W karetce K. K. (1) podano tlen. Ciśnienie krwi wynosiło 130/70, a tętno 100. Wobec tego, że K. K. (1) nie miał otwartych oczu, nie było z jego strony reakcji słownych, natomiast reagował na ból, lekarz ocenił jego stan na 4 pkt w Glasgow ComaScale (dalej jako skala (...)) i stwierdził reakcję wyprostną.

dowód:

- zeznania świadka A. (...) k.82-83, 383v-385 II; (...),
- zeznania świadka M. B. k.398v-399;
- zeznania świadka T. R. k.46-47, 312-313 II;
- zeznania świadka M. M. k.18-19, 259-260 II, 279v-280v II;
- zeznania świadka J. Z. k.20-21, 268-270 II, 277-278 II;
- zeznania świadka M. S. (1) k.25-26, 271-272 II, 278v-279 II;
- zeznania świadka M. K. (1) k.240 II, 337 II;
- zeznania świadka J. L. 256-258 II, 334-336 II;
- zeznania świadka K. S. k.261-263 II, 337v-338;
- karta zlecenia wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego z dnia 01.05.2010 r. k. 304;

K. K. (1) przywieziony został na Izbę Przyjęć Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (...) w L. o godzinie 3:23 - 3:24. Za nim przyjechali J. Z., K. S., M. S. (1), J. L. i M. M.. Później dojechał również M. K. (1). Wszyscy, oprócz M. M. znajdowali się pod wpływem alkoholu. Wówczas na oddziale dyżur pełniły pielęgniarki I. J. (1) oraz D. C.. A. (...)przekazał im K. K. (1) ze skierowaniem na laryngologię informując, że jest to pacjent w stanie upojenia alkoholowego, po uderzeniu pięścią w twarz. Następnie, z uwagi na inne wezwanie, wraz z załogą, karetki opuścił (...). Pielęgniarki zdezynfekowały twarz K. K. (1), zmierzyły mu ciśnienie i tętno. I. J. (1) oglądała również jego głowę, kiedy leżał w pozycji bocznej, jednak nie zauważyła nic niepokojącego. Pielęgniarki telefonicznie poinformowały o przyjęciu pacjenta lekarza M. Z., który pełnił dyżur na oddziale laryngologicznym. Zlecił on wykonania badania rentgenograficzne (dalej jako RTG) nosa. M. Z. telefonicznie nie rozmawiał z A. (...) na temat pokrzywdzonego.

dowód:

- zeznania świadka I. J. (1) k.36-37, 281-282 II;
- zeznania świadka D. C. k.39-40, 385 II;
- zeznania świadka M. M. k.18-19, 246 II, 259-260 II, 279v-280v II;

- zeznania świadka J. Z. k.20-21, 268-270 II, 277-278 II;
- zeznania świadka M. S. (1) k.25-26, 271-272 II, 278v-279 II;
- zeznania świadka M. K. (1) k.240 II, 337 II;
- zeznania świadka J. L. 256-258 II, 334-336 II;
- zeznania świadka K. S. k.261-263 II, 337v-338;
- zeznania świadka A. (...) k.384v, 1025V,
- wyjaśnienia oskarżonego k.158 II,
- oryginały dokumentacji medycznej – historia choroby

K. K. (1) zlecono badanie RTG nosa, zaś po jego wykonaniu przewieziony został na oddział laryngologiczny. Tam M. Z. w oparciu o wykonane zdjęcie oraz badanie fizykalne wykluczył złamanie kości nosa. Ponadto zmierzył K. K. (1) tętno, które wynosiło około 70 i zbadał głowę w poszukiwaniu guzów. Sprawdził źrenice, które były równe, okrągłe o leniwej reakcji na światło. Nie stwierdził sztywności karku. Zaobserwował objaw rzęskowy oraz zachowaną reakcję na ból. Wyczuł również z ust zapach alkoholu. Zaobserwowane przez M. Z. objawy odpowiadały przekazanej mu informacji, że pacjent posiada uraz nosa po uderzeniu w twarz i znajduje się w stanie upojenia alkoholowego. W przekonaniu tym utwierdziła go M. M., która była obecna podczas badania i mówiła mu wyłącznie o uderzeniu pięścią w twarz. M. Z. błędnie zdecydował jedynie o pozostawieniu pokrzywdzonego w szpitalu pod obserwacją w sytuacji, gdy powinien – wobec braku możliwości ustalenia jednoznacznego wywiadu związanego z brakiem kontaktu z pacjentem oraz faktu nakładania się objawów upojenia alkoholowego z objawami urazów neurologicznych - bezzwłocznie zlecić przewiezienie pacjenta do jednostki szpitalnej posiadającej możliwość wykonania badania diagnostycznego typu tomografii komputerowej głowy. Takie badanie pozwoliłoby na stwierdzenie ewentualnych zmian pourazowych mózgu i podjęcie stosownego leczenia. Zaniechanie podjęcia w/w decyzji i pozostawienie pokrzywdzonego jedynie pod obserwacją na oddziale szpitalnym w L. zmniejszyło jego szanse na przeżycie.

dowód:

- zeznania świadka I. J. (1) k.36-37, 281-282 II;
- zeznania świadka D. C. k.39-40, 385 II;
- zeznania świadka M. M. k.18-19, 260-260v II, 280 -280v II;
- zeznania świadka P. S. k. 399v II,
- zeznania świadka Ł. T. k. 399v-400 II,
- wyjaśnienia oskarżonego k.159 II,
- karta porady ambulatoryjnej k.9
- oryginały dokumentacji medycznej – historia choroby k. 135.
- płyta CD z nagraniem rozmowy dotyczącej przyjęcia zgłoszenia do K. K. (1) z dnia 01.05.2010r. k. 432 ,
- stenogram rozmowy pomiędzy oficerem dyżurnym KPP w L. nadkom. W. B., a st. sierż. Ł. T. przeprowadzonej w dniu 01.05.2010r. o godz. 04:14:20 k. 435-436 III,
- płyta CD z zapisem w/w rozmowy k. 438 III ,

- wydruk z Elektronicznej Książki Służby Dyżurnego k. 437 III,
- opinia sądowo - lekarską wraz z opinią uzupełniającą częściowo k.502-516 III, 558v-563 III, k. 837 V, 893 V, w całości – k.121 I, k. 919 V,

Około godziny 4:00 K. K. (1) został przewieziony przez M. M. i D. C. na salę obserwacyjną izby przyjęć. W okolicach godziny 4:30 M. Z. zszedł z Oddziału Otolaryngologicznego do izby przyjęć i ponownie sprawdził K. K. (1) tętno, ciśnienie, źrenice oraz reakcję na bodźce bólowe, nie obserwując żadnych zmian. Rozmawiał również z M. S. (1), który znajdował się pod wpływem alkoholu i przysypiał na przyniesionym mu przez pielęgniarkę fotelu. M. S. (1) powiedział M. Z., że K. K. (1) został uderzony, że nie widział zdarzenia oraz, że wspólnie z K. K. (1) pił alkohol. Stan K. K. (1) monitorowały również dyżurujące pielęgniarki I. J. (1) oraz D. C..

dowód:

- zeznania świadka I. J. (1) k.36-37, 281-282 II;
- zeznania świadka D. C. k.39-40, 385 II;
- częściowe zeznania świadka M. S. (1) k.25-26, 271-272 II, 278v-279 II;
- wyjaśnienia oskarżonego k.159 II,
- karta porady ambulatoryjnej k.9.

Około godziny 5:50, przy kolejnym pomiarze ciśnienia okazało się, że zaczęło ono spadać i z wyjściowego 110/70 przeszło na 100/60. Do 62-64 spadło również tętno, a K. K. (1) nadal się nie wybudzał. Wówczas pielęgniarki poinformowały o tym M. Z., który około godziny 6:00 ponownie zszedł na izbę przyjęć. Z przeprowadzonego przez niego badania wynikało, że prócz spadku ciśnienia krwi i tętna, K. K. (1) przestał reagować na ból. Zaniepokojony tymi objawami M. Z. pilnie zlecił konsultację z chirurgiem W. K. (2), który w dniu 01.05.2010 r. pełnił dyżur na oddziale chirurgii. W. K. (2) fizykalnie zbadał K. K. (1). Stwierdził wydolność oddechową i krążeniową, brak reakcji na bodźce bólowe, równe szerokie źrenice oraz ich spowolnioną reakcję na światło. Nie stwierdził sztywności karku. Zauważył też na twarzy obrzęk nosa i krwiak na górnej wardze. Innych obrażeń nie widział. W. K. (2) pytał również M. S. (1) o okoliczności zdarzenia. Ten powiedział mu, że nie widział samego momentu uderzenia K. K. (1) oraz, że wspólnie z nim spożywał alkohol od 30.04.2010 r. W oparciu o powyższe informacje W. K. (2) nie mógł ustalić przyczyn tak długiej nieprzytomności pacjenta. Mając podejrzenie zatrucia alkoholem zlecił podanie 500 ml płynu wieloelektrolitowego ((...) tzw. kroplówka). Profilaktycznie kazał podać również 8mg dexavenu (leku przeciwobrzękowego), na wypadek gdyby nieprzytomność miała podłoże w urazie mózgu. W tym celu zlecił również przewiezienie K. K. (1) do Szpitala (...) w Z. na badanie tomografem komputerowym (dalej jako TK). Aby uzasadnić skierowanie i badanie W. K. (2) wpisał w karcie porady ambulatoryjnej jako rozpoznanie uraz czaszkowo - mózgowy, oznaczając go kodem S06.7 Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (International Classification of Diseases - dalej jako ICD). Jako diagnozę wstępną wpisał zaś contusio capitis (uraz głowy), commotio cerebri (wstrząśnienie mózgu) oraz Hematoma intercerebralesusp. (krwiak śródmózgowy podejrzenie). O godzinie 6:45 pielęgniarka wezwała zespół ratunkowy powiatowego pogotowia ze Z., a K. K. (1) o godzinie 7:00 przekazany został zmianie dziennej, na której dyżur pełniły pielęgniarki W. P., E. K. oraz B. W..

dowód:

- zeznania świadka I. J. (1) k.36-37, 281-282 II;
- zeznania świadka D. C. k.39-40, 385 II;
- zeznania świadka W. K. (2) k.73-74, 313v-315 II; (...),

- zeznania świadka M. S. (1) k.25-26, 271-272 II, 278v-279 II;
- wyjaśnienia oskarżonego k.159-160 II,
- karta porady ambulatoryjnej k.174 II
- zeznania świadka W. P. k.33-34, 280-281 II;
- zeznania świadka E. K. k.43-44, 354 II;
- zeznania świadka B. W. k.62-63, 313 II;
- karta zlecenia wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego SP ZOZ w Z. z dnia 01.05.2010 r. wraz ze zleceniem na transport sanitarny k. 450-450v III, 572-572v III,
- kserokopia dziennika Pogotowia Ratunkowego k. 451-452 III,

Około godziny 7:30 do (...) przyjechała karetka pogotowia z (...) Szpitala - (...) w Z.. Około godziny 7:40 K. K. (1) został zintubowany przez zespół z Oddziału Intensywnej Opieki Medycznej (...) w L.. E. K. założyła mu rurkę ustno - gardłową, a na polecenie lekarza z karetki podano mu również mannitol (lek redukujący ciśnienie wewnątrzczaszkowe i hamujący obrzęk mózgu).

Po przybyciu transportu sanitarnego do szpitala w Z. o godzinie 8:55 K. K. (1) był hospitalizowany na Oddziale Chirurgii oraz Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Pobrano mu również krew, w której stwierdzono zawartość alkoholu w wysokości 1,479 ‰. W wyniku wykonanego badania TK stwierdzono obecność krwiaka podtwardówkowego uciskającego płat czołowy i skroniowy prawej półkuli mózgu z cechami radiologicznymi ciasnoty śródczaszkowej. W takim stanie klinicznym K. K. (1) poddany został zabiegowi trepanacji (kraniotomii) prawostronnej czaszki, otwarcia opony twardej i ewakuacji krwiaka. Po jego przeprowadzeniu przekazany został na Oddział Intensywnej Terapii, gdzie mimo wdrożonego leczenia zmarł 08.05.2010 r. o godzinie 1:25. Wyjściową przyczyną śmierci był uraz głowy w części potylicznej, wtórną zaś obrażenia mózgowia.

dowód:

- zeznania świadka R. K. k.91, 386;
- zeznania świadka K. K. (2) k.94, 355v-357 II;
- zeznania świadka M. G. k.96, 315 II;
- zeznania świadka M. K. (2) k.98, 237 II, 315-317 II, 387 II;
- zeznania świadka A. (1) k.99-100, 353v-354 II;
- zeznania świadka M. O. k.102, 317-318 II;
- zeznania świadka W. K. (3) k.104, 354v-355v II;
- zeznania świadka P. K. k.106, 459v III;
- zeznania świadka E. C. k.357 II;
- zeznania świadka R. S. k.386v;
- zeznania świadka J. C. (1) k.458v-459 III;

- zeznania świadka A. W. k.400 II;
- zeznania świadka W. R. k.400 II;
- zeznania świadka G. Z. k.400 II;
- zeznania świadka J. K. k.276v;
- zeznania świadka W. K. (1) k.11-13, 472-473 III;
- częściowo opinia biegłego R. P. k. 49-58 , 400v-402 II
- karta statystyczna k. 50 ,
- dokumentacja medyczna k.120a
- oryginały dokumentacji medycznej – historia choroby i 6 płyt CD TK głowy k. 135 ,
- kserokopia protokołu operacji z Księgi Bloku Operacyjnego z dnia 01.05.2010r. k.350,
- opinia sądowno - lekarską wraz z opinią uzupełniającą k.502-516 III, 558v-563 III,
- częściowo opinia sądowno – lekarska k. 121-131.
- zeznania świadka W. P. k.33-34, 280-281 II;
- zeznania świadka E. K. k.43-44, 354 II;
- zeznania świadka B. W. k.62-63, 313 II;
- zeznania świadka W. K. (2) k.74, 314v II; (...)
- raport z dyżuru pielęgniarek k.306 II
- karta zlecenia wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego SP ZOZ w Z. z dnia 01.05.2010 r. wraz ze zleceniem na transport sanitarny k. 450-450v III, 572-572v III,
- kserokopia dziennika Pogotowia Ratunkowego k. 451-452 III,

M. Z. ma 48 lat i jest żonaty. Posiada na utrzymaniu jedno dziecko wieku lat 18. Pracuje jako laryngolog od blisko 20 lat, osiągając z tego tytułu dochód rzędu 10.000 zł miesięcznie. Przysługuje mu prawo własności nieruchomości w postaci domu o wartości około 500.000 zł a także prawo własności rzeczy ruchomych w postaci samochodu o wartości około 20.000 zł. Nie był leczony psychiatrycznie, neurologicznie, ani odwykowo. Nie był również uprzednio karany sądownie za przestępstwo umyślne.

dowód:

- wyjaśnienia oskarżonego k.157 II, 179 II, 276 II, 577 III, 720 IV; (...),
- dane o karalności k.152.

M. Z. nie przyznał do popełnienia zarzucanego mu czynu. W toku postępowania przygotowawczego wyjaśnił, że około godziny 3:30 dnia 01.05.2010 r. otrzymał telefoniczną informację od pielęgniarki, że lekarz karetki skierował do niego pacjenta w stanie upojenia alkoholowego z urazem nosa powstałym w wyniku uderzenia pięścią. Nikt nie mówił mu o uderzeniu głową o podłoże. Dowiedział się o tym dopiero po śmierci K. K. (1). Oskarżony dodał, że zlecił badanie RTG i wykonał fizykalne badanie pacjenta, po których skierował go na obserwację. Około godziny 4:30 ponownie

zbadał stan pacjenta, nie stwierdzając żadnych zmian. Pojawiły się one dopiero około godziny 6:00, dlatego też wezwał na konsultację chirurga. Następnie wrócił na swój oddział i uzupełnił dokumentację pacjenta. W toku postępowania sądowego oskarżony podtrzymał powyższe wyjaśnienia i odmówił składania dalszych. Zaprzeczył, aby otrzymał od lekarza pogotowia kartę zlecenia wyjazdu.

Sąd zważył, co następuje:

Na wstępie zaznaczyć należy, że ustalając stan faktyczny w oparciu o przeprowadzone w sprawie dowody, Sąd w znacznej części skorzystał z tych ustaleń faktycznych, które poczynił Sąd poprzednio rozpoznający sprawę. Przebieg zdarzenia od momentu uderzenia K. K. (1) w twarz do momentu przewiezienia z (...) w L. do Szpitala w Z. jest bowiem w istocie bezsporny, a zasadnicza różnica dotyczy odmiennej oceny postępowania oskarżonego. W konsekwencji także niemalże w całości – o czym poniżej – zaaprobować należy wnikliwą i drobiazgową ocenę dowodów, która poczynił Sąd meriti poprzednio rozpoznający sprawę, a która została opisana w pisemnych motywach rozstrzygnięcia z dnia 31.03.2014 (II K 733/13).

Dlatego też uznać należy, że na wiarę zasługiwały wyjaśnienia M. Z. w zakresie, w jakim opisał on przebieg zdarzeń, które miały miejsce podczas jego dyżuru na Oddziale Laryngologicznym (...) w L. w dniu 01.05.2010 r. Wyjaśnienia te były logiczne i spójne, a ponadto korelowały z pozostałym zgromadzonym w sprawie materiałem dowodowym, a w szczególności w dowodzie z zeznań świadków I. J. (1), D. C., W. K. (2), a także częściowo w zeznaniach M. S. (1) oraz M. M.. Przesłuchiwany w toku postępowania przygotowawczego M. Z. kategorycznie wyjaśnił, że po otrzymaniu informacji o przekazaniu przez A. (...) K. K. (1) na jego oddział, zlecił badanie RTG twarzoczaszki, następnie wykonał badania fizykalne i skierował pacjenta na obserwację, w trakcie której dwukrotnie go badał - najpierw o godzinie 4:30, a następnie około godziny 6:00. Po drugim badaniu zlecił konsultację chirurgiczną z W. K. (2), po której K. K. (1) przetransportowany został do (...) w Z. na badanie tomokomputerowe. Przedstawiona przez M. Z. relacja z podejmowanych działań w pełni odpowiadała opisowi wynikającemu z zeznań wymienionych świadków, stąd też należało uznać ją za wiarygodną w całości.

Walog wiarygodności posiadały również wyjaśnienia oskarżonego w zakresie poczynionych spostrzeżeń co do stanu klinicznego K. K. (1) oraz przekazanych mu informacji o biegu wypadków, które miały miejsce przed tym jak trafił on do (...) w L.. Wyjaśnienia te były jednoznaczne i korespondowały z innymi zgromadzonymi w toku postępowania materiałami dowodowymi, w szczególności zaś z zeznaniami I. J. (1), D. C., A. (...), J. Z., K. S., J. L., M. M. i M. K. (1), a także częściowo z opinią biegłego R. P.. Przesłuchiwany w postępowaniu przygotowawczym M. Z. wyjaśnił, że nie posiadał wiedzy na temat tego, by K. K. (1) uderzył głową o twarde podłoże. Z informacji, które do niego dotarły wynikało wyłącznie, że pacjent został uderzony pięścią w twarz, czego wynikiem była widoczna opuchlizna i krwawienie z nosa. Badając palpacyjnie głowę K. K. (1) nie zauważył rany tłuczonej części potylicznej o wymiarach 1cm x 1cm (k.160). Nie zauważył jej także A. (...) (co potwierdziła T. R. k.47). Również I. J. (1), nie widziała śladów krwi z tyłu głowy (k.281v). Rany nie dostrzegł W. K. (2), który mimo badań fizykalnych nie mógł ustalić przyczyny nieprzytomności (k.314). Nie spostrzegł jej również - już w szpitalu w Z. - K. K. (2) (k.94). Z kolei biegły R. P. opiniował, że rana była niewielka i obrażenia mogły być niewidoczne pośród włosów (k.400v i 401v). Stąd też za wiarygodne uznać należało wyjaśnienia oskarżonego, jakoby nie dostrzegł urazu części potylicznej głowy K. K. (1).

Za polegające na prawdzie należało również uznać twierdzenie oskarżonego dotyczące tego, że nikt nie mówił mu o tym, iż pacjent uderzył głową o twarde podłoże. Podnieść bowiem trzeba, że jedynymi świadkami upadku K. K. (1) (którzy przyjechali z nim do szpitala) były J. L. oraz M. M.. Choć obie widziały jak uderza głową o chodnik, to nie przekazały tej informacji nikomu z obsługi medycznej szpitala. J. L. zeznała, że powiedziała o uderzeniu K. S. oraz J. Z., którzy mieli przekazać to załodze karetki (k.335v). Niemniej jednak J. Z. wprost stwierdził, że powiedział wyłącznie o uderzeniu w nos (k.277). Wprawdzie K. S. wspominał załodze karetki o prawdopodobnym uderzeniu w tył głowy (k.262v), jednakże nie rozmawiał już o tym z oskarżonym, gdyż "było tam duże zamieszanie" (k.338v). Z podobnego założenia wyszła sama J. L., która w szpitalu również nie informowała pracowników o przebiegu zdarzenia, ponieważ „było dużo ludzi” (k.335v). M. M. z kolei nie rozmawiała z załogą karetki, gdyż jak zeznała "nie chciałam przeszkadzać ratownikom" (k.279v). Będąc zaś w szpitalu mówiła D. C. włącznie "że K. został uderzony, że był jeden cios" (k.280).

Podobnie przedstawiła przebieg zdarzeń w rozmowie z M. Z. mówiąc, "że K. został uderzony pięścią w twarz" (k.280v). Tylko taka informacja docierała do M. Z., stąd też jego wyjaśnienia w tym zakresie należało uznać za wiarygodne.

Sądowi nie udało się natomiast ustalić w oparciu o zgromadzone dowody, jakie dokładnie informację przekazał lekarz pogotowia A. (...) odnośnie przywiezionego pacjenta. Świadek składał zeznania trzykrotnie za każdym razem kwestię tę relacjonował odmiennie. Raz twierdził, że informację o przebiegu zdarzenia przekazał pielęgniarce, która kontaktowała się z oskarżonym, a innym razem utrzymywał, że rozmawiał z nim telefonicznie. Co istotne jednak, za każdym razem nie potrafił odtworzyć treści rozmowy i przekazanych informacji uzyskanych na miejscu powstania obrażeń. Stąd też za wiarygodne Sąd potraktował te zapewnienia oskarżonego, gdy twierdził, że dowiedział się jedynie i to od pielęgniarki, iż skierowany został pacjent, z urazem nosa po uderzeniu.

Sąd jako prawdziwe potraktował także te wyjaśnienia oskarżonego, w których utrzymywał, że nie otrzymał od pogotowia karty zlecenia wyjazdu. A (...) nie potrafił bowiem jednoznacznie wskazać, czy w roku 2010 kartę zlecenia sporządził w dwóch egzemplarzach, z których jeden zostawiał na izbie przyjęć, czy też w jednym egzemplarzu, niejako na własne potrzeby. Zresztą kwestia ma drugorzędne zdarzenie, choć zapoznanie się oskarżonego z tym dokumentem, wobec jego treści, powinno wzbudzić w nim wzmożoną ostrożność.

Za nieprawdziwe uznał natomiast Sąd wyjaśnienia oskarżonego w kwestii przeprowadzenia przez niego badania tzw. objawu Babińskiego. Wynikało to z tej prostej przyczyny, że dla wykonania tego badania koniecznym jest podrażnienie podeszwy stopy pacjenta, tymczasem z materiałów zgromadzonych w toku postępowania nie wynika, by K. K. (1) zdejmowano buty, które miał na sobie w trakcie pobytu na sali obserwacyjnej.

Za wiarygodne w zakresie wyżej opisanym przyjął Sąd zeznania J. Z., K. S., J. L., M. M. i M. K. (1), S. J. (2) i B. D. albowiem były one wzajemnie spójne oraz korespondowały z zeznaniami świadków I. J. (1), D. C. oraz A. (...), T. R. i M. B.. Znajdowały nadto potwierdzenie w dowodach z dokumentów w postaci karty porady ambulatoryjnej, wydruku z Elektronicznej Książki Służby Dyżurnego, a także dokumentacji fotograficznej miejsca zdarzenia, czy karty zlecenia wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego z dnia 01.05.2010 r. Wymienieni świadkowie w sposób obszerny opisali przebieg zdarzeń, jakie miały miejsce w dniach 30.04.-01.05.2010 r. z udziałem K. K. (1). Wprawdzie w ich zeznaniach pojawiały się drobne sprzeczności, to jednakże z uwagi na to, że wszyscy prócz M. M. byli nietrzeźwi, to zrozumiałym wydaje się być, iż pomiędzy poczynionymi przez nich spostrzeżeniami, a ich późniejszym odtworzeniem mogły występować rozbieżności.

Za niezgodne z rzeczywistym biegiem wypadków uznał natomiast Sąd zeznania M. S. (1), w części w jakiej w postępowaniu przygotowawczym kategorycznie twierdził on, że od godziny 4:00 do 6:00 nikt nie przychodził do sali, w której leżał K. K. (1) i nikt go nie badał. Zeznania te stały bowiem w sprzeczności z wiarygodnymi w tej części wyjaśnieniami oskarżonego oraz zeznaniami świadków I. J. (1) oraz D. C.. Ponadto ocena Sądu wynikała z tego, że M. S. (1) przesłuchiwany na rozprawie w dniu 08.09.2011 r. przyznał, że relacjonował tylko te momenty, w których nie spał (k.279). Spał zaś "może godzinę" - a więc przynajmniej przez połowę czasu, o którym zeznawał. Ponadto dodał również, że był najbardziej nietrzeźwy ze wszystkich obecnych w szpitalu znajomych K. K. (1) (k.279v). Co więcej, twierdzeniom świadka sprzeciwia się również sam bieg wypadków. Gdyby bowiem nikt nie badał K. K. (1) - jak zeznał świadek - to przed godziną 6:00 nie wykryto by obniżenia tętna i spadku ciśnienia krwi. Stąd też zeznania M. S. (1) Sąd uznał w tej części za niezgodne z rzeczywistością.

Za co do zasady wiarygodne przyjął Sąd zeznania świadka A. (1). Przesłuchiwany w toku postępowania przygotowawczego zeznał, że po przyjeździe na miejsce wezwania zastał pacjenta leżącego na ławce. Od otaczającej go grupy młodzieży dowiedział się tylko, że pił alkohol oraz że został uderzony w nos. Był on krążeńiowo i oddechowy wydolny, o ciśnieniu krwi 130/70 i tętnie 100, bez kontaktu werbalnego, ale z symetryczną reakcją na ból i równymi źrenicami, co wykluczało obrażenia neurologiczne. Jakkolwiek tym zapewnieniom przeczy treść wypełnionej przez niego karty zlecenia wyjazdu (reakcja wyprostna, stan pacjenta 4 w skali Glasgow), to jednak fakt skierowania K. K. (1) na oddział laryngologiczny, nie zaś chirurgiczny oraz rozpoznanie w karcie zlecenia wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego (nieprzytomny, uraz nosa, upojenie alkoholowe), o tym przekonuje.

Odnosnie zapisów karty zlecenia wyjazdu to podkreślić wypada, że wobec faktu, iż oskarżony z nią się nie zapoznał, to co oczywiście błędnie zostało tam zaznaczone, pozostaje bez znaczenia dla rozstrzygnięcia i nie wymaga szerszego omówienia.

Zaznaczyć także należy, że Sąd podjął próbę realizacji zaleceń Sądu Okręgowego i wypytał świadka A. (1) o stwierdzoną reakcję na ból. Stwierdził on, że była szczątkowa. Jednak jeszcze raz zauważyć trzeba, że wobec poczynionych ustaleń zarówno w zakresie treści przekazanych informacji oskarżonemu, jaki i braku pozostawienia na izbie przyjęć karty zlecenia wyjazdu, okoliczności te w ocenie Sadu nie mają znaczenia dla rozstrzygnięcia. Innymi słowy popełnione przez świadka błędny natury diagnostycznej, które wskazywałyby na ciężki uraz neurologiczny, w sytuacji gdy oskarżony o nich nie wiedział, pozostają irrelevantne dla oceny inkryminowanego mu czynu.

Sąd jako prawdziwe potraktował zeznania T. R. i M. B., którzy wspólnie z A. (1) tworzyli zespół karetki pogotowia. Ich zeznania były wzajemnie spójne oraz pokrywały się z opisem zdarzeń przedstawionym przez J. Z., K. S., J. L., M. M., M. S. (1) i M. K. (1).

Za posiadające walor w pełni wiarygodnego środka dowodowego uznał Sąd zeznania W. K. (2). Były one spójne i logiczne. Świadek konsekwentnie opisał przebieg zdarzeń, jakie rozegrały się z jego udziałem w dniu 01.05.2010 r. Przedstawiona przez niego relacja znajdowała potwierdzenie w zeznaniach I. J. (2), D. C., E. K., W. P., B. W., a także M. S. (1) oraz wyjaśnieniach oskarżonego. Poproszony o konsultację W. K. (2) fizykalnie zbadał K. K. (1). Stwierdził wydolność oddechową i krążeniową, brak reakcji na bodźce bólowe, równe szerokie źrenice oraz ich spowolnioną reakcję na światło. Nie stwierdził sztywności karku, ani urazu głowy. Zauważył też na twarzy obrzęk nosa i krwiak na górnej wardze - innych obrażeń nie widział. W. K. (2) pytał również M. S. (1) o okoliczności zdarzenia. Ten powiedział mu, że nie widział samego momentu uderzenia K. K. (1) oraz, że wspólnie z nim spożywał alkohol od 30.04.2010 r. W oparciu o powyższe informacje W. K. (2) nie mógł ustalić przyczyn nieprzytomności pacjenta („tak naprawdę nie wiedziałem co się stało” – k.74; „ja obejrzałem głowę pacjenta [...] w chwili badanie nie mogłem ustalić przyczyny nieprzytomności” – k.314). Podejrzał możliwość zatrucia alkoholem lub urazu mózgu. Niemniej jednak wynikało to z utrzymującego się od 2 godzin stanu nieprzytomności, gdyż jak przyznał „nie stwierdziłem żadnych objawów neurologicznych” (k.314). Jednocześnie świadek przyznał, że „jeżeli jest nieprzytomny, bez urazu głowy, to wzywa się anesteziologa. W tamtym czasie był anesteziolog” (vide k.1009). Sąd zatem nie miał żadnych podstaw ku temu, by świadkowi nie zawierzyć, lecz także w tym wypadku jego relacja pozostaje bez znaczenia dla rozstrzygnięcia. Świadek miał bowiem styczność z pokrzywdzonym po kilku godzinach od przywiezienia do szpitala, a więc wtedy, gdy jego stan znacznie się pogorszył.

Jako wiarygodne uznał również Sąd zeznania pielęgniarek, które w dniu 01.05.2010 r. pełniły dyżur na izbie przyjęć (...) w L.. Zeznania I. J. (1), D. C., E. K., W. P., B. W. wzajemnie ze sobą korespondowały i były zgodne z pozostałym zebrany w sprawie materiałem dowodowym, a w szczególności z zeznaniami W. K. (2) i wyjaśnieniami oskarżonego oraz dowodami z dokumentów w postaci karty porady ambulatoryjnej, czy też raportu z dyżuru dziennego z dnia 01.05.2010 r. I. J. (1) i D. C. w sposób kategoryczny opisały przebieg zdarzeń, od chwili przyjęcia K. K. (1) do (...) w L., do czasu zakończenia ich dyżuru. Wskazały, że zgodnie z zaleceniem lekarza obserwowały K. K. (1) i monitorowały jego stan mierząc tętno i ciśnienie krwi. Wprawdzie z czynności tych nie zostały sporządzone żadne dokumenty niemniej okoliczność ta nie podważała wiarygodności zeznań świadków. Z biegu wypadków wynika bowiem, że około godziny 5:50 ciśnienie krwi zaczęło spadać i z wyjściowego 110/70 przeszło na 100/60. Do 62-64 obniżyła się również akcja serca. Okoliczności te nigdy nie były by ujawnione, gdyby pielęgniarki nie monitorowały stanu pacjenta. Stąd też należało dać wiarę ich zeznaniom także w tym zakresie.

Sąd przyjął za prawdziwe w całej rozciągłości zeznania personelu medycznego (...) w Z., gdzie przeprowadzany był zabieg kraniotomii oraz zeznania lekarza konsultanta z Oddziału Neurochirurgii (...) w N. S.. Zeznania R. K., K. K. (2), M. G., M. K. (2), AmaspaTadewosjana, M. O., W. K. (3), P. K., E. C., R. S., A. W., W. R., G. Z. oraz J. C. (1) były jednoznaczne i kategoryczne. Wzajemnie się uzupełniały. Znajdowały nadto potwierdzenie w dowodach z dokumentów w postaci dokumentacji medycznej (k.120a, 135, 350). W ocenie Sądu fakty, które świadkowie zaobserwowali, opisali w sposób spójny i logiczny. Co istotne nie próbowali uzupełniać ich własnymi domniemaniami, a jako, że są osobami obcymi

dla oskarżonego, nie mieli interesu w tym, by zeznawać niegodnie z prawdą. Zważyć również należy, że zdarzenia, które opisywali wymienieni świadkowie, miały miejsce już po działaniach jakie podejmował oskarżony, a zatem dla ich oceny zeznania te miały w większości charakter wtórny.

Drugorzędne znaczenie dla oceny postępowania oskarżonego miały również zeznania W. K. (1), J. K., P. S., Ł. T. i J. C. (2). Świadców ci nie byli bowiem bezpośrednimi obserwatorami zdarzeń, w których uczestniczył K. K. (1), a które rozegrały się przed klubem (...) oraz w (...) w L.. Przedstawiona przez nich zeznania oparte są o relacje innych świadków przesłuchanych w toku postępowania. Z kolei bieg wypadków jakie miały miejsce podczas pobytu K. K. (1) w szpitalu w Z. (czego świadkami byli rodzice wymienionego) również miał charakter wtórny.

Jest tymczasem niewątpliwym, że w realiach sprawy niebagatelne znaczenie dla oceny zachowania oskarżonego pod kątem jego odpowiedzialności karnej, miały sporządzone na potrzebę postępowania opinie zespołu biegłych z Wydziału Lekarskiego Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej G. (...) i (...) w B..

Sąd uznał jedynie za częściowo wiarygodną sporządzoną w sprawie opinię biegłych z Wydziału Lekarskiego Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej G. (...) (dalej jako UM w G.) wraz z opinią uzupełniającą. W ocenie Sądu bowiem jej przydatność dla czynionych ustaleń faktycznych w sprawie jest istotna tylko w tych fragmentach, w których koresponduje ona z opinią biegłych medyków z UM w B.. Jak słusznie zauważył Sąd Okręgowy w pisemnych motywach ostatecznego swego rozstrzygnięcia, omawiana opinia nosi cechy, które po części ją dyskwalifikują. Z jednej strony biegli wprost stwierdzają, że z uwagi na stan nietrzeźwości pacjenta oraz obecność obrażeń w obrębie twarzy, przy uwzględnieniu niewiadomego przebiegu zdarzenia i trudności diagnostycznych krwaka podtwardówkowego u osób nietrzeźwych, u oskarżonego powinno to wzbudzić ostrożność i stosując zasadę ograniczonego zaufania do relacji nietrzeźwych również świadków powinien zażądać konsultacji chirurgicznej i neurologicznej i to nawet przed wykonaniem RTG nosa (vide: k. 513), z drugiej zaś w konkluzji stwierdzają, że postępowanie oskarżonego było prawidłowe, gdyż pozostawił pacjenta pod obserwacji w szpitalu, a nie wypisał do domu lub zlecił przewiezienie do izby wytrzeźwień. Wątpliwości co do prawidłowo wyciąganych wniosków ostatecznych opinii budzi także ten jej fragment, w którym lekarze przyznali, że bezwzględnym obowiązkiem oskarżonego było wysłuchać relacji, bądź zasięgnąć opinii ustnej od Zespołu (...) lub lekarza wchodzącego w jego skład, a także zapoznanie się ze skierowaniem oraz kartą zlecenia wyjazdu (vide: k. 847). W sprawie wprawdzie ustalono, że oskarżony nie otrzymał karty zlecenia wyjazdu, lecz nic nie stało na przeszkodzie, aby zadzwonił do lekarza pogotowia, a nie opierał się jedynie na szczątkowych informacjach udzielonych mu przez pielęgniarkę przyjmującą na izbie przyjęć. Wtedy też mógłby dowiedzieć się chociażby o tym, że tenże lekarz stwierdził reakcję wyprostną i ocenił stan neurologiczny pokrzywdzonego na 4 w skali Glasgow. Takie przekaz z pewnością ułatwiłby mu podjęcie decyzji o prawidłowej diagnostyce. Tymczasem biegli, pomimo tak w/w kategorycznie stawianych wymagań co do zachowania oskarżonego w tej konkretnej sytuacji uznali, że jego zachowanie było właściwe.

Jest to ponadto o tyle zadziwiające, że jednocześnie tenże zespół ekspertów stwierdził – „jeżeli badanie tomokomputerowe głowy nie jest planowane lub jest niemożliwe jego wykonanie powinno zostać wykonane badanie RTG kości czaszki. Badanie takie powinno zostać wykonane zwłaszcza, jeżeli po urazie wystąpiły zaburzenia świadomości, objawy neurologiczne, stwierdzono wyciek płynu mózgowo – rdzeniowego z nosa lub z przewodów słuchowych, podejrzewa się penetrujący uraz czaszki lub stwierdza się rozległe obrażenia głowy, a także jeśli ocena pacjenta jest niemożliwa w związku ze stanem nietrzeźwości”(vide: k. 511). W realiach sprawy jest tymczasem niewątpliwym, że oskarżony, pomimo tego, że na skierowaniu do szpitala, z którym miał obowiązek się zapoznać wypisano – uraz nosa, upojenie alkoholowe, nieprzytomny, badania RTG głowy K. K. (1) nie wykonał. Tymczasem nawet takie jego postępowanie ostatecznie nie wpłynęło na stanowisko biegłych w zakresie oceny zasadności podjętych czynności diagnostycznych.

Podkreślić także należy, że w czasie przesłuchania biegli powtórzyli tezę o konieczności konsultacji chirurgicznej i neurologicznej, a co więcej dodali, że oskarżony powinien „rozważyć przewiezienie pacjenta do najbliższego ośrodka, w którym takie badanie (TK) powinno być wykonane”. Ostatecznie jednak, pomimo tych licznych zastrzeżeń stwierdzili, że jego zachowanie było słuszne, bo „widząc niejasny obraz kliniczny chorego, sprawiającego wrażenie osoby

nietrzeźwej zatrzymał go na obserwacji” (vide: k. 894v). Ponadto wytłumaczyli postępowanie oskarżonego, łamiąc w istocie pojęcie wzorca, że „czujność lekarza dyżurnego osłabił także fakt, że do izby przyszpitalnych oddziałów ratunkowych zgłasza się dużo osób nietrzeźwych urazem głowy (...)i trudno sobie wyobrazić, żeby każdego takiego chorego wieźć do ośrodka o wyższej referencyjności i robić mu badanie głowy stąd zdarzają się tak przykre sytuacja jak ta, która rozpatrujemy”(vide: k. 894). Zdaniem Sądu powyższa konkluzja ostatecznie dyskwalifikuje wnioski końcowe opinii, choć jak już wspomniano części jej fragmentu należy zaakceptować. Rola biegłych było bowiem opisanie wzoru prawidłowego postępowania w tej konkretnej sytuacji. Wzorca opartego o zasadę należytej staranności, a więc takiego postępowania, które powinno być podjęte w celu wyeliminowania jakiegokolwiek błędów diagnostycznych i jak najszybszego wdrożenia prawidłowego leczenia. Tymczasem biegli w istocie uznali, że oskarżony, choć badał nieprzytomnego, nietrzeźwego pacjenta z urazem nosa, w sytuacji gdy nie wiedział nic o okolicznościach powstania urazu, to prawidłowo nie zlecił mu badania RTG głowy, obniżając tym samym jego szanse na przeżycie, gdyż „do izby przyszpitalnych oddziałów ratunkowych zgłasza się dużo osób nietrzeźwych urazem głowy” i nie sposób było wszystkich za każdym razem przewozić do innej jednostki – oddalonej bądź co bądź o kilkanaście kilometrów - celem wykonania TK głowy. Tłumaczenie zachowania oskarżonego rutyną, trudnościami związanym z wdrożenie odpowiedniej diagnostyki i ekonomią w sytuacji ratowania życia, nie mogło zyskać aprobaty Sądu i to tym bardziej, że z innej opinii biegłych z UM w B. wynika wprost, że postępowanie oskarżonego było nieprawidłowe.

Oceniając tę drugą ekspertyzę Sąd nie doszukał się podstaw, dzięki którym mógłby odmówić jej wiary. Płynące z niej konkluzje były należyście uzasadnione, a Sąd przyjął je za prawdziwe w całej rozciągłości. Ponadto była wydana przez osoby posiadające fachową wiedzę w odpowiednim zakresie, a ekspertyza nie zawiera, tak jak wyżej opisana, wewnętrznych sprzeczności i niezrozumiałych wniosków. I jakkolwiek jest w swej treści skromniejsza, lecz to nie umniejsza jej jakości. Biegli rzeczowo wyjaśnili, dlaczego według ich wiedzy i doświadczenia zachowanie oskarżonego było niewłaściwe. Opisali trudności diagnostyczne wynikające z nakładających się objawów nietrzeźwości z objawami urazu uszkodzenia mózgu i konieczność podjęcia decyzji o badaniu TK głowy, zwłaszcza w sytuacji gdy brak jest kontaktu z pacjentem i nie znany jest przebieg zdarzenia. W swych wnioskach pozostali konsekwentni również opinując w toku postępowania odwoławczego.

Ujawnionym dowodom z dokumentów Sąd przydał walor w pełni wiarygodnych środków dowodowych. Nie budziły one bowiem żadnych wątpliwości co do swojej autentyczności oraz zgodności z przedstawionym w nich stanem rzeczy. Korespondowały z pozostałym zgromadzonym w sprawie materiałem dowodowym, a ich treść zgodna była z zasadami logiki i doświadczenia życiowego. Stanowiły one spójną i logiczną całość. Obopólnie się uzupełniały tworząc chronologiczny ciąg zdarzeń. Nie zostały nadto w toku postępowania skutecznie podważone przez strony procesu, co pozwalało uznać stwierdzone w nich okoliczności za udowodnione.

Zdaniem Sądu powyższa ocena dowodów prowadzi do wniosku, że M. Z. swoim zachowaniem w dniu 01.05.2010 r. wyczerpał znamion czynu z art. 160 § 3 k.k. w zw. z art. 160 § 2 k.k.

Zgodnie z treścią tych przepisów karze podlega ten, kto nieumyślnie naraża człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu mimo ciężącego na nim obowiązku opieki nad osobą narażoną na to niebezpieczeństwo. Kwestię wykładni i poglądów orzecznictwa dotyczącą tego typu czynu zabronionego poczynił już Sąd Okręgowy uchylając poprzedni wyrok uniewinniający i kwestia ta, jak się zdaje, nie wymaga szerszego omówienia.

Zasadnicze pytanie zatem sprowadza się do tego, czy oskarżony, który w danych okolicznościach był gwarantem nienastąpienia skutku – chociażby w postaci zwiększenia narażenia pokrzywdzonego na bezpośrednie niebezpieczeństwo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu - zrobił wszystko, aby skutek ten nie nastąpił. Ocena ta dokonana musi być, o czym była już mowa, w oparciu o wzorzec zachowania, który zakłada ściśle rozumianą należytą staranność. Lekarz – jako gwarant zdrowia i życia, jest bowiem obowiązany nie tylko nie zwiększać tego niebezpieczeństwa, lecz jej odwracać. Gwarant ma zatem obowiązek wdrożyć wszystkie te działania, które w warunkach sytuacyjnych, w jakich działa, są według rekomendacji wynikających z aktualnego stanu wiedzy medycznej wymagane jako dające szansę na wykluczenie, ograniczenie czy neutralizację niebezpieczeństwa "pierwotnego", a nie tylko takie, które mogą do tego

prować w sposób pewny. Zakres obowiązków ciężących na gwarancie musi być bowiem definiowany w odniesieniu do tego momentu czasowego w którym on działa, w oparciu o wtedy dostępne mu informacje o okolicznościach stanu faktycznego. W odniesieniu do tego momentu formułowane być winny wnioski co do zakresu realizacji tychże obowiązków - i niebezpieczeństw, które wynikać mogą z ich zaniechania (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 czerwca 2010 r., III KK 408/09, LEX nr 598846). Niewątpliwie zatem, w kontekście odpowiedzialności karnej z art. 160 § 2 k.k., lekarz obowiązany jest podjąć wszelkie możliwe czynności diagnostyczno- terapeutyczne, jakie tylko w danej chwili i warunkach są możliwe i jakie wynikają z aktualnego stanu wiedzy medycznej.

Przenosząc powyższe na grunt rozpoznawanej sprawy zauważyć wypada, co wynika z obu opinii zespołu biegłych, że objawy nietrzeźwości i objawy urazów czaszkowo – mózgowych mogą być identyczne i mogą się na siebie nakładać i potęgować, a „rozpoznanie obecności uszkodzenia mózgu wyłącznie w oparciu o objawy kliniczne przytomności u osoby będącej pod silnym działaniem alkoholu nie jest możliwe” (vide: k. 128 i k. 512). Wskazane jest wykonanie diagnostyki w postaci tomografii komputerowej, celem oceny potencjalnych zmian pourazowych mózgu. Tymczasem oskarżonemu został przekazany nietrzeźwy pacjent z widocznym urazem nosa, co sugerowało, że mógł zostać pobity lub co najmniej uczestniczył w bójce. Ponadto podczas badania był osobą nieprzytomną (podobnie na skierowaniu do szpitala), bez możliwości przeprowadzenia wywiadu co do okoliczności w jakich powstał uraz, a to w kontekście w/w nakładających się efektów działania alkoholu i urazów neurologicznych, winno na lekarzu wzmocnić szczególną ostrożność. Jest rzeczą wszak oczywistą, że podczas bójek może dojść do upadku i uraz głowy, nawet przy niewidocznych zewnętrznych uszkodzeniach powłoki ciała. Wiedza ta jest powszechna, o czym świadczy chociażby wymiana zdań, jaka miała miejsce pomiędzy funkcjonariuszem dyżurnym policji, a funkcjonariuszem, który był w szpitalu (vide: k. 436). W tym stanie rzeczy w ocenie Sądu, przy tak szczątkowych informacjach odnośnie przebiegu zdarzenia, nieprzytomności K. K. (1), możliwie pokrywających się objawów, o których wyżej i faktu urazu nosa, co sugerowało uczestnictwo w bójce, obowiązkiem oskarżonego było wykluczenie obrażeń czaszkowo – mózgowego. To zaś mogło nastąpić jedynie po przewiezieniu pokrzywdzonego do szpitala, dysponującym tomografem komputerowym, a oddalonym od L. o niespełna 23 kilometry. W ocenie Sądu postępowanie oskarżonego wyrażające się w zaniechaniu podjęcia wymaganej w danych okolicznościach diagnostyki, było błędne i naruszało zasadę należytej staranności.

Takie ustalenie jest jednak nie wystarczające dla przypisania oskarżonemu czynu z art. 160 § 2 k.k.

Przy odpowiedzialności z art. 160 § 2 i 3 k.k. istotne także jest pytanie, czy w tym konkretnym stanie klinicznym w jakim znajdował się K. K. (1), zaniechanie przeprowadzenia właściwych i w istocie możliwych badań diagnostycznych – tomografii komputerowej głowy i w konsekwencji nie wdrożenie odpowiednich czynności terapeutycznych i to niezależnie od tego, czy skutek w postaci śmierci nastąpił, czy też nie, ale również niezależnie od tego, czy wystąpił ciężki uszczerbek na zdrowiu pokrzywdzonego zachowanie oskarżonych narażało na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Oba zespoły biegłych zbieżnie zaopiniowali, że zlecenie TK głowy i wdrożenie na podstawie jego wyników leczenia, choć nie wykluczyłyby śmierci pokrzywdzonego, to jednak zaniechania te podniosły ryzyko powstania uszczerbku na zdrowiu i zmniejszyło jego szanse na przeżycie (vide: k. 513, k. 921).

Tym samym stwierdzić trzeba, że spełniony został kolejny warunek odpowiedzialności M. Z. albowiem dowiedzione zostało, że pożądanego zachowanie alternatywne, polegające na wykonaniu przez oskarżonego ciężącego na nim obowiązku zleceni ATK głowy, zapobiegłoby realnemu i znaczącemu wzrostowi narażenia pokrzywdzonego na powstanie co najmniej ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

Od strony podmiotowej Sąd uznał, że w realiach niniejszej sprawy M. Z. nie przywidywał narażenia K. K. (1) na niebezpieczeństwo, o którym mowa w art. 160 k.k. choć, co zostało wyżej wykazane, powinien. Zachował się lekkomyślnie, K. K. (1) potraktował rutynowo i równie dobrze mógł wypisać go do domu, skoro i tak nie wdrożył żadnej diagnostyki ani leczenia ratującego jego zdrowie, a jedynie pozostawił pokrzywdzonego na oddziale, aby wytrzeźwiał. Jako gwarant nienastąpienia negatywnych skutków i odwrócenia realnego niebezpieczeństwa dla zdrowia i życia pacjenta nie spełnił swej roli.

M. Z. w ocenie Sądu zarówno od strony podmiotowej jak i przedmiotowej swoim postępowaniem wypełnił znamiona czynu z art. 160 § 2 i § 3 k.k.

Wymierzając zaś karę za powyższy czyn, Sąd wziął pod uwagę zasady wymiaru kary określone w art. 53 k.k., a w szczególności okoliczności popełnienia czynu, rozmiar wyrządzonej szkody, zachowanie oskarżonego przed i po popełnieniu przestępstwa, stopień zawinienia, a także względy prewencji indywidualnej i ogólnej.

W ocenie Sądu kara w niniejszej sprawie miała charakter drugorzędny. Należy podkreślić, że nawet przy przyjęciu, że oskarżony podjąłby prawidłowe decyzje i skierował pokrzywdzonego na TK głowy, jego szanse na przeżycie były niewielkie. Świadomość tego ma ojciec K. K. (1), który w swych wnioskach końcowych nie żądał zemsty, lecz sprawiedliwego osądu. Jak się zdaje najważniejsze dla niego było stwierdzenie winy, nie zaś surowe ukaranie. Dlatego też kierujący się tymi względami Sąd uznał, że kara grzywny w wymiarze 100 stawek dziennych przy przyjęciu, że jedna stawka równoważna jest kwocie 100 złotych będzie karą właściwą i uczyni zadość sprawiedliwości, zwłaszcza rodzica zmarłego K. K. (1).

Sąd określając jej wymiar, oprócz wskazanych powodów, kierował się także tym, że czyn oskarżonego został popełniony z winy nieumyślnej, a on sam nie tylko że nigdy nie był karany, lecz jest uznawany za fachowca w swojej dziedzinie, który jak się zdaje w tym konkretnym wypadku incydentalnie popełnił błąd lekarski.

Stopień społecznej szkodliwości – z uwagi na okoliczności czynu, winę nieumyślną oraz fakt, że nawet prawidłowe postępowanie oskarżonego dawało pokrzywdzonemu niewielkie szanse na przeżycie - Sąd określił jak średnią.

Kwestię wysokości stawki dziennej Są ustalił w oparciu o zarobki M. Z., które oscylują w granicach 10 000 złotych.

O kosztach pełnomocnika z wyboru Sąd orzekł w oparciu o przepisy powołane w pkt II części dyspozytywnej wyroku. Podobnie o kosztach postępowania (pkt III) i obciążył nimi oskarżonego, lecz z uwagi na ich znaczną wysokość, zwolnił jednocześnie go od konieczności uiszczenia opłaty.