Sygn. akt. II K 94/12

WYROK
W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 5 lipca 2013r.

Sąd Rejonowy w Lesku , Wydział II Karny w składzie:

Przewodniczący: SSR Wioletta Staszczak

Protokolant : Edyta Malczak

z udziałem prokuratora Prokuratury Rejonowej w L. (...)Justyny Radzik- Czuby

po rozpoznaniu na rozprawie w dniach 04.07.12r., 18.07.12r., 14.09.12r, 08.10.12r., 05.11.12r., 28.11.12r., 17.12.12r., 21.06.13r., 05.07.2013r.

sprawy:

1. M. P. s. A. i D. z d. S., ur. (...) w K., pesel (...)

oskarżonego o to, że:

W dniu 28 lipca 2010 roku w L. jako lekarz dyżurny na oddziale ratunkowym SP ZOZ naraził K. M. na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia w ten sposób, że nie podjął właściwego postępowania medycznego wobec przewiezionego na oddział w/wym. a to: nie dokonał dokładnego badania fizykalnego, które wykazałoby istnienie rany głowy, nie zlecił wykonania badań na zawartość alkoholu etylowego we krwi bezkrytycznie przyjmując, że stan pacjenta wynika z upojenia alkoholowego, nie podjął diagnostyki różnicowej w celu wykluczenia poważnych następstw neurologicznych doznanego urazu głowy podczas gdy wdrożenie prawidłowego postępowania diagnostycznego powinno doprowadzić do ustalenia rzeczywistego rozpoznania a to stwierdzenia u w/wym krwiaka podtwardówkowego i mogło pozwolić na wdrożenie adekwatnego sposobu leczenia

tj. o przestępstwo z art. 160§1 i 3 kk

2. K. K. (1) s. J. i L. z d. K. (...), ur. (...) w K., (...)

oskarżonego o to, że:

W dniu 28 lipca 2010 roku w L. jako lekarz dyżurny na oddziale ratunkowym SP ZOZ naraził K. M. na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia w ten sposób, że nie podjął właściwego postępowania medycznego wobec przebywającego na oddziale w/wym. a to: nie dokonał dokładnego badania fizykalnego, które wykazałoby istnienie rany głowy, nie zlecił wykonania badań na zawartość alkoholu etylowego we krwi bezkrytycznie przyjmując, że stan pacjenta wynika z upojenia alkoholowego, nie podjął diagnostyki różnicowej w celu wykluczenia poważnych następstw neurologicznych doznanego urazu głowy podczas gdy wdrożenie prawidłowego postępowania diagnostycznego powinno doprowadzić do ustalenia rzeczywistego rozpoznania a to stwierdzenia u w/wym krwiaka podtwardówkowego i mogło pozwolić na wdrożenie adekwatnego sposobu leczenia

tj. o przestępstwo z art. 160§1 i 3 kk

I. uniewinnia oskarżonego M. P. od popełnienia zarzucanego mu aktem oskarżenia czynu z art. 160§1 i 3 kk

II. uniewinnia oskarżonego K. K. (1) od popełnienia zarzucanego mu aktem oskarżenia czynu z art. 160§1 i 3 kk

III. na podstawie art. 632 pkt. 2 kpk wydatkami obciąża Skarb Państwa

Sygn.akt II K 94/12

UZASADNIENIE

wyroku z dnia 5 lipca 2013r.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

Pokrzywdzony K. M. miał zdiagnozowaną padaczkę oraz zespół uzależnienia od alkoholu. W 2008r. zgłosił się do (...) w L. na terapię wykonując nałożony na niego przez sąd obowiązek podjęcia leczenia odwykowego, jednakże terapii nie ukończył. W związku z napadami padaczki lub utratą przytomności wielokrotnie był przywożony karetką do Szpitala w L., i tak:

-5 marca 2008r. został przywieziony karetką w związku z powierzchowną raną głowy

-21 marca 2008r. wezwano karetkę na ul.(...) w związku z utratą przytomności, w chwili przyjazdu karetki pogotowia pokrzywdzony był przytomny, w stanie wskazującym na upojenie alkoholowe

-21 kwietnia 2008r. przywieziony w stanie nieprzytomności w stanie wskazującym na upojenie alkoholowe, efekt toksyczny alkoholu,

-25 grudnia 2008r.-znaleziono nieprzytomnego, leżącego w śniegu, stan po ataku drgawek, stan po spożyciu alkoholu, kolejnego ataku doznał na (...) w L. i wobec nie odzyskania przytomności skierowany na Oddział Neurologii

-23 luty 2009 r. wezwanie pogotowia w związku z upadkiem na chodnik i raną łuku brwiowego po stronie lewej, stłuczenie głowy- odmówił hospitalizacji

-27 luty 2009r. przywieziony po napadzie drgawek w związku z nadużywaniem alkoholu -22 marca 2009r.przywieziony z powodu napadu drgawek, które wystąpiły po 3-dniowym spożyciu alkoholu, upojenie alkoholowe, stan po napadzie drgawek, odmówił zgody na pozostanie na obserwacji

-25 marca 2009r. znaleziono nieprzytomnego z krwiakami okularowymi, stan upojenia alkoholowego (w epikryzie zapis: w czasie obserwacji pacjent pobudzony, niewspółpracujący, wyrywa cewnik i wkłucia, żąda wypisu do domu, został odwieziony o matki)

-26 marca 2010r. wezwano pogotowie ratunkowe w związku z tym, iż pokrzywdzony leżał na ul.(...), utrata przytomności, w chwili przyjazdu karetki pogotowia pokrzywdzony był przytomny, ale odmówił poddania się badaniu i hospitalizacji, wręcz się wyrywał

-31 maja 2009r. przywieziony karetką z powodu upadku na chodniku, po utracie przytomności, w stanie splatania i dezorientacji z otarciami na twarzy.

-27 marca 2010r. przywieziony z powodu utraty przytomności w stanie po napadzie padaczki, znaleziono go leżącego na ulicy, bez kontaktu słownego, ze złamaniem kości nosowej, po poprawie stanu zdrowia odmówił pozostania na obserwacji

-5 kwietnia 2010r.przywzieziony pijany po drgawkach padaczkowych

-10 maja 2010r. przywieziony przez karetkę w stanie drgawkowym, głęboko nieprzytomny, zanieczyszczone drogi oddechowe(wydzielina śluzowa), bez oznak poprawy, po konsultacji neurologicznej skierowano do Oddziału Neurologicznego w S..

- w okresie od 10 maja 2010r. do 14 maja 2010r. przebywał na Oddziale Neurologicznym SP w S.. W wywiadzie wpisano, iż pokrzywdzony miał 2-3 napady padaczkowe w miesiącu, nie leczył się regularnie lekami przeciwpadaczkowymi, natomiast alkoholu nadużywał od około 5 lat, napady padaczkowe od 3 lat. Od drugiej doby w związku z agresywnym zachowaniem pokrzywdzony został przywiązany do łóżka. W dniu 11 maja 2010r. wykonano pokrzywdzonemu TK głowy- nie stwierdzono w badaniu świeżo wynaczynionej krwi wewnątrzczaszkowej, natomiast w lewym płacie skroniowym obszar znajdował się obszar malacyjny około 17 mm,

-23 czerwca 2010r. przywieziony karetką pogotowia w stanie padaczkowym nadużywający alkoholu

(***dowód:*** historia choroby z Poradni Uzależnień w L., historie choroby i zlecenia wyjazdu karetką pogotowia (...) w L.– załącznik do akt, historia choroby wraz z dokumentacją lekarską ze Szpitala (...) w S. k.326-427, zeznania świadków: A. K. (k.454), J. G. (1)(k.451), G. D. (k.293v)

W dniu 27 lipca 2010r. około godziny 17:40 pokrzywdzony K. M. przytrzymując się ściany budynku Sądu schodził w kierunku ul.(...) w L. i nagle upadł uderzając głową o asfaltowe podłoże. Upadł na plecy a w chwili zetknięcia się z podłożem ułożył się w taki sposób, że miał prawą rękę przyciśniętą pod sobą. Uderzenie było tak głośne, że zwróciło uwagę innych przechodniów. Do nieprzytomnego mężczyzny najpierw podeszła E. M., która jest z zawodu pielęgniarką i upadek pokrzywdzonego skojarzyła z napadem padaczki. W tym czasie gdy E. M. sprawdzała pokrzywdzonemu puls, inny przechodzień, a to S. Z. wezwał pogotowie ratunkowe. Zanim przyjechała karateka pogotowia od strony głowy pokrzywdzonego zaczęła spływać pomieszana z deszczem strużka krwi. Pokrzywdzony wciąż był nieprzytomny, dlatego też S. Z. podłożył mu pod głowę rękę, nie widział jednak żadnej rany. Dopiero po przyjeździe ratowników z pogotowia pokrzywdzony odzyskał przytomność. Przy wykonywaniu czynności medycznych stwierdzono u pokrzywdzonego powierzchowny uraz głowy w postaci rany ciętej głowy, wyczuwalna była również od niego woń alkoholu. Po oglądnięciu głowy pokrzywdzonego przez ratownika medycznego, który stwierdził, iż nie jest potrzebny szew został on wprowadzony do karetki pogotowia i przewieziony o godzinie 18:10 do Szpitala (...) w L..Tam nie wyraził zgody na ani na badanie lekarskie, ani na zaopatrzenie rany głowy oraz wykonanie zdjęć RTG. Ponieważ rana nie krwawiła, a pokrzywdzony nie wyraził zgody na leczenie co potwierdził własnoręcznym podpisem nie zostały u niego wykonane żadne czynności medyczne.

(***dowód***: zeznania świadków: E. M. k.289-290,41, S. Z. k.290-291, D. C. k.404-405,M. D.(...)) k.451-452, karta medycznych czynności ratunkowej k.24,historia choroby k.22-23)

Następnego dnia tj. w dniu 28 lipca 2010r. około godziny 6:00 pokrzywdzonego K. M. zauważyła Z. L., kiedy szedł w kierunku ul.(...). Sposób poruszania się pokrzywdzonego wydał się jej dziwny, gdyż miał wyraźne problemy z utrzymaniem równowagi. Ponieważ pokrzywdzony od wielu lat przyjaźnił się z jej synem i bardzo często ich odwiedzał Z. L. stwierdziła, że zapewne i teraz chce ich odwiedzić. Zatrzymała się więc, aby poinformować go, że u nich w domu nikogo nie ma, jednakże nie mogła z nim nawiązać logicznego kontaktu, nigdy wcześniej nie widziała go w tak złym stanie. Wówczas zawiozła pokrzywdzonego do jego matki L. H., zapukała w jej okno mówiąc, że przywiozła K. i że śpieszy się do pracy. L. H. coś jej odpowiedziała, jednakże nie otworzyła drzwi. Ponieważ Z. L. śpieszyła się nie czekała już, aby matka pokrzywdzonego otworzy drzwi, tylko posadziła K. na ławeczce przed drzwiami i odjechała. Po pewnym czasie tuż po godzinie 7:00 sąsiedzi pani H. usłyszeli pukanie do drzwi, a potem jakiś hałas. Okazało się, że to pokrzywdzony upadł na podłogę pod drzwiami swojej matki. Kiedy wyszli na korytarz zobaczyli leżącego na wznak pokrzywdzonego, który zaczął sinieć, a następnie dostał ataku padaczki. Wtedy J. S. (1) zaczęła uderzać w okno pani H., aby ją obudzić. Gdy matka pokrzywdzonego otworzyła drzwi i zobaczyła syna zadzwoniła po pogotowie(godz.7:27) i zaczęła mu nacierać kark zimną wodą, a potem razem z K. S. (1) posadziła pokrzywdzonego na ziemi opierając go plecami o ścianę. W tym czasie ani na podłodze, ani na ścianie o którą opierał się K. M., ani na rękach L. H. nie było śladów krwi. Czekając na pogotowie (...) cały czas mówiła do pokrzywdzonego, pytała się go co mu się stało i w pewnym momencie pokrzywdzony coś do niej szeptem odpowiedział.

(***dowód:*** zeznania świadków: Z. L. k.281-283,44-45, J. S. (1) k.283, K. S. (1) k.292,L. H. k.286)

Pogotowie ratunkowe przyjechało po kilku minutach do pokrzywdzonego. W chwili przyjazdu zespołu medycznego pokrzywdzony był przymroczony. Lekarz z karetki pogotowia (...) wielokrotnie wcześniej udzielał pomocy medycznej K. M., wiedział również że pokrzywdzony cierpi na padaczkę alkoholową. W chwili udzielania pomocy medycznej wystąpił u K. M. jeszcze jeden napad drgawkowy. Na podstawie badań fizykalnych lekarz ocenił stan przytomności pacjenta na 10 stopni w skali G.: pokrzywdzony otwierał oczy i reagował na ból, w mowie był splątany, częstość oddechów 12/minutę, RR 130/90 mmHg, HR 80/min, saturacja 99%, skóra blada o normalnej wilgotności i ociepleniu, osłuchowo nad polami płucnymi bez zmian, tony serca stłumione, jama brzuszna w normie. Lek.med.J. M. nie stwierdził u pokrzywdzonego żadnych obrażeń, nie wyczuwał także od niego woni alkoholu, nie został również poinformowany o wcześniejszym incydencie. Pacjentowi podano R. 10 mg i.v., D. i.v., F. 20 mg, a następnie przewieziono do szpital w L., gdzie o godzinie 7;55 przekazano go na oddział (...), gdyż stan pacjenta nie został zakwalifikowany jako przypadek nagłego bezpośredniego zagrożenia życia i ciężkiego zagrożenia zdrowia, aby można byłoby umieścić go na sali reanimacyjnej.Zaraz po przyjęciu do szpitala nie można było uzyskać podpisu pokrzywdzonego na wyrażenie przez niego zgody na leczenie. W tym czasie lekarzem dyżurnym był lek.med.M. P., któremu lek.med. J. M.-kierownik (...)u przekazał pokrzywdzonego wraz z dokumentacją medyczną. Nie sugerował lekarzowi dyżurnemu wykonanie pokrzywdzonemu badania TK głowy czy też badania dna oka, gdyż – jak sam stwierdził- „przez kilkanaście minut udzielania pomocy nie powziął decyzji o konieczności wykonania u pokrzywdzonego tych badań". J. M. poinformował także lekarza dyżurnego, iż przywieziony pacjent choruje przewlekle na padaczkę alkoholową, ma częste napady i są to napady duże oraz że również w czasie zaopatrzenia medycznego pokrzywdzony doznał jednego ataku drgawek, ale nie stracił przytomności. Zalecił również podanie (...) 500ml z T. 2 g (leku popadaczkowego o który działa osłonowo na tkankę mózgową), (...) 500 ml , Glukozę 5% 500ml +5ml KCl, R. 10mg i.m.,

(***dowód:*** karta zlecenia wyjazdu zespołu medycznego k.377, karta medycznych czynności ratunkowych k.20 zeznania świadka J. M. k.289,291-292, wyjaśnienia oskarżonego M. P. k.274-275)

Po przewiezieniu na oddział (...) na salę nr 2 pokrzywdzony K. M. został przebadany przez oskarżonego lek.med. M. P., który w badaniu fizykalnym nie stwierdził u niego żadnych obrażeń ciała w postaci rany lub stłuczenia jak też nie ujawnił odchyleń od normy poza sennością. Pokrzywdzony w chwili przyjęcia na (...) miał ciśnienie krwi 160/85, język był prawidłowo ruchowy i nie przygryziony, źrenice nie wykazywały objawów ogniskowych (asymetrii), nie było objawów sztywności karku (objawy oponowe były ujemne), a serce i płuca osłuchowo były bez zmian. Nie stwierdzono także objawów porażenia kończyn, a objaw B. (czyli tzw.paluch w górę) był ujemny. W wywiadzie zostało wpisane, że pacjent został przywieziony bo" jest pijany i wystąpiły w domu drgawki. Wyżej wymieniony zalecił pozostawienie pokrzywdzonego do wytrzeźwienia, do obserwacji ogólnej i kontroli stanu przytomności. Jako rozpoznanie została wpisana padaczka alkoholowa, zespół uzależnienia alkoholowego i upojenie alkoholowe. Oskarżony zalecił podanie tlenoterapie(41/min),jak też dalsze monitorowanie ciśnienia tętniczego, które w kolejnych pomiarach wynosiło odpowiednio 164/88 , 177/100, 140/90 mmHg) oraz tętna (114-100/min).Pielęgniarką opiekującą się w tym czasie pokrzywdzonym była G. D.. Zarówno ona, jak i oskarżony M. P. wyczuwali od oskarżonego przy pierwszym kontakcie woń alkoholu. W chwili przywiezienia na salę pokrzywdzony nie był w pełni przytomny, był przytroczony i senny, konieczne było jego wybudzanie przez lekarza poprzez potrząsanie nim, pacjent początkowo nie reagował na bodźce, kontakt werbalny z lekarzem był utrudniony, gdyż pokrzywdzony jedynie coś bełkotał. Kolejne badanie miało miejsce około godziny 10;30, wówczas K. M. obudził się, otworzył oczy, odpowiadał logicznie na zadawane mu pytania, rozpoznał z imienia pielęgniarkę, która się nim opiekowała. Dwukrotnie na pytanie lekarza M. P. nie wyraził zgody na leczenia szpitalne, jednakże z uwagi na fakt, że pokrzywdzony mieszkał sam i znajdował się w stanie po napadzie padaczkowym oskarżony nie zlecił jego wypisania do domu. Także zgody tej nie wyraził na zapytania pielęgniarki G. D. upoważniając jedynie swoją matkę L. H. do kontaktu w sprawie informacji o stanie zdrowia. W tym czasie stan pacjenta poprawiał się, był przytomny, ale osłabiony, a w związku z tym miał problemy z zachowaniem równowagi, kiedy wstał z łóżka, aby skorzystać z ubikacji, nie uskarżał się na jakieś dolegliwości, a z uwagi na zmoczenie ubrania został mu założony pampers. O godzinie 15:00 M. P. przekazał pacjentów (...), w tym pokrzywdzonego K. M. pod opiekę lek.med.K. K. (1).

(***dowód:***wyjaśnienia oskarżonego M. P. k.275-279, zeznania świadka G. D. k.81, 291v-294, historia choroby k.18-19)

Tego dnia tj.28 lipca 2010r. na oddział (...) w L. zgłosiło się 26 pacjentów, w tym 7 dzieci. W raporcie z dnia 28 lipca 2010r. oskarżony M. P. uczynił zapis, iż K. M. dwukrotnie odmówił świadomie dwukrotnie leczenia. W raporcie pielęgniarskim z tego dnia nie został opisany przypadek pokrzywdzonego. Oskarżony K. K. (1) przyjmując dyżur od M. P. uzyskał informację o stanie zdrowia K. M. oraz dokumentację medyczną. M. P. poinformował go, iż pokrzywdzony został przywieziony po napadzie padaczkowym po spożyciu alkoholu do wytrzeźwienia, nie przekazywał natomiast żadnych informacji o ewentualnym urazie głowy. W chwili obejmowania dyżuru przez lek.K. pokrzywdzony K. M. był przytomny, odpowiadał logicznie na pytania, nie był splatany, leżał, od czasu do czasu siadał, sam chodził do toalety i nie był wyczuwalna od niego zapach alkoholu ale charakterystyczna woń aldehydu octowego. K. M. nie chciał poddać się badaniom, odpychał lekarza, mówił do niego „odejdź", „zostaw mnie", nie chciał współpracować. Lekarzowi udało się jednak dokonać pobieżnie podstawowych badań w zakresie ustalenia skali (...) oraz stanu układu nerwowego pod kątem uszkodzenia mózgu lub wystąpienia objawów oponowych, jak też dokonał oceny sprawności kończyn górnych i dolnych oraz osłuchania płuc. W pewnym momencie pokrzywdzony wstał i skłonił głowę co pozwoliło lekarzowi wykluczyć sztywność karku. Oskarżony przy badaniu głowy pokrzywdzonego nie zauważył żadnej rany, jednakże zapamiętał bujne jasne włosy K. M., nie stwierdził także na jego ciele żadnych obrażeń. Pokrzywdzony nie wykazywał też objawów ogniskowych uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego czy też symptomów wskazujących na ponowny atak padaczkowy. Taki stan pacjenta utrzymywał się do godzin wieczornych. Pokrzywdzony wykazywał poprawę w zakresie funkcji ruchowej, samodzielnie się poruszał charakterystycznym chodem na tzw. „szerokiej podstawie", był jednak osłabiony i senny. W czasie swojego dyżuru K. K. (1) zaordynował pokrzywdzonemu dwie kroplówki z glukozą i potasem i relanium, a ponieważ stan pacjenta nie ulegał pogorszeniu oskarżony nie stwierdził konieczności zlecenia dodatkowych badań. Przed godziną 23:40 oskarżony podjął decyzję o wypisaniu pokrzywdzonego ze szpitala. Przed wypisem jeszcze raz zbadał pokrzywdzonego, także i wtedy nie stwierdził u pokrzywdzonego zwężania źrenic, niedowładu czy sztywności karku. Pokrzywdzony twierdził, że mu nic nie dolega, na pytania odpowiadał krótko i nie chciał być hospitalizowany. Lekarz K. wydał zlecenie transportu pokrzywdzonego do mieszkania jego matki, co następnie zostało wykonane w godzinach rannych następnego dnia. K. M. został odwieziony w dniu 29 lipca 2010r. o godzinie 9:55 transportem sanitarnym w pozycji siedzącej i wprowadzony przez dwóch sanitariuszy W. D. i A. W. (1).

(***dowód:*** wyjaśnienia K. K. (1) k.278v-281,144, zeznania świadków: G. D., W. D. k.488v-489 i A. W. (1) k.489, zlecenie transportu sanitarnego , księga główna przyjęć, raport pielęgniarski, raport lekarski -załączniki do akt,)

W okresie od 29 lipca 2010r. do dnia 1 sierpnia 2010r.K. M. przebywał w mieszkaniu swojej matki L. H..W niedzielę w dniu 1 sierpnia 2010r. pomiędzy godziną 12:00 a 13:00 spotkała go Z. L. koło sklepu (...) w L.. Pokrzywdzony szedł tak jakby od swojego mieszkania w kierunku domu jego matki. Szedł wolno, z trudem, mówił bardzo wolno i utykał na prawą nogę, a gałki oczne uciekały mu lekko do góry i trzymał w ręku butelkę wody mineralnej. Na pytanie Z. L. gdzie idzie odpowiedział tylko „gorąco", więc ta poradziła mu aby poszedł do swojej mamy, a potem widziała jeszcze, że kieruje się na przejście dla pieszych przy rondzie na ul.(...). Następnego dnia tj. w dniu 2 sierpnia 2010r. L. H. udała się do dyrektora Szpitala w L. A. S. z prośbą, aby umieszczono jej syna ponownie w szpitalu, jednakże ta odpowiedziała, żeby w tej sprawie udała się najpierw do lekarza rodzinnego, który może wydać skierowanie do szpitala. Wówczas L. H. poprosiła o wizytę lekarską lekarza rodzinnego lek.med. G. W. podając, że jej syn K. M. jest po leczeniu szpitalnym, po urazie głowy, że jest słaby i że należałoby go wzmocnić poprzez podanie kroplówki. W trakcie wizyty, która miała miejsce tego samego dnia w godzinach południowych K. M. był otępiały, ale przytomny, siedział na materacu w kuchni i był ubrany w wierzchnie ubranie, po chwili wstał, nalał sobie soku i wyszedł do ubikacji. Na zadawane przez lekarza pytania o to jak się nazywa, ile ma lat odpowiadał prawidłowo, ale nie pamiętał kiedy doszło do urazu, na pytanie czy ma jakieś dolegliwości, czy ma zaburzenia widzenia i czy wymiotował odpowiedział negatywnie. W chwili badania pokrzywdzony był spowolniały, lecz jego matka L. H. przekazała lekarce informację, że syn miał niedawno atak padaczki. Badania nie wykazały u K. M. zaburzeń w układzie krążenia, płuca i serce osłuchowo były bez zmian, pokrzywdzony miał dobre ciśnienie krwi (130/90), pił napoje w związku z czym lekarka stwierdziła, iż nie jest potrzebne podanie kroplówki. Ponieważ matka pokrzywdzonego przekazała jej także informację o urazie

głowy oraz o tym, że pokrzywdzony miał wykonane badanie TK głowy lekarka sprawdziła objawy oponowe i nie stwierdziła wówczas, aby K. M. wykazywał symptomy jakiegoś urazu, nie miał ani niedowładu ani zwężonych źrenic. Stwierdziła jedynie u pokrzywdzonego spowolnienie, które jest charakterystyczne zarówno dla urazu głowy, jak i stanu po padaczce, natomiast nie było żadnych objawów wskazujących na stan zagrożenia życia. W związku z czym zaleciła podawanie pokrzywdzonemu witamin oraz płynów, a w przypadku gdyby stan pokrzywdzonego pogorszył się natychmiastowe wezwanie jej lub karetki pogotowia.

(dowód: zeznania świadków: Z. L. k.281-282, G. W. k.283-284, częściowo zeznania świadka L. H., dokumentacja medyczna (koperta k.186)

W dniu 3 sierpnia 2010r. stan K. M. zaczął się pogarszać, nie chciał on już nic jeść ani nie przyjmował napojów, poruszał się z trudem. W godzinach rannych tego dnia L. H. odwiedziła jej sąsiadka D. K.. Wówczas L. H. poprosiła, aby ta została z jej synem, gdyż w tym czasie chciała zrobić w sklepie zakupy. D. K. zgodziła się na to. W tym czasie pokrzywdzony leżał w łóżku, w pewnej chwili wstał i pomału poszedł do ubikacji, poruszał się z wyraźnym trudem. Kiedy Konikowa zapytała się go czy mu pomóc, odpowiedział, aby dała mu spokój. Po powrocie toalety K. M. położył się na łóżku wówczas nagle wyprężyło go, zrobił się siny. D. K. wybiegła do sąsiadów zamierzając zadzwonić po pogotowie, ale w tym czasie wróciła już L. H.. W międzyczasie pokrzywdzonego opuścił atak i dochodził do siebie. Po tym ataku pokrzywdzony leżał w łóżku, na pewno nigdzie już nie wychodził, potem zaczął gorączkować. W dniu 4 sierpnia 2010r. ponownie w odwiedziny do L. H. przyszła D. K., aby zapytać się o stan zdrowia K.. Pokrzywdzony leżał w łóżku, miał rozpalone czoło i nie reagował na zadawane mu pytania, wyglądał jakby miał bezwładną prawą część ciała. Widząc w jakim stanie znajduje się pokrzywdzony D. K. poradziła L. H., aby natychmiast zadzwoniła do lekarza rodzinnego. Po tym telefonie przyjechała do pokrzywdzonego ponownie lek.med.G. W.. W tym czasie nie można było z pokrzywdzonym nawiązać logicznego kontaktu słownego, był splątany i pobudzony, usiłował wstać. W badaniu lekarka stwierdziła u pokrzywdzonego zwężone źrenice, bez objawów niedowładu, objawy oponowe ujemne, zmierzone ciśnienie krwi 150/100, akcja serca miarowa, 80/min., tony czyste, nietrzymanie moczu. Lekarka zdiagnozowała ten stan jako po urazie głowy i wezwała do K. M. pogotowie ratunkowe.

(***dowód:*** zeznania świadków: D. K. k.92,281, G. W. k.283v-284, J. S. (1) k.283, częściowo L. H., dokumentacja lekarska koperta k.186

Po przyjeździe karetki pogotowia (bez lekarza) ratownik medyczny podczas udzielania pokrzywdzonemu pomocy ocenił stan przytomności K. M. na 15 punktów w skali (...). Pokrzywdzony spontanicznie otwierał oczy, był zorientowany i wykonywał polecenia a wywiadzie zaznaczył że pacjent był w upojeniu alkoholowym, w chwili przyjazdu zespołu medycznego spał. W badaniu fizykalnym stwierdzono: częstość oddechów 15/min, RR 170/90, HR 82/min., saturacja 97% i postawiono rozpoznanie: efekt toksyczny alkoholu. O godzinie 13:35 pokrzywdzony K. M. został przywieziony do Szpitala w L. na oddział (...). W tym czasie lekarzem dyżurnym był lek.med.M. B. (1). W wywiadzie lekarskim wpisał iż pacjent został przywieziony przez pogotowie, stan po spożyciu alkoholu, bez kontaktu, w wywiadzie choroba alkoholowa, podobny epizod tydzień temu (28.07.2010r.pacjent reaguje na bo). Po przeprowadzeniu badań lekarz ten stwierdził, iż pacjent reaguje na ból, otwiera oczy, źrenice równe, szpilkowate, o leniwej reakcji na światło, sztywność karku nieobecna, objaw B. obustronnie ujemny, osłuchowo bez zalegań nad polami płucnymi, temperatura 39°C , akcja serca 130/min, ciśnienie krwi 170/90. W historii choroby w części dotyczącej m.in. wyrażenia zgody na przyjecie do szpitala i przeprowadzenie badań został uczyniony wpis „ w chwili przyjęcia podpis niemożliwy". Zlecono badanie krwi oraz moczu, za wyjątkiem wzrastającej leukocytozy nie stwierdzono żadnych odchyleń, w surowicy krwi nie stwierdzono alkoholu. Pokrzywdzonego zacewnikowano i podano F., kroplówki. O godzinie 6:00 wykonano ponownie badania fizykalne:temperatura 38°C, akcja serca 128/min, ciśnienie krwi 150/95, częstość oddechów 22/min, saturacja 91%. O godzinie 7:30 następnego dnia dyżur objął K. K. (1) i po przyjęciu dyżuru stwierdził on, iż pokrzywdzony znajduje się w głębokiej śpiączce, bez reakcji na bodźce bólowe, tachykardia, tachypnoe, wydzielina śluzowo-ropna z dróg oddechowych, obecne zaleganie, okresowo duży wysiłek oddechowy. W badaniach dodatkowych znaczna leukocytoza z odczynem granulocytarnym Lekarz poprosił więc o konsultację anestezjologiczną specjalistę anestezjologa lek.med.B. D., który w konsultacji zapisał: „Chory nieprzytomny, wydolny krążeniowo i oddechowo, źrenice równe, reagują na światło, osłuchowo furczenie nad płucami

temperatura 39 °C, ciśnienie 140/80, chory podobno stan po spożyciu alkoholu". Podano pokrzywdzonemu P. 5 mg iv, (...) 200 mg iv, A. 1,2g, M. 2 mg iv. Zdiagnozowano w kierunku zapalenia płuc oraz śpiączki wątrobowej. Następnie lekarz zlecił badania rtg klatki piersiowej, które wykazało drobno-plamiste zlewające się zagęszczenia o charakterze zapalnym w polu środkowym i dolnym płuca prawego oraz około wnękowe po stronie lewej. Ostatecznie postawiono rozpoznanie : zachłystowe zapalenie płuc w okresie sepsy z rozpoczynającą się niewydolnością oddechową, podejrzenie incydentu naczyniowo-mózgowego: głęboka śpiączka. Oddział Intensywnej (...) w S. odmówił przyjęcia pokrzywdzonego z powodu braku miejsc i po telefonicznym uzgodnieniu o godzinie 9:45 przewieziono karetką (...) do (...) w B.. W chwili przyjmowania na oddział anestezjologii i intensywnej terapii Szpitala (...) w B. w dniu 5 sierpnia 2010r. ok. godziny 10:40 K. M. był nieprzytomny, bez reakcji na bodźce (3 punkty w skali (...)), wiotki, jego źrenice były równe i wąskie, a ich reakcja na światło leniwa, objawy oponowe ujemne, nad polami płucnymi trzeszczenia po stronie prawej, na lewym przedramieniu na powierzchni przyśrodkowej liczne zasinienia. W związku z podejrzeniem urazu czaszkowo-mózgowego zostało wykonane badanie TK głowy. Na podstawie tego badania stwierdzono u pokrzywdzonego m.in. w obrębie lewego płata skroniowego widoczną krąglącą się izodensyjną strukturę wielkości w płaszczyźnie skanu około 61x53 mm. W jej obrębie widoczne były zlewające się obszary świeżo wynaczynionej krwi wielkości do około 4 cm.Wokół zmiany widoczna była sfera obrzęku. P. po stronie lewej widoczny był krwiak podtwardówkowy o grubości 11 mm w okolicy czołowej. W lewej okolicy potylicznej bryłowaty obszar hypodensji wielkości do około 4 cm. P. w obrębie kory prawego płata skroniowego krwiak średnicy około 12 mm ze strefą hypodensji. Stwierdzony obraz zmian w obrębie lewej półkuli mózgu o niejednoznacznym charakterze wskazywał na obecność guza z krwawieniem w jego obręb i przebiciem do przestrzeni przymózgowej. Po konsultacji neurochirurgicznej zdyskwalifikowano pokrzywdzonego od leczenia operacyjnego, podłączono go do respiratora i wdrożono szeroką farmakoterapię. Pokrzywdzony K. M. nie odzyskał już przytomności, znajdował się w głębokiej śpiączce i przez cały czas pobytu na oddziale (...) w B. jego stan był bardzo ciężki. Już w dniu 9 sierpnia 2010r. wysunięto podejrzenie śmierci pnia mózgu, a w kolejnych dwóch dniach wykonano serię badań potwierdzających śmierć mózgu. W dniu 26 sierpnia 2010r. komisyjnie ostatecznie stwierdzono śmierć mózgu i zgon K. M.

(dowód: wyjaśnienia oskarżonego K. K. (1), zeznania świadka dokumentacja medyczna koperta k.186

Po przeprowadzeniu oględzin zewnętrznych i sekcji zwłok w dniu 30 sierpnia 2010r. zostały stwierdzone zmiany na skórze okolicy potylicznej lewej („ślad na skórze w postaci gojącej się rany, łuszczący się strupek po stronie lewej w okolicy potylicznej") oraz na skórze prawej kończyny dolnej w postaci łuszczącego się strupa, podbiegnięcia krwawego podskórnego okolicy potylicznej lewej w fazie organizacji tzn.gojenia się tuż pod wyżej opisanym strupem (proces gojenia się nie został zakończony), rozmiękanie mózgu i móżdżku z krwotocznymi ogniskami lewej półkuli mózgu.Z badania histopatologicznego wynikało, iż pokrzywdzony miał niewielki przyrost mięśnia sercowego z małymi bliznami pozawałowymi, przekrwienie i obrzęk mózgu, zmiany zakrzepowe w naczyniach mózgowych, rozsiane ropne zapalenie płuc, pylicę węglową płuc, obrzęk płuc, zatory skrzeplinowe w świetle naczyń płucnych, a także przewlekłe zapalenie wątroby. Na podstawie obrazu sekcji zwłok oraz danych z historii choroby biegły stwierdził, iż przyczyną zgonu K. M. była ostra niewydolność krążeniowo-oddechowa w przebiegu uszkodzenia mózgu. Wysunął również przypuszczenie, iż uderzenie o twarde podłoże mogło być przyczyną powstania ostrego krwiaka podtwardówkowego oraz ogniska (ognisk) stłuczenia mózgu. Umiejscowienie tego krwiaka poniżej linii kapeluszowej głowy wskazuje, że mogło ono powstać na skutek samoistnego upadku i uderzenia w lewą okolicę potylicy. Zauważone obrażenie najprawdopodobniej pochodziło od jednorazowego urazu, gdyż w przypadku wielokrotnych urazów obraz tego obrażenia byłby inny, nadto wystąpienie stłuczenia mózgu po stronie prawej mogło być skutkiem urazu doznanego po stronie przeciwnej. W związku z incydentem dniu 27 lipca 2010r. wskazanym w historii choroby biegły wskazał, iż zauważony krwiak mógł postać w dniu opisanego zdarzenia, jednakże nie wykluczył innego okresu jego powstania

(***dowód:*** protokół oględzin i otwarcia zwłok k.98-102, uzupełniająca opinia biegłego k.405-406

W wydanej przez zespól biegłych z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej i Toksykologii S.-Lekarskiej (...) w K. (dr n.med.J. S. (2)-specjalistę chorób wewnętrznych, dr n.med.W. M.-specjalistę anestezjologa, dr n.med.P. J.-specjalistę neurologa, lek.med.R. K.-specjalistę medycyny sądowej i dr n.med. C. C.-specjalistę medycyny sądowej) opinii w postępowaniu przygotowawczym wynikało, iż lekarze dyżurni z oddziału (...), którzy w dniu 28 lipca

2010r. mieli kontakt z pokrzywdzonym dopuścili się zaniedbań. Biegli stwierdzili wówczas w oparciu o przekazany im materiał dowodowy, iż proces diagnostyki i leczenia wprowadzony przez oskarżonych M. P. i K. K. (1) nie był prawidłowy. Odnośnie M. P. nieprawidłowości te polegały na bezkrytycznym przyjęciu, że stan K. M. wynikał z upojenia alkoholowego, jednakże przypuszczenia te nie zostały potwierdzone badaniem na zawartość alkoholu we krwi. Nadto nie zostały przeprowadzone dokładne badania fizykalne, które musiałoby wykazać istnienie u pacjenta rany na głowie, której doznał 12 godzin wcześniej i nie pozwolił na jej zaopatrzenie podczas pobytu w szpitalu. Niejednoznaczny stan kliniczny pacjenta i dowód na doznanie urazu głowy (rany powłok głowy) w połączeniu z informacją o wystąpieniu w ostatnim czasie incydentu drgawkowego powinien zdaniem biegłych bezwzględnie skłonić lekarza do podjęcia diagnostyki różnicowej, mającej na celu wykluczenie poważnych neurologicznych następstw doznanego urazu głowy. W zaistniałej sytuacji powinna zostać przeprowadzona konsultacja neurologiczna, badanie dna oka oraz badanie obrazowe głowy (RTG czaszki, tomografia komputerowa głowy). Wdrożenie odpowiedniej diagnostyki mogło skutkować wdrożeniem adekwatnego sposobu leczenia. Biegi oceniając postępowanie lek.med. K. K. (1) od godziny 15:00 do 23:40 również powtórzyli powyższe zarzuty kierowane pod adresem M. P., a ponadto dodali, że dodatkowo za koniecznością podjęcia diagnostyki różnicowej przemawiał brak wyraźnych objawów trzeźwienia pomimo 16-godzinnego okresu obserwacji szpitalnej pacjenta. Biegli wskazali również, iż diagnostyka w kierunku schorzeń o symptomatyce podobnej do upojenia alkoholowego powinna zostać podjęta bezpośrednio po przywiezieniu K. M. do szpitala w dniu 28 lipca 2010r., kiedy to nie był on w pełni przytomny(10 punktów w skali (...)), wykazywał cechy przebytego urazu głowy (rana powłok), a powodem przywiezienia pacjenta do szpitala był przebyty incydent drgawkowy. Biegli zaznaczyli jednakże, że nie można rozstrzygnąć, czy wdrożenie adekwatnego sposobu leczenia zwiększyłoby szanse pokrzywdzonego na przeżycie.

W opinii uzupełniającej wydanej na zlecenie Sądu wyżej wymienieni biegli po zapoznaniu się z zebranym w postępowaniu sądowym materiałem dowodowym nie stwierdzili w postępowaniu oskarżonych w zakresie opieki medycznej nad K. M. cech błędności, a ich decyzje nie narażały pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub zdrowia. Wydając drugą opinię biegli zwrócili uwagę na kilka istotnych ich zdaniem informacji, które miały wpływ na ostateczną opinię, a to uszczegółowione zeznania ratownika medycznego D. C., który udzielał pomocy medycznej pokrzywdzonemu w ramach zespołu wyjazdowego w dniu 27 lutego 2010r., który podał, iż rana, którą doznał K. M. nie krwawiła, nie wymagała nawet zaopatrzenia medycznego i nie był w stanie stwierdzić czy rana była „świeża czy stara", zaś lekarka z izby przyjęć nie pamiętała nawet przebiegu wizyty. Następnie zwrócili uwagę na fakt, iż oskarżonym nie przekazano informacji o urazie głowy przez pokrzywdzonego. Kolejna istotna okoliczność wynikająca z dokumentacji wewnętrznej (...), a to z księgi raportów pielęgniarskich, księgi raportów lekarskich, jak też z dokumentacji medycznej pokrzywdzonego, a także zeznań personelu medycznego to stan przytomności pokrzywdzonego z chwili przyjęcia na (...) oraz z okresu przebywania na tym oddziale. Następnie biegli zwrócili uwagę na dokumentacje wyjazdów pogotowia ratunkowego i przyjęć w izbie przyjęć, która uwiarygodniła, że lekarze dobrze znali K. M., ponieważ w okresie 2008-2010r.u tego pacjenta miało miejsce 20 wizyt- wszystkie związane z napadem padaczki, stanem upojenia alkoholowego lub obiema tymi przyczynami łącznie. Biegli wskazali, iż w zaistniałych okolicznościach nie było podstaw do rozszerzenia diagnostyki. Ich zdaniem przemawia za tym fakt, iż rana jakiej doznał pokrzywdzony w dniu 27.07.2010r. była na tyle raną powierzchowną, że już w dniu jej stwierdzenia nie wymagała zaopatrzenia opatrunkiem ani nie krwawiła to tym bardziej mogła zostać niezauważona nawet przy sumiennym badaniu, ponadto nie mając wiedzy o urazie głowy i jednoczesną odmową pokrzywdzonego wyrażenia zgody na leczenie nie było konieczności przeprowadzenia dodatkowych badań, gdyż pokrzywdzony podczas pobytu w szpitalu był przytomny, kontaktowy, wykazywał objawy trzeźwienia . Biegli uznali w oparciu o dokumentacje medyczną oraz zeznania świadków, iż złożone przed Sądem przez oskarżonych wyjaśnienia w sposób logiczny i spójny wyjaśniają liczne kwestie, na podstawie których wcześniej sformułowano wnioski o nieprawidłowości postępowania. Ostatecznie wskazali, że obraz rozpatrywanej sytuacji klinicznej po szczegółowym uzupełnieniu i wyjaśnieniu pewnych kwestii aktualnie uprawnia do stwierdzenia, że nie miały miejsca nieprawidłowości w postępowaniu diagnostyczno-terapeutycznym.

Odnosząc się szczegółowo na zadane pytania biegli uznali na podstawie danych z wywiadu od lekarza karetki pogotowia i stanu pacjenta pozostawione przez oskarżonego M. P. rozpoznanie i leczenie nie nosiło cech błędności.

Podobnie ocenili postępowanie medyczne oskarżonego K. K. (1). Wskazali również, że stan przytomności pacjenta ustalony na 10 punktów w skali (...) nie poprawiający się, a pogłębiający lub utrzymujący się na stałym poziomie uzasadniałby wdrożenie poszerzonej diagnostyki, natomiast jeżeli pacjent już po przyjęciu był już przytomny i logicznie podawał dane kontaktowe to stan chwilowej pogorszonej przytomności, bez danych o urazie głowy, przy posiadaniu informacji o obciążeniu padaczką i przebyciu właśnie kolejnego napadu można było w zgodzie z wiedzą medyczną uznać za mieszczący się w objawach przebytego napadu. Nadto napad padaczkowy nie jest w ogóle bezwzględnym wskazaniem do hospitalizacji pacjenta lub pobytu w izbie przyjęć, natomiast dopuszczalne było pozostawienie pokrzywdzonego w szpitalu z uwagi na brak możliwości zapewnienia mu opieki w jego mieszkaniu. Biegli odstąpili od wcześniejszej tezy o konieczności wykonania badań dodatkowych wskazując na po pierwsze wymagalność zgody przytomnego pacjenta, nadto w zaistniałych okolicznościach badania te nie były konieczne.

Odnośnie rozpoznania u pokrzywdzonego w badaniu TK głowy krwiaka biegli podkreślili, iż wykonane przedmiotowe badanie dało niejednoznaczny obraz nakładających się na siebie zmian, z zaleceniem powtórzenia badania z użyciem kontrastu po stabilizacji stanu pacjenta. Kolejnego badania już nie powtórzono z uwagi na śmierć pacjenta, a badanie sekcyjne wykonane po tak długim okresie czasu od rozpoznania krwiaka (3 tygodnie) także nie dało jednoznacznego obrazu ze względu na zaawansowane wtórne zmiany malacyjne w mózgowiu. Jednocześnie biegli podali, iż sekcja zwłok wykonana w tym konkretnym przypadku ma znacznie ograniczoną wartość diagnostyczną, a to w związku z upływem 4 tygodni od domniemanego urazu i istnieniu zaawansowanych zmian malacyjnych mózgowia. Biegli stwierdzili, że nie jest możliwe umiejscowienie w czasie powstania krwiaka i pozostałych opisanych zmian, w związku z czym nie można wykluczyć powstania tych zmian także po dniu 27 lipca 2010r. Nie został również określony charakter krwiaka podtwardówkowego u pokrzywdzonego (ostry, podostry, przewlekły), natomiast można wykluczyć że był to krwiak ostry, gdyż wówczas nie byłoby możliwości, aby pokrzywdzony samodzielnie przeszedł przez miasto odległość około 600 metrów.

(dowód: opinie biegłych k. 112-118,132-135 , 503-513)

Oskarżony M. P. jest mieszkańcem L., z zawodu lekarzem o specjalności ginekolog, jest rozwiedziony, jest ojcem 1 dziecka w wieku 11 lat, zatrudniony w Szpitalu (...) w L. w wynagrodzeniem miesięcznym w kwocie 4.000 złotych, pozostałe dochody miesięczne to 4.000 złotych, nie był do tej pory karany.

Oskarżony K. K. (1) jest mieszkańcem L., z zawodu lekarzem, zatrudniony w (...) z wynagrodzeniem miesięcznym w kwocie 3.850 złotych netto, jest żonaty, ojciec 2 dzieci w wieku 2 i 28 lat, nie był do tej pory karany

(dowód: oświadczenie oskarżonych, karta karna k.159-160, poświadczenie zameldowania k.161-162)

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie powołanych dowodów.

Oskarżony M. P. nie przyznał się do popełnienia zarzucanego mu czynu i wyjaśnił (k.275-278), iż w dniu 28 lipca 2010r. pełnił dyżur na oddziale (...) w L.. O godzinie 7:55 został do szpitala przywieziony karetką reanimacyjną K. M. w stanie po napadzie padaczkowym, a ponieważ stan zdrowia pokrzywdzonego nie został zakwalifikowany jako zagrażający życiu został umieszczony na oddziale (...)u. Oskarżony wyjaśnił, iż lekarz z karetki J. M. poinformował go, iż pacjent choruje przewlekle na padaczkę alkoholową, ma częste duże napady i był już diagnozowany na Oddziale Neurologii w S. oraz że w czasie zaopatrzenia medycznego nastąpił atak, ale bez utraty przytomności. Stan przytomności pokrzywdzonego został oceniony na 10 punktów (...). J. M. przekazując mu pacjenta zlecił poddanie K. M. leku o nazwie tiopental i kroplówek z glukozą oraz relanium. Oskarżony dalej wyjaśnił, iż po przewiezieniu na (...) wybudził pacjenta, wtedy pokrzywdzony był przytomny i świadomy, nie chciał być jednak leczony. Przy przyjęciu pokrzywdzony został zbadany całościowo, nie posiadał ran głowy ani stłuczeń, nie wykazywał żadnych nieprawidłowości za wyjątkiem senności, nie było także żadnych symptomów wskazujących na porażenie lub inne zmiany w układzie nerwowym, nie było asymetrii źrenic ani sztywności karku, a objaw B. był ujemny. Ponieważ pokrzywdzony K. M. mieszkał w domu sam oskarżony uznał, iż nie może on po napadzie padaczkowym pozostawać bez opieki i w związku z czym przydzielił mu łóżko, zalecił tlenoterapię i kontrolę ciśnienia krwi oraz tętna. M. P. podkreślił przy tym, iż nikt nie poinformował go o urazie, jaki pokrzywdzony doznał poprzedniego dnia, zaś

przy badaniu przedmiotowym fizykalnym nie wykrył u pacjenta atrybutów urazu głowy, a to bólu, rany, stłuczenia, guza, krwawienia czy zaschniętej krwi. Dalej oskarżony wyjaśnił, iż kolejne badanie pokrzywdzonego miało miejsce miedzy godziną 10:30 a 11:00 tego samego dnia, wówczas zauważył, że K. M. rozmawia z pielęgniarką. Wówczas oskarżony poprosił ponownie go o podpisanie zgody na świadczenie usług zdrowotnych, jednakże ten stwierdził, że nie będzie niczego podpisywać. Oskarżony wskazał, iż pokrzywdzony do godziny 15:00 nie spał i był w dość dobrym stanie zdrowia M. P. podał, iż nie było konieczności wykonania innych badań. W związku z tym, iż nie stwierdził u pokrzywdzonego objawów upojenia alkoholowego nie było potrzeby wykonywania badań na zawartość alkoholu we krwi, nie było też wskazań do wykonania tomografii komputerowej w trybie pilnym, ponieważ pokrzywdzony nie miał objawów urazu głowy, nie wystąpienie u pokrzywdzonego śpiączki, utraty przytomności czy objawów ogniskowych neurologicznych, nadto pacjent odmówił zgody na leczenie. Wskazał, iż nie widział także powodów do konsultacji neurologicznej, gdyż był jednorazowy napad padaczki nie jest do tego wskazaniem, tym bardziej iż nie był to pierwszy taki napad u pokrzywdzonego.Dodatkowo oskarżony wyjaśnił ,iż pokrzywdzonego K. M. zaopatrywał już wcześniej dwukrotnie, ponieważ pacjent miał opinię osoby nadużywającej alkoholu i miał rozpoznaną padaczkę alkoholową.Podczas pierwszego kontaktu w 2009r., kiedy przyjechał wraz z załogą karetki do leżącego na podłodze pokrzywdzonego znajdującego się w stanie upojenia alkoholowego wtedy prosił jego matkę, aby skierowała syna na przymusowe leczenie, zaś drugi kontakt miał miejsce w dniu 5 kwietnia 2010r. kiedy pokrzywdzony został przywieziony karetką pogotowia w stanie upojenia alkoholowego. Odnośnie wypełnienia dokumentacji medycznej M. P. stwierdził, iż w historii choroby wypełniał jedynie trzy rubryki, a to wywiad, epikryzę oraz badanie przedmiotowe. Podał, iż w wywiadzie wpisał, że pokrzywdzony był pijany, ponieważ wyczuwał od niego woń piwa, nadto kierował się opinią, którą miał pokrzywdzony. Dalszy wpis w epikryzie „ do wytrzeźwienia oznaczało, że u pokrzywdzonego utrzymuje się stan po odstawieniu alkoholu, zaś obserwacja pacjenta konieczna była w związku z wystąpieniem u niego ataku padaczki. M. P. wskazał, iż kiedy przekazywał dyżurującemu tego dnia od godziny 15-tej na oddziale (...)u lek.med.K. K. (1) pacjentów to stan pokrzywdzonego K. M. był dość dobry i poprawiał się, natomiast fakt przetrzymywania go w szpitala był uzasadniony stanem po napadzie padaczkowym i niemożnością zapewnienia mu opieki w domu.

Oskarżony K. K. (1) nie przyznał się do popełnienia zarzucanego mu czynu i wyjaśnił (k.144, 278-279), iż w dniu 28 lipca 2010r. objął dyżur na oddziale (...) w Szpitalu (...) w L. od godziny 15:00 po lek.med.M. P.. W chwili obejmowania dyżuru stan pokrzywdzonego K. M. ocenił jako stan po upojeniu alkoholowym, pacjent nie był pod wpływem alkoholu, lecz była od niego wyczuwalna woń aldehydu octowego, pokrzywdzony na pewno był przytomny, tylko podsypiał. Oskarżony wyjaśnił, iż zapoznał się z dokumentacją lekarską, w tym z kartą czynności medycznych, jak też uzyskał od poprzednika informacje, że pokrzywdzony przeszedł rano atak padaczki po spożyciu alkoholu i pozostał do wytrzeźwienia oraz że pacjent ten często był w takim stanie przyjmowany i że choruje na padaczkę, natomiast nie uzyskał jakiejkolwiek informacji o przebytym poprzedniego dnia przez K. M. urazie głowy. Oskarżony wskazał, że dwukrotnie badał pacjenta, lecz nie były to ściśle precyzyjne badania przedmiotowe, były pobieżne i orientacyjne z uwagi na brak współpracy z pokrzywdzonym, gdyż K. M. odpychał go, kazał mu odejść. Oskarżony wskazał, że mimo to zbadał głowę pokrzywdzonego, sprawdziła stan układu krążenia i oddechowego oraz dokonał oceny neurologicznej pod kątem incydentu mózgowego, gdyż jest to rutynowe postępowanie u osób nietrzeźwych. Przy badaniu nie zauważył istotnych urazów skóry czy ciała. Oskarżony podał, iż nie zlecał badania na zawartość alkoholu we krwi, ponieważ pacjent był w stanie wskazującym na trzeźwienie, nadto kwestia spożycia alkoholu nie miała większego znaczenia dla wdrożonego leczenia. Podczas swojego dyżuru zalecił podanie pokrzywdzonemu 2 kroplówek z glukozą oraz relanium. Dalej oskarżony wyjaśnił, iż do momentu wypisu stan pacjenta poprawiał się, pokrzywdzony odpowiadał logicznie na pytania, chodził samodzielnie do ubikacji, nie ujawniały się żadne oznaki świadczące o ostrym uszkodzeniu centralnego układu nerwowego, które byłyby wskazaniem do wykonania badań tomografii komputerowej głowy. K. K. (1) wyjaśnił również, iż przed wypisaniem pokrzywdzonego do domu tj. przed godziną 23:40 jeszcze raz go zbadał i także nie stwierdził u K. M. niedowładu, zwężenia źrenic czy też sztywności karku, które wykluczył kiedy pacjent wstał i skłonił głowę, ponadto pokrzywdzony na jego pytanie jak się czuje stwierdził, że nic mu nie dolega. Co do założenia pampersa pokrzywdzonemu, a potem przywiezieniu K. M. w tym pampersie go transportem sanitarnym do mieszkania matki to oskarżony wyjaśnił, iż z rozmowy z personelem wynikało, że ubranie pokrzywdzonego było

mokre i brudne, a w związku z tym nie nadawał się do transportu taksówką, nadto był osłabiony i senny, co było skutkiem działania leków przeciwdrgawkowych i mogło być również spowodowane efektem toksycznym alkoholu.

Wyjaśnieniom obu oskarżonych Sąd dał wiarę, albowiem mają one uzasadnione w zgromadzonej dokumentacji medycznej oraz zostały potwierdzone zeznaniami wiarygodnych świadków, są pełne, jasne i logiczne, nie zawierają elementów wskazujących na konfabulację. Zdaniem Sądu jedyną okolicznością, która może budzić wątpliwości to stan świadomości pokrzywdzonego K. M. z chwili przyjęcia na oddział (...) w L. przez lek.med.M. P. w dniu 28 lipca 2010r. W tym wypadku nie ma jednoznacznej oceny stanu przytomności K. M., dlatego też uznał za wiarygodne wpisy dotyczące stanu przytomności uczynione przez lek.M., iż pokrzywdzony nie był w pełni przytomny, był przytroczony i uzyskał 10 punktów w skali (...), natomiast nie przyjął wersji oskarżonego M. P., iż pokrzywdzony po przywiezieniu był przytomny i logiczny w kontakcie.

Zeznaniom świadka L. H. Sąd dał wiarę jedynie w części, a to z uwagi na liczne sprzeczności z pozostałym materiałem dowodowym, jak też wewnętrzne niejasności. W swoich zeznaniach świadek zachowuje chronologię zdarzeń, jednakże przedstawione opisy niektórych okoliczności istotnych dla ustalenia prawidłowego stanu faktycznego nie mają odzwierciedlenia w pozostałym materiale dowodowym, a nawet pozostają z nim w ewidentnej sprzeczności. I tak analizując zeznania świadka L. H. już sam ich początek wskazuje na rozliczne rozbieżności i niedopowiedzenia . Zeznała ona przed Sądem (k.286v), iż nie widziała jak L. przywiozła jej syna do domu, o tym że syn leży pod jej drzwiami nieprzytomny zaalarmowali ją sąsiedzi, z którymi następnie podniosła syna i zabrała go do mieszkania, a potem wezwała pogotowie. Odmienne w tym zakresie zeznania złożyła w postępowaniu przygotowawczym (k.61), kiedy podała, że syna rano około 6:30 przywiozła Z. L., która zapukała do drzwi. Dalej podała: „ Ja widziałam, że syn siedzi w jej samochodzie i jest półprzytomny. Ja prosiłam żeby zawiozła go z powrotem do szpitala, a ona odpowiedziała, że nie może , bo nie ma czasu śpieszyła się do pracy. Ona posadziła go na ławce, a ja weszłam do mieszkania, żeby się ubrać i zażyć leki". Zarówno w postępowaniu przygotowawczym, jak i przed Sądem świadek przekazała wersję, która odbiega od ustalonego stanu faktycznego, tego dnia bowiem nie rozmawiała ona z Z. L. i nie wychodziła ani do niej ani do syna z mieszkania, nie prosiła tym bardziej L., aby zawiozła K. z powrotem do szpitala, bo nawet nie wiedziała, że poprzedniego dnia był on w szpitalu, natomiast sąsiedzi zaalarmowali ją już po godzinie 7:00, kiedy wychodząc do pracy usłyszeli na korytarzu hałas. Dalej w postępowaniu przygotowawczym świadek opisując stan pokrzywdzonego zeznała: „syn był nieprzytomny, miał zamknięte oczy i nic nie mówił. Pogotowie przyjechało szybko. Oni wyciągnęli go do mieszkania i tam chyba z godzinę go reanimowali".Z kolei przed Sądem zeznała, że kiedy przyjechało pogotowie syn nadal nie odzyskał przytomności i został zabrany do szpitala, a w dalszej części swoich zeznań wskazała, że nie widziała, aby miał jakieś drgawki, leżał jak kłoda. Także w tej części jej zeznania zostały częściowo zaprzeczone przez inne dowody, a to przez zeznania świadków: K. S. (1), który zeznał, iż K. reagował na głos matki i coś jej cicho szeptał, J. M.-lekarza z karetki oraz zapisu z karty czynności medycznych, które dowodzą, iż w trakcie zaopatrzenia wystąpił jeden atak drgawkowy, jak też że pokrzywdzony nie utracił przytomności, był przytomny, ale przymroczony, a stan przytomności oceniono na 10 punktów (...). Kolejne niezgodności dotyczą wypisu pokrzywdzonego ze szpitalu po pobycie w dniu 28 lipca 2010r.,a w szczególności okoliczności przywiezienia pokrzywdzonego do jej domu. W postępowaniu sądowym świadek nie pamiętała dokładnie okoliczności przywiezienia syna do jej mieszkania. Świadek zapamiętała, że syn ubrany był jedynie w pampersa i że sanitariusze wciągnęli go do jej mieszkania oraz że mówiła sanitariuszowi, że K. nie mieszkał u niej i żeby odwieźli go do jego mieszkania, ale ten miał stwierdzić, że jest to polecenie lekarza i że ona ma się nim zaopiekować. Po odczytaniu zeznań złożonych w postępowaniu przygotowawczym, gdzie szczegółowo opisała te okoliczności, podtrzymała wcześniejsze zeznania. Zdaniem Sądu nie polegają one na prawdzie, gdyż zostały zaprzeczone zeznaniami świadków. I tak L. H. stwierdziła, iż o godzinie 21:00, kiedy po telefonie ze szpitala przyjechała po syna to widząc jego stan poprosiła, aby zatrzymać go do rana w szpitalu, ponieważ K. –gdy do niego mówiła wydawał jedynie dziwne dźwięki, bełkotał, był nieprzytomny. Lekarz zgodził się zostawić go do rana. Następnego dnia zadzwoniła do szpitala i prosiła lekarza K. K. (1), aby zostawił syna w szpitalu, jednakże lekarz odmówił i powiedział, że nie ma miejsca i że zaraz jej syna przywiozą. Kiedy karetka przywiozła syna to sanitariusz powiedział do niej, żeby wyszła po K., bo go przywieźli, a gdy ona nie chciała się na to zgodzić podając, że syn nie ma tu miejsca zamieszkania, odpowiedzieli jej, że wykonują polecenia lekarza. Sanitariusz i kierowca wciągnęli syna bosego do mieszkania i położyli na wersalce i rzucili jej historię choroby.

Syn leżał, nie mógł wstać, odpowiadał bardzo powoli, z wysiłkiem, pojedynczymi słowami. Z kolei na pytanie Sądu odnośnie wprowadzenia pokrzywdzonego do jej mieszkania świadek podała (k.288v): „On szedł z nimi tak sztywno, trzymali go pod pachy i ciągnęli, a nogi mu się nie uginały. W ocenie Sądu wewnętrzna rozbieżność tych zeznań w tym zakresie podważa ich wiarygodność, tym bardziej, że kierowca karetki A. W. oraz sanitariusz W. D. zeznali, że nie zdarzyło się, aby odwozili nieprzytomnego mężczyznę do domu, nadto zlecenie transportu było wykonane zgodnie z poleceniem lekarza dyżurnego, a to w pozycji siedzącej. Z kolei opisany przez świadka stan pokrzywdzonego z oddziału (...) z godziny 21:00 nie został potwierdzony zeznaniami świadków-pielęgniarek z oddziału (...) ani wyjaśnieniami oskarżonego K. K. (1), ponadto także w raporcie pielęgniarskim przypadek pokrzywdzonego z dnia 28 lipca 2010r. nie został uznany za jakiś szczególny. Dalsze istotne rozbieżności między stanem faktycznym a zeznaniami świadka dotyczą okoliczności związanych z pobytem pokrzywdzonego w mieszkaniu L. H.. Z jej zeznań wynika, iż przez cały czas pokrzywdzony leżał, nigdzie nie wychodził, jedynie bełkotał, a kontakt z nim był bardzo utrudniony. Świadek podała nawet (k.287):"jestem pewna, że na pewno K. nigdzie nie wychodził z mojego mieszkania, leżał na wznak i miał zamknięte oczy. Był tak słaby, że musiałam go przewracać z boku na bok", podobnie na pytanie prokuratora świadek zeznała (k.287v):" Przez cały czas od momentu przywiezienia syna do mojego mieszkania do momentu kolejnego przyjazdu karetki i zabrania go do szpitala (...) leżał u mnie w mieszkaniu, nie był w stanie się poruszać ani sam skorzystać z toalety. Przez cały czas syn leżał jak nieżywy, bełkotał i nie odpowiadał na moje pytania....Kiedy syna przywieźli ze szpitala to tylko w tym dniu był w ubikacji i jak pomogłam mu dojść, a już później cały czas leżał na materacu i moczył się. Odmienne zeznania w tym zakresie świadek złożyła w postępowaniu przygotowawczym, kiedy podała (k.63), że po trzech dniach syn jakby lepiej się poczuł, bo stanął już na nogi, słaniając się, podtrzymując szedł do toalety. Końcowo świadek stwierdziła słuchana na okoliczność rozbieżności w tym zakresie, iż „bzdetem" jest stwierdzenie o polepszeniu stanu zdrowia po 3 dniach, nadto nie pamięta czy faktycznie tak zeznała czy też źle zostało zaprotokołowane. W tym zakresie także trudno dać wiarę zeznaniom tego świadka, ponieważ trzy wiarygodne osoby zeznały na tą okoliczność odmiennie, a to Z. L., która w dniu 1 sierpnia 2010r. w niedzielę spotyka pokrzywdzonego koło sklepu (...) , dalej lekarka G. W., która w dniu 2 sierpnia 2010r. została wezwana na wizytę domową i w trakcie której pokrzywdzony siedzi ubrany na materacu, wstaje, wychodzi do toalety, nalewa sobie soku i odpowiada logicznie, aczkolwiek wolno na jej pytania, jak też koleżanka i sąsiadka świadka- D. K., która opisuje stan K. z dnia 3 sierpnia 2010r., kiedy pokrzywdzony przed atakiem padaczki wstaje z łóżka i idzie do toalety, a kiedy ta proponuje pomoc odpowiada, aby dała mu spokój. Także wątpliwości budzi opis wizyty domowej lekarza rodzinnego G. W. z dnia 2 sierpnia 2010r. Z relacji świadka L. H. wynika (k.287, 288 i 288v), iż przy pierwszej wizycie lekarskiej z pokrzywdzonym nie było żadnego kontaktu, leżał na łóżku, nie wstawał, miał zamknięte oczy, na pewno nie rozmawiał z lekarką, która co prawda pytała się K. jak się czuje, ale on nic nie odpowiedział, a na pytania dotyczące jego danych świadek odpowiadała osobiście, na pewno nie przyjmował żadnych płynów. W trakcie przesłuchania przed Sądem świadek zasugerowała, że lekarka rozpoznała ciężki stan zdrowia pokrzywdzonego, gdyż zapytała się jej czy ma jeszcze inne dzieci. Taki opis jest nielogiczny i ewidentnie sprzeczny z zeznaniami świadka G. W., bo gdyby faktycznie tak było lekarka uczyniłaby inne zapisy w dokumentacji medycznej, nadto nie kazałaby podawać G. i witaminy osobie nieprzytomnej, lecz zrobiłaby to co w dniu 4 sierpnia 2010r. podczas drugiej wizyty, a to wezwała pogotowie ratunkowe. Za wyjątkiem pomniejszych okoliczności związanych z faktem rzekomej śpiączki, która miała trwać tydzień czasu u pokrzywdzonego, kiedy przebywał w szpitalu w S. oraz o braku wiedzy o padaczce alkoholowej zdiagnozowanej u syna (podczas gdy nawet jej sąsiedzi to wiedzieli), czy też o nieinformowaniu lekarki o wykonanym badaniu TK głowy – w pozostałym zakresie zdaniem Sądu można uznać za wiarygodne, w szczególności na wiarę zasługują zeznania złożone przed Sądem, a dotyczące okresu pomiędzy 3 sierpnia 2010r. do 26 sierpnia 2010r. W tym zakresie zeznania te pokrywają się z pozostałym materiałem dowodowym, nie wykazują tendencji do odmiennego postrzegania rzeczywistości.

Zeznaniom świadka G. D. Sąd dał wiarę w znacznej części, a to w związku ze złożeniem nieprecyzyjnych i niejasnych zeznań na okoliczność stanu pokrzywdzonego K. M. po przewiezieniu ich na (...) w L. w dniu 28 lipca 2010r. Słuchana na ta okoliczność w postępowaniu przygotowawczym (k.81) zeznała: "Pamiętam dwa pobyty K. M. w tym roku na naszym oddziale. Jeżeli chodzi i pierwszy pobyt K. M. to wydaje mi się, że przywiozła go karetka R i chyba doktor M.. Kojarzę doktora M. przy podawaniu leków. Przypominam sobie, że M. był tak jak nieprzytomny, nie było żadnej reakcji. Oddychał, ale nie reagował na bodźce. Nie wiem skąd wówczas został zabrany. Kolejno świadek słuchana

przed Sądem w dniu 18 lipca 2010r. podała (k.367v-369): „Odnośnie pierwszego pobytu to pokrzywdzony został przywieziony przytomny na oddział. Lekarz, który do niego podszedł mówił coś do niego i pacjent mu odpowiadał, ale nie wiem, co, ale na pewno taka sytuacja miała miejsce. Byłam obecna przy badaniu pokrzywdzonego przez doktora P. i myślę, że było to pierwsze badanie. Prawdopodobnie było ono na sali. Pamiętam momentu wybudzenia pokrzywdzonego przez lekarza P., pamiętam, że pacjent coś bełkotał. Nie pamiętam, aby pacjent powiedział jakieś konkretne zdanie. Początkowo mógł nie reagować na bodźce, a później był już przytomny i odpowiadał na pytania w miarę logicznie (...)Badanie doktora P. było zanim podłączyłam pacjenta do monitora. Pamiętam, że doktor P. rozbudzał pacjenta, pytał się jak się czuje pytał się, czy zgadza się na leczenie (...)W trakcie badania lekarz mówił do pacjenta, aby otworzył oczy nie pamiętam, czy pacjent otworzył oczy, ale nie pamiętam o której to było godzinie i czy to było zaraz po przyjęciu. Kolejne przesłuchanie świadka przed Sądem miało miejsce w dniu 14 września 2012r. i świadek słuchana jeszcze raz na te same okoliczności podała : Byłam obecna przy przyjęciu K. M. na oddział (...). Pan M. był przytomny. Wówczas pytałam się go, komu można udzielać informacji o przebiegu jego leczenia, kto może pytać o jego zdrowie. Wtedy odpowiedział, że jego mama (...)Nie potrafię sobie przypomnieć pierwszego momentu kontaktu wzrokowego z pokrzywdzonym z przedostatniego pobytu K. M., a to z lipca 2010r.. Bardziej pamiętam moment, kiedy przebywał na sali. Nie pamiętam czy pan M., kiedy był wwożony na salę był przytomny czy był nieprzytomny. Przypominam mi się moment, kiedy doktor P. rozmawiał z pacjentem i tak jakby go wybudzał, bo mówił do niego „panie M., panie M. czy pan ...” W chwili obecnej już nie pamiętam dokładnie tej sytuacji. Nie pamiętam, czy coś pacjent wtedy odpowiadał. Kiedy dalej zostały świadkowi odczytane poprzednio złożone przed Sądem podała ona: Na pewno pacjent był świadomy, bo powiedział żeby informować mamę. Na pewno pokrzywdzony wskazał, że chodzi o matkę i wskazał jej imię i nazwisko, bo ja nie wiedziałam jak nazywa się jego matka. Pytałam się go czy wyraża zgodę w kwestiach wymienionych w pozostałych rubrykach, na co pokrzywdzony stwierdził, że nie będzie się leczył i nic nie będzie podpisywał. Nie wpisałam tego do karty stwierdzając, że wrócę do tego tematu po pewnym czasie i znowu po jakiejś chwili prosiłam go o podpis we wskazanych rubrykach, ale on odmówił podpisu. Kiedy ponownie zostały odczytane świadkowi zeznania złożone w postępowaniu przygotowawczym G. D. wskazała, że najlepiej pamiętała tą sytuację, kiedy była słuchana poprzednio przed Sądem, ponieważ do przesłuchania przygotowała się zapoznając się z dokumentacją pielęgniarską i na spokojnie przypomniała sobie o tym zdarzeniu, natomiast kiedy byłam słuchana w Prokuraturze to mogło dojść do takiej sytuacji, że pomyliły mi się dwa pobyty pokrzywdzonego na (...)ze. Już po przesłuchaniu w Prokuraturze miała podejrzenie, że mogłam namieszać w tych zeznaniach. Stwierdziła także na pytanie obrońcy, że określenie „tak jak nieprzytomny” było po prostu „niefortunnym wyrażeniem” wypowiedzianym pod wpływem nerwów, ponieważ jest osobą nerwową i sama później była zła na siebie, że w ten sposób to określiła. Zapamiętała natomiast, że pokrzywdzony był przytomny w chwili, kiedy z nią rozmawiał, żartował, a nawet znał jej imię. Świadek podkreśliła przy tym, że jest osobą jąkającą się i w sytuacjach stresowych ta dolegliwość się nasila, stąd może znalazły się w jej zeznaniach takie niejasności.

W pozostałym zakresie uznał zeznania świadka za wiarygodne, albowiem nie zostały zaprzeczone pozostałymi dowodami i stanowią z nimi logiczną całość.

Sąd dał wiarę w całości zeznaniom świadków: E. M. (k.289v-290),K. S. (1) (k.292), J. S. (1)(k.283), Z. L. (k.281-282,44), S. Z. (k.290), J. M. (k.289, 291-292), J. Ś., M. D. (Gagatko)k.451, D. C., G. W. (k.283-284), D. K. (k.282,92), T. K., E. L. (k.452), M. K. (k. 453),J. G. (1)(k.451), A. K. (k.454), W. D. (k.488v-489), A. W. (3) (k.489),albowiem w ocenie Sądu nie zawierają elementów wskazujących na konfabulacje, pokrywają się lub uzupełniają się z pozostałym materiałem dowodowym, świadkowie opisują zauważone okoliczności w taki sposób, w jaki został przez nich zapamiętany.

Zeznania świadków: A. B. (k.451), A. M. (k.451), J. G. (2) (k.472) H. W. (k.453), M. B. (2) (k.472) Sąd uznał za nie mające znaczenia dla ustalenia stanu faktycznego, albowiem osoby te albo w ogóle nie miały kontaktu z pokrzywdzonym, albo nie zapamiętały pokrzywdzonego z pobytu na oddziale (...) w dniu 28 lica 2010r.

Zeznania świadków: E. N. (k.489) K. S. (2)(k.451) W. S. (k.472) Sąd uznał za nie mające istotnego znaczenia, albowiem świadkowie ci chociaż przebywali w tym dniu na oddziale (...) nie znając pokrzywdzonego K. M. nie mieli żadnych wiadomości o jego stanie zdrowia.

Wydane w przedmiotowej sprawie opinie sądowo-lekarskie są jasne, pełne, w sposób szczegółowy i całościowy odpowiadają na zadane pytania i znajduje oparcie w dokumentacji medycznej, została również wydane przez kompetentne w tym zakresie osoby.

Sąd dał wiarę w całości pozostałym dowodom, albowiem mają charakter dokumentów, zostały sporządzone w wymaganej formie i przez upoważnione osoby, a ich prawdziwość nie została zaprzeczona.

Sąd zważył co następuje:

Zdaniem Sądu zachowanie oskarżonych M. P. i K. K. (1) nie wyczerpało znamion przestępstwa z art.160§1 i §3 kk polegającego na spowodowaniu bezpośredniego niebezpieczeństwa utraty życia przez K. M. poprzez niepodjęcie w stosunku do niego właściwego postępowania medycznego. Zgromadzony w sprawie materiał dowodowy nie pozwolił uznać błędności zastosowanego wobec pokrzywdzonego procesu diagnostycznego i wdrożonego leczenia. Rozstrzygając przedmiotową sprawę Sąd oparł się głównie na zlecenie Sądu opinii uzupełniającej wydanej przez biegłych Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej i Toksykologii S.-Lekarskiej (...) w K., a to dr n.med.J. S. (2)-specjalistę chorób wewnętrznych, dr n.med.W. M.-specjalistę anestezjologa, dr n.med.P. J.-specjalistę neurologa, lek.med.R. K.-specjalistę medycyny sądowej i dr n.med. C. C.-specjalistę medycyny sądowej, którzy po przeanalizowaniu całego uszczegółowionego materiału dowodowego zmienili ocenę postępowania medycznego lekarzy M. P. i K. K. (1) w stosunku do pokrzywdzonego K. M.. W ostatecznej opinii wskazali, iż postawione rozpoznanie i diagnoza w zaistniałych okolicznościach była prawidłowa, podobnie jak wdrożone leczenie, zaś uzyskane w wywiadzie informacje i stan pacjenta nie uzasadniał podjęcia przez wyżej wymienionych oskarżonych poszerzonej diagnostyki. Jak wynika z materiału dowodowego oskarżeni- jako lekarze (...) znali pokrzywdzonego z wcześniejszych częstych wyjazdów do niego karetki pogotowia, wiedzieli o zdiagnozowanej u pokrzywdzonego padaczce alkoholowej i uzależnieniu od alkoholu, zapewne też dlatego po napadach padaczki K. M. był przyjmowany na oddział (...) do „wytrzeźwienia i obserwacji". Tak było zapewne również w dniu 28 lipca 2010r., gdy został przywieziony karetką pogotowia po takim napadzie. Żaden z lekarzy, który miał z nim kontakt w dniu 28 lipca 2010r. począwszy od lekarza z karetki J. M., a następnie M. P. i K. K. (1) nie posiadał informacji o incydencie z dnia poprzedniego. K. M. został co prawda przywieziony na izbę przyjęć po urazie głowy, jednakże w składzie zespołu wyjazdowego nie było wówczas lekarza, potem dyżur objęła nowa zmiana lekarzy i pielęgniarek, a ponieważ pokrzywdzony odmówił zgody na leczenie i opuścił szpital po kilkunastu minutach pobytu nikt nie zwrócił na niego uwagi. Rana, którą doznał pokrzywdzony w świetle zeznań świadków była jedynie powierzchowna, po upadku na ziemię nastąpiło krótkie krwawienie, które na pewno nie wymagało szycia i w chwili wizyty u lekarza M. D. nie było widoczne. Tak więc badanie fizykalne głowy przez lekarzy mogło faktycznie nie ujawnić rany, tym bardziej, iż pokrzywdzony miał bujne włosy. Kiedy następnego dnia pokrzywdzony zostaje przywieziony do szpitala po napadzie drgawkowym w wywiadzie nie było żadnych informacji o przebytym urazie głowy, stan pacjenta zostaje oceniony na 10 punktów w skali (...), a z informacji od lekarza z karetki wynika, iż podczas zaopatrzenia medycznego doszło do jednego ataku drgawek. Ponieważ pokrzywdzony przynajmniej przez chwilę jest nie kontaktowy, ale stan ten ustępuje i pacjent odzyskuje przytomność, rozmawia z lekarzem i pielęgniarką, lekarz nie zaleca badań dodatkowych. Jak zresztą wynika z opinii biegłych nie było wówczas konieczności rozszerzenia diagnostyki i wykonania innych badań, gdyż napad padaczki bez wiedzy o urazie w danych okolicznościach nie nakładał takiego obowiązku. Pokrzywdzony w tym czasie był monitorowany i za wyjątkiem senności, osłabienia, które zostało powiązane z przebytym atakiem i otrzymaniem leków uspokajających, nie wykazywał jakiś niepokojących symptomów. Podobnie było na dyżurze K. K. (1), który zaobserwował, że pacjent wykazuje znaczą poprawę stanu zdrowia, był przytomny, kontaktowy, samodzielnie chodził po sali, a z uwagi na zachowanie pokrzywdzonego, który wyraźnie nie pozwalał na zbadanie go przez lekarza- badania przedmiotowe przeprowadził jedynie pobieżnie, orientacyjnie. Taki stan faktyczny potwierdza personel medyczny , a także pośrednio zapisy z księgi raportów pielęgniarskich. Gdyby pokrzywdzony został przywieziony nieprzytomny i

stan ten co najmniej utrzymywałby się na pewno odnotowane byłoby to w raporcie z dnia28 lipca 2010r., tymczasem brak zapisów świadczy o tym, że stan zdrowia pokrzywdzonego nie został oceniony jako wyjątkowy czy zagrażający życiu. Następnie pokrzywdzony został odwieziony do domu transportem sanitarnym. Sanitariusz i kierowca nie zapamiętali akurat tego przypadku, ale jednoznacznie stwierdzili, iż nigdy nie było takiej sytuacji, żeby odwozili ze szpitala do domu osobę nieprzytomną. Mając powyższe okoliczności na uwadze Sąd uznał, iż obaj oskarżeni przeprowadzili badania fizykalne K. M., a ich rozpoznanie i postawiona diagnoza, jak też sam proces leczenia nie może być uznany za nie właściwy. Fakt nie zlecenia badań krwi pod kątem obecności alkoholu nie ma większego znaczenia, gdyż stan nietrzeźwości był sprawą drugorzędną i nie wpływał na proces diagnostyczny i zalecone leczenie. Zdaniem Sądu obaj oskarżeni w trakcie swojego dyżuru nie mając podejrzeń co do stanu zagrożenia życia nie mogli rozszerzyć diagnostyki bez zgody pacjenta. K. M. w przeszłości wielokrotnie odmawiał wyrażenia zgody na leczenie, nie współpracował z personelem medycznym, a nawet zdarzyło się, iż trzeba było go przywiązać do łóżka, aby wykonać badania – w związku z tym i w tym przypadku należy przyjąć, że tej zgody faktycznie nie udzielił. W odczuciu Sądu podczas wydawania pierwszej opinii biegli zostali zmyleni opisem sytuacji przedstawionym przez matkę pokrzywdzonego L. H., która zapomniała o niektórych zdarzeniach (jak np. zdiagnozowana padaczka alkoholowa i wielokrotne wyjazdy karetki do pokrzywdzonego znajdującego się w stanie upojenia alkoholowego, opuszczenie przez K. jej mieszkania w dniu 1 sierpnia 2010r.), a te o których zeznała w postępowaniu przygotowawczym niejednokrotnie zostały przez nią przejaskrawione (jak np. opis pierwszej wizyty lekarza rodzinnego) . W odczuciu Sądu nie można oczekiwać, że w danych okolicznościach oskarżeni powinni byli poszukiwać innych zmian chorobowych. Biegli, jak też świadek lek.med. T. K. wskazali, iż badania TK głowy nie pozwoliły na jednoznaczne określenie daty powstania krwiaka podtwardówkowego, a jedynie wówczas można byłoby stwierdzić jaki jest to krwiak, jaki był mechanizm jego powstania i kiedy dawał objawy. Żaden z lekarzy mających oprócz oskarżonych kontakt z pokrzywdzonym w okresie od 27 lipca do 4-5 sierpnia 2010r. nie stwierdził jednakże charakterystycznych objawów, jak np.niedowładu czy zwężenia źrenic, czy też objawu B., dlatego w ocenie Sądu nie można wymagać od oskarżonych rozszerzenia diagnozy w kierunku urazu czaszkowo-mózgowego. Nawet zresztą szybsze zdiagnozowanie krwiaka a to w dniu 28 lipca 2010r. w opinii biegłych mogło co najwyżej skutkować wdrożeniem adekwatnego leczenia, ale brak jest pewności czy przyczyniłoby się do uratowania życia pokrzywdzonemu.

Mając powyższe okoliczności na uwadze Sąd-opierając się na ostatecznych wnioskach z opinii biegłych z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej i Toksykologii S.-Lekarskiej (...) w K. uniewinnił obu oskarżonych od zarzucanego mu czynu.