

Okręgowy Sąd Lekarski w Gdańsku
80-204 Gdańsk
ul. Śniadeckich 33
OSL- 8/Wu/2010

Orzeczenie uprawomocnione
dnia 2011-06-██

PRZEWODNICZĄCY
Okręgowego Sądu Lekarskiego
w GDAŃSKU

Orzeczenie

W dniu ██████ 2011r. w siedzibie Okręgowego Sądu Lekarskiego w Gdańsku, Okręgowy Sąd Lekarski w składzie:

Przewodniczący ██████
Członkowie ██████

Protokolant ██████

w obecności Z-cy Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności
Zawodowej ██████

po rozpoznaniu sprawy p-ko ██████
synowi ██████, ur. ██████ 14r we ██████
nr prawa wykonywania zawodu ██████, nr rejestru ██████

obwinionego o to, że:

w dniu ██████ 2009r. pełniąc dyżur w ██████ w ██████
nie wykazał się należyłą starannością podczas udzielania pomocy
poszkodowanemu w wyniku pobicia ██████. Pomimo posiadania
informacji, że poszkodowany po pobiciu był nieprzytomny nie zabrał go na
obserwację i badania dodatkowe do Izby Przyjęć Szpitala. Postępowanie takie
uniemożliwiło prawdopodobnie rozpoznanie pourazowego krwiaka
nadtwardówkowego, który stał się przyczyną zgonu poszkodowanego, co
stanowi naruszenie art. 8 Kodeksu Etyki Lekarskiej

na mocy art. 53 i art. 78 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach
lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708)

uznał winnym zarzucanego mu czynu jw.

i zgodnie z art. 83 ust. 1 przywołanej ustawy postanowił ukarać ██████
██████ karą upomnienia, kosztami postępowania obciążając ukaranego
lekarza.

Członkowie ██████

Przewodniczący ██████

UZASADNIENIE:

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej w Gdańsku (*zwany dalej Rzecznikiem*) w dniu [REDAKT] 2009r. wszczął postępowanie wyjaśniające na skutek pisma Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia [REDAKT] 2009r. w sprawie udzielanej pomocy medycznej [REDAKT] przez lekarza [REDAKT] w [REDAKT]

dowód: *postanowienie o wszczęciu postępowania wyjaśniającego z [REDAKT] 2009r.*

Lekarz [REDAKT] podczas pierwszego przesłuchania przed Rzecznikiem [REDAKT] oznajmił, że w dniu [REDAKT] 2009r. po objęciu dyżuru w [REDAKT] został wysłany do wezwania do pobitego w miejscowości [REDAKT]. Po przybyciu na miejsce pobicia - przed sklepem, przebywający tam policjant poinformował, że poszkodowany znajduje się w miejscu zamieszkania. Po przybyciu do mieszkania stwierdzono, że poszkodowany był przytomny, pobudzony, z wyraźnymi objawami po spożyciu alkoholu, zachowywał się agresywnie do próbującego mu udzielić pomocy ratownika. Po chwilowym uspokojeniu poszkodowanego zbadano, nie stwierdzając wyraźnych obrażeń na głowie i tułowi. W badaniu fizykalnym nie stwierdzono odchyień od stanu prawidłowego zarówno w układzie krążenia, jak i objawów ze strony centralnego układu nerwowego (prawidłowe ciśnienie tętnicze, prawidłowa reakcja [REDAKT]). Chory w rozmowie podawał, że po spożyciu alkoholu i bójce został pobity. Twierdził, że w czasie bójki nie stracił przytomności. Ponieważ nie stwierdzono wyraźnych cech i obrażeń pozostawiono chorego w domu zalecając przebywającej rodzinie (matce) opiekę nad poszkodowanym i obserwację. W dniu [REDAKT] 2009r. ok. godz. 6.00 przed zakończeniem dyżuru, otrzymano ponownie wezwanie do ww. Po przybyciu na miejsce stwierdzono zgon z wyraźnymi zmianami śmierci.

dowód: *zeznania [REDAKT] 2010r.*

[REDAKT] po przedstawieniu zarzutów podał, że w dniu [REDAKT] 2009r. objął dyżur o godz. 19.00 wsiadając bezpośrednio do karetki wyjazdowej i nie

niel kontaktu z dyspozytorem dyżurnym. Jadący w samochodzie kierowca poinformował go, że jada do miejscowości [REDAKT], do pobitego w sklepie. Nie informował go o stanie chorego. Po przybyciu na miejsce - poszkodowany znajdował się w mieszkaniu, negował fakt utraty przytomności. Obecna na miejscu rodzina również nie informowała go o utracie przytomności. Obecny na miejscu policjant, informując go o poszkodowanym powiedział, że został z miejsca pobicia pod sklepem, odprowadzony do mieszkania, a w trakcie pobicia upadł, co policjant uważał za utratę przytomności i o tym go poinformował. W trakcie pobytu przeprowadził badanie podstawowe i podstawowe badanie neurologiczne, nie stwierdzając odchyień od stanu prawidłowego.

dowód: zeznania [REDAKT].2010r.

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej w Gdańsku w dniu [REDAKT] 2010r. złożył do tut. Sądu wniosek o ukaranie [REDAKT]. Zarzucił mu, że w dniu [REDAKT].2009r. pełniąc dyżur w [REDAKT] w [REDAKT] nie wykazał się należyłą starannością podczas udzielania pomocy poszkodowanemu w wyniku pobicia [REDAKT]. Pomimo posiadania informacji, że poszkodowany po pobiciu był nieprzytomny, nie zabrał go na obserwację i badanie dodatkowe do Izby Przyjęć Szpitala. Postępowanie takie uniemożliwiło prawdopodobne rozpoznanie pourazowego krwiaka nadtwardówkowego, który stał się przyczyną zgonu poszkodowanego, co stanowi naruszenie art. 8 Kodeksu Etyki Lekarskiej.

dowód: wniosek o ukaranie z [REDAKT].2010r.

Okręgowy Sąd Lekarski w Gdańsku ustalił i zważył, co następuje:

W dniu [REDAKT] 2009r. lekarz [REDAKT] w czasie pełnienia dyżuru w [REDAKT] [REDAKT] został wezwany do pobitego [REDAKT] w miejscowości [REDAKT]. W skład zespołu wyjazdowego wchodził dodatkowo ratownik [REDAKT] i kierowca karetki [REDAKT]. Od dyspozytorki otrzymali ustną informację, że osoba poszkodowana jest nieprzytomna. Ok. godz. 19.30 Zespół Ratunkowy dotarł na wskazane w zgłoszeniu miejsce, gdzie od obecnego funkcjonariusza Policji uzyskano informację, że pacjent był chwilowo nieprzytomny wskutek bójki, zaś obecnie znajduje się w swoim mieszkaniu.

dowód: zeznania świadków [REDAKTOWANE]

Po przybyciu do mieszkania poszkodowanego obwiniony zastał m.in. jego matkę, która wskazywała na okoliczności pobicia syna. Poszkodowany leżał na łóżku, był przytomny, pobudzony z objawami używania alkoholu. [REDAKTOWANE] przystąpił do pomiaru tętniczego ciśnienia krwi, pomiaru wysycenia tlenu we krwi przy pomocy pulsoksymetru, temperatury ciała, wykonano pomiar glukozy we krwi oraz liczby oddechów na minutę. Wyniki tych badań wpisano do karty wyjazdowej. Po tych czynnościach obwiniony zbadał poszkodowanego – osłuchiwał go i przystąpił do badania pacjenta, podczas którego nie stwierdził wyraźnych obrażeń głowy i tułowia, w badaniu fizykalnym nie stwierdził odchyień od normy ze strony układu krążenia i centralnego układu nerwowego. Podczas obecności Zespołu Ratunkowego w domu poszkodowanego, pacjent nie chciał współpracować z obwinionym, wyczuwalna była od niego woń alkoholu, dopytywał się kto wzywał pogotowie. Obwiniony ostatecznie zdecydował o pozostawieniu pacjenta w domu pod opieką rodziny.

Ok. godz. 6.15 następnego dnia obwiniony ponownie udał się na wezwanie do mieszkania poszkodowanego, gdzie stwierdził zgon chorego.

dowód: zeznania świadków [REDAKTOWANE], [REDAKTOWANE], zlecenia wyjazdu [REDAKTOWANE] w [REDAKTOWANE] wyjaśnienia obwinionego

W badaniu pośmiertnym stwierdzono we krwi poszkodowanego [REDAKTOWANE] obecność alkoholu etylowego w stężeniu 1,2 promila.

Po dokonaniu oględzin zewnętrznych i sekcji zwłok [REDAKTOWANE] ustalono, że przyczyną jego nagłej i gwałtownej śmierci był uraz czaszkowo-mózgowy, połączony ze złamaniem kości podstawy czaszki, ostrym dość dużym wylewem nadoponowym na wysokości złamania kości w tylnym dole czaszki, bardzo małym wylewem pod oponę twardą na powierzchni wypukłej lewej półkuli mózgu i niewielkim ogniskiem krwotocznym pod oponą pajęczą na powierzchni wypukłej lewej półkuli mózgu, przebijającym do tkanki korowo podkorowej mózgu na tej wysokości. W wyniku tych obrażeń doszło do znacznego pourazowego obrzęku mózgu, co łącznie z krwiakiem nadoponowym spowodowało znaczny wzrost ciasnoty wewnątrzczaszkowej i

do doprowadziło do porażenia życiowo ważnych ośrodków w pniu mózgu, co było bezpośrednią przyczyną zgonu.

dowód sprawozdanie z badania [REDAKTOWANE] z [REDAKTOWANE].2009r., opinia sądowo- lekarska z [REDAKTOWANE].2009r.

W toku postępowania zasięgnięto pisemnej opinii [REDAKTOWANE] [REDAKTOWANE] – konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie medycyny ratunkowej. W pisemnej opinii wskazał on, że najistotniejsze jest określenie, czy lekarz posiadał wystarczającą informację o fakcie, że po pobiciu poszkodowanego - [REDAKTOWANE] był on nieprzytomny - jeżeli lekarz taką wiedzę posiadał, decyzja o pozostawieniu poszkodowanego w domu, pod opieką rodziny, była nieuzasadniona.

Biegły wskazał, że w ocenie stopnia ciężkości urazu mózgowia wykorzystywane są 2 skale: skrócona punktacja mózgu (AIS) oraz skala głębokości śpiączki (GCS), obydwie powiązane z faktem, czy po urazie doszło do utraty przytomności. Poszkodowany, który w chwili badania jest przytomny, ale posiada niepamięć wsteczną i/lub w wywiadzie ma okres utraty przytomności trwający krócej niż 15 minut, kwalifikowany jest jako osoba, która doznała urazu mózgowia średniej ciężkości (tzw. AIS 2). Postępowanie z taką osobą powinno obejmować trwającą kilka godzin obserwację w warunkach izby przyjęć szpitala lub w szpitalnym oddziale ratunkowym i badanie tomografii komputerowej mózgowia. W przypadku braku możliwości wykonania badania KT mózgowia okres obserwacji winien zostać wydłużony. U chorego z urazem głowy o maksymalnej wielkości 15 punktów w skali GCS, przy braku utraty przytomności w wywiadzie, stopień ciężkości urazu mózgowia, określany jest jako minimalny. Taki chory nie wymaga hospitalizacji ani innych zaleceń lekarskich. Gdy jednak w chwili badania chory ma 14-15 punktów według skali GCS, a w bezpośrednim okresie po urazie doszło do utraty przytomności trwającej do 5 minut, uraz mózgowia określany jest jako łagodny. W tym przypadku minimalnym sposobem postępowania medycznego jest trwająca kilka godzin obserwacja, a zalecanym badanie tomografii komputerowej mózgowia. Biegły dodał, że warto zaznaczyć, że u chorego po spożyciu alkoholu ocena stanu neurologicznego jest trudna.

Następnie biegły podał, że w karcie zlecenia wyjazdu jest informacja o pobiciu jako przyczynie zadysponowania Zespołu Ratownictwa Medycznego (ZRM). Nie ma w

niej wzmianki o tym, czy poszkodowany jest nieprzytomny. O tym, że personel ZRM wiedział, że po pobiciu poszkodowany utracił przytomność świadczą wyłącznie fragmenty dokumentacji pochodzące z przesłuchań członków zespołu. W dokumentacji medycznej udzielonego świadczenia nie zawarto informacji o wnioskach z przeprowadzonego badania neurologicznego. Nie ma też wzmianki o ocenie stanu neurologicznego według podstawowej w ratownictwie medycznym skali GCS. W ocenie biegłego, w dokumentacji medycznej obowiązuje zasada, że jeśli wykonanie jakiejś czynności nie zostało potwierdzone odpowiednim wpisem, czynność ta nie została faktycznie wykonana.

W trakcie czynności wyjaśniających lekarz zwracał uwagę na fakt, że w chwili badania poszkodowany był przytomny, a wykonane nadania oceny szerokości źrenic i obecności oczopląsu wypadły negatywnie. Czynności te, o ile zostały wykonane, nie wyczerpują badania neurologicznego – nie mogło to pomóc lekarzowi w podjęciu decyzji terapeutycznej o transporcie chorego do szpitala celem obserwacji.

Przyczyną zgonu był narastający w tylnej jamie czaszki krwiałak nadtwardówkowy. Przy tego typu charakterze i położeniu krwiaka, badane przez lekarza objawy neurologiczne miały szansę pojawić się bezpośrednio przed wgłobieniem struktur tylnej jamy czaszki w otwór potyliczny wielki. Rozpoznanie tworzenia się krwiaka w tylnej jamie czaszki jest niezwykle trudne. Przy każdym opóźnieniu postawienia rozpoznania niezwykle trudno jest udzielić skutecznej pomocy specjalistycznej. Krwiałak nadtwardówkowy początkowo nie daje objawów klinicznych, a gdy wreszcie się one pojawiają, czasu na skuteczne leczenie - zanim dojdzie do wgłobienia struktur tylnej jamy czaszki - pozostaje niewiele. Z tego względu tak ważne jest zwrócenie uwagi na fakt, czy w następstwie urazu głowy doszło do utraty przytomności. Stwierdzenie tego faktu w następstwie urazu głowy powinno skutkować decyzją o transporcie poszkodowanego do jednostki służby zdrowia celem obserwacji stanu ogólnego, w tym również neurologicznego, wykonania konsultacji lekarza neurologa oraz badania tomografii komputerowej mózgowia, gdyby taki był wniosek diagnostyczny z badania neurologicznego lub gdyby konsultacja neurologiczna nie byłaby możliwa.

dowód: *opinia* [REDACTED] 2010r.

Okręgowy Sąd Lekarski na podstawie zgromadzonego w toku postępowania wyjaśniającego i ujawnionego na rozprawie materiału dowodowego, uznał [REDAKTOWANE] za winnego stawianego mu zarzutu. W ocenie Sądu nie budzi żadnych wątpliwości, że obwiniony naruszył w sposób zawiniony i karygodny art. 8 Kodeksu Etyki Lekarskiej.

Oceniając materiał dowodowy zgromadzony w sprawie Sąd wskazuje, że istotne okoliczności faktyczne były poza wszelkim sporem. Sąd nie dał w tym zakresie wiary jedynie wyjaśnieniom składanym przez obwinionego w zakresie nie posiadania przez niego informacji odnośnie chwilowej utraty przytomności przez poszkodowanego. O posiadaniu takiej informacji zeznał świadek [REDAKTOWANE]. Okoliczności wyjazdu do pacjenta, podejmowanych wobec niego czynności w mieszkaniu w dniu [REDAKTOWANE] 2009r. także nie budzą w ocenie Sądu wątpliwości – znajdują swoje potwierdzenie zarówno w zeznaniach świadków [REDAKTOWANE] i [REDAKTOWANE], w sporządzonej na tę okoliczność dokumentacji medycznej (karty zleceń wyjazdu) oraz w samych wyjaśnieniach obwinionego. Prawdziwość ww. dokumentacji medycznej, jak również odpisów protokołów zeznań świadków i opinii sądowo-lekarskich przesłanych z Prokuratury Rejonowej w Łęborku nie budziła wątpliwości co do jej wiarygodności, nadto żadna ze stron jej nie kwestionowała, dlatego też należało dać jej wiarę w całości.

Z uwagi na fakt, że zachodziła potrzeba stwierdzenia okoliczności mających istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy celowe było posiadanie wiadomości specjalnych w postaci opinii biegłego. Sąd w pełni dał wiarę opinii biegłych gdyż została ona sporządzona przez osobę posiadającą niekwestionowaną wiedzę teoretyczną i praktyczne doświadczenie. Opinia została wykonana w sposób staranny, udziela wyczerpujących odpowiedzi na wskazane przez Rzecznika okoliczności, stanowiące następnie przedmiot orzekania tut. Sądu.

W ocenie Sądu udowodnione zostało, że obwiniony lekarz posiadał wystarczającą informację o fakcie, że po pobiciu poszkodowanego - [REDAKTOWANE] był on nieprzytomny. W całości podzielić należy wnioski biegłego, że w takiej sytuacji decyzja o pozostawieniu poszkodowanego w domu, pod opieką rodziny, była nieuzasadniona. Należy w świetle ujawnionych okoliczności sprawy, uznać, że obwiniony w czasie swego czynu

polegającego na zaniechaniu wykonania niezbędnych czynności diagnostycznych wobec poszkodowanego [REDAKTION] nie dał posłuchu normie art. 8 Kodeksu Etyki Lekarskiej (KEL). Obwiniony niewątpliwie powinien rozszerzyć podejmowane wobec pacjenta czynności medyczne łącznie w czynnością zabrania pacjenta z mieszkania w celu hospitalizacji - zgodnie z aktualnym stanem wiedzy i należytą starannością. Przypomnieć należy zdaniem Sądu, że każdy lekarz ma obowiązek wykonywać zawód z należytą starannością nie tylko na podstawie ww. normy zawartej w Kodeksie Etyki Lekarskiej, ale również na taki obowiązek wprost wskazuje art. 4 ustawy z dnia 05 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Nadto w ocenie Sądu obwiniony powinien być mieć świadomość ryzyka i związanej z tym odpowiedzialności, jakie niesie ze sobą pomoc chorym, w szczególności w warunkach pogotowia ratunkowego. Lekarz [REDAKTION] zachował się niezgodnie z przyjętym przez naukę i praktykę medyczną modelem postępowania, mimo, że miał możliwość przewidywania, że może tym działaniem spowodować ujemne skutki dla zdrowia pokrzywdzonego pacjenta. Biorąc powyższe pod uwagę Okręgowy Sąd Lekarski w [REDAKTION] uznał go za winnego zarzucanego mu czynu.

Przy wymiarze kary Sąd przyjął jako okoliczność łagodzącą dotychczasową niekaralność lekarza. Sąd uznał, że kara upomnienia będzie adekwatna do stopnia winy lekarza i naruszenia przez niego zasad etyki zawodowej. W ocenie Sądu moc tej właśnie kary w zakresie prewencyjnego oddziaływania na środowisko lekarskie będzie odpowiednia. Z drugiej strony kara nagany, zawieszenia bądź pozbawienia prawa wykonywania zawodu byłaby karą zbyt surową. Istnieją przesłanki, aby przypuszczać, że obwiniony powstrzyma się w przyszłości od działań sprzecznych nie tylko z normami prawa karnego, ale że będzie stosował ściśle normy zawarte w Kodeksie Etyki Lekarskiej.

Odnośnie kosztów postępowania wskazać należy, że w razie wydania orzeczenia o ukaraniu, Sąd Lekarski obciąża ukaranego lekarza kosztami postępowania i takiej też treści postanowienie wyda Sąd.

Członkowie [REDAKTION]

Przewodniczący [REDAKTION]