

UZASADNIENIE

Powód D. C. w pozwie z dnia 24 maja 2017 r. skierowanym R. K.-G. i B. S. prowadzącym działalność gospodarczą w formie spółki cywilnej (...)” z siedzibą w P. wniósł o zapłatę kwoty 100 000 zł zadośćuczynienia z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od kwoty 70 000 zł od 14 kwietnia 2017 r. do dnia zapłaty oraz od kwoty 30 000 zł od daty doręczenia pozwu do dnia zapłaty w związku z przepisaniem mu w dniu 13 lutego 2017 r. na grypę jelitową m.in. leku neosine forte pomimo zapisu w karcie rozpoznania Dny moczanowej, co doprowadziło u powoda do ostrej niewydolności nerek, który to problem nie został prawidłowo zdiagnozowany w trakcie dwóch kolejnych wizyt 20 i 23 lutego 2017 r.

Jako podstawę prawną swojego roszczenia powód wskazał art. 415 k.c. oraz 448 k.c. w zw. z art. 4 ust 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

(pozew – k. 2-9)

Pozwane R. G. i B. S. wniosły o oddalenie powództwa w całości, kwestionując popełnienie błędu medycznego. Według pozwanych, przepisanie leku N. forte było uzasadnione stanem zdrowia powoda, zaś zapis w karcie M-10 – Dna moczanowa, był jedynie potwierdzeniem podwyższenia kwasu moczowego 8,6 mg (norma 3,5-7,2) bez wzmianki o objawach klinicznych, czy atakach dny moczanowej, nie stanowił zatem przeciwwskazania do przepisania leku. Nie udowodniono także związku między niewydolnością nerek a zastosowaniem tego leku, zwłaszcza, że powód brał inne leki, które mogły ten skutek wywołać.

(odpowiedź na pozew – k. 86-92)

Postanowieniem z dnia 17 kwietnia 2019 r. Sąd ograniczył rozprawę do zasady odpowiedzialności strony pozwanej.

(skrócony protokół rozprawy – k. 446)

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

Powód leczył się w przychodni (...) w P. u pozwanej B. S.. W dniu 13 lutego 2017 przyjęty został wyjątkowo przez pozwaną R. G., która przyjmowała w tym dniu wcześniej niż jego lekarka prowadząca, a powód od poprzedniego dnia bardzo źle się czuł.

(okoliczności bezsporne)

Wizyta była typowa. Pacjent zgłaszał gorączkę i bóle stawowo-mięśniowe, nudności, bez wymiotów. Biegunkę negował. Pozwana postawiła rozpoznanie JOO/JO6 czyli infekcja górnych dróg oddechowych wirusowa. Widziała zapis w karcie z grudnia, „M-10 Dna moczanowa” i przepisanie leku M.. Uznała, że skoro nie są zlecone leki, które stosuje się przy napadzie dny nie jest to dna moczanowa czynna. Podwyższony poziom kwasu moczowego był w listopadzie zbyt niski, żeby się utrzymał w przypadku brania M.. Nadto, według lekarki, skoro w dniu 27 września 2016 roku pacjent miał zapisany G. 3 razy po 2 tabletki, który jest tą samą chemicznie substancją co N. forte i była dobra tolerancja, nie było przeciwwskazań do zapisania N. Forte. Przy tym drugim preparacie można bowiem łykać większą dawkę po 1 tabletkę, a nie po dwie co jest korzystne względu na dolegliwości żołądkowe. Lekarka w trakcie wizyty 13 lutego 2017 r. przeprowadziła badanie podmiotowe, czyli wywiad oraz przedmiotowe czyli badanie fizykalne. Na tej podstawie postawiła rozpoznanie: typowa infekcja górnych dróg oddechowych. Prawdopodobnie wirusowa. Nie było objawów, które wskazywałyaby na dnę moczanową. W lutym 2017 r. N. Forte była na receptę, a zwykła 500 mg bez recepty. P. jest bez recepty, więc nie była przepisana. To jest lek tylko przeciwgorączkowy, a nie niesterydowy przeciwzapalny, czyli inna grupa niż I..

(zeznanie pozwanej R. G. na rozprawie 17 kwietnia 2019 r. – protokół skrócony – k. 447-odwrot- 448, historia choroby – k. 17)

W karcie pacjenta pod datą 5 grudnia 2016 r. jest wpis doktor R. S. „M-1- D. moczanowa” oraz zalecenie stosowania leku M. o.1

(historia choroby – k. 16)

Powód rozpoczął branie leku M. dopiero pod koniec stycznia 2017 r., gdyż wcześniej miał nasilenie obowiązków zawodowych (przenoszenie firmy). Miał przepisane dwa opakowania na dwóch receptach, ale wykupił jedynie 1 – 50 tabletek. O opóźnieniu w przyjmowaniu leku powód poinformował prawdopodobnie dopiero na wizycie 20 lutego 2017 r.

Powód tak źle się czuł, że nie jadł oraz nie przyjmował leków. Po pierwszej wizycie 13 lutego 2017 r. przestał odczuwać bóle mięśniowe, natomiast zaczęły się nasilać bóle brzucha i wymioty. Z zapisanych leków, powód wziął 3 zapisane tabletki S. oraz 11 tabletek N. Forte. Ostatnią zwymiotował w czwartek 16 lutego 2017 r. Ze względu na silny ból od czwartku do poniedziałku 20 lutego 2017 r. kiedy zgłosił się na kolejną wizytę do doktor C.-S. powód wziął 2 tabletki I., które również w dużej części zwymiotował. Wziął też od swojej mamy Z. na problemy żołądkowe. Kolejna wizyta u doktor C.-S. była w czwartek 23 lutego 2019 r.

Zostało wówczas zmierzone ciśnienie i powód dostał skierowanie na badanie krwi, które wykonał następnego dnia rano. Wyniki zostały przesłane bezpośrednio do lekarza, który natychmiast (poprzez telefon do matki powoda) zalecił zgłoszenie do szpitala.

(zeznanie powoda na rozprawie 17 kwietnia 2019 r. – protokół skrócony – k. 446-odwrot- 447 i 447-odwrot, informacja z NFZ karta - 195)

Powód przyjmował we wrześniu 2016 lek G. bez żadnych niepożądanych objawów. N. przyjął w lutym 2017 po raz pierwszy.

(Okoliczność bezsporna, historia choroby – k. 14)

Rozpoznanie z 5 grudnia 2016 „Dna moczanowa” postawiła pozwana C.-S., co miało w jej intencji sugerować problem z podwyższonym poziomem kwasu moczowego u chorego. Wizyta w tym dniu miała na celu ocenę wyników badań zleconych wcześniej. Badania te zostały wykonane 17 listopada 2016 r. i zgodnie z praktyką laboratorium zostały przesłane bezpośrednio do lekarza. Kopia tych badań jest na karcie 24. Oryginał badania otrzymała matka powoda ze skierowaniem powoda do szpitala. Wykonanie badania było zlecone 14 listopada w związku z problemem dermatologicznym. Badanie krwi było kontrolne, które miało być załączone do poradni dermatologicznej, gdzie mógł pacjent być skierowany, gdyby zmiany na skórze nawróciły. Pozwana C.-S. zwyczajowo zleca młodym mężczyznom badanie kwasu moczowego, gdyż uprawianie sportu, picie alkoholu, palenie papierosów, dieta są czynnikami skutkującymi podwyższeniem wyniku. Tak też było w przypadku powoda. Podwyższenie stężenia kwasu moczowego określa się jako H., jednak pozwana użyła zarówno w rozmowie z powodem, jak w zapisie w karcie, sformułowania Dna moczanowa, ponieważ jest to łatwiejsze do wymówienia i zapamiętania, a zalecenia w obu przypadkach są takie same czyli: dieta, niepalenie, niepicie, itd. Zapis w karcie miał na celu zwrócenie uwagi, że pacjent może mieć problem z podwyższonym kwasem moczowym. Lek M. został włączony, gdyż powód często chorował na przeziębienia i mógł otrzymać lek, który podnosi stężenie kwasu moczowego. Miał być zatem w ten sposób zabezpieczony. W karcie jest zapis kwas moczowy za miesiąc kontrola.

W dniu 13 lutego 2017 r. pozwana C.-S. nie konsultowała powoda. Widziała tylko, że przyjęła go koleżanka. Zgłosił się do niej 20 lutego 2017 r. z bólami żołądka po antybiotyku. Podał, że użył od matki Z. i poczuł się lepiej, co zostało zapisane w karcie (karta 18 akt sprawy). Miał wówczas typowe objawy gastryczne, czyli niezyt żołądka i to zostało wskazane jako główne rozpoznanie. Natomiast JOO, czyli infekcja już była na 2 planie. Na tej wizycie nie była mowy o

innych dolegliwościach. Powód miał zapisany Z. na receptę i dodatkowo V., który miał zabezpieczyć żołądek. Leki z 13 lutego zostały już wówczas odstawione, bo S. się skończył, a N. sam pacjent, według swojego oświadczenia, odstawił. O I. nie mówił. Prawdopodobnie nie było też mowy o zaleceniach z grudnia, gdyż skupiono się na dolegliwościach aktualnych. Kolejna wizyta była w czwartek 23 lutego, kiedy powód dalej zgłaszał nudności i wymioty, ogólną słabość i problem z wypróżnieniem. Wtedy został pilnie skierowany na gastroskopię, gdyż pomimo przyjmowania Z. i V., nie było poprawy. Włączony został też lek przeciwwymiotny M., 50 tabletek po 2 dziennie, rano i na wieczór. Zostały też zleczone badania krwi. Następnego dnia po informacji z laboratorium o wysokiej kreatyninie pozwana podjęła decyzję o natychmiastowym skierowaniu powoda do szpitala. Pozwana nie miała kontaktu do powoda, dlatego poinformowała jego matkę, która jest również jej pacjentką. Według informacji od matki, powód był w mieście i czuł się dosyć dobrze. Mama powoda przysłała do przychodni i pozwana przekazała jej skierowanie powoda do szpitala i wyniki badań z rozpoznaniem ostrej niewydolności nerek, prawdopodobnie polekowej po - S., N., bo to było w karcie.

Przy każdej wizycie miało miejsce podmiotowe i przedmiotowe oraz było mierzone ciśnienie. Za ostatnim razem było lekko podwyższone 130/90, co jest wpisane w karcie. Gdyby powód poinformował, że nie bierze M. to byłoby to wpisane w kartę.

(zeznanie pozwanej R. S. na rozprawie 17 kwietnia 2019 r. – protokół skrócony – k. – 448-449, historia choroby – k. 17-23, skierowanie do szpitala – k. 29)

Ostatecznie powód zgłosił się do szpitala (...) w Ł. w trybie dyżurowym z badaniami wykonanymi ambulatoryjnie, w których były cechy uszkodzenia nerek. Wartości były bardzo wysokie. Chory wymagał hospitalizacji. W wywiadzie podał przebieg infekcji dróg oddechowych. Z tego powodu, jak podał, przyjmował antybiotyki, preparat N. i leki niesterydowe przeciwzapalne. Powód nie do końca był w stanie wskazać dawki i leki, które przyjmował. W wywiadzie mówił, że mało jadł i pił, bo były nudności i wymioty. W badaniu klinicznym wyglądał na odwodnionego. Nudności i wymioty mogły być polekowe, albo być objawem ostrego uszkodzenia nerek. Lekarz przyjmujący i prowadzący - A. S. - uznał, że u powoda wystąpiło ostre uszkodzenie nerek potencjalnie odwracalne, dlatego powód nie był dializowany. W kolejnych dniach obserwowano u powoda dużą ilość oddawanego moczu (duża diureza) oraz poprawę wydolności nerek. Powód był przyjęty wieczorem. W badaniach, które powtórzono po kilku godzinach kreatynina spadła 17 na 13 mg/dm. Sugerowało to inną przyczynę niewydolności nerek niż miąższowa, dlatego parametry poprawiły się i powód mógł być wypisany do domu. Potem był 2-3 razy w poradni i za każdym razem miał wyniki prawidłowe. Jest całkowicie wyleczony. Powód pali paczkę papierosów na dobę. Lekarz poinformował powoda, że w zaistniałej sytuacji podejrzewa duży udział leku N., zwłaszcza, że miał podejrzenie, że chory brał go samodzielnie. Jednak przyczyną niewydolności nerek były również: infekcja, odwodnienie, leki niesterydowe przeciwzapalne, wcześniej stwierdzone wysokie stężenie kwasu moczowego. N. to jest lek o działaniu przeciwwirusowym, który działa stymulująco na limfocyty. Stosuje się go krótko przy podejrzeniu infekcji wirusowej. Lek należy stosować z ostrożnością przy Dnie moczanowej i niewydolności nerek. Ostra niewydolność nerek przy dużym zaawansowaniu może być zagrażająca życiu. U powoda takiego zagrożenia bezpośredniego nie było. Gdyby tak było, byłby natychmiast dializowany. Znacząca poprawa po kilku godzinach sugerowała odwracalną postać choroby. Fizyczny stan powoda był znacząco lepszy niż wynikający z badań. To utrudniało diagnozę. Leczenie polegało na nawodnieniu. W formularzu oceny ryzyka wpisuje się również dane z wywiadu. Jeżeli jest dokumentacja to ona te dane uzupełnia. W formularzu oceniającym ryzyko (k. 32) jest zaznaczona przewlekła niewydolność nerek/ dializoterapia. Przy niewydolności nerek jest obniżona odporność, a temu służy ten kwestionariusz. Formularz był wypełniony w momencie przyjęcia, kiedy nie było wiadomo jednoznacznie, czy niewydolność jest ostra, czy przewlekła. Lekarz musiał się odnieść do niewydolności nerek, dlatego zazaczył tą kratkę. W obserwacji ambulatoryjnej zostano ustalone, że nerki pracują prawidłowo. Nie było trwałego uszkodzenia nerek w kontekście wydolności.

(zeznanie świadka A. S. na rozprawie 4 grudnia 2017 r. – protokół skrócony – k.313-odwóór-314)

Z nefrologicznego punktu widzenia leczenie powoda w przychodni pozwanych było prawidłowe, zgodne z zasadami wiedzy i sztuki medycznej, gdyż po stwierdzeniu u powoda w dniu 24 lutego 2017 wyników świadczących o uszkodzeniu nerek powód został poinformowany o nich, a następnie skierowany do fachowej placówki medycznej

Rozpoznanie dny moczanowej z grudnia 2016 r., prawdopodobnie zostało postawione ze względu na podwyższone stężenie kwasu moczowego w wynikach badań laboratoryjnych z 17 listopada 2016. Nie było zapisów o innych objawach charakterystycznych dla tej choroby np. ze strony stawów. Analiza dokumentacji medycznej wskazuje, że poza płcią męską, nie było u powoda żadnych innych czynników predysponujących powoda do wyższego stężenia kwasu moczowego takich jak: zespół metaboliczny, stosowanie leków moczopędnych, kwasu acetylosalicylowego w małych dawkach, cyclosporyny, nadwagi, nadciśnienia tętniczego, nadużywania alkoholu, dieta bogata w mięso i owoce morza, zaawansowany wiek), a tym bardziej do dny moczanowej. Powodem zlecenia badań mogły być nawracające zmiany na skórze przedramienia lewego.

W grudniu 2016 stężenie kwasu moczowego było podwyższone i wynosiło 8,6 mg/dl (k. 25). Z tego tytułu powód miał zapisany lek M., który zaczął przyjmować z opóźnieniem w styczniu 2017 w dawce 2 x 100 mg

Należy przyjąć, że dawka była skuteczna, w tym sensie, że podwyższenie kwasu moczowego do 13 lutego 2017 nie powinno się podwyższyć w stosunku do stanu z listopada. Natomiast okres 1 miesiąca przyjmowania leku mógł być niewystarczający do unormowania poziomu kwasu moczowego do normy czyli 3,3-7,0 mg/dl.

Od 13 do 24 lutego 2017 r. nastąpił wzrost do 12,7 mg/dl, bądź z powodu zastosowania leku N. forte (zwiększona produkcja), bądź ostrego uszkodzenia nerek (upośledzone wydalanie). Prawdopodobnie ostre uszkodzenie nerek było wynikiem działalnie jednego leku lub skojarzonego wpływu kilku leków, a tylko w niewielkim stopniu wynikało z odwodnienia organizmu (przyczyna przednerkowa).

Wskazują na to:

- ciężar właściwy moczu - w pierwszym badaniu 24.02.17 tylko 1010 (k. 199). Przy odwodnieniu byłby wyższy powyżej 1020-1025
- stosunek stężenia mocznika 250.5 mg/dl do kreatyniny (17.26 mg/dl) = 14,5. Przy odwodnieniu byłby wyższy niż 20
- ostremu uszkodzeniu nerek towarzyszyło ostre uszkodzenie komórek wątrobowych, co jest zazwyczaj spotykane w polekowych uszkodzeniach wątroby, a nie występuje przy ostrym uszkodzeniu nerek o podłożu przednerkowym i zanerkowym
- podwyższone ciśnienie 153/97 mmGH

Nie jest prawdopodobne, że choroba wirusowa spowodowała ostre uszkodzenie nerek – nie było zmian patologicznych w osadzie moczu, które świadczyłyby o zapaleniu miąższu nerkowego.

W dokumentacji medycznej powoda nie było zapisów o objawach klinicznych hiperurykemii, a tym bardziej kamicy. Była nieprawidłowość w zakresie jednego wyniku laboratoryjnego. Podwyższone stężenie kwasu moczowego zwykle jest wynikiem innych przyczyn niż uszkodzenie nerek. Są to przyczyny pierwotne – nieprawidłowe enzymy uczestniczące w przemianie puryn, zwiększona podaż puryn w diecie np. mięso, przyspieszony rozkład ATP (np. alkohol), zwiększony rozpad nukleotydów w organizmie (choroby hematologiczne i onkologiczne) inne przyczyny np. nadmierny wysiłek

Nie można ustalić, który z leków przyjmowanych przez powoda S., N. forte czy I. przyczynił się w największym stopniu do uszkodzenia nerek

(opinia pisemna biegłego nefrologa – k. 319-325 i 342-346)

Przyjmowanie leku M. wymaga sprawdzania efektu leczenia. U powoda nie było zbyt dużego podwyższenia, dlatego kontrola powinna być zrobiona po 2-3, a nawet 4 miesiącach. Zwiększenie stężenie kwasu moczowego może prowadzić do niewydolności nerek jeżeli jest długotrwałe, zwłaszcza jeżeli dodatkowo występuje kamica nerkowa. Poziom

podwyższenia 8,6 nie jest na tyle duży, ale stwarzać zagrożenie natychmiast. Ostre uszkodzenie nerek u powoda w większym stopniu było polekowe, a w mniejszym wynikało z odwodnienia. Najważniejszym dowodem na działanie leków było podwyższenie aminotransferaz wątrobowych. To świadczyło o wpływie leków. Przy samym odwodnieniu nie byłoby takiego podwyższenia. Mógł to być wpływ pojedynczych leków lub ich łącznego stosowania. W karcie leków N. Forte i S. jest ostrzeżenie, że może dojść do uszkodzenia. Wymioty mogły być też spowodowane lekami. Infekcja rozpoczęła się z gorączką i biegunką, więc biegunka nie wynikała z podania leków. Była wcześniej. Uszkodzenie nerek raczej nie daje objawów bólowych. Może jakieś rozpieranie w okolicach lędźwiowych. Przyjęcie do szpitala było bezwzględnie wskazane. Wtedy poziom był podwyższony do 18. Były też objawy kliniczne: bóle głowy, podwyższone ciśnienie. Opuchnięcia twarzy nie wpisano do dokumentacji. Negowanie obrzęków, o których mowa w epikryzie dotyczy prawdopodobnie kończyn dolnych. W dacie przyjęcia do szpitala pacjent, według swojego oświadczenia już nie brał przepisanych leków. Nie można potwierdzić, że uszkodzenie stwierdzone w karcie informacyjnej są skutkiem I.. Pozostałe lekibrane wcześniej również mogły je spowodować. Uszkodzenia nerek po N. i S. są rzadsze niż po niesterydowych lekach przeciwzapalnych jak I.. U osoby odwodnionej jest większa skłonność do uszkodzenia nerek. Zagęszczenie moczu u powoda było prawidłowe 10/10, a rozpoznanie odwodnienia prawdopodobnie było postawiona na podstawie badania klinicznego, a nie na podstawie ciężaru właściwego moczu. Badanie kliniczne to jest rozmowa, wywiad, badanie śluzówek. Stosowanie leku A. przewlekłe nie jest błędem z punktu widzenia nefrologii. Przeciwwskazania do stosowania N. jest kwas moczowy podwyższony aktualnie występujący. Należy zatem uznawać stan aktualny, a nie występujący w przeszłości. Słowo aktualny w CHPL (k. 434) dotyczy zarówno dny moczanowej jak i zwiększonego stężenia kwasu i to jest albo to, albo to. Dna moczanowa to nie jest to samo co napad dny moczanowej. U powoda nie powinno być rozpoznania dny moczanowej, bo był tylko jeden z objawów w postaci podwyższonego stężenia kwasu moczowego. Można było zatem rozpoznać H.. Po 2 miesiącach przyjmowania leku M. było duże prawdopodobieństwo unormowania kwasu moczowego, zwłaszcza przy dawce była 2 razy 100 mg. Po hospitalizacji dawka była 2-krotnie mniejsza, a stężenie kwasu moczowego było już w normie. Skoro mniejsza dawka była skuteczna, tym bardziej skuteczna powinna być dawka większa.

Pismo kierownika oddziału nefrologicznego dr Z. Z. (karta 189) wskazuje dwie przyczyny stanu powoda - działanie leków i odwodnienie, tylko z przesunięciem głównej przyczyny na odwodnienie. Jest to zrozumiałe, w sytuacji, gdy szpital nie zgłosił niepożądanego działania leku. Przy założeniu, takiego działania leku powinien to zgłosić, nawet jeżeli nie można było ustalić, którego leku. Należało zgłosić wszystkie prawdopodobne. Przy umiarkowanym lub lekkim uszkodzeniu nerek należy unikać lub zmniejszać dawkę stosowania leków niesterydowych przeciwzapalnych. Przy umiarkowanym lub lekkim uszkodzeniu nerek nie ma konieczności modyfikacji dawki leku S.. Przy N. nie ma wyszczególnionej tej informacji. Tylko przy długotrwałym stosowaniu - co najmniej 3 miesiące należy kontrolować parametry czynności nerek. Jest informacja, że przy podaniu leku zwiększa się stężenie kwasu moczowego. Wdrożenia leku N. forte u pacjenta, który przyszedł ze zwykłą infekcją bez podejrzenia uszkodzenia nerek było prawidłowe. Uszkodzenie nerek I. raczej jest mało prawdopodobne po wzięciu 1 lub 2 tabletek. Na pewno nie jest to proces natychmiastowy. Występuje to po kilku dniach.

(opinia ustna biegłego nefrologa na rozprawie w dniu 17 kwietnia 2019 r. – protokół skrócony - k. 445- 446)

Zastosowanie N. Forte było nieprawidłowe, z uwagi na zdefiniowanie we wcześniejszym badaniu laboratoryjnym powoda podwyższonego stężenia kwasu moczowego. Jednak u powoda w grudniu 2016 r. nie było podstaw do rozpoznania dny moczanowej, w szczególności ze względu na brak objawów klinicznych np. ze strony stawów. Jedynym stwierdzonym objawem był zwiększony poziom kwasu moczowego czyli hiperurykemia. Leczenie M. włączone, według zaleceń, w grudniu 2016 r. powinno po dwóch miesiącach doprowadzić do obniżenia poziomu kwasu moczowego do lutego 2017 r.

Charakterystyka Produktu L. dla leku N. Forte 1000 mg tabletki (k. 434) w pkt 4.3 określa przeciwwskazania do stosowania leku a w pkt 4.4 specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania. Wśród przeciwwskazań wymieniono „pacjentów, u których występuje aktualnie napad dny moczanowej lub zwiększone stężenie kwasu moczowego we krwi”. M. obniża i normalizuje kwas moczowy. Stosowanie tego leku powinno spowodować, że w lutym 2017 r. powinien być u powoda prawidłowy. Nie ma przeciwwskazań łączenia leków N. i M.. Łączenie

antybiotyku i leku przeciwwirusowego, którym jest N. jest częstą praktyką i nie jest błędem, bo często na infekcję wirusową nakłada się później bakteryjna. Jednak przy większej ilości leków jest większe ryzyko działań niepożądanych. Największe prawdopodobieństwo spowodowania ostrej niewydolności nerek dają leki z grupy niesteroidowych leków przeciwzapalnych, w tym wypadku I., jest to szeroko udokumentowane w piśmiennictwie.

(opinia pisemna biegłego chorób wewnętrznych – k. 361-370 oraz opinia ustna na rozprawie 16 stycznia 2019 r. – protokół – k. 439-odwrot-440)

Oceniając materiał dowodowy sąd oprął się na dokumentacji medycznej, opiniach biegłych oraz zeznaniach świadka i stron. Przebieg spornych 3 wizyt lekarskich w lutym 2017 r. jest między stronami sprzeczny tylko w zakresie poruszenia kwestii stosowania przez powoda leku M. oraz zapytania powoda o bezpieczeństwo stosowania N. w kontekście stwierdzonej wcześniej Dny moczanowej. Według powoda zgłaszał wątpliwości już na pierwszej wizycie, a 20 lub 23 lutego 2017 r. zgłaszał, że rozpoczął przyjmowanie leku M. z opóźnieniem. Pozwana C.-S. temu zaprzecza twierdząc, że informację taką zapisałaaby w karcie. Jest to wiarygodne, bo inne zapisy karty są szczegółowe, a pozwana wówczas nie miała interesu w pominięciu tej informacji. Również za niewiarygodne sąd uznał twierdzenia powoda, że dopytywał 13 lutego 2017 r. o bezpieczeństwo stosowania przy Dnie moczanowej leku N., bo jak sam przyznał tak źle czuł, że nawet nie poinformował o opóźnieniu przyjmowania M.. Niewiarygodne są jednak również twierdzenia pozwanej R. G., że zapytała czy przyjmował leki bez opóźnień, bo po pierwsze nie odnotowała takiego oświadczenia w karcie, a po drugie powód nie miał interesu w zatajeniu takiej informacji. Chyba, że było to bardzo ogólne pytanie, bez wskazania o jaki lek chodzi.

Sąd zważył co następuje:

Zgromadzony w sprawie materiał dowodowy nie potwierdził odpowiedzialności pozwanych na podstawie art. 415 k.c. W szczególności nie można jednoznacznie stwierdzić, że zapisanie powodowi N. forte skutkowało powstaniem u niego stanu zagrożenia życia i konieczności hospitalizacji oraz uszkodzenia ciała lub wywołania trwałego rozstroju zdrowia.

W ocenie sądu, powód zasadnie podnosi natomiast naruszenie swoich praw pacjenta w zakresie prawa do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej (art. 6 ust 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta). Zawinione naruszenie tych praw, bez względu na skutek, otwiera drogę do przyznania poszkodowanemu odpowiedniej sumy tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 Kodeksu cywilnego (art. 4 ust 1 powołanej ustawy).

W ocenie sądu ***zawinionym naruszeniem praw pacjenta, było nieupewnienie się przez lekarza R. G., przed przepisaniem leku N. Forte w dniu 13 lutego 2017 r.*** czy pacjent z podwyższonym stężeniem kwasu moczowego w listopadzie 2016 r. oraz z rozpoznaniem z 5 grudnia 2016 r. Dny moczanowej i zaleceniem stosowania leku M., faktycznie wykonał zalecenia lekarskie. Przyjmując brak czasu i zasadności zlecenia badania laboratoryjnego, niezbędne było co najmniej ustalenie i odnotowanie czy zalecony lek był przyjmowany, skoro lekarz przyjął, że dwumiesięczne stosowanie leku M. przy stosunkowo niskim podwyższeniu z listopada 2016 r. doprowadziłoby do unormowania stężenia, które z kolei było konieczne wobec bezwzględnego przeciwwskazania dla stosowania leku N. Forte u pacjentów z aktualnie podwyższonym stężeniem kwasu moczowego. Takiego działania wobec powoda zabrakło, co jest błędem sztuce i nie stanowi udzielenia powodowi świadczenia medycznego odpowiadającego wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.

Z powyższych względów sąd uznał powództwo za usprawiedliwione co do zasady.

Pozostałe działania medyczne pozwanych wobec powoda były prawidłowe.