

Sygn. akt I C 52/14

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 19 maja 2015 r.

Sąd Okręgowy w Olsztynie Wydział I Cywilny

Przewodniczący: SSO Juliusz Ciejek

Protokolant: p.o. sekr. sąd. Adam Źemis

po rozpoznaniu w dniu 12 maja 2015 r. w Olsztynie,

na rozprawie

sprawy z powództwa **M. M. (1) i M. M. (2)**

przeciwko **Zespołowi Zakładów Opieki Zdrowotnej w D.**

o zapłatę

I. oddała powództwo;

II. zasądza od powodów na rzecz pozwanego kwotę 3.758 zł 50 gr (trzy tysiące siedemset pięćdziesiąt osiem złotych pięćdziesiąt groszy) tytułem zwrotu części kosztów procesu.

Sygn. akt I C 52/14

UZASADNIENIE

W pozwie z dnia (...) powodowie M. M. (1) i M. M. (2) wnieśli o zasądzenie od pozwanego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w D. kwoty po 150.000 złotych każdy z nich wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty oraz kosztami procesu według norm przepisanych.

Uzasadniając swoje żądania, podali, że w dniach od (...) W. A. (matka powódki M. M. (1) i babcia powoda M. M. (2)) przebywała w pozwanej placówce z rozpoznaniem ostrej rwy kulszowej. W dniu (...) przyjęto wymienioną do pozwanego szpitala. W. A. przebywała na izbie przyjęć od godz. 11.00 do godz. 13.15, a następnie została odesłana do domu z uwagi na brak wskazań do hospitalizacji. W związku ze znacznym pogorszeniem się stanu zdrowia w dniu (...) wymieniona została zabrana przez karetkę pogotowia ratunkowego do pozwanego, gdzie oceniono jej stan jako ciężki. Personel szpitala stwierdził ostrą niewydolność nerek, z powodu której W. A. została przetransportowana do szpitala w O.. Powodowie wskazali, że postępowanie personelu medycznego pozwanego szpitala było od samego początku niewłaściwe (np. podczas pobytu w szpitalu w dniach od (...) nie wykonano żadnych badań zmierzających do oznaczenia wskaźników zapalnych, w dniu (...) nie wykonano badań laboratoryjnych, w tym oznaczających stan zapalny organizmu, nie odniesiono się do przyczyn wystąpienia wysypki skórnej). Konsekwencją niewłaściwie przeprowadzonego procesu diagnostycznego było niewdrożenie prawidłowego leczenia. Personel medyczny skupił się wyłącznie na pierwotnym rozpoznaniu zespołu bólowego kręgosłupa i mimo że w stanie zdrowia wymienionej nie było poprawy, nie podjęto żadnych działań medycznych mających na celu ewentualne zdiagnozowanie innego schorzenia. Postępowanie personelu medycznego doprowadziło do powstania stanu ostrego zakażenia ogólnoustrojowego w postaci sepsy, skutkującej ciężkim wstrząsem septycznym, w wyniku czego w kolejnych dniach nasiliły się objawy niewydolności wielonarządowej. W. A. była reanimowana, jednakże po skutecznej reanimacji nie reagowała już na bodźce zewnętrzne. W takim stanie została przekazana do Szpitala Pomocy (...), gdzie nastąpił jej zgon. Podstawę

prawną dochodzenia zadośćuczynienia w związku ze śmiercią W.A.stanowi przepis art. 446 § 4 k.c. Odejście matki i babci powodów było dla nich wielkim ciosem, spowodowało wiele strat moralnych i cierpień psychicznych (k. 3-10).

Pozwany Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w D. wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie od powodów solidarnie kosztów procesu według norm przepisanych.

W uzasadnieniu odpowiedzi na pozew podkreślił, że personel medyczny przeprowadził odpowiednie dla stwierdzonych u W. A. objawów i okoliczności ich wystąpienia badania diagnostyczne i zastosował właściwe leczenie, dlatego też nie można mówić o dopuszczeniu się błędu medycznego, który mógłby skutkować śmiercią wymienionej. Ponadto pozwany zakwestionował wysokość dochodzonego przez powodów zadośćuczynienia, uznając, że jest ono rażąco wygórowane i nieadekwatne do rozmiarów doznanej krzywdy (k. 113-116v.).

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu (...) W. A.(lat 70) – matka powódki M. M. (1)i babcia powoda M. M. (2)została przyjęta na podstawie skierowania lekarza Przedsiębiorstwa (...)lecniczego (...)w D.do pozwanego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w D.. Powodem przyjęcia do placówki były m.in. ostra rwa kulszowa (silne dolegliwości bólowe w okolicy lędźwiowo-krzyżowej) i brak poprawy stanu zdrowia po leczeniu ambulatoryjnym.

Z uwagi na wiek wymienionej i istnienie wielu chorób współistniejących w postaci niewydolności serca, nadciśnienia tętniczego, cukrzycy typu 2, utrwalonego migotania przedsionków, niedoczynności tarczycy, kamicy pęcherzyka żółciowego wykonano szereg badań dodatkowych, m.in. badanie EKG, UG jamy brzusznej i RTG klatki piersiowej. W przeprowadzonych badaniach laboratoryjnych stwierdzono podwyższone stężenie (...) oraz hormony tarczycy w dolnym zakresie wartości prawidłowych, wskutek czego włączono do leczenia L-tyroksynę. Badanie echokardiograficzne wykazało poszerzenie jam obu przedsionków oraz uogólnioną hipokinezę ścian lewej komory. W USG jamy brzusznej wykryto złoży w pęcherzyku żółciowym. RTG kręgosłupa wykazało prawostronną skoliozę lędźwiową, zmiany zwyrodnieniowe oraz obniżenie tarczy międzykręgowej L-1-L-2, L-2-L-3. W badaniu moczu nie było żadnych zmian mogących świadczyć o zakażeniu organizmu, podobnie w badaniu RTG klatki piersiowej nie dostrzeżono zmian w mięszu sugerujących możliwość zakażenia dróg oddechowych, zaś badanie krwi wskazywało na niską leukocytozę.

(dowód: zeznania świadka J. B., k. 636-636v., płyta CD, k. 638)

W trakcie hospitalizacji włączono leczenie objawowe przeciwbólowe, przeciwzakrzepowe, krążeniowe, hipotensyjne i fizjoterapeutyczne, w leczeniu uwzględniono dietę cukrzycową. Stosowano liczne leki, m.in. T., A. 4, V., P., A. i uzyskano nieznaczne zmniejszenie dolegliwości bólowych kręgosłupa (ból ulegał nasileniu przy chodzeniu do toalety). W czasie całego pobytu w szpitalu ciśnienie krwi było dobrze kontrolowane farmakologicznie. Nie występowała gorączka ani stan podgorączkowy, a stan ogólny zdrowia W. A. był dobry.

(dowód: zeznania świadka J. B., k. 636-636v., płyta CD, k. 638, pisemna opinia biegłego z zakresu chorób wewnętrznych i nefrologii, M. M., k. 651-654, ustna uzupełniająca opinia biegłego M. M., k. 694-696, płyta CD, k. 697)

W dniu (...) W. A.opuściła szpital z zaleceniem kontynuacji leczenia (w tym stosowania łącznie 14 wypisanych leków) i fizykoterapii w warunkach ambulatoryjnych. Wymienionej przepisano nowy lek o nazwie D., który zalecono stosować jedynie w razie nawrotu bólu. W karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego w rozpoznaniu choroby wpisano: zespół bólowy L-S w przebiegu choroby zwyrodnieniowo-dyskopatycznej i skoliozy, niewydolność serca przewlekła (...), nadciśnienie tętnicze, migotanie przedsionków utrwalone, cukrzyca typu 2 skojarzona z otyłością, wole guzowate – stan po leczeniu J 131 – niedoczynność tarczycy, zawroty głowy naczyniopochodne, drżenie rodzinne, kamica pęcherzyka żółciowego.

(dowód: historia choroby, k. 14-20v., 22-22v., karta informacyjna z leczenia szpitalnego, k. 21-21v.)

W dniu (...) o godz. 11.10 W. A. została przywieziona karetką pogotowia ratunkowego do Izby Przyjęć pozwanego szpitala. Pogotowie ratunkowe zostało wezwane z powodu bólu w klatce piersiowej. Po przybyciu na miejsce ratownicy medyczni stwierdzili, że prawdziwym powodem wezwania były swędzące zmiany skórne, widoczne bąble oraz rumień na całym ciele, które to objawy pojawiły się w dniu poprzednim w godzinach wieczornych. Wymieniona nie zgłaszała ratownikom medycznym innych dolegliwości, podała jednak, że od kilku dni przyjmuje nowy lek o nazwie P.. W trakcie przewozu do szpitala podano jej C..

(dowód: karta zlecenia wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego, k. 25, 131, karta medycznych czynności ratunkowych, k. 23, 32, 131, zeznania świadka J. P., k. 635v.-636, płyta CD, k. 638, zeznania świadka A. N., k. 636v.-637, płyta CD, k. 638)

Po przewiezieniu do pozwanego szpitala (...) zajął się lekarz A. N. (2). Wymieniona zanegowała występowanie bólu w klatce piersiowej, potwierdzając jedynie dolegliwości bólowe kręgosłupa nasilające się przy ruchach. Ogólny stan zdrowia wymienionej potwierdzony m.in. na podstawie badania ciśnienia krwi i badania EKG był dobry. Nie występowały żadne objawy narządowe, które mogłyby towarzyszyć zmianom skórnym i stanowić zagrożenie dla stanu zdrowia W. A..

(dowód: księga odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych dla Izby Przyjęć, k. 28, 133, zeznania świadka A. N., k. 636v.-637, płyta CD, k. 638, pisemna opinia biegłego z zakresu chorób wewnętrznych i nefrologii, M. M., k. 651-654)

Lekarz przyjmujący – po uprzedniej konsultacji z ordynatorem oddziału chorób wewnętrznych – uznał, że świąd i zmiany na skórze mogą być reakcją uczuleniową na jeden ze stosowanych leków, dlatego też zwiększył dawkę C.. W czasie dwugodzinnej obserwacji w szpitalu po podaniu leków wysypka się zmniejszyła. Ostatecznie lekarz przyjmujący stwierdził, że nie ma wskazań do hospitalizacji W. A., podjął decyzję o wypisie oraz zalecił zażywanie leku o nazwie C. (2 x po 1 tabletkę). O godz. 13.15 wymieniona opuściła pozwany szpital.

(dowód: księga odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych dla Izby Przyjęć, k. 28, 133, zeznania świadka A. N., k. 636v.-637, płyta CD, k. 638, ustna uzupełniająca opinia biegłego M. M., k. 694-696, płyta CD, k. 697)

W dniu (...) o godz. 17.00 W. A. ponownie została przewieziona przez karetkę pogotowia na Izbę Przyjęć pozwanego szpitala. Powodem wezwania karetki pogotowia były: cukrzyca i bełkotliwa mowa. W chwili przyjazdu karetki wymieniona pozostawała przytomna i w kontakcie słownym logicznym. Skarżyła się na złe samopoczucie od kilku dni, osłabienie organizmu, nasilający się ból w okolicy lędźwiowej, pojedyncze oddanie moczu w niewielkiej ilości w ciągu dnia. Ratownik medyczny ocenił stan zdrowia W. A. jako dobry, ale zaznaczył występowanie podwyższonej temperatury ciała (37,3 stopni).

(dowód: karta zlecenia wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego, k. 24, 27, 132, karta medycznych czynności ratunkowych, k. 26, 31v., 132)

Lekarz przyjmujący A. N. (2) w trakcie wywiadu z W. A. ustalił, że przyczyną, dla której zostało wezwane pogotowie ratunkowe, jest nawrót dolegliwości bólowych w okolicy lędźwiowej, a nie cukrzyca i bełkotliwa mowa. Pytań odnośnie do stanu zdrowia udzielała sama W. A.. Lekarz przyjmujący zbadał wymienioną i stwierdził, że zgłaszany przez nią ból miał inny, bardziej tępy, charakter, co w powiązaniu z podwyższoną temperaturą ciała oraz małą ilością oddanego moczu mogło wskazywać na zaburzenia funkcji nerek. Zlecił podanie silnego leku przeciwbólowego, wykonanie badań dodatkowych, m.in. badanie ogólne moczu, oznaczenie poziomu kreatyniny i mocznika, oraz dalszą obserwację wymienionej w szpitalu. Ok. godz. 20 pojawił się u W. A. dodatkowy objaw związany z bólem brzucha.

(dowód: księga odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych dla Izby Przyjęć, k. 133, zeznania świadka A. N., k. 636v.-637, płyta CD, k. 638, 746-747, płyta CD, k. 748)

Na miejscu w szpitalu nie był obecny laborant, który mógłby pobrać materiał do badań, w związku z czym w trybie pilnym wezwano go z domu. Ponadto trzeba było poczekać, aż pęcherz się wypełni moczem.

Tryb wykonania badań oznaczono jako „cito”. O godz. 20.30 laborant pobrał od W. A. krew i mocz. Badania zostały wykonane po ok. godzinie od pobrania materiału.

(dowód: zlecenie badania laboratoryjnego, k. 702, wykaz zleconych badań, k. 703, księga pracowni diagnostycznej, k. 704-706, odpis z księgi pracowni diagnostyki, k. 707, zeznania świadka A. N., k. 746-747, płyta CD, k. 748)

Badania dodatkowe, zwłaszcza poziomu kreatyniny, wykazały cechy ostrej niewydolności nerek, bez kwasicy metabolicznej oraz hipotensji. Wskaźnik (...) wyniósł 88, w badaniach stwierdzono również podwyższony poziom białka C reaktywnego, podwyższony poziom (...), prawidłowy poziom leukocytów, prawidłową wartość erytrocytów, nieco obniżoną liczbę płytek krwi.

(dowód: księga odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych dla Izby Przyjęć, k. 28, 133)

Lekarz przyjmujący skonsultował się ze specjalistą chorób wewnętrznych, który po zapoznaniu się z wynikami badań, historią choroby W. A. i jej przedmiotowym zbadaniu potwierdził rozpoznanie. Z uwagi na wielość przyczyn mogących powodować ostrą niewydolność nerek oraz ograniczone możliwości diagnostyczne w pozwanym szpitalu podjęto decyzję o przewiezieniu wymienionej do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z (...) - (...) Centrum Onkologii w O..

(dowód: pisemna opinia biegłego z zakresu chorób wewnętrznych i nefrologii, M. M., k. 651-654, ustna uzupełniająca opinia biegłego M. M., k. 694-696, płyta CD, k. 697, zeznania świadka A. N., k. 636v.-637, płyta CD, k. 638, 746-747, płyta CD, k. 748)

Po ustaleniu szczegółów przewiezienia lekarz przyjmujący zadzwonił po transport medyczny z lekarzem i ratownikiem. Usługi w tym zakresie na terenie D. świadczy firma (...). Transport przyjechał po W. A. po ok. godzinie od chwili wezwania i wyjechał z nią do szpitala w O. o godz. 23.20.

(dowód: zlecenie transportu medycznego, k. 710, karta drogowa wyjazdu, k. 711, zeznania świadka A. N., k. 636v.-637, płyta CD, k. 638, 746-747, płyta CD, k. 748)

W dniu (...) o godz. 00.36 przyjęto W.A.z rozpoznaniem ostrej niewydolności nerek na Kliniczny Szpitalny Oddział Ratunkowy Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z (...) - (...)Centrum Onkologii w O..

W chwili przyjęcia wymieniona znajdowała się w trudnym kontakcie, zgłaszała bóle w prawym boku i bóle kręgosłupa w odcinku lędźwiowym. Stwierdzono stan ogólny średniociężki, nadto zaobserwowano na skórze brzucha i klatki piersiowej plamistą wysypkę, która blednie, ale nie znika pod wpływem ucisku. Zlecono m.in. wykonanie badań laboratoryjnych, wykonanie badania RTG klatki piersiowej i TK jamy brzusznej oraz konsultację internistyczną i chirurgiczną.

Badanie krwi wykazało podwyższony poziom prokalcytoniny – białka ostrej fazy związanej z zakażeniem (14,400 H ng/ml). Ze względu na pogorszenie stanu zdrowia i pozostawanie we wstrząsie septycznym w dniu (...)W.A.przeniesiono na Oddział Chorób Wewnętrznych i (...)Onkologicznej, w którym przebywała do dnia (...) Jako rozpoznanie wskazano m.in. posocznicę gronkowcową powikłaną wstrząsem septycznym, gronkowcowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, ostrą niewydolność nerek. W czasie pobytu na tym oddziale wymieniona była poddawana licznym konsultacjom neurologicznym i chirurgicznym. Wykonano punkcję lędźwiową – w posiewie z płynu mózgowo-rdzeniowego wyhodowano gronkowca.

Po konsultacji z lekarzem w dniu (...)W. A.została przyjęta na Oddział Neurologii z Pododdziałem Udarowym. W dniu (...)o godz. 03.20 nastąpiło zatrzymanie oddechu i krążenia. Wymienioną skutecznie reanimowano i przeniesiono na Oddział Intensywnej Terapii, na którym przebywała do dnia (...)Przy przyjęciu na (...)W. A.była nieprzytomna z cechami niewydolności krążeniowej i oddechowej, niewydolności nerek, masywnymi uogólnionymi obrzękami

i płynem w jamach opłucnowych. W dniu (...) wykonano tracheotomię w celu dalszego prowadzenia wentylacji respiratorem. W trakcie leczenia uzyskano stabilizację krążeniową, powrót czynności nerek, nie uzyskano jednak powrotu świadomości ani wydolnego oddechu.

W dniu (...) wypisano W.A. ze szpitala w O. i skierowano do Szpitala Pomocy (...) do Oddziału Przewlekłej Wentylacji. W momencie wypisu wymieniona była w dalszym ciągu nieprzytomna i niewydolna oddechowo. Parametry krążenia były dość dobre, zaś parametry niewydolności nerek – podwyższone.

(dowód: dokumentacja medyczna, k. 33-64)

W. A. zmarła w Szpitalu Pomocy (...) w B. w dniu (...)

(dowód: odpis skrócony aktu zgonu, k. 13)

Pismem z dnia (...) nadanym w dniu (...) powodowie M. M. (1) i M. M. (2) wezwali pozwanego do zapłaty kwoty 300.000 złotych tytułem zadośćuczynienia w terminie 7 dni od daty otrzymania wezwania, wskazując, że w trakcie leczenia W.A. personel medyczny szpitala dopuścił się niedbalstwa skutkującego jej śmiercią.

(dowód: pismo z dnia (...) k. 66)

W odpowiedzi na powyższe pozwany szpital podał, że żądanie zapłaty zadośćuczynienia oraz przytoczone na jego uzasadnienie twierdzenia nie znajdują żadnej podstawy faktycznej ani prawnej. Podkreślił, że w trakcie leczenia w dniach od (...) oraz podczas dwukrotnego pobytu na Izbie Przyjęć w dniach (...) personel medyczny dochował należytej staranności w procesie diagnostycznym, wykonując szereg kompleksowych i wnikliwych badań oraz zasięgając w tym celu dodatkowych konsultacji.

(dowód: pismo z dnia 15 stycznia 2014r., k. 65)

Sąd zważył, co następuje:

W świetle ustalonych okoliczności faktycznych sprawy powództwo o zapłatę zadośćuczynienia z tytułu śmierci W. A. nie zasługiwało na uwzględnienie.

W niniejszym postępowaniu powodowie domagali się zapłaty zadośćuczynienia w związku ze śmiercią W.A., którą – w ich ocenie – personel medyczny pozwanego szpitala błędnie leczył i diagnozował podczas hospitalizacji w dniach od (...) oraz w trakcie dwóch pobytów na Izbie Przyjęć w dniach (...) co skutkowało powstaniem ostrego stanu ogólnoustrojowego w postaci sepsy doprowadzającej ostatecznie do zgonu wymienionej. Jako podstawę prawną dochodzonego roszczenia strona powódowa powołała przepis art. 430 k.c. w zw. z art. 446 § 4 k.c.

Zgodnie z art. 430 k.c. kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności.

W orzecznictwie przyjmuje się, że powołany wyżej przepis znajduje zastosowanie w stosunku do odpowiedzialności jednostek szpitalnych, na rachunek których lekarze zatrudnieni w tych jednostkach wykonują czynności medyczne (zob. m.in. wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 2 marca 2012r., sygn. akt I ACa 123/12, LEX nr 1238466). Odpowiedzialność samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej na podstawie art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c. zachodzi tylko wówczas, gdy spełnione są wszystkie przesłanki tej odpowiedzialności deliktowej, a mianowicie: 1) wyrządzenie szkody przez personel medyczny, 2) zawinione działanie lub zaniechanie personelu medycznego, 3) normalny związek przyczynowy pomiędzy tym działaniem lub zaniechaniem a wyrządzoną szkodą oraz 4) wyrządzenie szkody przy wykonywaniu powierzonej czynności medycznej. Należy przy tym wskazać, że fakt samodzielnego lekarza świadczącego usługi jako lekarz tzw. kontraktowy i przedsiębiorca, nie jest istotny dla przyjęcia odpowiedzialności zakładu medycznego, zważywszy, że nie ma znaczenia, na jakiej podstawie następuje powierzenie

czynności w ramach zastosowania art. 430 k.c. Istotne jest natomiast występowanie relacji zwierzchnictwa i podporządkowania, bowiem z jednej strony zachodzić musi kierownictwo, a z drugiej obowiązek stosowania się do wskazówek powierzającego czynność. Decydujące jest tu podporządkowanie ogólne i w konkretnej sytuacji osoba wykonująca czynność może mieć pozostawioną stosunkowo dużą samodzielność, a nawet faktycznie nie stosować się do poleceń swego zwierzchnika (zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 20 stycznia 2010r., sygn. akt I ACa 571/09, OSAB 2011/2-3/8-14).

Ciężar dowodu w zakresie wykazania zarówno istnienia szkody i związku przyczynowego między powstaniem szkody a działaniem lub zaniechaniem sprawcy szkody, jak i faktu, iż szkoda została wyrządzona z winy osoby pociągniętej do odpowiedzialności, spoczywa na poszkodowanym, zgodnie z ogólną regułą wyrażoną w art. 6 k.c. Obowiązek naprawienia szkody spoczywa bowiem tylko na tym, kto ją wyrządził, tzn. tylko wtedy, gdy określone działanie lub zaniechanie przy wykonywaniu powierzonej czynności stanowiło przyczynę powstania szkody.

Zgodnie z art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. O zawinięciu lekarza może zdecydować nie tylko zarzucenie mu braku wystarczającej wiedzy i umiejętności praktycznych, odpowiadających aprobowanemu wzorcowi należytej staranności, ale także niezręczność i nieuwaga przeprowadzanego zabiegu, jeżeli oceniając obiektywnie nie powinny one wystąpić w konkretnych okolicznościach. Nie chodzi zatem o staranność wyższą od przeciętnej wymaganej wobec lekarza, lecz o wysoki poziom przeciętnej staranności każdego lekarza jako staranności zawodowej (art. 355 § 2 k.c.) i według tej przeciętnej ocenianie konkretnego zachowania. Do obowiązków lekarzy oraz personelu medycznego należy bowiem podjęcie takiego sposobu postępowania (leczenia), które gwarantować powinno, przy zachowaniu aktualnego stanu wiedzy i zasad staranności, przewidywalny efekt w postaci wyleczenia, a przede wszystkim nienarażenie pacjentów na pogorszenie stanu zdrowia (zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 14 lutego 2013r., sygn. akt I ACa 970/12, LEX nr 1289424, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 lutego 2010r., sygn. akt V CSK 287/09, LEX nr 786561).

Z uwagi na określoną podstawę faktyczną zgłoszonego żądania w pierwszej kolejności należało rozstrzygnąć kwestię, czy personelowi medycznemu pozwanego szpitala zajmującemu się leczeniem i diagnostyką W. A. można postawić zarzut działania naruszającego zasady należytej staranności wymaganej ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Odpowiedzialność pozwanego szpitala jest ściśle powiązana ze stwierdzeniem, że po stronie jego personelu medycznego zachodzi przypadek zawinione go działania lub zaniechania, z którego wynikła szkoda.

Ustalając stan faktyczny, Sąd dał wiarę przede wszystkim zeznaniom świadka A. N. (2), lekarza, który w dniu (...) przyjmował W.A. na Izbie Przyjęć pozwanego szpitala. Wypowiedzi wymienionego były wyważone, konkretne, rzeczowe i szczegółowe, a co najważniejsze, znajdowały odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej, w tym również sporządzonej przez ratowników medycznych. Sąd, mając bezpośredni kontakt ze świadkiem, uznał, że nie zachodzą w jego zeznaniach jakiegokolwiek rozbieżności czy niejasności, które mogłyby przemawiać na jego niekorzyść. Sąd nie dostrzegł też elementów mogących sugerować przedstawianie wydarzeń niezgodnie z ich rzeczywistym przebiegiem tylko po to, aby uchronić się przed ewentualną odpowiedzialnością związaną z dopuszczeniem się błędu w sztuce lekarskiej. Wymieniony podkreślił, że dwa razy była wzywana do W.A. karetka pogotowia ratunkowego i dwa razy okazywało się, że podane w wezwaniu przyczyny nie były rzeczywistymi. Za pierwszym razem powodem wezwania karetki był ból w klatce piersiowej, który W. A. zanegowała po przyjeździe do szpitala. Za drugim razem karetka przyjechała do wymienionej w związku z cukrzycą i bełkotliwą mową, których A. N. (2) nie potwierdził na Izbie Przyjęć, a objawy, na które skarżyła się W. A., ustalił na podstawie wywiadu bezpośredniego z nią przeprowadzonego (to, że wymieniona pozostawała przytomna i w kontakcie słownym logicznym wynika z zapisów karty medycznych czynności ratunkowych). Świadek przekonująco wyjaśnił procedurę związaną z wykonywaniem badań krwi i moczu oraz czasu niezbędnego do ich przeprowadzenia, co wiąże się z koniecznością wezwania laboranta z domu.

Za wiarygodne uznano również zeznania świadka J. B. (2), lekarza wypisującego W.A. z pozwanego szpitala w dniu (...) Podobnie jak w przypadku A. N. (2) wymieniona zeznawała na okoliczności mające związek z procesem leczenia w

pozwanyemu szpitalu, opisując, jakie badania i konkretne czynności medyczne były wobec W.A. podejmowane. Jak przy tym stwierdziła, wyniki wszystkich przeprowadzonych badań były wpisywane do dokumentacji medycznej.

Przy dokonywaniu ustaleń faktycznych w niniejszej sprawie Sąd dał wiarę również zeznaniom świadka J. P. (2), sąsiadki zmarłej W.A., która miała z nią kontakt po wypisie z pozwanego szpitala w dniu (...) Z relacji wymienionej wynika, że W. A. skarżyła się ogólnie na złe samopoczucie, które nie uległo poprawie w trakcie hospitalizacji w szpitalu, w tym na pojawienie się swędzących i ciekących krostek na ciele. Tak podany opis w zakresie wysypki pozostaje w zgodności z tym, co zostało umieszczone w karcie medycznych czynności ratunkowych. W wywiadzie zapisano bowiem, że W. A. skarży się od wczoraj wieczora na swędzące zmiany skórne, widoczne bąble i rumień na ciele.

Sąd odmówił wiarygodności zeznaniom świadka K. M. i powoda M. M. (2) w zakresie, w jakim wskazywali, że w dniu (...) na ciele W.A. występowały poważne zmiany skórne związane z wybroczynami i ranami. Przede wszystkim należy podkreślić, że charakteru zmian na ciele nie była w stanie ocenić powódka M. M. (1), podając, że nie wie, czy te zmiany piekły czy też swędziały jej matkę. Mówiąc o wybroczynach, powódka miała na myśli czerwone plamy na ciele. Istotne jest przy tym, że w dniu (...) to M. M. (1) wezwała karetkę pogotowia i tym samym z oczywistych względów miała w tym dniu styczność z W.A., a wymieniona nie zauważyła na ciele matki rozległych czy też krwawiących ran. Jednocześnie powódka M. M. (1) potwierdziła, że widziała, jak matka drapie się po rękę, a zmiany na skórze zostały opisane przez ratownika w karcie medycznych czynności ratunkowych właśnie jako swędzące. Ponadto trzeba zaznaczyć, że Sąd nie dostrzegł żadnych dających się racjonalnie wytłumaczyć przyczyn, dla których tak widoczne zmiany na skórze – jak to sugerują świadek K. M. i powód M. M. (2) – nie zostałyby odnotowane w dokumentacji związanej z pobytem na Izbie Przyjęć w dniu (...) Tym bardziej trudno przyjąć, aby dokumentacja medyczna dwukrotnie została niewłaściwie wypełniona – raz przez ratownika medycznego, a drugi przez lekarza przyjmującego.

W toku niniejszego procesu strona powodowa, uzasadniając podstawę odpowiedzialności strony pozwanej, powoływała się treść karty informacyjnej leczenia szpitalnego na Klinicznym Szpitalnym Oddziale Ratunkowym Szpitala MSWiA w dniu (...) Faktem jest, że z tych zapisów można byłoby wyciągnąć wniosek, iż w ocenie lekarza przyjmującego istniały zastrzeżenia co do procesu diagnostyczno-leczniczego przeprowadzonego w pozwanym szpitalu (przy sformułowaniu dotyczącym pozostawienia W.A. w dniu (...) w domu z wysypką na ciele postawiono kilka wykrzykników). Niemniej jednak trzeba zauważyć, że sposób sformułowania epikryzy wskazuje na to, iż informacje tam znajdujące się zostały zamieszczone w oparciu o oświadczenie przekazane przez W.A., stanowiące wyraz jej opinii na temat poprawności zastosowanego leczenia („twierdzi, że została wypisana z takimi samymi objawami bólowymi, z którymi została przyjęta do leczenia. Dn. (...) u pacjentki był zespół ratowniczy, który pozostawił pacjentkę w domu!!!!”). Co ważne, mimo pozostawania w trudnym kontakcie wymieniona po przyjęciu do szpitala w O. udzielała informacji na temat stanu swojego zdrowia, m.in. zgłaszając bóle w prawym boku oraz bóle kręgosłupa w odcinku lędźwiowym. Z dalszej części epikryzy można wyczytać, że lekarz przyjmujący zapoznał się z kartą informacyjną z leczenia szpitalnego w dniach od (...) (a taka karta bezsprzecznie została sporządzona), o czym świadczy rozpoznanie przytoczone identycznie jak w wypisie ze szpitala.

Wprawdzie w opisie badania przedmiotowego (k. 33v. akt sprawy) zasugerowano, że lekarz przyjmujący zapoznał się z kartą informacyjną w zakresie leczenia podjętego wobec W.A. w dniu (...), to jednak tak podana okoliczność pozostaje w sprzeczności ze zgromadzonym w sprawie materiałem dowodowym. Po pierwsze, nie polega na prawdzie stwierdzenie zawarte w opisie badania przedmiotowego, że zespół karetki pogotowia ratunkowego pozostawił W.A. w domu z objawami wysypki na ciele. Z dokumentów w postaci karty zlecenia wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego, karty medycznych czynności ratunkowych oraz księgi odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych, których wiarygodności powodowie nie zakwestionowali, jednoznacznie wynika, że po wezwaniu karetki W. A. została zabrana do pozwanego szpitala. Wymieniona przebywała na Izbie Przyjęć w godz. od 11.10 do 13.15 i w czasie dwugodzinnego pobytu w pozwanym szpitalu przeprowadzono podstawowe badania określające stan jej zdrowia oraz podano leki hamujące reakcję uczuleniową. Co więcej, już w trakcie przejazdu karetką do szpitala udzielono jej pierwszej doraźnej pomocy polegającej na podaniu dożylnie leku przeciwalergicznego o nazwie C.. Zdaniem Sądu, powyższe potwierdza tylko wniosek, że przekazywane przez W.A. informacje podczas hospitalizacji w szpitalu w O. były wyłącznie subiektywną oceną zastosowanego względem niej leczenia sugerującą jego nieprawidłowość. Po drugie, w przypadku pobytu w dniu

(...) nie była sporządzana karta informacyjna leczenia szpitalnego – to nie była hospitalizacja, a jedynie wizyta na Izbie Przyjęć sprowadzająca się do udzielenia porady lekarskiej. Czynności medyczne, jakie w tym dniu zostały w stosunku do W.A. podjęte, odnotowano jedynie w księdze odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych dla Izby Przyjęć, a znajdujące się tam wpisy nie wskazują na istnienie wysypki plamistej.

Niczego istotnego do rozstrzygnięcia sprawy nie wniosły zeznania świadka O. P., lekarza szpitala w O., który przyjmował W.A. w dniu (...) po jej przewiezieniu z pozwanej placówki. Wymieniona podała, że nie przypomina sobie pacjentki W.A. i nie miała możliwości zapoznania się z dokumentacją medyczną dotyczącą jej osoby, stwierdzając ostatecznie, że nie wie, czego sprawa dotyczy. Podobnie jako pozbawione znaczenia dla sprawy zostały ocenione zeznania świadka M. M. (4), lekarza pełniącego funkcję zastępcy ordynatora Oddziału Chorób Wewnętrznych, w którym przebywała W. A. w okresie od (...) Świadek nie była w stanie przypomnieć sobie W.A., a jej wypowiedzi były bardzo ogólne i odwoływały się do zasad sztuki lekarskiej.

Z uwagi na to, że kwestia prawidłowości zastosowanych wobec W. A. przez personel medyczny pozwanego szpitala procedur leczniczych i diagnostycznych wymagała zasięgnięcia wiadomości specjalnych, Sąd dopuścił dowód z opinii biegłego specjalisty chorób wewnętrznych.

Biegły opracował opinię na podstawie obszernej dokumentacji medycznej obejmującej leczenie W.A. w okresie od (...) (data początku hospitalizacji w pozwanym szpitalu z podejrzeniem ostrej rwy kulszowej) do (...) (data wypisu ze szpitala w O.). Po analizie całości historii choroby wymienionej biegły stwierdził, że proces diagnostyczno-leczniczy podczas pobytów w pozwanym szpitalu był prawidłowy. Znajdujące się w historii choroby wpisy lekarzy dotyczące zebranego wywiadu, opis badania przedmiotowego, codzienne obserwacje odnośnie do aktualnego stanu zdrowia oraz wpisy średniego personelu świadczą o staranności, właściwym zaplanowaniu procesu diagnostyczno-leczniczego i właściwym monitorowaniu przebiegu leczenia. Uzyskane wyniki przeprowadzonych badań, łącznie z wywiadem i badaniem fizykalnym wymienionej, stanowiły podstawę do ustalenia treści końcowego rozpoznania klinicznego, które zawarto w karcie informacyjnej z pobytu szpitalnego w dniach od (...) Podane w rozpoznaniu jednostki chorobowe były wówczas, tj. w dniu (...), jedynymi, jakie w oparciu o dane kliniczne można było ustalić. Rozpoznanie końcowe w sposób adekwatny określiło stan zdrowia W.A. w chwili jej wypisywania z pozwanego szpitala.

Odnosząc się do kryteriów rozpoznawania sepsy, biegły podkreślił, że są one ściśle określone i znane lekarzom od wielu lat. Określenie stopnia ciężkości sepsy decyduje m.in. o tym, na jakim oddziale powinno być prowadzone leczenie specjalistyczne. Np. wstrząs septyczny leczy się współcześnie wyłącznie w warunkach oddziału anestezjologii i intensywnej terapii. Dla rozpoznania sepsy konieczne jest występowanie objawów uogólnionej odpowiedzi organizmu na zakażenie, do których zaliczamy: 1. temperaturę ciała powyżej 38 stopni lub poniżej 36 stopni, 2. akcję serca powyżej 90 uderzeń na minutę, 3. hiperwentylację – częstość oddechów powyżej 20/min. przy parcjalnym ciśnieniu CO₂ poniżej 32 mmHg, 4. leukocytozę powyżej 12.000/ul lub leukopenię poniżej 4.000/ul. (...) współwystępowanie zakażenia i co najmniej 2 z wyżej wymienionych kryteriów daje podstawę do rozpoznania sepsy i wdrożenia intensywnego leczenia oraz empirycznego podania antybiotyku o szerokim spectrum działania. W stanie klinicznym, w jakim się wówczas znajdowała W. A., nie występowało żadne z wymienionych kryteriów. Za takie kryterium nie można również przyjmować okresowego przyspieszenia całkowicie niemiarowej czynności serca, które wynikało z przetrwałego (utrwalonego) migotania przedsionków. Tym samym nie było żadnych przesłanek, aby podejrzewać sepsę, a tym bardziej wykonywać inne badania diagnostyczne.

Istotnym dla sprawy jest to, że w okresie do 48 godzin od opuszczenia pozwanego szpitala (po hospitalizacji w okresie od (...)) nie występowały u wymienionej żadne objawy zakażenia. Nie było w stanie zdrowia W.A. żadnych przesłanek klinicznych, które nakazywałyby podjęcie leczenia przeciw-wstrząsowego. Badania biochemiczne wykonane w trakcie hospitalizacji nie wykazały również niewydolności nerek. W obu tych zespołach prewencją jest prawidłowo prowadzona gospodarka płynami i ich podaż w zależności od potrzeb i stanu nawodnienia pacjenta. Dane kliniczne zawarte w historii choroby wskazują na wyrównanie gospodarki wodno-elektrolitowej.

Biegły, analizując kwestię prawidłowości decyzji o odesłaniu W.A. do domu w dniu (...), wskazał, że powodem wezwania doraźnej pomocy, jak wynika z karty zespołu ratownictwa medycznego znajdującej się na k. 131 akt sprawy, były bóle w klatce piersiowej, które po przybyciu do Izby Przyjęć pozwanego szpitala zanegowała. Wymieniona potwierdziła wtedy jedynie dolegliwości kręgosłupa nasilające się przy ruchach, które jako pozostałości po ostrym zespole bólowym występowały wcześniej w ostatnich dniach leczenia szpitalnego. Nowym problemem było pojawienie się świądu i zmian na skórze, które rozpoznano jako reakcję uczuleniową, prawdopodobnie na któryś ze stosowanych leków. Opis badania przedmiotowego wskazuje na ogólny dobry stan W.A. i brak objawów narządowych, które mogłyby towarzyszyć zmianom skórny i stanowić wówczas dla niej zagrożenie. Podanie leków przeciwalergicznym przez zespół ratowników, a następnie w Izbie Przyjęć pozwanego szpitala, oraz dalsze ich zaordynowanie ze wskazaniem kontynuacji leczenia było postępowaniem prawidłowym. Nie było na ten czas wskazań do ponownej hospitalizacji, a zatem odesłanie wymienionej do domu, po udzieleniu pomocy, było działaniem właściwym. Podsumowując działania podjęte przez personel pozwanego szpitala, biegły uznał, że nie ma związku przyczynowo-skutkowego między leczeniem W.A. w pozwanym szpitalu a jej zgonem. Brak jest danych, które mogłyby świadczyć o jakichkolwiek zaniechaniach ze strony pozwanego szpitala.

Biegły podkreślił w opinii, że sepsę należy rozpoznać zawsze jak najwcześniej i w chwili pierwszego kontaktu z pacjentem. To zasadniczy warunek powodzenia terapii i jedyna szansa dla chorego. Drugi warunek to natychmiastowe podjęcie leczenia. Dokumentacja medyczna jak na k. 33-36 akt sprawy wskazuje na to, że oba warunki zostały spełnione przez diagnostykę i leczenie w Kliniczny Szpitalnym Oddziale Ratunkowym Szpitala MSWiA w dniu (...)

W przypadku W. A. sepsa została zdiagnozowana we wstępnym okresie jej rozwoju, a więc tak szybko jak tylko się dało i po wykonaniu szeregu wysokospecjalistycznych badań laboratoryjnych i obrazowych. Wyniki powyższych badań wskazują, że rozpoznanie sepsy oparto na niepełnych jeszcze kryteriach klinicznych. Na dalszy przebieg sepsy ma jednak wpływ bardzo dużo czynników, głównie endogennych, na które stosowana terapia nie ma większego oddziaływania. Już samo wystąpienie sepsy świadczy o zaburzeniach odpornościowych organizmu. Szybkie zdiagnozowanie sepsy ma duże znaczenie dla dalszego przebiegu tego zespołu, ale samo w sobie nigdy nie stanowi gwarancji, że nie dojdzie do zgonu chorego.

W chorobach przewlekłych, głównie z grupy metabolicznych jak otyłość czy cukrzyca, a także niewydolność nerek i schorzenia wątroby, mają istotny wpływ na przebieg leczenia chorych z sepsą, pogarszając rokowania co do życia. Występowanie u W. A. cukrzycy skojarzonej z otyłością i niewydolności serca z zaburzeniami rytmu stanowiło dodatkowe obciążenie kliniczne, ale nie miało wpływu na proces diagnostyczny.

W związku ze złożonymi przez stronę powodową zastrzeżeniami Sąd uznał za stosowne dopuszczenie dowodu z ustnej opinii uzupełniającej biegłego M. M. (5), który przeprowadzono na rozprawie w dniu (...)

W odniesieniu do zarzutów powodów biegły podał, że z dokumentów zgromadzonych w aktach sprawy i pisemnej opinii wynika wniosek, który być może nie został mocno podkreślony, że u W.A. doszło do dwóch zachorowań, między którymi nie występował związek przyczynowo-skutkowy. Pierwsze zachorowanie wynika z leczenia szpitalnego w okresie od (...), które zostało zakończone wypisaniem wymienionej do domu. Drugie zachorowanie miało swój początek w dniu (...) i znalazło swój finał w szpitalu w O.. Na podstawie dokumentacji medycznej i na podstawie zeznań świadków nie można było rozpoznać sepsy ani w pierwszym okresie, kiedy pacjentka przebywała w szpitalu, ani w dniach, kiedy udzielano pomocy doraźnej w Izbie Przyjęć w pozwanym szpitalu.

Leczenie ostrej niewydolności nerek (to, co zostało stwierdzone w pozwanym szpitalu w dniu (...)) opiera się na usuwaniu przyczyny ją wywołującej. Lekarz pozwanego szpitala, nie znając tej przyczyny, nie mógł podejmować jakiegokolwiek leczenia tej dolegliwości. Samo rozpoznanie tej niewydolności było wskazaniem do przekazania pacjentki do placówki o wyższej referencyjności posiadającej stację dializ. Leczenie ostrej niewydolności nerek powinno być podejmowane w placówce medycznej dysponującej dostępem do stacji dializ. Stwierdzony w dniu (...) wysoki wskaźnik (...) (88) także nie był wystarczający do rozpoznania sepsy. Jest to wskaźnik, który może wskazywać na zakażenie o podłożu bakteryjnym. Wzrost białka (...) może występować również przy leczeniu innych stanów jak

np. zapalenie naczyń o podłożu niebakteryjnym, bądź stanach reumatologicznych, które występowały u W.A.. Terapia wobec chorego nie polega na leczeniu wskaźników (...). Polega na prawdziwym stwierdzeniu, że przy podejrzeniu sepsy należy podać antybiotyki i płyny. P. udzielana na izbie przyjęć nie zakłada podawania antybiotyków, a taką możliwość mają oddziały szpitalne. Jednakże w przypadku stwierdzenia niewydolności nerek jakakolwiek próba podawania płynów niesie ryzyko przeciążenia układu i może doprowadzić do zaostrzenia niewydolności serca. W tej sytuacji lekarz Izby Przyjęć pozwanego szpitala może zrobić tylko to, co wówczas zrobił, tj. przekazać pacjentkę do ośrodka o wyższym stopniu referencyjności. Samo rozpoznanie ostrej niewydolności nerek jest stanem zagrożenia życia i upoważnia lekarza do podjęcia działań zmierzających do przewiezienia pacjenta do ośrodka o wyższej referencyjności.

Zdaniem biegłego, nie ma dowodu na to, że skoro sepsę rozpoznano w O., to początki zakażenia wystąpiły znacznie wcześniej. Dynamika stanu septycznego zależy od wielu czynników, m.in. od wcześniejszego leczenia. W przypadku rozpoznania sepsy nie wiadomo, w którym kierunku będzie przebiegała choroba. Nie można przewidzieć, że w momencie rozpoznania sepsy uda się pacjenta wyleczyć. Pewne badania wykonane przy przyjęciu do szpitala MSWiA w O. wskazują, że czasookres rozwijania się choroby nie był długi. Pierwszym badaniem było tomografia jamy brzusznej. Narzędziem szczególnie wrażliwym na wstrząs czy na sepsę jest zawsze śledziona. U W. A. wykonano badanie tomograficzne i badanie to wypadło negatywnie. Radiolog w wynikach badania wskazał, że śledziona jest niezmienną i jest prawidłowej wielkości. Oznaczałoby to, że czas trwania sepsy jest krótki bądź, że sepsa jest w okresie wstępnym.

Jak stwierdził biegły, wysypka jest również jednym z objawów sepsy. Wysypka, która pojawia się u dorosłych w przebiegu sepsy w pierwszym okresie zachorowania, wygląda na tyle w sposób charakterystyczny, że istnieje możliwość odróżnienia jej od wysypki wywołanej uczuleniem. W dniu (...) dwa zespoły oceniały wysypkę występującą u W.A.. Zespół w karetce rozpoznał uczulenie i zawiózł ją do pozwanego szpitala. W Izbie Przyjęć pozwanego szpitala potwierdzono rozpoznanie zespołu ratownictwa medycznego i kontynuowano leczenie antyalergiczne. Jeżeli prawdą jest to, co napisano w dniu (...), że wysypce towarzyszył świąd skórny i występowała ona na tułowiu, to nie są to cechy charakterystyczne dla wysypki w przebiegu sepsy. U dorosłych w okresie sepsy wysypka ma charakter drobno-plamisty, pojawia się na podudziach, stopach i rękach, a co najważniejsze, na początku nie jest ona nigdy związana ze świądem. Inaczej to przebiega jak u małych dzieci. U dorosłych nie można pomylić wysypki w przebiegu sepsy z uczuleniem. Biegły jeszcze raz podkreślił, że świąd nie jest objawem charakterystycznym dla sepsy. Wprawdzie w dniu (...) nie wykonano pacjentce badań, a lekarz skupił się na wystąpieniu reakcji alergicznej, to jednak trzeba zauważyć, że W. A. była wypisana dwa dni wcześniej z pozwanego szpitala, gdzie była zdiagnozowana i w związku z tym nie było potrzeby rozszerzania tej diagnozy. W chwili, kiedy udzielano porady w dniu (...), nie popełniono istotnych błędów, które można byłoby przypisać personelowi medycznemu pozwanego szpitala. Wezwanie karetki pogotowia ratunkowego było do bólów w klatce piersiowej, którym później W. A. zaprzeczyła. Z tej właśnie przyczyny w dniu (...) skupiono się na leczeniu reakcji uczuleniowej. Jak wskazał biegły, ocenia zmiany skórnych opisana przez świadka K. M. nie znajduje potwierdzenia w ocenie tych zmian zawartych w dokumentacji medycznej. Wysypka swędząca nie jest objawem charakterystycznym dla sepsy, oczywiście we wstępnym rozpoznaniu choroby, a z takim mieliśmy tu do czynienia w przypadku W.A..

Biegły zauważył, że jedyną czynnością, której nie wykonano w pozwanym szpitalu, to oznaczenie stężenia prokalcytoniny. Istotą prokalcytoniny jest to, że jej wzrost występuje już w przeciągu kilku godzin od momentu zachorowania, a jej maksymalne stężenie u pacjentów przypada na okres 8 do 12 godzin. Niemniej jednak oznaczenie poziomu prokalcytoniny nie jest jednoznacznym parametrem. Nie rozpoznano u W. A. cech klinicznych zakażenia tj. zapalenia migdałków, płuc, układu moczowego. Brak tych objawów nie dawał podstaw nawet do poszukiwania sepsy. Jak przy tym zaznaczył biegły, badanie to nie jest powszechne i nie każda placówka medyczna w Polsce dysponuje metodą pozwalającą na jego przeprowadzenie, a strona powodowa nawet nie podnosiła, że istnieje możliwość wykonania tego badania w warunkach pozwanego szpitala, a z której to możliwości zrezygnowano w ramach procesu diagnostycznego.

W ocenie Sądu, opinia biegłego M. M. (5), uzupełniona na rozprawie w dniu (...), zasługiwała w całości na uwzględnienie i mogła tym samym stanowić podstawę do czynienia wiążących ustaleń faktycznych w sprawie w zakresie prawidłowości procesu leczniczo-diagnostycznego. Opinia ta jest przekonująca, jasna i spójna. Biegły

przeanalizował poprawność leczenia i czynności diagnostycznych w trakcie hospitalizacji W.A. w pozwanym szpitalu oraz podczas dwóch jej pobytów na Izbie Przyjęć. Wniosek o braku podstaw do rozpoznania sepsy – na podstawie danych klinicznych, jakie były w posiadaniu lekarza przyjmującego pozwanego szpitala – jest kategoryczny i nie został przez powodów podważony. Wbrew twierdzeniom powodów, biegły odpowiedział na wszystkie istotne z punktu widzenia rozstrzygnięcia sprawy pytania, wskazując konkretne argumenty na poparcie końcowych wniosków opinii oraz przedstawiając swój tok rozumowania w sposób logiczny i konsekwentny. Odnosił się do kryteriów klinicznych, za pomocą których rozpoznaje się sepsę, w tym również do kwestii związanej z wystąpieniem wysypki na ciele, oraz wyników przeprowadzonych badań. Z tych wszystkich względów Sąd oddalił wniosek powodów o dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego oraz o uzupełnienie opinii biegłego M. M. (5).

Mając na uwadze zgromadzony w sprawie materiał dowodowy, w tym opinię biegłego lekarza – specjalisty z zakresu chorób wewnętrznych, Sąd stwierdził, że brak jest podstaw do przypisania odpowiedzialności pozwanemu szpitalowi. Nie zostało wykazane, aby lekarzom strony pozwanej można byłoby przypisać zawinione działanie lub zaniechanie, sprzeczne z zasadami sztuki i wiedzy lekarskiej, świadczące o niezachowaniu przez nich należytej staranności, jakiej przeciętnie wymaga się od osób zawodowo zajmujących się leczeniem i diagnostyką osób chorych. Wszystkie podejmowane czynności medyczne zarówno w czasie 9-dniowej hospitalizacji, jak i podczas dwóch wizyt na Izbie Przyjęć były adekwatne do wyników badań laboratoryjnych, stwierdzanych w trakcie badań fizykalnych objawów oraz rzeczywiście zgłaszanych przez samą chorą (a nie dla pozorów, tylko po to, by skutecznie wezwać karetkę pogotowia ratunkowego do domu) dolegliwości. W trakcie pobytu w pozwanym szpitalu w dniach od (...) – ze względu na obciążenie wieloma schorzeniami internistycznymi – wykonano szereg badań dodatkowych, na podstawie nie można było przyjąć, że występują jakiegokolwiek objawy wskazujące na zakażenie organizmu.

Nie budzi wątpliwości również postępowanie lekarza przyjmującego W.A. w dniu (...) Nie można przyjąć w ślad za stanowiskiem strony powodowej, że stwierdzona w tym dniu wysypka na ciele mogła być jednym z objawów postępującej sepsy, który został przez personel medyczny pozwanego zignorowany. Przede wszystkim należy zaznaczyć, że w dniu (...) nie zaobserwowano wysypki plamistej, a jedynie wysypkę połączoną ze świądem skóry, która – jak zostało wyżej wyraźnie podkreślone – nie jest objawem charakterystycznym dla sepsy. W żadnym z trzech dokumentów medycznych sporządzonych w związku z wezwaniem karetki pogotowia ratunkowego i pobytem na Izbie Przyjęć w dniu (...) nie ma sformułowania o występowaniu wybroczyn na ciele i żywych ranach, tak jak to określiła świadek K. M.. W ocenie Sądu, nie ma żadnych uzasadnionych powodów, aby przyjmować, że dokumentacja w tym przedmiocie została niestarannie sporządzona. W dniu (...) styczność z W.A. miał zarówno zespół ratownictwa medycznego, jak i lekarz przyjmujący na Izbie Przyjęć pozwanego szpitala, który potwierdził wstępne rozpoznanie związane z wystąpieniem reakcji uczuleniowej. Nie sposób uznać, że aż dwie osoby mające kontakt z chorą błędnie oceniły charakter wysypki na skórze. Zasadność powyższego rozpoznania potwierdza dodatkowo fakt, że po podaniu dożylnie wymienionej leku o nazwie C. w ciągu dwóch godzin pobytu na Izbie Przyjęć wysypka się zmniejszyła. Lekarz przyjmujący skoncentrował swoją uwagę na tym, co zaobserwował w trakcie badania przedmiotowego W.A., stwierdzając istnienie wysypki na tułowiu (przy czym występowanie wysypki na tej części ciała także nie należy do typowych objawów sepsy) i co zostało mu przekazane przez samą chorą, która skarżyła się na swędzące zmiany na skórze. Oprócz wysypki na ciele wymieniona nie zgłaszała żadnych innych niepokojących dolegliwości, a bólowi w klatce piersiowej zaprzeczyła. Poza tym A. N. (2) nie ograniczył czynności medycznych wyłącznie do zaaplikowania leku antyalergicznego, ale przeprowadził również inne badania podstawowe (m.in. zmierzył ciśnienie krwi, wykonał badanie EKG). Żadne z wykonanych badań, w tym fizykalnych, nie świadczyło o występowaniu objawów narządowych, które w powiązaniu ze zmianami skórnymi mogłyby naprowadzić na inne rozpoznanie niż reakcja uczuleniowa.

Także analiza czynności podejmowanych w dniu (...) nie skłania do przyjęcia wniosku, że personelowi medycznemu pozwanego szpitala można zarzucić niedochowanie należytej staranności w postępowaniu diagnostycznym. Wbrew stanowisku strony powodowej, w dniu (...) lekarz przyjmujący A. N. (2) wykazał się czujnością, jeśli chodzi o stan zdrowia W.A., i nie zbagatelizował nowych objawów. Zwrócił uwagę na podwyższoną temperaturę ciała (37,3 stopni) oraz zmniejszoną ilość oddanego w tym dniu moczu, które połączył z bólem w okolicy lędźwiowej mającym inny niż dotychczas zgłaszany charakter (był bardziej tępy). Właśnie te dodatkowe objawy skutkowały podjęciem decyzji o

pozostawieniu wymienionej na obserwacji w szpitalu oraz wykonaniu badań krwi i moczu w trybie pilnym. W okresie od godz. 17.00 (data przekazania do szpitala) do godz. 23.20 (data wyjazdu transportu medycznego z chorą), tj. ponad sześciu godzin, wykonano szereg czynności medycznych począwszy od zbierania wywiadu z W. A. i przeprowadzenia badania fizykalnego, poprzez badania laboratoryjne, a skończywszy na konsultacji z lekarzem – specjalistą chorób wewnętrznych i zamówieniem transportu medycznego. Nic nie wskazuje na to, aby lekarz przyjmujący był beczynny i bez uzasadnionego powodu opóźnił wdrożenie stosownych procedur leczniczo-diagnostycznych.

Nie można przy tym pomijać, że z uwagi na to, iż w pozwanym szpitalu nie ma na miejscu laboranta, należało go wezwać z domu, a to z oczywistych względów wymaga czasu i dojazdu do placówki. Ponadto opóźnienia w wykonaniu badań wynikały z konieczności pobrania moczu, a ponieważ pęcherz był pusty, trzeba było poczekać, aż wypełni się on moczem. Na podstawie wyników badań, zwłaszcza kreatyniny, lekarz przyjmujący rozpoznał cechy ostrej niewydolności nerek, które to rozpoznanie skonsultował z innym specjalistą. Niewydolność nerek mogła wynikać z różnych przyczyn i jej ustalenie wykraczało poza możliwości diagnostyczne pozwanego szpitala. Nie było przy tym w stanie zdrowia W. A. charakterystycznych dla sepsy objawów klinicznych, a samo przyspieszenie czynności serca (w przypadku W. A. mające charakter utrwalony) nie oznaczało jeszcze istnienia sepsy. Biegły M. M. (5) wprost wskazał, że lekarz Izby Przyjęć jedyne co mógł w tej sytuacji uczynić, to przekazać pacjentkę do ośrodka o wyższym stopniu referencyjności i tak też zrobił. Dopiero w szpitalu w O. przeprowadzono m.in. badanie prokalcytoniny, które pozwoliło postawić właściwą diagnozę i określić źródło ostrej niewydolności nerek.

Jeszcze raz trzeba przypomnieć, że W. A. była osobą bardzo schorowaną, w podeszłym wieku, z licznymi schorzeniami internistycznymi, u której rozpoznano m.in. cukrzycę typu 2 skojarzoną z otyłością. W. chorób przewlekłych, do których należy cukrzyca, istotnie wpływa na przebieg leczenia sepsy i pogarsza rokowanie co do przeżycia. Jak wykazało postępowanie dowodowe, sepsa została rozpoznana we wstępnym okresie jej rozwoju na podstawie szczegółowych i wysokospecjalistycznych badań laboratoryjnych i obrazowych w szpitalu w O..

Należy podkreślić, że nie każdy przypadek śmierci czy też wystąpienia powikłania u pacjenta jest równoważny z błędem w sztuce lekarskiej. Szpital nie odpowiada wobec pacjenta na zasadzie ryzyka. Podstawą jego odpowiedzialności jest zawiniony błąd diagnostyczny lub terapeutyczny. Przy czym miara jaką należy przykładać do danego przypadku w tego typu placówce jest miarą przeciętnego lekarza na danym stanowisku, a nie lekarza specjalisty o fenomenalnej intuicji zawodowej. Czasami zdarza się, że na efektywność procesu leczniczego nakładają się inne przyczyny, na które lekarz – mimo dołożenia należytej staranności i właściwej reakcji – nie ma wpływu. Śmierć pani W. A. z całą pewnością była nieszczęściem dla jej najbliższych, ale należy odróżnić nieszczęście od bezprawności w rozumieniu wyżej opisanym. To ta ostatnia okoliczność rodzi dopiero odpowiedzialność odszkodowawczą placówki medycznej.

W tych okolicznościach, wobec niewykazania przesłanek odpowiedzialności strony pozwanej, powództwo podlegało oddaleniu jako bezzasadne. W tej sytuacji zbędne było odnoszenie się do zasadności żądania zadośćuczynienia.

O kosztach procesu Sąd orzekł na podstawie art. 102 k.p.c., zgodnie z którym w wypadkach szczególnie uzasadnionych sąd może zasądzić od strony przegrywającej tylko część kosztów albo nie obciążać jej w ogóle kosztami. W ocenie Sądu, taki właśnie przypadek uzasadniający obciążenie powodów kosztami procesu w połowie zachodzi w niniejszej sprawie. Za takim rozstrzygnięciem przemawiała z jednej strony sytuacja finansowa powodów, którzy już na etapie rozpoznawania wniosku o zwolnienie od kosztów sądowych zostali zobowiązani do ich uiszczenia na niskim poziomie. Z drugiej zaś strony powodowie mogli być subiektywnie przekonani o istnieniu błędu w sztuce lekarskiej po zapoznaniu się z kartą informacyjną leczenia w szpitalu w O. w dniu (...) Zapisanie kilku wykrzykników przy sformułowaniu o pozostawieniu W.A. w domu z wysypką mogło im sugerować nieprawidłowość postępowania diagnostycznego w pozwanym szpitalu, które miało przełożenie na opóźnione wdrożenie leczenia sepsy.

Do kosztów procesu zaliczono: połowę kosztów zastępstwa procesowego w kwocie 3.600 złotych, połowę opłaty sądowej od pełnomocnictwa w kwocie 8,50 złotych i połowę uiszczonej i wykorzystanej zaliczki na wynagrodzenie biegłego w kwocie 150 złotych. Sąd nie znalazł podstaw do zasądzenia kosztów procesu solidarnie. Po stronie

powodowej występowało współuczestnictwo formalne, a obowiązek solidarnego zwrotu kosztów procesu można włożyć tylko na współuczestników odpowiadających solidarnie co do istoty sprawy (art. 105 § 2 k.p.c.).