

Sygn. akt: I C 557/17

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

G., dnia 19 października 2022r

Sąd Rejonowy w Gdyni, I Wydział Cywilny

Przewodniczący: SSR Małgorzata Nowicka – Midziak

Protokolant: starszy sekretarz sądowy Iwona Górską

po rozpoznaniu w G. na rozprawie w dniu 28 września 2022r

sprawy z powództwa **H. R.**

przeciwko **Szpitalu (...) spółka z o. o. z siedzibą w G.**

o zapłatę

1. oddała powództwo;
2. nie obciąża powódki kosztami procesu;
3. przyznaje pełnomocnikowi z urzędu powódki adwokat N. K. wynagrodzenie w kwocie 4 428 zł. (cztery tysiące czterysta dwadzieścia osiem złotych) ze Skarbu Państwa - Sądu Rejonowego w Gdyni tytułem pomocy prawnej udzielonej powódce z urzędu;
4. koszty opinii biegłych, ponad wpłaconą zaliczkę, przejmuje na rachunek Skarbu Państwa - Sądu Rejonowego w Gdyni.

UZASADNIENIE

Powódka H. R. wniosła pozew przeciwko Szpitalom (...) spółce z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w G. o zapłatę kwoty 75.000 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 19 maja 2015r. do dnia zapłaty tytułem zadośćuczynienia za śmierć jej syna M. R. (1).

W uzasadnieniu pozwu powódka podniosła, że w dniu 11 maja 2015r. jej syn zgłosił się do Szpitala (...). W. a P. w G. z powodu ropnia płuca. Lekarz nie przyjął go na oddział chirurgiczny i nie podał antybiotyków. Lekarz J. A. przyjął pacjenta z prawidłowym ciśnieniem, podała mu insulinę i lek L., który spowodował podwyższenie ciśnienia krwi, silne bóle w klatce piersiowej i zawał serca. Lekarka nie skonsultowała się z kardiologiem, nie skierowała pacjenta na (...) i nie udzieliła odpowiedniej pomocy, lecz kontynuowała leczenie wyżej wskazanymi lekami, co tylko utrzymywało ciśnienie na wysokim poziomie, duszności i doprowadziło do śmierci M. R. (1). Powódka wskazała, że więź pomiędzy nią a synem była mocna, wieloletnia, syn dbał o nią, dzwonił kilka razy dziennie i pomagał finansowo. Jego śmierć spowodowała u powódki poczucie osamotnienia i pustki.

(pozew, k. 3-6, pismo powódki z dnia 7 września 2017r., k. 16-18)

Pozwana wniosła o oddalenie powództwa, kwestionując roszczenie co do zasady i wysokości. Przede wszystkim wskazała na brak adekwatnego związku przyczynowo – skutkowego pomiędzy udzielonymi świadczeniami a zgonem syna powódki. Zdaniem pozwanej wszelkie czynności diagnostyczne, jakim poddany został M. R. (1), zostały przeprowadzone zgodnie z obowiązującymi procedurami przez personel medyczny, który w swoich działaniach dochował należytej staranności. Pozwana wskazała, że pacjent został przyjęty do Oddziału Chorób Wewnętrznych

z powodu silnych dolegliwości bólowych okolicy lędźwiowej od trzech tygodni. Pacjent chorował na cukrzycę, przy przyjęciu był w stanie ogólnym ciężkim, odwodniony, z wysokimi wartościami glikemii z naciekiem zapalnym lewego pośladka. Chirurg konsultujący go na oddziale (...) nie znalazł wskazań do interwencji chirurgicznej. Na Oddziale włączono wlew insuliny, płyny, empiryczną antybiotykoterapię. Post mortem stwierdzono gronkowca złośliwego (...) wrażliwego na włączoną antybiotykoterapię. W drugiej dobie hospitalizacji pacjent nadal był w stanie ciężkim, splątany z urojeniami, odłączał pompę infuzyjną. W wywiadzie telefonicznym jego siostra wskazała, że od trzech lat wykazuje zaburzenia emocjonalne i zaniedbuje leczenie cukrzycy. TK głowy wykluczyło guza mózgu i krwawienie do (...). Po powrocie z TK stwierdzono obrzęk płuc z RR 140/90, po czym doszło do nagłego zatrzymania krążenia w mechanizmie asystolii. Podjęte czynności reanimacyjne nie doprowadziły do powrotu funkcji życiowych. W badaniu sekcyjnym wykazano cechy różnoczasowego przewlekłego uszkodzenia mięśnia sercowego na tle niedokrwinnym, typowe dla wieloletniej cukrzycy.

(odpowiedź na pozew, k. 43-46)

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu (...) syn powódki H. M. R. zgłosił się na Szpitalny Oddział Ratunkowy Szpitala (...). W. a P. w G., skarżąc się na dolegliwości układu moczowego i gorączkę. Na (...) zlecono badania laboratoryjne moczu, krwi, konsultację internistyczną. U pacjenta rozpoznano infekcję dróg moczowych, zalecono mu kontynuację leczenia w POZ i zwolniono do domu.

(dowód: historia choroby (...), k. 296-300)

W dniu 25 marca 2015r. M. R. (1) zgłosił się na Szpitalny Oddział Ratunkowy Szpitala (...). W. a P. w G., skarżąc się na ból okolicy lędźwiowej. Po wykonaniu badania USG stwierdzono kolkę nerkową prawostronną i skierowano go na oddział urologii. Na Oddziale Urologicznym M. R. (1) był hospitalizowany w dniach 25-30 marca 2015r. Podczas pobytu na oddziale u syna powódki wykonano badanie RTG klatki piersiowej, jamy brzusznej, USG jamy brzusznej, badania laboratoryjne, stwierdzono złąg w miednicznym odcinku moczowodu prawego, blok nerki prawej, roponerze prawostronne, kolkę nerkową prawostronną i gorączkę. W dniu 26 marca 2015r. wykonano u pacjenta zabieg techniką endoskopową (...), nadto do leczenia włączono antybiotykoterapię empiryczną i pobrano posiewy. W dniu 30 marca 2015r. pacjent został wypisany do domu w stanie ogólnym dobrym z zaleceniem kontroli w poradni urologicznej, przyjmowania leków (C.) i wykonania kontrolnych zdjęć RTG dróg moczowych za trzy tygodnie.

(dowód: historia choroby M. R., k. 152-190, 294, 303-343)

W dniu 22 kwietnia 2015r. M. R. (1) ponownie zgłosił się na Szpitalny Oddział Ratunkowy Szpitala (...). W. a P. w G., skarżąc się na ból okolicy nerki lewej. Na (...) wykonano badanie USG brzucha, RTG, badania laboratoryjne i zlecono konsultację urologiczną. U pacjenta rozpoznano stan po (...) i zakażenie dróg moczowych, podano leki rozkurczowe i zwolniono go do domu.

(dowód: historia choroby (...), k. 301-302)

W dniu 11 maja 2015r. o godz. 20:52 M. R. (1) po raz kolejny zgłosił się na Szpitalny Oddział Ratunkowy Szpitala (...). W. a P. w G., skarżąc się na występujący od trzech tygodni, narastający ból pośladka lewego z promieniowaniem do lewej kończyny dolnej. W wywiadzie pacjent wskazał, że leczy się na cukrzycę i przyjmuje insulinę. Przy przyjęciu pacjent miał ciśnienie RR 140/70, temperaturę 36,7 #C. Na (...) zlecono konsultację neurologiczną pod kątem rwy kulszowej lewostronnej, a następnie konsultację chirurgiczną dotyczącą nacieku zapalnego pośladka lewego. Konsultację chirurgiczną przeprowadził lekarz specjalista chirurgii ogólnej R. L. o godz. 23:50. Chirurg rozpoznał nacieki zapalne pośladka bez cech ropnia i nie stwierdził wskazań do interwencji chirurgicznej. W zleconych badaniach laboratoryjnych ustalono poziom glukozy 749 mg/dl, leukocytozę 24,5 G/l, białko C-reaktywne (...) 425 mg/l. Po uzyskaniu wyników wszystkich badań, zalecono obserwację w kierunku cukrzycy zdekompensowanej i stanu zapalnego pośladka lewego i skierowano pacjenta na Oddział Wewnętrzny.

(dowód: historia choroby (...), k. 56, 293, karty badania konsultacyjnego 62-63, zeznania świadka R. L., płyta CD k. 382)

W dniu 12 maja 2015r. o godz. 02:20 M. R. (1) został przyjęty na Oddział Chorób Wewnętrznych. W badaniu przedmiotowym wykonanym przy przyjęciu na oddział przez lek. J. A. o godz. 3:00 pacjent był w stanie ogólnym ciężkim, odwodniony, z trudnością mówił. Ciśnienie RR wynosiło 120/80, zaś temperatura ciała 37 #C. Stwierdzono, że stan psychiczny pacjenta wydaje się prawidłowy. Nadto, stwierdzono w górnym lewym kwadrancie naciek wielkości pomarańczy.

(dowód: historia choroby, k. 55, zeznania świadka J. A., płyta CD k. 382)

W trakcie hospitalizacji na Oddziale Chorób Wewnętrznych kontrolowano u pacjenta poziom cukru, zlecono badania laboratoryjne krwi, włączono płyny, antybiotykoterapię (D. 3 x 600 mg) i insulinę – wszystko dożylnie (iv.).

(dowód: karta kontroli poziomu cukru, k. 69, sprawozdanie z badań laboratoryjnych, k. 64-68, zeznania świadka J. A., płyta CD k. 382)

W dniu 12 maja 2015r. pobrano od pacjenta próbkę do badania mikrobiologicznego. W warunkach tlenowych wyhodowano S. Aureus. Wynik w warunkach tlenowych otrzymano w dniu 15 maja 2015r.

(dowód: sprawozdanie z badania mikrobiologicznego, k. 57-58)

W dniu 12 maja 2015r. pacjenta odwiedzili w szpitalu jego synowie M. R. (3) i M. R. (4). W momencie odwiedzin M. R. (1) był splątany, zmęczony, osłabiony, kontakt z nim był utrudniony. W rozmowie skarżył się synom, że dostał leki po których miał podwyższone ciśnienie. Lekarz dyżurny zapewnił odwiedzających, że stan pacjenta nie zagraża jego życiu.

(dowód: zeznania świadka M. R. (3), płyta CD k. 348, zeznania świadka M. R. (4), płyta CD k. 348)

W dniu 12 maja 2015r. lekarz dyżurny na Oddziale Chorób Wewnętrznych K. K. oceniła stan pacjenta jako stabilny, odwodniony. Pomiar RR wykazał 80/50, następnie 95/50, stwierdzono ból i formujący się ropień pośladka lewego, słuchowo trzeszczenia poniżej łopatki prawej, bolesność w prawym podbrzuszu. Lekarka zleciła USG, RTG klatki piersiowej i EKG. Z uwagi na niskie ciśnienie mimo nawodnienia zalecono L. 0,25 mg/h. O godz. 14:20 stwierdzono u pacjenta skok ciśnienia RR do 210/90 z bólem w klatce piersiowej. Pomiar ciśnienia tętniczego kilka razy w ciągu 5 min wykazał powrót RR do 120/80, dalej nie podłączano L..

(dowód: karta obserwacji, k. 88)

Pacjent był chwilami zdezorientowany, atakował słownie pielęgniarki, trzykrotnie odłączył sobie pompę infuzyjną.

(dowód: karta procesu pielęgnowania, k. 75-76)

W dniu 13 maja 2015r. lekarz J. A. stwierdziła w badaniu o godz. 9:30, że chory znajduje się w stanie ciężkim, nad płucami szmer pęcherzykowy, naciek na pośladku schodzi na dół do stawu biodrowego, chory splątany, nastawiony urojeniowo, RR 200/100, podano T. 5 mg. W związku z budzącym niepokój stanem psychicznym lekarka zleciła w trybie pilnym wykonanie badania TK głowy bez podania środka cieniującego w celu wykluczenia krwawienia, ewentualnie guza mózgu. Pacjent wyraził zgodę na badanie bez kontrastu, natomiast nie podpisał zgody na badanie TK pośladka lewego. O godzinie 11 ciśnienie krwi wynosiło 140/90, w EKG – tachykardia bez zmian.

(dowód: karta obserwacji, k. 61, zeznania świadka J. A., płyta CD k. 382)

W dniu 13 maja 2015r. do lekarza dyżurnego zadzwoniła siostra pacjenta. Lekarka zapewniła ją, że nie ma bezpośredniego zagrożenia dla życia pacjenta.

(dowód: zeznania świadka M. K. (1), płyta CD k. 348)

W dokumentacji medycznej lekarka zanotowała, że siostra pacjenta w rozmowie telefonicznej wykazywała, że pacjent od trzech lat ma zaburzenia emocjonalne i zaniedbywał leczenie cukrzycy.

(dowód: karta obserwacji, k. 61, zeznania świadka J. A., płyta CD k. 382)

Wykonane badanie skanerowe TK głowy nie wykazało cech krwawienia śródczaszkowego, w tym krwiałków przymózgowych, ani też zmian ogniskowych w zakresie mózgowia.

(dowód: wynik badania TK, k. 59)

Z badania TK M. R. (1) wrócił z dusznościami. Po osłuchaniu o godz. 13:40 lek. J. A. stwierdziła rzęzenie, obrzęk płuc, RR 140/90, zleciła echo serca. O godz. 13:45 doszło do nagłego zatrzymania krążenia ((...)) w mechanizmie asystolii, stwierdzono sinicę szyi, głowy sztywne źrenice, podjęto czynności reanimacyjne – masaż serca, anestezjolog M. P. zaintubował pacjenta, podał adrenalinę i leki, lecz nie doszło do powrotu funkcji życiowych. O godz. 14:15 stwierdzono zgon M. R. (1).

(dowód: historia choroby, k. 55, karta obserwacji, k. 61, karta anestezjologiczna, k. 79, zeznania świadka J. A., płyta CD k. 382, zeznania świadka M. P., płyta CD k. 382)

W dniu 15 maja 2015r. wykonano sekcję zwłok M. R. (1). W rozpoznaniu anatomopatologicznym stwierdzono wykładniki morfologiczne przewlekłego uszkodzenia mięśnia serca na tle niedokrwiennym, przewlekłą obukomorową rozstrzeń i przerost mięśnia całego serca, zwłaszcza jego połowy prawej, podejrzenie świeżego zawału serca w okolicy przegrody międzykomorowej i ściany dolnej i tylnej komory serca, obecność przyściennych skrzeplin w obrębie jam całego serca, miażdżycę uogólnioną stopnia średniego, szczególnie nasiloną w obrębie naczyń wieńcowych serca, przekrwienie i masywny obrzęk płuc, niewielką ilość płynu w obu jamach opłucnowych, podejrzenie zapalenia płuc, obrzmienie śledziony, ogniska martwicy balserowskiej trzustki. Z kolei w rozpoznaniu histopatologicznym stwierdzono obraz morfologiczny różnoczasowego, przewlekłego uszkodzenia mięśnia serca na tle niedokrwienia pod postacią rozsianych blizn i włóknienia, przerostu włókien mięśniowych, stwardnienia miażdżycowego gałązek śródmięśniowych tętnic wieńcowych, ostre przekrwienie i rozległy obrzęk płuc z ogniskami nadzianki krwawej (obwodowe, rozsiane, drobne ogniska pozatorowe), niewielkiego stopnia stwardnienie miażdżycowe gałązek obwodowych tętnic płucnych jak w przewlekłym nadciśnieniu płucnym, stwardnienie miażdżycowe tętnic i tętniczek nerkowych stopnia średniego z ogniskowym szklawieniem kłębków i wczesnymi zmianami międzykapilarnymi kłębków jak w cukrzycy, rozlane, grubokropliste stłuszczenie wątroby z niewielkim zastojem żółci i zwyrodnieniem glikogenowym jąder i hepatocytów jak w cukrzycy, a także ogniska martwicy enzymatycznej mięszu trzustki.

(dowód: protokół sekcyjny, k. 104)

W dniu 23 lipca 2015r. powódka złożyła skargę do Ministra Zdrowia dotyczącą niezgodnego z zasadami etyki wykonywania zawodu lekarza przez lekarzy realizujących świadczenia opieki zdrowotnej wobec M. R. (1). Skarga została przekazana Okręgowemu Rzecznikowi Odpowiedzialności Zawodowej w G.. Postanowieniem z dnia 20 października 2015r. Rzecznik wszczął postępowanie wyjaśniające w sprawie zastrzeżeń do postępowania diagnostyczno – terapeutycznego lekarzy (...) i Oddziału Wewnętrznego Szpitala (...). W. a P. w G. wobec M. R. (1) w dniach 11-13 maja 2015r. W toku postępowania Rzecznik przesłuchał w charakterze świadków lekarzy J. A. i A. K. (1).

Postanowieniem z dnia 10 grudnia 2015r. Rzecznik umorzył postępowanie wyjaśniające, nie dopatrując się uchybień w postępowaniu diagnostyczno – terapeutycznym lekarzy udzielających M. R. świadczeń medycznych w dniach 11-13 maja 2015r.

Powódka wywiodła zażalenie na wyżej wskazane orzeczenie Rzecznika. Postanowieniem z dnia 1 marca 2016r. Okręgowy Sąd Lekarski w G. nie uwzględnił zażalenia i utrzymał w mocy zaskarżone postanowienie. Natomiast,

zarządzeniami z dnia 25 kwietnia 2016r. i 11 maja 2017r. Przewodniczący Okręgowego Sądu Lekarskiego w G. odmówił przyjęcia zażalenia powódki na wyżej wskazane postanowienie jako niedopuszczalnego.

(dowód: skarga powódki, k. 101-103, pismo zastępcy Dyrektora Departamentu Nadzoru, Kontroli i Skarg Ministerstwa Zdrowia z dnia 30 lipca 2015r., k. 100, wezwanie, k. 200, postanowienie z dnia 20 października 2015r., k. 203, protokół przesłuchania świadka, k. 206-208, 214-216, postanowienie z dnia 10 grudnia 2015r., k. 218-219, zażalenie, k. 223-227, postanowienie z dnia 1 marca 2016r., k. 238-240, zarządzenie z dnia 25 kwietnia 2016r., k. 243-244, zarządzenie z dnia 11 maja 2017r., k. 258-259)

W dniu 25 sierpnia 2015r. powódka złożyła w Komendzie Powiatowej Policji w M. zawiadomienie o popełnieniu przestępstwa. W toku postępowania dopuszczono dowód z opinii psychologicznej na okoliczność stanu powódki. Zgodnie z opinią wykluczono u niej zaburzenia myślenia, objawy psychotyczne, nie stwierdzono zaburzeń psychicznych, a stan rozwoju umysłowego oceniono na poziomie normy wiekowej, nadto wykluczono skłonności do fantazjowania, a stan emocjonalny ustalono na poziomie łagodniej depresji, co uznano za naturalny stan związany z przeżywanym żalem po śmierci syna.

Nadto, w toku postępowania przygotowawczego dopuszczono dowód z opinii sądowno – lekarskiej. W opinii stwierdzono, że nieprawidłowością leczenia było nie włączenie dwóch antybiotyków oraz niezdręnowanie ropnia (jednak pacjent nie wyraził zgody na wykonanie badania TK okolicy pośladka), wskazane było również wykonanie badania EKG w sytuacji wzrostu (przemijającego) ciśnienia tętniczego. Jednak, zdaniem opiniujących, brak dostatecznych podstaw do przyjęcia, że działania podjęte przez personel medyczny skutkowały narażeniem M. R. (1) na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Nadto, stwierdzono, że brakuje obiektywnych przesłanek do przyjęcia, że zgon pozostawał w bezpośrednim związku przyczynowym z postępowaniem medycznym, diagnostycznym – terapeutycznym i decyzyjnym. Ostatecznie, postępowanie przygotowawcze zostało umorzono.

(dowód: protokół ustnego zawiadomienia o przestępstwie, k. 42-43 akt Prokuratury Rejonowej w Gdyni o sygnaturze PR 3Ds 140.2016, opinia psychologiczna, k. 46-47 tamże, opinia sądowno – lekarska, k. 89-109 tamże)

Czynności lekarzy w trakcie procesu diagnostyczno - terapeutycznego M. R. (1) w Szpitalu (...). W. a P. w G. w dniach 25-30 marca 2015r., 22 kwietnia i 11-13 maja 2015r. były prawidłowe.

(dowód: opinia łączna biegłych z zakresu medycyny ratunkowej T. L., chirurgii ogólnej A. K. (2), diabetologii M. T. (1) i medycyny sądowej D. B. (1), k. 561-574 wraz z pisemną opinią uzupełniającą, k. 653-654 oraz ustnymi opiniami uzupełniającymi, płyta CD k. 752 i 794)

Powódka H. R. miała bliskie relacje z synem, codziennie rozmawiali przez telefon. Syn opłacał jej rachunki za media, często odwiedzał, robił zakupy, pomagał przy sprzątanii

M. R. (1) w 2014r. stracił pracę, wcześniej leczył się na cukrzycę, przyjmował leki, insulinę.

(dowód: zeznania świadka M. K. (1), płyta CD k. 348, zeznania świadka M. R. (3), płyta CD k. 348, zeznania świadka M. R. (4), płyta CD k. 348, przesłuchanie powódki, k. 453-455)

Sąd zważył, co następuje:

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie dowodów z dokumentów, dowodu z zeznań świadków M. K. (1), M. R. (3), M. R. (4), J. A., R. L., M. P., dowodu z przesłuchania powódki, a także dowodu z opinii biegłych z zakresu medycyny ratunkowej, chirurgii ogólnej, diabetologii i medycyny sądowej.

Oceniając zgromadzony w niniejszej sprawie materiał dowodowy Sąd nie dopatrywał się żadnych podstaw do kwestionowania wiarygodności i mocy dowodowej dokumentów powołanych w ustaleniach stanu faktycznego. Przede wszystkim, w ocenie Sądu, nie ma żadnych podstaw, aby przyjmować, że sporządzona m.in. przez personel

medyczny zatrudniony w pozwanej placówce medycznej dokumentacja medyczna dotycząca leczenia M. R. (1) została w jakikolwiek sposób zmanipulowana, a zapisy dotyczące przebiegu procesu leczenia nie były zgodne z rzeczywistym stanem rzeczy. Podkreślić bowiem należy, iż w czasie, gdy powstawała przedmiotowa dokumentacja powódka nie pozostawała w sporze z lekarzami, którzy sporządzali przedmiotową dokumentację. Nadto, powódka nie przedstawiła żadnych wiarygodnych dowodów, które pozwalałyby podważyć wiarygodność wyżej wskazanej dokumentacji medycznej. Ustalenia faktyczne w niniejszej sprawie Sąd oparł także na pozostałych dokumentach złożonych przez strony i wezwane organy i instytucje, w szczególności na dokumentach znajdujących się w aktach sprawy prowadzonej przez Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w G. oraz aktach postępowania przygotowawczego prowadzonego pod nadzorem Prokuratury Rejonowej w Gdyni. Zważyć należało, że część spośród wyżej wskazanych dokumentów miała charakter dokumentów urzędowych, które nie zostały zakwestionowane w trybie art. 252 kpc. Natomiast, pozostałe nie budzą żadnych wątpliwości co do ich autentyczności i wiarygodności.

Za wiarygodne należało uznać również zeznania przesłuchanych w niniejszej sprawie świadków J. A., R. L. i M. P. w zakresie dotyczącym przebiegu procesu leczenia M. R. (1), jego stanu zdrowia, a także zastosowanych procedur postępowania. W ocenie Sądu zeznania wymienionych świadków były szczere, wewnętrznie spójne i nie pozostawały w sprzeczności z żadnymi innymi dowodami zebranymi w niniejszej sprawie. Zeznania wymienionych świadków odnośnie przebiegu leczenia znajdują potwierdzenie w treści dokumentacji medycznej sporządzonej podczas pobytu M. R. (1) w Szpitalu (...). W. a P. w G. w dniach 11-13 maja 2015 roku.

Zasadniczo, Sąd dał wiarę zeznaniom świadków M. K. (1), M. R. (3) i M. R. (4). Zważyć należy, iż synowie zmarłego M. R. (1) w swoich zeznaniach opisywali głównie przebieg wizyty w szpitalu w dniu 12 maja 2015 roku u hospitalizowanego ojca, wskazując na pewne uchybienia personelu medycznego, w szczególności na brak podłączenia chorego do aparatury monitorującej stan pacjenta, co budziło ich niepokój, gdyż ojciec skarżył się na skoki ciśnienia tętniczego. Z zeznań tych wynikało, że świadkowie zwrócili na powyższe uwagę lekarzowi dyżurnemu na oddziale, uzyskując zapewnienie, że stan pacjenta nie zagraża jego życiu. Z kolei, siostra zmarłego M. K. (1) zeznała, że w rozmowie telefonicznej z lekarzem informowała jedynie, że M. R. (1) przyjmował leki nasenne i chorował na cukrzycę. W dokumentacji medycznej znalazł się natomiast zapis, że siostra pacjenta poinformowała lekarza, że pacjent od trzech lat ma zaburzenia emocjonalne i zaniedbuje leczenie cukrzycy. Powyższa rozbieżność pomiędzy zeznaniami świadka a zapisami dokumentacji medycznej – w świetle pozostałego materiału dowodowego – nie miała jednak znaczenia dla oceny prawidłowości przebiegu procesu diagnostyczno – terapeutycznego M. R. (1). Zwrócić jednak należy uwagę, że biegła diabetolog w swojej opinii stwierdziła, że wyniki badania poziomu cukru wskazują, że M. R. (1) rzeczywiście zaniedbywał kontrolowanie cukrzycy i przyjmowanie leków. Przy ocenie zeznań wymienionych osób, zauważyć należy, iż wyżej wskazani świadkowie nie mieli szczegółowej wiedzy odnośnie stanu zdrowia M. R. (1), podali jedynie, że kilka lat przed śmiercią rozpoznano u niego cukrzycę, natomiast nie potrafili wskazać w jakich placówkach medycznych się leczył, u jakich lekarzy, ani też jak długo trwało leczenie etc.

Przechodząc do oceny wiarygodności zeznań powódki należy wskazać, że nie była ona naocznym świadkiem przebiegu leczenia M. R. (1) w placówce medycznej prowadzonej przez pozwaną spółkę. Wiedzę w tym zakresie czerpała głównie z dokumentacji medycznej, a także z rozmów z wnukami, którzy odwiedzili ojca w szpitalu w dniu 12 maja 2015 roku. Zeznania te nie dotyczyły zatem faktów, lecz miały głównie charakter ocenny. Formułowane przez powódkę wnioski co do prawidłowości postępowania personelu medycznego w zakresie zastosowanego leczenia stanowiły jej subiektywne opinie i były to odczucia matki, która straciła syna i próbuje w sposób racjonalny wytłumaczyć sobie przyczyny tej nagłej i nieoczekiwanej straty. Powódka nie posiada natomiast wiedzy specjalistycznej z dziedziny medycyny pozwalającej na fachową ocenę postępowania personelu medycznego zatrudnionego w pozwanej placówce medycznej, w tym w zakresie prawidłowości stosowania leków, czy wskazań do przeprowadzenia poszczególnych badań czy zabiegów.

Za wiarygodny i przydatny do rozstrzygnięcia niniejszej sprawy Sąd uznał również dowód z opinii biegłych z zakresu medycyny ratunkowej, chirurgii ogólnej, diabetologii i medycyny sądowej. Podkreślić należy, iż autorami opinii byli medycy posiadający nie tylko wiedzę teoretyczną (o czym świadczyć może fakt, że dwoje z nich posiada stopień naukowy doktora nauk medycznych), ale również niezbędne doświadczenie kliniczne, na co wskazywali choćby w

opiniach uzupełniających. Zważywszy, iż wszyscy biegli pochodzili spoza województwa (...), nie ma podstaw, by doszukiwać się u nich braku bezstronności, wynikającej z tzw. solidarności zawodowej. Przechodząc do merytorycznej oceny opinii, zważyć należy, iż przedstawiona przez biegłych opinia została sporządzona w sposób rzetelny i staranny, wszyscy biegli szczegółowo i wnikliwie przeanalizowali całą przedłożoną dokumentację medyczną dotyczącą leczenia M. R. (1) (w opinii przytoczono przebieg leczenia z powołaniem konkretnych zapisów dokumentacji medycznej) pod kątem prawidłowości zastosowanego leczenia diagnostyczno - terapeutycznego w świetle sztuki lekarskiej oraz aktualnej wiedzy medycznej. Postawione na tej podstawie wnioski dotyczące oceny prawidłowości leczenia są konkretne i stanowcze oraz dobrze uzasadnione. W opinii zasadniczej, a zwłaszcza w opiniach uzupełniających biegli przedstawili dokładnie swój tok myślowy prowadzący do przedstawionych przez nich wniosków w tym przedmiocie, a złożone przez nich wyjaśnienia złożone na rozprawie w odpowiedzi na zarzuty strony powodowej nie budzą żadnych wątpliwości Sądu w świetle zasad logicznego rozumowania oraz zasad doświadczenia życiowego. Podkreślić także należy, iż wnioski wynikające z opinii złożonej przez biegłych co do oceny postępowania diagnostyczno – terapeutycznego zasadniczo korelują z treścią pozostałego materiału dowodowego, w szczególności opinią sądowo – lekarską wykonaną w toku postępowania przygotowawczego prowadzonego przez Komendę Miejską Policji w G. pod nadzorem prokuratora Prokuratury Rejonowej w Gdyni, a także orzeczeniami wydanymi w toku postępowania wyjaśniającego prowadzonego przez Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w G.. Zauważyć należy, iż jedyna rozbieżność w stanowiskach poszczególnych biegłych dotyczyła przyczyny zgonu M. R. (1), albowiem część biegłych (A. K., D. B.) wskazywała na niedokrwienie mięśnia sercowego, inni (M. T.) na wstrząs septyczny i niekontrolowaną cukrzycę. Podkreślić należy, iż wątpliwości w tym przedmiocie mieli również biegli sporządzający opinię na potrzeby postępowania przygotowawczego, wskazując, że przyczyną zgonu najprawdopodobniej był wstrząs septyczny, choć wskazywali także na mechanizm niedokrwienno – niedotleniony mięśnia sercowego jako współprzyczynę. Po upływie ponad siedmiu lat od śmierci M. R. (1) kategoryczne rozstrzygnięcie tej kwestii wydaje się niemożliwe.

Natomiast, na podstawie art. 2352 § 1 pkt 6 kpc, Sąd pominął dowód z zeznań świadka M. K. (2). Zważyć bowiem należy, iż mimo zobowiązania pełnomocnik powoda nie wskazał w wyznaczonym terminie adresu tego świadka, co uniemożliwiło przeprowadzenie dowodu z jego zeznań.

Podstawę prawną powództwa stanowiły przepisy art. 446 § 4 kc w zw. z art. 415 kc i art. 430 kc. Zgodnie z art. 446 § 4 kc Sąd może także przyznać najbliższym członkom rodziny zmarłego odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Wedle art. 430 kc 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. Z kolei, stosownie do art. 415 kc kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia. Podkreślić należy, że dla zaistnienia odpowiedzialności pozwanego konieczne było wykazanie wszystkich przesłanek odpowiedzialności deliktowej bezpośredniego sprawcy szkody w postaci: zawinonego czynu niedozwolonego popełnionego przez lekarza; szkody poniesionej przez poszkodowanego; związku przyczynowego między czynem niedozwolonym a szkodą. Ciężar wykazania wymienionych przesłanek – zgodnie z treścią art. 6 kc i art. 232 kpc – spoczywał na stronie wywodzącej z nich skutki prawne, a zatem na stronie powodowej.

Przechodząc od oceny powództwa pod kątem spełnienia powyższych przesłanek, w pierwszej kolejności stwierdzić należy, iż pomiędzy stronami nie było sporu, iż lekarze udzielający synowi powódki świadczeń medycznych byli pracownikami pozwanej spółki i pomiędzy nimi a pozwanym istniał stosunek podległości na zasadzie podwładny – zwierzchnik. W ramach tego stosunku pozwany powierzył lekarzom udzielanie pacjentom świadczeń medycznych. Z tego względu, na zasadzie art. 430 kc pozwany ponosi odpowiedzialność za działania i zaniedbania personelu udzielającemu – w ramach powierzonych czynności – świadczeń medycznych pacjentom szpitala.

Rozstrzygnięcie niniejszego sporu zależało od ustalenia, czy lekarze udzielający synowi powódki – M. R. (1) świadczeń medycznych dopuścili się błędu medycznego. W świetle obowiązujących przepisów nie budzi wątpliwości, że postępowanie lekarza musi cechować wysoki stopień staranności i zgodności z zasadami wiedzy medycznej. Zgodnie z przepisem art. 4 ww. ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz.U. z 2022 r.

poz. 1731) 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. Jak wskazuje się w judykaturze wysokie wymagania stawiane lekarzom nie oznaczają ich odpowiedzialności za wynik (rezultat) leczenia ani odpowiedzialności na zasadzie ryzyka. Odpowiedzialność lekarza powstanie zatem w wypadku błędu w sztuce medycznej, czyli przeprowadzenia zabiegu niezgodnie z zasadami wiedzy medycznej, jeżeli był to błąd zawiniony, polegający na zachowaniu odbiegającym od ustalonego wzorca. Przy ocenie postępowania lekarza należy mieć na względzie uzasadnione oczekiwanie nie narażenia pacjenta na pogorszenie stanu zdrowia (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 9 marca 2016r., I ACa 817/15, L.). Jeżeli zachowanie lekarza przy dokonywaniu zabiegu medycznego odbiega na niekorzyść od przyjętego, abstrakcyjnego wzorca postępowania lekarza, przemawia to za jego winą w razie wyrządzenia szkody. Wzorzec jest budowany według obiektywnych kryteriów takiego poziomu fachowości, poniżej którego postępowanie danego lekarza należy ocenić negatywnie. Właściwy poziom fachowości wyznaczają wspomniane kwalifikacje (specjalizacja, stopień naukowy), posiadane doświadczenie ogólne i przy wykonywaniu określonych zabiegów medycznych, charakter i zakres doksztalcania się w pogłębianiu wiedzy medycznej i poznawaniu nowych metod leczenia. O zawinieniu 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 kc) i według tej przeciętnej ocenianie konkretnego zachowania (por. wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 24 stycznia 2014r., I ACa 1370/13, L.).

Zważyć należy, iż powódka zgłosiła szereg zastrzeżeń odnośnie postępowania lekarzy udzielających świadczeń medycznych jej synowi M. R. (1) w zakresie diagnostyki i leczenia. Przede wszystkim powódka podnosiła, że lekarz chirurg konsultujący pacjenta na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w dniu 11 maja 2015 roku nie skierował go na oddział chirurgiczny i nie zakwalifikował ropnia powstałego na lewym pośladku pacjenta do usunięcia. Zdaniem powódki, przy leczeniu ropnia, nie wdrożono właściwej antybiotykoterapii, co skutkowało sepsą, a w konsekwencji śmiercią jej syna w wyniku wstrząsu septycznego. Ponadto, powódka wskazała, że w trakcie hospitalizacji na Oddziale Chorób Wewnętrznych lekarz J. A. podała pacjentowi lek o nazwie L., który w połączeniu z insuliną spowodował u niego podwyższenie ciśnienia tętniczego, a także nie monitorowała u zmarłego ciśnienia. Jak wywodziła powódka zastosowane w trakcie leczenia farmaceutyki doprowadziły do zawału serca u M. R. (1).

W celu ustalenia, czy działania bądź zaniechania lekarzy udzielających w dniach 11-13 maja 2015 roku świadczeń medycznych M. R. (1) doprowadziły do jego śmierci, w pierwszej kolejności należało ustalić przyczynę jego zgonu. Ustalenie przyczyny śmierci syna powódki nie było kwestią łatwą, wszak nawet w protokole z sekcji zwłok nie wskazano konkretnej przyczyny śmierci pacjenta. Zebrany w niniejszej sprawie materiał dowodowy także nie rozstrzyga tej kwestii w sposób jednoznaczny. Zważyć należy, iż biegły z zakresu chirurgii A. K. (2) skłaniał się do wniosku, że do śmierci M. R. (1) doszło w wyniku niedokrwienia mięśnia sercowego, na co wskazywać miały zmiany miażdżycowe i niedokrwienne, w szczególności w obrębie naczyń wieńcowych. Jak zauważył pacjent chorował na cukrzycę, a zmniejszone wydzielanie insuliny powoduje zwiększenie zmian miażdżycowych we wszystkich narządach. Swoje stanowisko biegły chirurg opierał także na tym, że w protokole sekcyjnym nie stwierdzono ropnia. Nadto, zdaniem biegłego, na wstrząs septyczny nie wskazuje także sam mechanizm zgonu pacjenta. W przypadku wstrząsu septycznego następuje bowiem niewydolność poszczególnych narządów, szczególnie nerek. Tymczasem, jak zauważył biegły chirurg, w protokole sekcyjnym nie odnotowano żadnych zmian w zakresie nerek. Do stanowiska biegłego chirurga przychylił się biegły z zakresu medycyny sądowej D. B. (1), który także wskazał na dekomensację narządu układu krążenia (serca) jako przyczynę zgonu M. R. (1). Biegły D. B. zwrócił uwagę na opisane w protokole sekcyjnym zmiany chorobowe mięśnia sercowego o charakterze przewlekłym (rozstrzeń serca, przerost mięśnia sercowego, zmiany miażdżycowe naczyń wieńcowych), a także na brak zmian związanych z procesem septycznym w przebiegu ropnia. Odmienne stanowisko zajęła natomiast biegła diabetolog M. T. (1), która wskazała na sepsę jako przyczynę zgonu M. R. (1). Jak zauważyła biegła diabetolog postęp choroby u pacjenta był bardzo szybki. Przy przyjęciu do szpitala poziom glukozy u pacjenta wynosił 749 mg/dl, leukocytoza 24,5 G/l, a białko C-reaktywne (...) 425 mg/l,

co świadczy o silnym stanie zapalnym. Nadto, biegła wskazała na odwodnienie pacjenta, obrzęki, naciek zapalny na pośladku i objaw G., co jej zdaniem świadczyło o zakażeniu dróg moczowych. Na sepsę mogą wskazywać również zaburzenia świadomości (co sugeruje skierowanie na badanie TK głowy). Biegła wyjaśniła przy tym, że przy sepsie często dochodzi także do spadku ciśnienia tętniczego, uszkodzenia (perfuzji) tkanek. W świetle opinii biegłej z zakresu diabetologii przyczyną rozwoju przewlekłych schorzeń u M. R. (1), które ostatecznie doprowadziły do jego śmierci, była niewyrównana cukrzyca. W momencie rozpoznania choroby poziom hemoglobiny glikowanej wynosił 18 %, a średni szacowany poziom cukru 470. W trakcie leczenia stwierdzono u pacjenta poziom hemoglobiny glikowanej wynosił 11 %, a średni poziom cukru 269. Przy uwzględnieniu wieku pacjenta wartość hemoglobiny glikowanej winna oscylować na poziomie 7,5 %. Zdaniem biegłej stwierdzone u M. R. (1) wartości świadczą o niekontrolowaniu cukrzycy, nieprzestrzeganiu zaleceń lekarskich przez pacjenta, bądź nieprzyjmowaniu leków. Opis sekcji zwłok także – zdaniem biegłej - świadczy o istnieniu przewlekłych powikłań cukrzycy i miażdżycy. Przyczyny zgonu M. R. (1) były również przedmiotem opinii sądowno – lekarskiej sporządzonej w postępowaniu karnym. Biegli (...) w K. stwierdzili, że przyczyną zgonu pacjenta był najprawdopodobniej wstrząs septyczny z niewydolnością krążenia samopochodną (lewej komory serca) w przebiegu tachyarytmii komorowej z obrzękiem płuc. Za bezpośrednią przyczynę zgonu uznano natomiast zaburzenia przewodnictwa w mięśniu sercowym lub rytmu serca, przy czym nie wykluczono, że doszło do zawału serca/ostrego uszkodzenia w mechanizmie niedokrwiennie – niedotlenionym mięśnia sercowego wtórnym do zaburzeń hemodynamicznych we wstrząsie i współistniejących zmian miażdżycowych. W ocenie Sądu zebrany w niniejszej sprawie materiał dowodowy nie pozwala na wskazanie jednej, konkretnej przyczyny śmierci syna powódki. Przypadek M. R. (1) pod względem diagnostycznym i terapeutycznym był złożony, a do śmierci przyczyniła się

w dużym stopniu choroba na jaką cierpiał (cukrzyca) i skutki jakie poczyniła ona w jego organizmie (zmiany miażdżycowe).

Wyjaśnwszy powyższe, w dalszej części należało odnieść się do kwestii ropnia i oceny zastosowanego leczenia. Jak wynika z zapisów dokumentacji medycznej M. R. (1) zgłosił się w dniu 11 maja 2015 roku na Szpitalny Oddział Ratunkowy, skarżąc się na występujący od trzech tygodni, narastający ból pośladka lewego z promieniowaniem do lewej kończyny dolnej. Na (...) zlecono m.in. konsultację chirurgiczną. Chirurg R. L. rozpoznał naciek zapalny pośladka bez cech ropnia i nie stwierdził wskazań do interwencji chirurgicznej. W trakcie hospitalizacji na Oddziale Chorób Wewnętrznych podano pacjentowi antybiotyk D. 3 x 600 mg i zlecono w dniu 12 maja 2015r. badanie mikrobiologiczne. Wyniki tego badania otrzymano w dniu 15 maja 2015r., a więc już po śmierci M. R. (1). Jak wynika z dokumentacji medycznej w warunkach tlenowych wyhodowano gronkowca (S. Aureus). W dniu 12 maja 2015 roku lekarz dyżurny stwierdził u pacjenta ból i formujący się ropień pośladka lewego, zaś w dniu następnym (badanie z godz. 9:30) lekarz odnotował, iż naciek na pośladku schodzi na dół do stawu biodrowego. Pacjent nie zgodził się na poddanie się badaniu TK pośladka, a kilka godzin później zmarł. Przy ocenie prawidłowości postępowania lekarzy w zakresie diagnostyki i leczenia ropnia, Sąd oparł się przede wszystkim na dowodzie z opinii biegłych z zakresu chirurgii ogólnej i medycyny sądowej. Z przedstawionej Sądowi opinii wynika, że lekarze udzielający synowi powódki świadczeń medycznych nie dopuścili się błędu medycznego przy leczeniu stanu zapalnego pośladka. Odnośnie konsultacji chirurgicznej z dnia 11 maja 2015 roku, biegły A. K. (2) wskazał, że naciek zapalny – jaki rozpoznał lekarz konsultant – nie kwalifikował się do nacięcia, co oznacza, że w dniu zgłoszenia się pacjenta na (...) nie było podstaw do skierowania go na Oddział Chirurgiczny. Naciek zapalny wymaga jedynie obserwacji i dopiero po wyrównaniu poziomów cukru w surowicy krwi, stwierdzeniu cech chełbotania i powstania w miejscu nacieku ropnia istnieją wskazania do jego nacięcia i drenażu. O prawidłowości postępowania diagnostycznego świadczy również opinia sądowno – lekarska sporządzona w toku postępowania przygotowawczego prowadzonego pod nadzorem Prokuratora Prokuratury Rejonowej w Gdyni. Jak wskazano w treści tej opinii nie było wskazań do pilnego przekazania pacjenta z (...) na inny oddział, w szczególności na Oddział Chirurgiczny, gdyż pacjent był wydolny krążeniowo i oddechowo. Nadto, decyzja o przekazaniu pacjenta na Oddział Wewnętrzny również nie była niewłaściwa, skoro istniała przejściowo potrzeba wdrożenia antybiotykoterapii, wyrównania niedoborów płynów, normalizacji glikemii. Zatem postępowanie lek. R. L. należało uznać za prawidłowe w świetle zasad sztuki lekarskiej. Zdaniem biegłego w przypadku M. R. (1) nie było wskazań do przeprowadzenia badania obrazowego nacieku zapalnego. Jak wyjaśnił A. K. (2) podstawowym badaniem w przypadku ropnia jest badanie kliniczne, w którym ocenia się rozległość,

wygórowanie zmiany patologicznej i chębotanie. Jeśli natomiast chodzi o ocenę zastosowanej antybiotykoterapii, to biegły wskazał, że antybiotyk celowany mógł być zastosowany dopiero po uzyskaniu wyników posiewu. Próbkę na badanie mikrobiologiczne zostały od pacjenta pobrane niezwłocznie, tj. w dniu 12 maja 2015 roku. Wyniki posiewu otrzymuje się dopiero po kilku dniach (w niniejszym przypadku otrzymano je już po śmierci pacjenta). Jednocześnie, biegły zwrócił uwagę, że zastosowano antybiotyk pierwszego rzutu (D.). W opinii sądowno – lekarskiej sporządzonej dla potrzeb postępowania karnego stwierdzono, że niezastosowanie antybiotykoterapii szerokopasmowej do czasu uzyskania wyników posiewów nie miało wpływu na przebieg zachorowania M. R. (1). W przedmiotowej opinii również za prawidłowe uznano diagnostykę i przebieg leczenia nacieku zapalnego (posiewy, antybiotykoterapia, skierowanie na badanie TK poślodka, którego wobec braku zgody pacjenta nie wykonano). Brak zgody pacjenta na badanie TK uniemożliwił ocenę anatomicznej lokalizacji i rozległości ropnia, koniecznej do wykonania interwencji chirurgicznej tj. drenażu. Podkreślić należy, iż zgodnie z art. 16 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2022 r. poz. 1876) pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu informacji w zakresie określonym w art. 9. Skoro M. R. (1) był osobą pełnoletnią, nie ubezwłasnowolnioną i zdolną do świadomego wyrażenia zgody to nie mogły znaleźć zastosowania przepisy dotyczące zgody zastępczej lub kumulatywnej. Innymi słowy, należało uszanować wolę pacjenta.

Kolejną wskazywaną przez powódkę nieprawidłowością miało być podanie M. R. (1) leku o nazwie L.. Jak wynika z dokumentacji medycznej w dniu 12 maja 2015r. lekarz dyżurny na Oddziale Chorób Wewnętrznych zlecił podanie M. R. (1) leku o tej nazwie w dawce 0,25 mg/h. Powodem podania tego leku był niski poziom ciśnienia tętniczego, mimo nawodnienia. W dwóch kolejnych pomiarach uzyskano bowiem wyniki RR 80/50, następnie 95/50. Po podaniu tego leku stwierdzono u pacjenta skok ciśnienia RR do 210/90 z bólem w klatce piersiowej. Pomiar ciśnienia tętniczego kilka razy w ciągu 5 min wykazał powrót RR do stanu prawidłowego 120/80. Z zapisów dokumentacji medycznej wynika, że po powrocie ciśnienia do prawidłowego poziomu, nie aplikowano już choremu L.. Biegła diabetolog wskazała, że w przypadku M. R. (1) zastosowanie L. nie było błędem, albowiem w przypadku spadku ciśnienia lek ten winien być stosowany w pierwszej kolejności. Z opinii wydanej z kolei przez biegłego chirurga wynika, że wskazany lek ma krótkotrwałe działanie i nie mógł spowodować śmierci pacjenta w dniu następnym. Jednocześnie, biegły zaznaczył, że tenże lek nie koliduje z insuliną. W świetle opinii biegłych należało zatem uznać, że zastosowanie leku L. nie było błędem medycznym. Dodatkowo, należy zauważyć, że również biegli opiniujący na potrzeby postępowania karnego nie dopatrzyli się żadnych nieprawidłowości w podaniu wyżej wskazanego leku. Jak bowiem podano w treści przedmiotowej opinii wzrost ciśnienia (najpewniej krótkotrwały) nie spowodował powikłań i uchwytnych negatywnych skutków zdrowotnych. Odnośnie formułowanych przez powódkę zarzutów co do braku monitorowania ciśnienia krwi u pacjenta przy pomocy aparatury monitorującej, biegła M. T. (1) wskazała, że najczęściej używa się do tego monitora rejestrującego czynność serca, choć biegły chirurg wyjaśnił, że taki monitoring można przeprowadzić także przy pomocy mankietu do pomiaru ciśnienia tętniczego, bądź poprzez przyłożenie palca do tętnicy promieniowej lub szyjnej. Nie ma zatem bezwzględnych wskazań do podłączenia pacjenta do aparatury monitorującej stan pacjenta.

W kontekście podnoszonych przez stronę powodową zarzutów należy także odnieść się do kwestii prawidłowości procesu diagnostyczno – terapeutycznego w czasie wcześniejszych pobytów M. R. (1) na (...) i oddziale urologicznym. Ustalenia w tym zakresie Sąd oparł przede wszystkim na dowodzie z opinii biegłych sądowych, którzy w sposób kompleksowy dokonali oceny przebiegu diagnostyki i leczenia pod kątem wiedzy medycznej i zasad sztuki lekarskiej. W świetle opinii biegłych jednak nie sposób dopatrzeć się w postępowaniu diagnostycznym i terapeutycznym nieprawidłowości, a w szczególności błędu medycznego. Odnośnie hospitalizacji w okresie od 25-30 marca 2015 roku, to biegli zgodnie wskazali, że lekarze udzielający M. R. (1) prawidłowo postawili prawidłową diagnozę, a następnie podjęli właściwe leczenie. Jak wynika z przedstawionej dokumentacji medycznej M. R. (1) zgłosił się na (...) z powodu stanów podgorączkowych, uczucia parcia na mocz i bólu w prawej okolicy lędźwiowej. Na (...) zebrano wywiad chorobowy, wykonano badanie fizykalne, wykonano oznaczenie parametrów życiowych układów ważnych dla życia, zastosowano płyny, środki rozkurczowe i przeciwbólowe, zlecono badania laboratoryjne i obrazowe, a po konsultacji skierowano pacjenta na oddział urologii z rozpoznaniem złogu w miednicznym odcinku moczowodu prawego, bloku nerki prawej, roponercza prawostronnego, kolki nerkowej prawostronnej i gorączki. Zdaniem biegłego z zakresu

medycyny ratunkowej podjęte na (...) czynności diagnostyczno – terapeutyczne doprowadziły do postawienia prawidłowej diagnozy, a podane leki ustabilizowały stan kliniczny pacjenta. Z kolei, w trakcie hospitalizacji na oddziale urologii poddano M. R. (1) zabiegowi wykonanemu techniką endoskopową (...) (rozkruszenie złoju), nadto do leczenia włączono antybiotykoterapię empiryczną i pobrano posiewy, z których wyhodowano gronkowce. Skuteczność antybiotykoterapii empirycznej została potwierdzona badaniem bakteriologicznym. Ponadto, dokonywano 3-4 razy dziennie pomiarów glikemii, podawano insulinę w algorytmie wielokrotnych wstrzyknięć w dawkach zależnych od stwierdzonego poziomu glikemii, podawano płyny infuzyjne, leki przeciwbólowe i rozkurczowe. Po konsultacji internistycznej i normalizacji poziomów cukrów oraz (...) pacjent został wypisany do domu w stanie ogólnym dobrym z zaleceniem kontynuacji leczenia w poradni urologicznej i przyjmowania zapisanych leków (C.). Z opinii biegłych wynika, że wszystkie czynności wykonane podczas hospitalizacji M. R. (1) na (...) i oddziale urologii zostały przeprowadzone prawidłowo, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną.

Żadnych nieprawidłowości Sąd nie doszukał się także przy udzielaniu M. R. (1) świadczeń medycznych na (...) w dniu 22 kwietnia 2015 roku. Jak wynika z zapisów dokumentacji medycznej tego dnia syn powódki zgłosił się do placówki medycznej prowadzonej przez pozwanego, skarżąc się na ból okolicy nerki lewej. Na (...) wykonano badanie fizykalne, zebrano wywiad chorobowy, zmierzono parametry życiowe, wykonano badania laboratoryjne i obrazowe (USG brzucha). Wskutek podjętych czynności postawiono diagnozę wstępną (kolka nerkowa) i podano pacjentowi płyny, leki rozkurczowe i przeciwbólowe. Chirurg postawił ostateczną diagnozę w postaci stanu po litotrypsji prawostronnej i zakażenia układu moczowego. Po konsultacji urologicznej M. R. (1) został wypisany do domu z zaleceniem dalszego leczenia ambulatoryjnego w POZ. Jak wskazał biegły z zakresu medycyny ratunkowej w toku postępowania diagnostyczno – terapeutycznego prowadzonego na (...) w dniu 22 kwietnia 2015r. nie dopuszczono się żadnych nieprawidłowości, ani tym bardziej błędu medycznego. Jak zasygnalizowano już powyżej, podczas pobytu na (...) w dniu 22 kwietnia 2015 roku nie było wskazań do podjęcia leczenia stanu zapalnego na pośladku. Skoro w dniu 11 maja 2015 roku stwierdzono u M. R. (1) jedynie naciek zapalny na pośladku, który nie kwalifikował się do nacięcia, to tym bardziej podczas wcześniejszej wizyty na (...) o takich wskazaniach nie mogło być mowy.

Na koniec należy zauważyć, że ani postępowanie wyjaśniające prowadzone przez Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w G. ani też postępowanie przygotowawcze prowadzone przez Komendę Miejską Policji w G. pod nadzorem prokuratora Prokuratury Rejonowej w Gdyni nie dały żadnych podstaw do postawienia lekarzom zatrudnionym u pozwanego zarzutu popełnienia błędu medycznego podczas udzielania świadczeń medycznych M. R. (1). W tym stanie rzeczy bezprzedmiotowe pozostaje dokonywanie ustaleń w zakresie rozmiaru poniesionej przez powódkę szkody niemajątkowej.

Mając powyższe na względzie, na podstawie art. 446 § 4 kc w zw. z art. 415 kc i art. 430 kc a contrario Sąd oddalił powództwo.

Na podstawie art. 102 kpc Sąd odstąpił od obciążania powódki kosztami procesu. Sąd miał bowiem na względzie, że jest ona osobą w podeszłym wieku, schorowaną, posiadającą niskie dochody, którą w całości przeznaczają na zaspokajanie swoich potrzeb związanych z bieżącym utrzymaniem. W tych okolicznościach Sąd uznał, że sytuacja powódki wyczerpuje znamiona wypadku szczególnie uzasadnionego w rozumieniu art. 102 kpc.

Ponadto, na mocy art. 29 ust. 2 ustawy z dnia 26 maja 1982 r. - Prawo o adwokaturze Sąd przyznał ze Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego w Gdyni na rzecz adwokata N. K. kwotę 4.428 zł z tytułu zwrotu kosztów pomocy prawnej udzielonej pozwanej z urzędu, na co składa się opłata w stawce minimalnej w kwocie 3.600 zł, powiększona o podatek VAT w aktualnie obowiązującej stawce 23 %. Rozstrzygając o kosztach nieopłaconej pomocy prawnej Sąd miał na względzie pogląd prawny zawarty w wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 23 kwietnia 2020 r. SK 66/19, a także postanowieniu Sądu Najwyższego z dnia 5 listopada 2020 r., II UK 292/19, LEX nr 3075358, postanowieniu Sądu Najwyższego z dnia 25 maja 2020 r., III CSK 303/19, LEX nr 3032493.

Na podstawie art. 113 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych koszty opinii biegłych, ponad wpłaconą zaliczkę, przejmuje na rachunek Skarbu Państwa - Sądu Rejonowego w Gdyni, z uwagi na brak podstaw do obciążania nimi pozwanego, który wygrał niniejszy spór i wobec odstąpienia od obciążania powódki kosztami procesu.