

Sygn. I C 251/16

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 9 marca 2020 r.

Sąd Okręgowy w Słupsku I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący:	Sędzia (del.) Joanna Krzyżanowska
Protokolant:	Stażysta Dominik Dydowicz

po rozpoznaniu w dniu 9 marca 2020 r. w Słupsku

na rozprawie

sprawy z powództwa W. M.

przeciwko Szpitalowi (...) im. (...) Ł. w C. przy udziale interwenientów ubocznych Z. O. i Z. S.

o zadośćuczynienie, odszkodowanie i rentę

1. oddała powództwo;
2. nie obciąża powoda kosztami postępowania.

Na oryginale właściwy podpis.

Sygn akt I C 251/16

UZASADNIENIE

Powód – W. M. wniósł przeciwko pozwanemu Szpitalowi (...) im. (...) K. Ł. w C. pozew o zapłatę 800.000 zł tytułem zadośćuczynienia wraz z odsetkami ustawowymi od dnia 9 stycznia 2014 r. do dnia zapłaty; 280.000 zł tytułem odszkodowania; 150.000 zł tytułem wyłożenia z góry sumy potrzebnej na koszty leczenia; 10.000 zł miesięcznie tytułem renty z racji zwiększonych potrzeb oraz zwiększenia się widoków na przyszłość; 2.500 zł miesięcznie tytułem renty za całkowitą niezdolność do pracy zarobkowej. Na uzasadnienie powód wskazał, że w dniu 21 marca 2011 r. udał się do lekarza pierwszego kontaktu z powodu wysokiej gorączki. Lekarz przepisał mu antybiotyk K.. Tego samego dnia wykonano też powodowi RTG klatki piersiowej, które jednak nie wykazało zmian. Mimo leczenia objawy utrzymywały się, toteż W. M. dwa dni później zgłosił się ponownie do lekarza, a ten skierował go do szpitala w C.. W szpitalu lekarz M. G. po konsultacji z laryngologiem K. Ż. zbadali powoda, wykonali morfologię krwi, RTG zatok, które nie wykazało zmian. Stwierdzono ostre zapalenie gardła, próchnicę zębów. Przepisano antybiotyk (...) i wypisano pacjenta do domu. Dwa dni później chory ponownie zgłosił się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, który zlecił badania krwi i włączył B.. W dniu 25 marca 2011 r. W. M. zaczął odczuwać silne nietypowe dolegliwości bólowe po lewej stronie klatki piersiowej z uczuciem duszności i silnymi potami. Objawy powtórzyły się na drugi dzień w godzinach wieczornych i wówczas żona powoda wezwała pogotowie. Lekarz pogotowia podał choremu (...) i (...) po czym pacjent poczuł się lepiej, a lekarz zostawił pacjenta

w domu. Zdaniem powoda postępowanie lekarza było nieprawidłowe – należało go przewieźć do szpitala w celu poszerzonej diagnostyki. Gorączka nieco się zmniejszyła. Z uwagi jednak na ponowne dolegliwości w klatce piersiowej 28 marca 2011 r. W. M. ponownie zwrócił się do lekarza pierwszego kontaktu. Lekarz stwierdził szmer skurczowy nad sercem i wystawił skierowanie do szpitala z rozpoznaniem podejrzenia (...) oraz zapalenia (...). Tego samego dnia powód zgłosił się do szpitala na oddział kardiologiczny gdzie przebywał do 31 marca 2011 r. W badaniu przy przyjęciu opisano m.in. wybroczyny pod paznokciami palców rąk. Pacjentowi wykonano szereg badań oraz odstawiono antybiotykoterapię. Zaplanowano posiewy po trzydobowej przerwie. Początkowo gorączki nie obserwowano, jednak w godzinach wieczornych 29 marca 2011 r. stwierdzono u powoda podwyższoną temperaturę ciała, podobnie jak następnego dnia. Pacjentowi podano leki przeciwgorączkowe. Mimo to gorączka się utrzymywała. Powód twierdził, że odstawienie antybiotykoterapii było działaniem nieprawidłowym, podobnie jak oczekiwanie trzy doby po odstawieniu na pobranie posiewów. W dniu 30 marca 2011 r. u powoda ponownie pojawiła się gorączka. Stosowano leczenie objawowe. Od godzin rannych 31 marca 2011 r. nastąpiło znaczne pogorszenie stanu zdrowia W. M. z utratą przytomności oraz nieprawidłowościami w badaniu neurologicznym. Po konsultacji powoda przeniesiono do oddziału anestezjologii i intensywnej terapii. Zlecono wykonanie rezonansu magnetycznego głowy, który pozwolił stwierdzić zmiany chorobowe w ośrodkowym układzie nerwowym. Pobrano posiewy krwi i płynu mózgowo – rdzeniowego i włączono antybiotykoterapię. Na podstawie badania echo serca stwierdzono zapalenie (...), a wykonana tomografia głowy wykazała zmiany niedokrwienne w mózgu powoda. Posiew krwi wykazał obecność gronkowca złocistego. W tymże oddziale powód był leczony do 19 kwietnia 2011 r. Pacjenta zaintubowano, wdrożono respiratoroterapię, kontynuowano antybiotykoterapię. Na podstawie wykonanych badań stwierdzono rozsiane zmiany niedokrwienne (...) oraz wegetację na zastawce mitralnej. Stan neurologiczny i ogólny powoda poprawił się, uzyskano obniżenie parametrów stanu zapalnego. W dniu 7 kwietnia 2011 r. pacjenta wydolnego oddechowo, stabilnego krążeniowo choć bez kontaktu logicznego odłączono od respiratora. Z uwagi jednak na brak ewidentnej poprawy stanu neurologicznego i celem pielęgnacji dróg oddechowych w dniu 12 kwietnia 2011 r. wykonano tracheostomię. W dniu przekazania pacjenta 19 kwietnia 2011 r. do oddziału kardiologicznego celem dalszego leczenia, był on przytomny z niedowładem czterokończynowym, okresowo spełniał proste polecenia, oddychał samodzielnie przez rurkę tracheostomijną, był żywiony przez sondę, nie gorączkował. Na oddziale kardiologicznym powód przebywał do 18 maja 2011 r. Podczas pobytu stwierdzono zapalenie płuc – wówczas zmodyfikowano antybiotykoterapię. Obserwowano napady drgawkowe – po konsultacji neurologicznej i wdrożonym leczeniu uzyskano poprawę. W czasie pobytu wykonano powodowi ekstrakcję licznych próchnicowo zmienionych zębów. Po zastosowaniu leczenia stan powoda ustabilizował się. W dniu 18 maja 2011 r. powoda przeniesiono do Szpitala (...) w K.. Tam, po zastosowanym leczeniu usprawniającym uzyskano niewielką poprawę stanu neurologicznego. W dniu 15 lipca 2011 r. chory niezdolny do samodzielnej egzystencji został wypisany pod opiekę rodziny. Wystawiono jednocześnie zlecenie na wózek inwalidzki ze stabilizacją głowy, poduszkę przeciwoleżynową, materac przeciwoleżynowy oraz pieluchomajtki. Zalecono dalszą opiekę w poradni neurologicznej i kardiologicznej, przepisano zażywanie licznych leków. Powód ze względu na swój stan zdrowia zmuszony był do kolejnych pobytów w szpitalach celem leczenia następstw doznanej szkody na przestrzeni 2011 i 2012 r. Powód podkreślił w pozwie, że pogorszenie jego stanu zdrowia było skutkiem rozwijającego się zapalenia wsierdza z następowymi zatorami do ośrodkowego układu nerwowego skutkującymi zmianami niedokrwieniami mózgu. Te zmiany spowodowały ciężkie uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego, skutkujące ostatecznie brakiem kontaktu z chorym i niedowładem czterokończynowym. Poza tym u powoda rozpoznano padaczkę wieloogniskową, zmiany niedokrwienne mózgu na podłożu bakteryjnym, stan po zapaleniu wsierdza, odleżyny, chorobę zwyrodnieniową kręgosłupa. W. M. reaguje jedynie na intonację głosu i dotyk. Nie wykonuje prawie żadnych samodzielnych ruchów. Z całą pewnością można przewidzieć, że chory nigdy nie osiągnie zdolności samodzielnego poruszania się, spożywania posiłków, nigdy już nie będzie zdolny do samodzielnej egzystencji. Złe są także rokowania co do poprawy funkcji psychicznych. Powód argumentował, że w chwili zdarzenia był osobą młodą, pracującą, w pełni sił witalnych i możliwości zawodowych. Funkcjonował zadowolająco w życiu rodzinnym, osobistym i zawodowym. Realizował się jako mąż, ojciec, pracownik. Miał znaczący wkład do rodzinnego budżetu. Taki stan mógłby trwać jeszcze przez kilkadziesiąt lat gdyby nie zawinione działanie personelu pozwanego. Uszkodzenie (...) stanowi bezpośrednio jedynie część obciążeń, niemniej groźne są natomiast powikłania. Powód przez całe życie będzie potrzebował oprócz leków i rehabilitacji także ciągłej opieki innych osób.

Jako podstawę żądań powód powołał art. 444 § 1 i 2 kc oraz art. 445 § 1 kc. Przedstawił także szeroką argumentację związaną z zakresem doznanej krzywdy, dolegliwościami bólowymi, cierpieniami psychicznymi oraz potrzebami materialnymi obecnie i w przyszłości. Powód został ubezwłasnowolniony całkowicie a jego opiekunem ustanowiono żonę – H. M.. W. M. poparł swoje wywody obszernymi cytatami z aktualnego orzecznictwa sądów.

Pozwany – Szpital (...) im. (...) K. Ł. w C. wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie kosztów postępowania. Na uzasadnienie wskazał przy tym, że nie zaprzecza zasadności roszczenia co do zasady ani co do wysokości. Nie uznał natomiast zarzutów powoda nienależytego wykonania przez szpital usługi medycznej poprzez nienależyte wykonanie obowiązków przez lekarzy prowadzących leczenie powoda, niepodejmowanie przez lekarzy we właściwym momencie decyzji, czy niedochowania staranności przy świadczeniu usług medycznych. Zaprzeczył także nie znajdującemu poparcia w dokumentacji medycznej stwierdzeniu jakoby szpitalowi można było zarzucić błędy medyczne popełnione z jego winy, które spowodowały ciężkie uszkodzenie ciała i rozstrój zdrowia powoda. Pozwany podniósł, że podczas udzielania powodowi świadczeń medycznych przestrzegane były ustalone standardy oraz stosowane były procedury medyczne adekwatne do stwierdzonego przez lekarzy podczas badań aktualnego stanu zdrowia pacjenta. Również wyniki badań powoda po przyjęciu do szpitala 28 marca 2011 r. nie dawały podstaw do jednoznacznej diagnozy – infekcyjnego zapalenia wsierdza; wręcz przeciwnie – stan zdrowia pacjenta stanowił podstawę do podjęcia działań, w tym diagnostyki różnicowej, w kierunku ustalenia przyczyny objawów stwierdzonych u pacjenta po przyjęciu do szpitala. Działania lekarzy podejmowane w celu postawienia diagnozy były konieczne i prawidłowe na każdym z etapów hospitalizacji. Nie miała miejsca również jakakolwiek opieszałość czy opóźnienie w podejmowaniu decyzji czy czynności medycznych. Lekarze w sposób zgodny z obowiązującymi zasadami i przy zachowaniu najwyższej staranności przeprowadzali badania fizykalne, wywiad lekarski, badania diagnostyczne, obserwacje i diagnozy. Świadczenia medyczne udzielane były powodowi zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej dostępnymi szpitalowi metodami i środkami rozpoznawania i leczenia chorób zgodnie z zasadami etyki zawodowej i należytą starannością. Pozwany zakwestionował cytowaną przez powoda opinię biegłego sporządzoną w postępowaniu karnym i wskazał, że nie zgadza się z tezą o konieczności przyjęcia powoda do szpitala 23 marca 2011 r. Z dokumentacji medycznej wynika bowiem, że u powoda rozpoznano ostre zapalenie gardła i zaawansowaną próchnicę zębów, zasięgnięto konsultacji laryngologicznej i zastosowano prawidłowe leczenie rozpoznanej choroby. To samo dotyczy, zdaniem pozwanego, wizyty lekarza pogotowia ratunkowego 26 marca 2011 r. Wg pozwanego nadużyciem jest wskazanie, że chorego należało przewieźć do szpitala celem diagnostyki utrzymującej się gorączki i dolegliwości w klatce piersiowej, przy rozpoznaniu infekcji gardła i stosowanym leczeniu antybiotykiem, braku gorączki w czasie wizyty oraz okresowym kluciem w lewym boku, które ustąpiło po podaniu (...). Odnośnie zarzutu przerwania w szpitalu antybiotykoterapii i wykonania posiewów pozwany powołał się na Wytyczne (...) Towarzystwa (...) z 2009 r. opublikowane w *Kardiologii Polskiej* z 2010 r., z których wynika, że u pacjentów, którzy z powodu niewyjaśnionej gorączki dostali antybiotyk zanim zostały pobrane jakiegokolwiek posiewy krwi, a u których rozpoznanie (...) nie było brane pod uwagę, posiewy mogą pozostawać ujemne przez wiele dni. Oczywiście wydaje się konieczność pobrania posiewów przed włączeniem antybiotykoterapii. W wytycznych podkreślono natomiast znaczenie właściwej antybiotykoterapii, gdyż w zależności od rodzaju bakterii, względnie grzybów powodujących (...) stosuje się różne celowane antybiotyki. W przypadku W. M. wobec zaawansowanej próchnicy zębów i utrzymującej się infekcji gardła o wywołanie (...) należało zgodnie z wytycznymi podejrzewać paciorkowce, a nie gronkowca złocistego, który wywołał tę chorobę w rzeczywistości. Dlatego postępowanie lekarzy, którzy wobec prawidłowej temperatury ciała pacjenta zdecydowali o odstawieniu antybiotyku i wykonaniu posiewu było jak najbardziej prawidłowe i zgodne ze sztuką lekarską. Co do przyczyny wieloogniskowego uszkodzenia mózgu, udaru pnia mózgu i mózdzku, którą był zator w mózgu pozwany wyjaśnił, że zatory są jednym z objawów chorobowych występujących w przebiegu infekcyjnego zapalenia wsierdza i dotyczą 25- 50% przypadków. Powołane wcześniej wytyczne wskazują, że ryzyko wystąpienia nowego epizodu zatorowego jest najwyższe w pierwszych dniach po rozpoczęciu antybiotykoterapii i maleje gwałtownie w dalszym okresie, zwłaszcza po dwóch tygodniach. Dlatego podkreślono znaczącą rolę właściwej antybiotykoterapii możliwej dopiero po ustaleniu jaki drobnoustrój wywołał (...). Pozwany szpital wskazał także, że jego personel udzielał żonie powoda daleko idących rad i pomocy zarówno w zakresie uprawnień do otrzymywania świadczeń z NFZ i innych instytucji jak i prowadzenia jego rehabilitacji. Szpital w C. zakwestionował także część

przedstawionych przez powoda faktur mających udokumentować jego wydatki na leczenie. Wskazał, że nie mają one związku z dolegliwościami powoda lub nie były przeznaczone dla niego. Z ostrożności procesowej pozwany zarzucił, że roszczenia powoda są rażąco wygórowane.

Pozwany w odpowiedzi na pozew wniósł także o przyznanie (...) Spółki Akcyjnej w W. argumentując, że zawarł z przypozwanym umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w związku z prowadzoną działalnością w zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz A. N., M. N., Z. S. i Z. O. – lekarzy uczestniczących w procesie leczenia powoda.

(...) Spółka Akcyjna w W., A. N. i M. N. nie wystąpili z interwencją uboczną.

Z interwencją uboczną po stronie pozwanej wystąpili natomiast lekarze Z. S. i Z. O., którzy co do zasady poparli argumentację pozwanego.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

W. M. dnia 16 marca 2011 r. zaczął gorączkować do 40 °C. Przyjmował leki oraz posiadany w domu antybiotyk A. przez pięć dni. Odczuwał osłabienie, zlewne poty, bóle głowy i brak apetytu. Wciąż nawracała gorączka. Dnia 21 marca 2011 r. zgłosił się do lekarza rodzinnego A. G., który stwierdził stan zapalny gardła i przepisał choremu K. oraz N.. Tego samego dnia wykonano RTG klatki piersiowej, które nie wykazało zmian.

(dowód: zeznania H. M. - k. 1165v – 1168, zeznania A. G. - k. 871-872v, dokumentacja medyczna w aktach sprawy)

Dwa dni później, 23 marca 2011 r., pacjent ponownie zgłosił się do lekarza POZ, który wystawił mu skierowanie do szpitala na oddział wewnętrzny, z którym W. M. zgłosił się do Szpitala (...) w C.. W izbie przyjęć lekarze M. G. (internista) i K. Ż. (laryngolog) zbadali pacjenta. Wykonano morfologię krwi oraz RTG zatok, w których nie stwierdzono istotnych odchyłeń od stanu prawidłowego. Laryngolog stwierdził zapalenie gardła i próchnicę zębów, choremu przepisano D. C. , płukanie gardła roztworem wody utlenionej i zalecono leczenie stomatologiczne, a następnie po obserwacji wypisano do domu ze względu na brak wskazań do hospitalizacji.

(dowód: zeznania M. G. - k. 873v-874v, zeznania K. Ż. - k. 878v – 879v, częściowo zeznania H. M. - k. 1165v – 1168, opinia (...) w B. – k. 1594-1779, wnioski opinii k. 1764-1779, dokumentacja medyczna)

Kolejnego dnia (24 marca 2011 r.) W. M. ponownie zgłosił się do lekarza POZ, który zlecił (...) (wynik podwyższony), badanie moczu i czynnika reumatoidalnego (wyniki prawidłowe). Przepisał także B.. Lekarz zlecił posiew krwi, który jednak nie został wykonany. Chory nadal skarżył się na zlewne poty, gorączkę oraz zaczął odczuwać kłujące bóle w klatce piersiowej, które utrudniały oddychanie.

(dowód: zeznania A. G. - k. 871-872v, dokumentacja medyczna w aktach sprawy)

Dnia 26 marca 2011 r. z uwagi na duszność i bóle w klatce piersiowej do domu chorego kilka minut przed godz. 22.00 zostało wezwane pogotowie. Po zbadaniu W. M. podano K. i R. i pozostawiono go w domu z zaleceniami dalszego leczenia ambulatoryjnego. Ból w klatce piersiowej i duszności były wskazaniem do pogłębienia diagnostyki w szpitalu. Zespół karetki pogotowia nie wypełnił też karty medycznych czynności ratunkowych. Działania nieprawidłowe nie miały jednak najprawdopodobniej wpływu na pogorszenie stanu zdrowia pacjenta.

(dowód: zeznania Z. S. - k. 874v-875v, zeznania R. O. - k. 1169-1170, zeznania R. L. (1) - k. 1354v-1355v, częściowo zeznania H. M. - k. 1165v – 1168, karta zlecenia wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego i karta medycznych czynności ratunkowych – k. 1574, opinia (...) w B. – k. 1594-1779, wnioski opinii k. 1764-1779)

Z uwagi na ponowne dolegliwości w klatce piersiowej pacjent zgłosił się 28 marca 2011 r. do lekarza rodzinnego. Lekarz stwierdził w badaniu obecność szmeru skurczowego w sercu, a następie z podejrzeniem infekcyjnego zapalenia wsierdzia i sepsy oraz napadowych bólów za mostkiem ponownie skierował W. M. do Szpitala (...) w C..

(dowód: zeznania H. M. - k. 1165v – 1168, zeznania A. G. - k. 871-872v, dokumentacja medyczna zgromadzona w aktach)

Tego samego dnia pacjent zgłosił się do szpitala i został przyjęty na oddział kardiologiczny. W dniu przyjęcia stan ogólny chorego oceniono jako dobry, nie gorączkujący, kontakt słowny zachowany, logiczny, orientacja nie zaburzona. W badaniu przedmiotowym stwierdzono m.in. wybroczyny pod płytkami paznokciowymi, głośny szmer skurczowy nad koniuszkiem serca. W badaniach laboratoryjnych stwierdzono umiarkowane podwyższenie (...). Odstawiono antybiotykoterapię celem wykonania posiewów krwi. W trakcie hospitalizacji chory gorączkował kilkakrotnie, zgłaszał osłabienie, poty, brak apetytu i sporadyczne wymioty. Na oddziale stosowano jedynie leczenie przeciwgorączkowe.

(dowód: zeznania J. J. - k. 881v-882, zeznania A. N. - k. 872v-873v, zeznania Z. O. - k. 1168-1169v, zeznania M. N. - k. 879v-881v, dokumentacja medyczna zgromadzona w aktach, opinia (...) w B. – k. 1594-1779, wnioski opinii k. 1764-1779)

W dniu 31 marca 2011 r. pacjent gorączkował do 39°C oraz pojawiły się zaburzenia świadomości i objawy ogniskowe uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego. Po konsultacji neurologicznej wstępnie rozpoznano neuroinfekcję. W wykonanych badaniach dodatkowych uwidoczniono zmiany typowe dla infekcyjnego zapalenia wsierdza. W wykonanych badaniach obrazowych mózgowia stwierdzono rozsiane ogniska niedokrwienne, głównie w śródmózgowiu. W wynikach badań laboratoryjnych stwierdzono podwyższona leukocytozę oraz znacznie podwyższone (...). Tego samego dnia pobrano trzykrotnie posiewy krwi oraz płynu mózgowo-rdzeniowego, włączając następnie antybiotykoterapię empiryczną oraz leczenie przeciwobrzękowe.

(dowód: zeznania Z. O. - k. 1168-1169v, zeznania M. N. - k. 879v-881v, dokumentacja medyczna zgromadzona w aktach, opinia (...) w B. – k. 1594-1779, wnioski opinii k. 1764-1779)

Po konsultacjach W. M. przekazano do Oddziału Intensywnej Terapii Szpitala (...) w C., gdzie przebywał do 19 kwietnia 2011 r. Po uzyskaniu wyników posiewów została wdrożona celowana antybiotykoterapia, która była później modyfikowana. Neurologicznie stwierdzono objawy wielogniskowego uszkodzenia mózgu, m.in. niedowład wiotki czterech kończyn, głównie prawych oraz napady padaczkowe. Po wyrównaniu niewydolności oddechowej i odzyskaniu przez powoda przytomności chory został ponownie przeniesiony do Oddziału Kardiologii, gdzie przebywał do 18 maja 2011 r. Tam wykonano ekstrakcję próchniczych zębów.

(dowód: zeznania R. L. (2) - k. 1315 – 1316, zeznania Z. O. - k. 1168-1169v, zeznania M. N. - k. 879v-881v, dokumentacja medyczna zgromadzona w aktach, opinia (...) w B. – k. 1594-1779, wnioski opinii k. 1764-1779)

Następnie w szpitalu w K. kontynuowano rehabilitację, leczenie usprawniające. Po uzyskaniu niewielkiej poprawy stanu neurologicznego w postaci przystosowania chorego do wózka inwalidzkiego ze stabilizacją głowy, wypisano go w dniu 15 lipca 201 r. do domu celem kontynuowania rehabilitacji ambulatoryjnie. Stwierdzono, że jest niezdolny do samodzielnej egzystencji.

(dowód: zeznania H. M. - k. 1165v – 1168, zeznania T. M. - k. 868-869, zeznania G. J. - k. 869-870v, dokumentacja medyczna zgromadzona w aktach)

Przyczyną wystąpienia u W. M. przedmiotowych dolegliwości była infekcja bakteryjna, która rozwijała się najprawdopodobniej od wielu dni, rozpoczynając się jako infekcja górnych dróg oddechowych. Przy współistnieniu mnogich ognisk zapalnych pod postacią znacznej próchnicy w jamie ustnej doprowadziła do rozsiewu bakterii w organizmie powoda i do powstania infekcyjnego zapalenia wsierdza. W następstwie (...) doszło do wystąpienia powikłań zakrzepowo – zatorowych, wynikiem czego było niedokrwienie ośrodkowego układu nerwowego. Związany z tym udar mózgu jak i jego objawy: niedowład czterokończynowy, padaczka nie są związane z działaniami lekarzy.

(dowód: opinia (...) w B. – k. 1594-1779, wnioski opinii k. 1764-1779)

Sąd zważył co następuje:

Powództwo nie okazało się zasadne.

Podstawę do żądań powoda dawały art. 444 § 1 i 2 kc oraz art. 445 § 1 kc. Zgodnie z tymi przepisami w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu koszty. Na żądanie poszkodowanego zobowiązany do naprawienia szkody powinien wyłożyć z góry sumę potrzebną na koszty leczenia, a jeżeli poszkodowany stał się inwalidą, także sumę potrzebną na koszty przygotowania do innego zawodu. Jeżeli poszkodowany utracił całkowicie lub częściowo zdolność do pracy zarobkowej albo jeżeli zwiększyły się jego potrzeby lub zmniejszyły widoki powodzenia na przyszłość, może on żądać od zobowiązanego do naprawienia szkody odpowiedniej renty. W wypadkach przewidzianych w artykule poprzedzającym sąd może także przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.

Możliwość żądania odszkodowania i zadośćuczynienia na powyższej podstawie następuje jednak po stwierdzeniu zwykłych przesłanek odpowiedzialności sprawcy. Należą do nich: popełnienie bezprawnego czynu w sposób zawiniony, szkoda i związek przyczynowy pomiędzy czynem a szkodą.

Nie było sporne pomiędzy stronami, że powód doznał **szkody** (krzywdy), sporny był co najwyżej jej rozmiar. By jednak przejść do określenia rozmiaru szkody najpierw należało ocenić czy zachodzą pozostałe przesłanki odpowiedzialności pozwanego.

W ocenie Sądu zasad odpowiedzialności placówki medycznej za wywołanie uszczerbku na zdrowiu czy rozstroju zdrowia pacjenta w związku z podjętymi przez lekarzy i personel medyczny czynnościami leczniczymi należy upatrywać w treści art. 430 kc. Przepis ten statuuje odpowiedzialność z tytułu czynu niedozwolonego za szkody wyrządzone osobie trzeciej przez podwładnego z jego winy. Przyjęcie odpowiedzialności podmiotu leczniczego na podstawie powyższego przepisu wymaga więc uprzedniego stwierdzenia, iż jego pracownik wyrządził szkodę w sposób zawiniony i odpowiada z tego tytułu na zasadach ogólnych (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w W.z dnia 16 maja 2019 r. (...)).

Podstawowe dyrektywy postępowania lekarza wyznacza art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Pod ich kątem następuje badanie **bezprawności** oraz **zawinienia** lekarza w każdym wypadku powstania tzw. szkody medycznej (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 lutego 2010 r., w sprawie (...), opubl. w nr 10 OSP z 2012 r. pod poz. 95). Jeżeli więc zachowanie lekarza odbiega na niekorzyść od przyjętego, abstrakcyjnego wzorca postępowania, przemawia to za jego winą w razie wyrządzenia szkody. Wzorec jest budowany według obiektywnych kryteriów takiego poziomu fachowości, poniżej którego postępowanie danego lekarza należy ocenić negatywnie. Właściwy poziom fachowości wyznaczają kwalifikacje zawodowe (specjalizacja, stopień naukowy), posiadane doświadczenie, 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, 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).

Zawiniony czyn, dla przyjęcia odpowiedzialności sprawcy, musi być także bezprawny. Pojęcie bezprawności należy rozumieć szeroko jako sprzeczność z obowiązującym porządkiem prawnym, który obejmuje nie tylko ustawodawstwo, ale również obowiązujące w społeczeństwie zasady współzycia społecznego; wśród nich mieści się przeprowadzanie zabiegów operacyjnych zgodnie ze sztuką lekarską i z najwyższą starannością wymaganą od profesjonalistów w zakresie medycyny (tak SN wyroku z dnia 10 lutego 2010 r. w sprawie (...)).

Strona powodowa wywodziła swoje żądania z niewłaściwych jej zdaniem działań lekarzy, a w szczególności: odesłania powoda ze szpitala do domu w dniu 23 marca 2011 r., brak właściwych działań zespołu karetki pogotowia w dniu

25 marca 2011 r., odstawienie antybiotyków w dniu przyjęcia do szpitala 26 marca 2011 r., niewykonanie od razu posiewów krwi, brak leczenia od 26 do 31 marca 2011 r. W pierwszej kolejności zadaniem sądu było więc ustalenie czy i ewentualnie które z czynności podejmowanych przez personel medyczny były w istocie niewłaściwe (niezgodne z aktualnym stanem nauk medycznych i wymaganą od lekarza wiedzą i umiejętnościami), a tym samym – bezprawne. Wobec uznania, że do oceny podejmowanych przez lekarzy działań lub zaniechań niezbędna jest wiedza specjalna sąd dopuścił dowód z opinii instytutu.

Opinia wykonana przez (...) Medycyny w B. sporządzona została precyzyjnie, dokładnie i szczegółowo. Pomimo wysokiego stopnia skomplikowania jej wnioski sformułowano zrozumiale, jasno i logicznie. Biegli ustosunkowali się niezwykle obszernie i szczegółowo do formułowanych przez strony zarzutów, zarówno na piśmie jak i ustnie – na wideokonferencji, co pozwoliło na ostateczne podsumowanie wniosków i zastosowanie konkluzji do analizy skutkującej wydaniem wyroku.

Spośród wszystkich działań personelu medycznego Szpitala (...) w C. nieprawidłowe, a tym samym bezprawne, jako nie mające oparcia we współczesnej wiedzy medycznej, były jedynie dwa zaniechania: niewypełnienie karty medycznych czynności ratunkowych oraz brak decyzji o zabraniu W. M. do szpitala przez zespół karetki, celem wykonania pogłębionej diagnostyki.

Pierwsze z zaniechań miało w zasadzie jedynie wymiar techniczny. Nie ulega bowiem wątpliwości, że karta powinna zostać wypełniona, lecz nawet strona powodowa nie wiązała tego zaniechania z jakimkolwiek pogorszeniem sytuacji powoda. Stan pacjenta podczas wizyty lekarza pogotowia również nie był pomiędzy stronami sporny, a przebieg wizyty został ustalony na podstawie zeznań świadków. Pomimo więc obiektywnej bezprawności tego zaniechania (niewypełnienie karty pomimo obowiązku jej wypełnienia) brak było negatywnych następstw, a w szczególności związku przyczynowego pomiędzy tym zaniechaniem a doznaną przez powoda szkodą/krzywdą.

Drugie z zaniechań lekarza Z. S. było natomiast przedmiotem pogłębionej analizy tak stron, jak i powołanego do sporządzenia opinii Instytutu. Już w opinii głównej (...) Medycyny w B. wypowiedział się, że z dowodów zawartych w aktach (w tym z zeznań żony powoda) nie wynika by stan chorego pogorszył się pomiędzy wizytą pogotowia ratunkowego a zgłoszeniem do szpitala. Brak działań lekarza pogotowia nie miał więc wpływu na późniejsze pogorszenie stanu zdrowia powoda. Opinia uzupełniająca (k. 1897-1905, 1966-1973) podtrzymała pierwotne wnioski, a dodatkowo uszczegółowiła zagadnienie. Wynika z niej, że objawy w postaci bólu w klatce piersiowej i duszności wymagały weryfikacji badaniami w warunkach (...) w postaci EKG, troponiny, d-dimerów, echa serca. Ból w klatce piersiowej nie był natomiast wywołany infekcyjnym zapaleniem wsierdza. (...) nie daje specyficznych bólów w klatce piersiowej.

Post factum biegli ocenili jednak, że w dniu wizyty zespołu ratunkowego W. M. nie znalazł się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego po pozostawieniu go w domu. Można bowiem ocenić, że wykonane wówczas badanie EKG nie wykazałoby istotnych zmian (vide k. 1969), a z pewnością nie pozwoliłoby wykryć infekcyjnego zapalenia wsierdza (vide k. 1972).

Badanie troponiny ma znaczenie w diagnostyce ostrych zespołów wieńcowych. Jej wzrost świadczy o uszkodzeniu mięśnia sercowego.

Wzrost d-dimerów świadczy o procesie zakrzepowo-zatorowym w organizmie.

Objawy odczuwane przez chorego powinny skłonić lekarza zespołu ratownictwa medycznego do przewiezienia go do szpitala w celu pogłębionej diagnostyki. Ani objawy pacjenta ani wprost badania, które na podstawie tych objawów powinny być zlecone (EKG, troponina, d-dimery, echo serca) nie wskazywałyby bezpośrednio na (...), a na pewno nie pozwoliłyby na podjęcie leczenia tego schorzenia. Mogłyby co najwyżej wzbudzić podejrzenie i spowodować wcześniejszą o jeden - dwa dni (26-28 marca 2011 r.) decyzję o odstawieniu antybiotyku i tym samym – wcześniejsze o dwa dni wykonanie posiewów krwi. Tym samym pacjent otrzymałby antybiotyk wcześniej o dwa dni, ale działanie antybiotyku na powikłania zatorowo – zakrzepowe występuje dopiero po tygodniu. Dopiero po tym czasie istotnie

spada ryzyko wystąpienia powikłań zatorowo – zakrzepowych, które były przyczyną obecnego stanu powoda (vide: opinia ustna k. 2115 - 2118). U powoda do udaru doszło 31 marca 2011 r., tj. w trzeciej dobie po przyjęciu do szpitala. Przyjęcie go do szpitala 26/27 marca, odstawienie antybiotyku, pobranie posiewów i podanie antybiotyku o dwa dni wcześniej nadal nie dałoby możliwości podania antybiotyku tydzień wcześniej. Nie pozwoliłoby więc najprawdopodobniej uniknąć udaru.

Nawet gdyby więc uznać, że zaistniało w niniejszej sprawie bezprawne, zawinione zaniechanie lekarza Z. S., to jednak brak jest związku przyczynowego pomiędzy tym zaniechaniem, a doznany przez powoda udarem. Brak związku przyczynowego uniemożliwia zaś przypisanie lekarzowi, a tym samym pozwanemu szpitalowi odpowiedzialności za szkodę.

Żadne inne działania personelu medycznego pozwanego nie nosiły cech nieprawidłowości. Zwłaszcza zaś najdobitniej zarzucany przez powoda brak wykonania posiewów krwi w szpitalu 28 marca 2011 r. i odstawienie tego dnia antybiotyku. Przeciwnie – akurat te decyzje biegli uznali za najistotniejsze dla możliwości dalszego leczenia powoda i stanowiące podstawę celowanej, a więc skutecznej antybiotykoterapii.

Konkludując – przeprowadzone postępowanie dowodowe, a w szczególności obszerna i konsekwentna opinia biegłych nie pozwoliły na przypisanie pozwanemu odpowiedzialności za doznaną przez powoda szkodę/krzywdę.

Z uwagi na powyższe, na podstawie art. 430 kc a contrario należało orzec jak w punkcie 1 wyroku.

O kosztach orzeczono w punkcie 2 na podstawie art. 102 kpc. Sąd wziął pod uwagę ogromny rozmiar doznanej przez powoda krzywdy, ogrom odczuwanych cierpień i związane z tym głębokie subiektywne przekonanie o zasadności żądań. Dodatkowym argumentem była także sytuacja zdrowotna i finansowa powoda.

Na oryginale właściwy podpis.