

Sygn. akt I C 655/16

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 3 stycznia 2018r.

Sąd Okręgowy w Gdańsku I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący SSO Małgorzata Janicka

Protokolant st. sekr.sąd. Marzena Łebędkowska

po rozpoznaniu w dniu 20 grudnia 2017r.

na rozprawie w Gdańsku

sprawy z powództwa S. W.

przeciwko (...) spółce z ograniczoną odpowiedzialnością w G. , (...) Spółce Akcyjnej w W., (...) Stacji Pogotowia Ratunkowego w G. Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej

o zapłatę

I. Oddała powództwo,

II. Zasądza od powódki S. W. na rzecz pozwanego (...) Stacji Pogotowia Ratunkowego w G. Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej kwotę 7200zł (siedem tysięcy dwieście złotych) tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego,

III. Odstępuje od obciążania powódki kosztami postępowania w pozostałej części ,w tym kosztami zastępstwa procesowego na rzecz (...) Spółki z ograniczoną odpowiedzialnością w G. oraz (...) Spółki Akcyjnej w W..

1 **UZASADNIENIE**

Powód M. Ł. wniosła powództwo przeciwko SPZO Szpitalowi (...) w G., (...) S.A. w W., (...) Stacji Pogotowia Ratunkowego SPZOZ w G. o zasądzenie solidarnie od pozwanych na rzecz powódki kwoty 500.000 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty tytułem zadośćuczynienia za krzywdę spowodowaną uszkodzeniem ciała i rozstrojem zdrowia.

Jednocześnie wniosła o zasądzenie solidarnie od pozwanych na rzecz powódki kwoty 340.000 zł tytułem równowartości renty należnej za okres od dnia 28 kwietnia 2009 r. do dnia wniesienia pozwu wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty w związku ze zwiększonymi potrzebami w zakresie utrzymania spowodowanego uszkodzeniem ciała i rozstrojem zdrowia, a także o zasądzenie solidarnie od pozwanych na rzecz powódki kwoty 10.000 zł miesięcznie płatnej z góry do 10 tego dnia każdego miesiąca, począwszy od dnia wniesienia pozwu do dnia wniesienia pozwu tytułem renty za zwiększenie potrzeb w zakresie utrzymania spowodowanego uszkodzeniem ciała i rozstrojem zdrowia.

Domagała się także zasądzenia solidarnie od pozwanych na rzecz powódki kosztów postępowania.

W uzasadnieniu wskazała, że w dniu 27 kwietnia 2009 r. zaszła. Nieprawidłowo postawiona diagnoza i czynności podjęte zarówno przez Miejską Stację Pogotowia Ratunkowego w G., które zostało wówczas niezwłocznie wezwane

oraz niewłaściwie rozpoznanie przez SPZO Szpital (...) w G. doprowadziło do wdrożenia nieprawidłowego leczenia wobec pacjentki. Oznaki, jakie pojawiły się u powódki w postaci zasłabnięcia, zniekształceń na twarzy oraz zaburzenia orientacji co do czasu i miejsca sugerowały przejście udaru. Nie dokonano jednak niezwłocznie konsultacji neurologicznej. Ostatecznie, w związku z niewłaściwym leczeniem w ciągu kilku godzin doszło do pogorszenia stanu zdrowia powódki i stwierdzono u niej trwałe, lewostronny niedowład ciała, silne przemijające zaburzenia widzenia i mowy oraz zaburzenia pamięci. Konsekwencją są również silnie odczuwane dolegliwości bólowe (stawów), problemy ze snem i dolegliwości w zakresie układu pokarmowego.

W jej ocenie, żądana krzywda uzasadnia dochodzoną kwotę zadośćuczynienia. Do chwili zdarzenia powódka była bowiem osobą aktywną, ciekawą świata w pełni samodzielną pomimo że miała skończone 81 lat. W wyniku niekompetencji i zaniedbań personelu medycznego warunki jej egzystencji zmieniły się na gorsze. W chwili obecnej nie jest w stanie samodzielnie funkcjonować i wymaga 24 godzinnej opieki. W związku z tym straciła chęć życia.

Uzasadniając wysokość renty wskazała, że w chwili obecnej z uwagi na stan zdrowia zmuszona jest przebywać w specjalistycznych domach opieki, gdzie miesięczny koszt pobytu wynosi 3.500 zł. Na podobnym poziomie kształtuje się koszt zapewnienia powódce opieki całodobowej. Ponadto, w związku z niewłaściwie leczonym udarem powódka zmuszona jest w chwili obecnej do korzystania z rehabilitacji, której koszt wynosi ok. 200 zł dziennie. Aby przyniosła ona efekt powinna być wykonywana powinna odbywać się 5 razy w tygodniu.

W odpowiedzi na pozew pozwany (...) S.A. w W. wniósł o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie od powódki na rzecz pozwanego kosztów postępowania w tym kosztów zastępstwa procesowego wg norm przepisanych.

W jego ocenie, przedstawiona w sprawie dokumentacja medyczna nie wskazuje, na popełnienie błędu medycznego czy też brak należytej staranności w trakcie udzielenia świadczeń medycznych. Z karty leczenia Pogotowia Ratunkowego z dnia 27 kwietnia 2009 r. wynika, że powódka wcześniej była leczona z powodu chorób sercowo – naczyniowych i była operowana w 2005 r. z powodu zwężenia tętnicy szyjnej lewej. Została skierowana do SOR z rozpoznaniem „stan po zasłabnięciu”. Z odnotowanego wywiadu nie wynikało, aby przyczyną wezwania pomocy były objawy sugerujące udar mózgu. W karcie wpisano jedynie uczucie osłabnięcia, wzmożoną reakcją na zmiany pogody i częste oddawanie moczu. Stwierdzono też nieznacznie podwyższone ciśnienie skurczowe, jednak nie stwierdzono deficytu neurologicznego. Badania przeprowadzone na SOR pozwanego wykazało głębokie zaburzenia elektrolitowe i napadowe migotanie przedsionków i podejrzenie zespołu tachybrady, w związku z czym skierowano ją na leczenie w Oddziale (...). Dopiero w dniu 29 kwietnia 2009 r. stwierdzono lekki niedowład lewostronny i z uwagi na to skonsultowano ją neurologicznie, a następnie w dniu 30 kwietnia 2009 r. wykonano badanie TK głowy, które uwidocznilo ognisko malacji w prawej półkuli mózgu. Przedmiotowe badanie nie wykazało natomiast świeżego ogniska udarowego. Powyższe wskazuje, że opieka medyczna świadczona powódce przez pozwanego była w pełni prawidłowa i nie spowodowała zwiększenia ryzyka wystąpienia udaru i nasilenia niedowładu połowicznego lewostronnego.

W odpowiedzi na pozew pozwany (...) Spółka z o.o. w G. (dawniej Szpital (...) w G.) wniósł o oddalenie powództwa i obciążenie powódki kosztami postępowania w sprawie. Z dokumentacji medycznej nie wynika, by pozwany dopuścił się jakiegokolwiek należytej staranności i by złamał obowiązujące procedury w leczeniu. Wskazał, że obecny stan zdrowia nie jest wynikiem błędu lekarskiego i sugerowanych zaniedbań podwładnych pozwanego. Błąd lekarski to postępowanie sprzeczne z powszechnie uznanymi zasadami wiedzy medycznej. W świetle przedstawionych okoliczności nie można zaś stwierdzić, że w trakcie leczenia powódki doszło do zachowań sprzecznych ze sztuką lekarską, mogących skutkować odpowiedzialnością szpitala. Pozwany podkreślił, że w trakcie badania nie stwierdzono zmian neurologicznych, a wcześniej przebyła ona już udar i była już leczona z powodu utrwalonego migotania przedsionków.

Wobec braku rozpoznania zatem świeżego udaru, udanie się zatem pacjentki do toalety bez opieki nie można uznać za błąd.

W odpowiedzi na pozew pozwany (...) Stacja Pogotowia Ratunkowego w G. również wniósł o oddalenie powództwa i o zasądzenie od pozwanej na rzecz powoda kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Wyjaśnił, że lekarz karetki pogotowia nie stawia ostatecznej diagnozy a jedynie wstępnie ocenia stan pacjenta.

Działanie lekarza dało możliwość do podjęcia przez Oddział Szpitalny natychmiastowej działań medycznych względem powódki i pozwanej pogotowie nie może ponosić odpowiedzialności za skutki udaru.

M. Ł. zmarła w toku procesu i w jej miejsce wstąpiła następcą prawną S. L..

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

Pozwany (...) S.A. w W. jest ubezpieczycielem odpowiedzialności cywilnej zakładu opieki zdrowotnej Szpitala (...) w G. w okresie od 1.12.2008 r. do 30.11.2009 r.

Powódka M. Ł. w trakcie pobytu w dniu 27 kwietnia 2009 r. w mieszkaniu swojej córki i zięcia w G. zasłabła. Zięć powódki niezwłocznie powiadomił (...) Stację Pogotowia Ratunkowego w G..

Powódka została niezwłocznie przewieziona do Szpitala (...) w G., gdzie po przeprowadzonym wstępnym wywiadzie w pierwszej kolejności zlecono na cito wykonanie badań laboratoryjnych – w tym szczególnie elektrolitów. Przy wynikach: chlorki 82,0 mmol/l, potas 2,9 mmol/l, sód 120,0 mmol/l - stwierdzono u niej „stan po zasłabnięciu” i głębokie zaburzenia elektrolitowe (tj. niedobór potasu i sodu) i zaordynowano bezpośrednio po przyjęciu do Oddziału (...) wlewów kroplowych (w postaci roztworu chlorku potasu oraz chlorku sodu) celem wyrównania się zaburzeń gospodarki elektrolitowej oraz nawodnienia chorej. Było to postępowanie w pełni prawidłowe i uzasadnione i w żaden sposób nie naraziło M. Ł. na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo uszczerbku na zdrowiu pacjentki. Nie pogłębiło to również istniejącego stanu zagrożenia względnie nie spowodowało wystąpienia uszczerbku na zdrowiu pacjentki.

Powódka po wstępnej selekcji pacjentów, została zakwalifikowana do III kategorii pacjentów wymagających opieki pielęgniarskiej, co było podyktowane wiekiem, niesamodzielnością w nowym miejscu i sytuacją jaką jest pobyt w szpitalu oraz schorzeniami kardiologicznymi. Kategoria III oznacza pacjentów wzmożonej opieki pielęgniarskiej. Jednak nawet zaliczenie jej do tej kategorii nie pozostaje w jakimkolwiek bezpośrednim związku z rozważaniami dotyczącymi kwestii „potwierdzenia postępującego udaru lub innych zaburzeń neurologicznych wymagających niezwłocznej, pogłębionej diagnostyki.

W karcie wyjazdowej Zespołu Ratownictwa medycznego nie stwierdzono u M. Ł. objawów takich jak nienaturalnie wykrzywione usta, niewyraźna mowa, czy drętwienia lewej strony ciała i lekkiego powłóczenia nogą.

W chwili przyjazdu na SOR była przytomna i zdolna do udzielenia wywiadu, logiczna, bez patologicznych objawów. Stan pacjentki wynikający z obserwacji lekarskich odnotowanych przez lekarza pogotowia ratunkowego oraz lekarza dyżurnego SOR nie dawał przesłanek do zlecenia u chorej pilnej konsultacji neurologicznej czy takich badań jak doppler, USG tętnic dogłowych, CT mózgu. Wymagała natomiast konsultacji kardiologicznej, którą jej zlecono w ramach Oddziału (...). Badania przeprowadzone na SOR pozwanego wykazało oprócz głębokim zaburzeń elektrolitowych - napadowe migotanie przedsionków i podejrzenie zespołu tachybrady, w związku z czym skierowano ją na leczenie w Oddziale (...).

Całokształt obrazu klinicznego schorzenia w dniach 27 – 28 kwietnia 2009 r. nie wskazywał na występowanie u chorej pilnego obrazu neurologicznego. Dokumentacja medyczna nie daje podstaw do stwierdzenia obecności objawów neurologicznych wskazujących na udar mózgu. Analiza badania TK mózgu wykonania w dniu 30 kwietnia 2009 r. dokonana przez specjalistę radiologa dr n. med. T. P. wskazuje, że brak jest podstaw by zakładać, że wystąpił on w dniu 29 kwietnia 2009 r. Z obrazu wynikało bowiem, że nie uwidoczniło cech krwawienia w mózgowiu. W strukturach głębokich prawej półkuli mózgu widoczne są obszary obniżonego cieniowania o charakterze encefalomalacji –

najprawdopodobniej w przebiegu zawałów lakunarnych. Charakter zmian widocznych w zapisie TK nie budzi wątpliwości, co do istnienia u pacjentki przewlekłego, niejednoczasowego charakteru zmian niedokrwiennych.

W świetle wyników badania TK głowy M. Ł. z dnia 20 kwietnia 2009 r. które ujawniło przewlekłe ogniska niedokrwienne mózgu, a także w świetle stanu klinicznego chorej, nie było ewidentnych wskazań do hospitalizacji pacjentki na oddziale (...) (pododdział (...)). Natomiast pacjentka powinna być poddana ponownej ocenie stanu neurologicznego - rekonsultacja neurologiczna po wykonaniu badania TK głowy w dniu 30.04.2009 r. Osiągnięta przez pacjentkę 15 pkt w skali GSC nie wymaga wdrażania niezwłocznej (pilnej) diagnostyki neurologicznej. Skala Glasgow nie służy do potwierdzania lub wykluczania udaru mózgu lub innych zaburzeń neurologicznych wymagających pogłębionej diagnostyki.

Nieprawidłową jest jedynie kwestia dotycząca postępowania medycznego polegająca na czasie, w jakim wykonano u powódki badanie TK głowy od pierwszych objawów, które mogły świadczyć o ewentualnie przebytym udarze. Od chwili bowiem wystąpienia u niej objawów neurologicznych (niedowładu) stwierdzonego w dniu 29 kwietnia 2009 r. pacjentkę w tym dniu konsultowano jedynie neurologicznie, ale badanie TK głowy zlecone zostało w dniu 30 kwietnia. Było to postępowanie, które w przypadku ewentualnego ujawnienia świeżych zmian niedokrwiennych w TK mózgu mogło opóźnić wdrożenie adekwatnego leczenia u pacjentki. Mimo nieprawidłowego postępowania obraz TK głowy z dnia 29 kwietnia nie budzi wątpliwości, że wystąpienie niedowładu u pacjentki nie wiąże się z wystąpieniem świeżego niedokrwienia mózgu. Pacjentka z racji obecności przewlekłych zmian niedokrwiennych przy braku cech świeżego niedokrwienia mózgu nie kwalifikowała się do leczenia trombolitycznego. Ponadto, należy zauważyć, że z uwagi na przekroczenie 80 roku życia (w czasie obejmującym leczenie w pozwanej placówce) nie mogła mieć wdrożonej tromboliozy farmakologicznej, z uwagi na obowiązujące wówczas wytyczne dotyczące przeciwwskazań do podjęcia takiego leczenia.

U powódki rozpoznano podczas hospitalizacji w pozwanym szpitalu chorobę (niewydolność) węzła zatokowego w zespole tachy – brady. Z uwagi na występujące u niej epizody omdleń i objawów bradykardii podjęto decyzję o wszczęciu pacjentce stymulatora serca w ramach wtórnej profilaktyki nagłego zgonu sercowego, epizodów zakrzepowo – zatorowych oraz udaru niedokrwiennego mózgu

Brak jest podstaw do przyjęcia nieprawidłowości w postępowaniu zespołu ratownictwa medycznego oraz lekarzy SOR pozwanego szpitala. Natomiast występujące u M. Ł. przy przyjęciu do szpitala zaburzenia elektrolitowe i schorzenia kardiologiczne mogły tłumaczyć stan pacjentki w okresie hospitalizacji pacjentki. W dniu 27 kwietnia 2009 r.

Dowody: dokumentacja medyczna k. 43 – 336, k. 620 – 638, 679-691, 702- 706, k. 868, zeznania świadka G. W. k. 712, zeznania J. A. k. 713- 715, zeznania P. K. k. 715 – 716, opinia katedry i zakładu Medycyny Sądowej (...) k. 877-887.

Postępowanie prowadzone przez Prokuraturę Rejonową sygn. Akt (...), w sprawie niedopełnienia obowiązków przez lekarzy szpitala (...) w G. wobec M. Ł. zostało umorzone.

Okoliczności bezsporne

Sąd zważył, co następuje:

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił w oparciu o zgromadzony w sprawie materiał dowodowy w postaci dokumentów, zeznań świadków i powodów oraz opinii sądowej.

Przedstawione przez strony dokumenty nie budziły wątpliwości pod względem ich prawdziwości i autentyczności. Pomocniczo Sąd uwzględnił akta sprawy prowadzonej przez Prokuraturę Rejonową sygn. Akt (...), w sprawie niedopełnienia obowiązków przez lekarzy szpitala (...) w G. wobec M. Ł. oraz akta szkody (...).

Nieprzydatne okazały się natomiast dowody dotyczące okoliczności, związanych z kosztami, jakich powódka domagała się tytułem renty, gdyż z uwagi na śmierć powódki okoliczności te nie były już przedmiotem ustaleń.

Sąd uznał za niewiarygodne zeznania świadków K. W., S. W., A. W. w zakresie w jakim dokonywali oceny stanu zdrowia powódki w dniu 27.04.2009 r. Należy mieć na uwadze, że nie mają oni specjalistycznej wiedzy medycznej, także ich twierdzenia w tym zakresie oparte były tylko na ich wewnętrznym przekonaniu. Przedstawiona w sprawie dokumentacja medyczna nie wskazuje zaś, by lekarze stwierdzili występowanie objawów, o jakich mówili świadkowie, w postaci ubytków w mimice, paralizu czy trudności w mowie. Co więcej, przeprowadzone w dniu 30 kwietnia 2009 r. badanie TK głowy wskazuje, że powódka nie przeszła wówczas udaru. Zatem dokonana przez świadków diagnoza nie znalazła potwierdzenia w pozostałym zebranych materiale dowodowym i z tego względu w tej części nie zasługiwały na uwzględnienie.

Sąd w pełni uwzględnił zeznania świadka G. W., J. A. i P. K. albowiem są spójne i logiczne, a także wzajemnie ze sobą korespondowały. Przedstawiona przez świadków relacja dodatkowo pozostawała w zgodzie z pozostałym zebranych w sprawie materiałem dowodowym, w szczególności ze sporządzoną opinią sądową oraz z zebraną w sprawie dokumentacją medyczną. Świadkowie w sposób rzeczowy dokonali oceny stanu, w jakim znajdowała się powódka w dniu 27.04.2009 r. i odtworzyli przebieg jej leczenia, jaki został podjęty. Wyjaśnili, że prawidłowo zastosowano wszystkie metody leczenia i wskazali, że jej stan oraz wyniki badań nie wykazały, by powódka przeszła udar.

Dowód z przesłuchania powódki w charakterze strony zasługiwał na uwzględnienie tylko w zakresie, w jaki dotyczył kwestii samego zaślabnięcia.

Ustalając to, czy w pozwany szpitalu i na etapie pomocy udzielanej przez (...) Stację Pogotowia Ratunkowego SP ZOZ w G. popełniono błąd diagnostyczny i leczniczy w stosunku do powódki, z uwagi na niezachowanie przez personel medyczny wysokiego stopnia staranności i niepodjęcie niezbędnych czynności i postawienie nieprawidłowej diagnozy, Sąd oparł się na dowodzie z pisemnej opinii biegłych z zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu (...). Opinia ta jest wyczerpująca, bezstronna i jednoznaczna, a przy tym sporządzona została w odpowiedniej formie, zgodnie z zasadami wiedzy i sztuki, w oparciu o zgromadzoną dokumentację lekarską. Biorąc pod uwagę, że przedmiotowa opinia sporządzona została przez specjalistów z zakresu medycyny, brak jest podstaw zakwestionowania przeprowadzonego dowodu, rzetelności i prawidłowości wyprowadzonych wniosków. Przedmiotowa opinia biegłego nie została w jakimkolwiek zakresie skutecznie zakwestionowana przez strony, jak również nie nasuwała jakichkolwiek wątpliwości Sądu. Samo zaś subiektywne przekonanie strony powodowej o wadliwości opinii, nie jest wystarczające do podważenia logicznych wniosków z niej płynących.

Sąd uznając, że powyższy dowód jest pełny uznał, że nie ma podstaw do przeprowadzenia uzupełniającej opinii biegłego wskazanej w piśmie z dnia 14 grudnia 2017 r. i w tym zakresie na podstawie art. 217 § 3 oddalił wnioski dowodowe.

Analiza zgłoszonego roszczenia w świetle zebranych dowodów nie dawała jednak podstaw do uwzględnienia roszczenia.

Powódka wносиła o zasądzenie solidarnie od pozwanych na swoją rzecz zadośćuczynienia za doznaną krzywdę w związku z rozstrojem zdrowia, spowodowanego brakiem postawienia prawidłowej diagnozy przez pracowników pozwanego, a co za tym idzie nie wdrożenia odpowiedniego leczenia. Zarzucała nadto, że nie otrzymała odpowiedniej opieki, gdyż jako pacjentka zakwalifikowana do III kategorii nie powinna być pozostawiona bez pielęgnarki.

Podstawą dochodzonych roszczeń były przepisy art. 446 § 1 i 4 k.c. w zw. z art. 415 k.c. w zw. z art. 430 k.c. Co do zasady, adresatem roszczenia o odszkodowanie lub zadośćuczynienie za błąd medyczny jest zakład opieki zdrowotnej, w którym swoje obowiązki wykonuje lekarz na podstawie umowy. Art. 430 k.c. stanowi bowiem, że 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. Podobnie sytuacja będzie przedstawiała się w sytuacji, w której pacjent zawarł z niepubliczną placówką medyczną umowę o świadczenie usług zdrowotnych (odpowiedzialność kontraktowa).

Zgodnie z art. 474 k.c., dłużnik (w tym przypadku niepubliczna placówka medyczna) odpowiedzialny jest jak za własne działania lub zaniechania za działania i zaniechania osób, z których pomocą zobowiązanie wykonywa, jak również osób, którym wykonanie zobowiązania powierza. Zgodnie z art. 444 § 1 k.c. w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu koszty. Zgodnie zaś z art. 445 § 1 k.c. w wypadkach przewidzianych w artykule poprzedzającym sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.

Ocena roszczenia powódki sprowadza się zatem do ustalenia, czy postępowanie personelu medycznego pozwanego szpitala i (...) Stacji Medycznej Pogotowia Ratunkowego w G. było zgodne z prawem, istniejącym stanem wiedzy medycznej, bądź czy cechowało się niedbalstwem. Nadto, rozważenia wymagało także to, czy w pozwanym szpitalu zaistniały błędy organizacyjne, które spowodowały, że w stosunku do powódki nie zastosowano prawidłowych procedur i nie uzyskał należytej pomocy.

Co istotne, dla przypisania odpowiedzialności odszkodowawczej lekarzowi, za którego działania i zaniechania na podstawie art. 430 k.c. odpowiada placówka medyczna, konieczne jest oprócz samego wykazania zaistnienia błędu lekarskiego, łączne spełnienie dalszych przesłanek, to jest stwierdzenie zawinonego charakteru tego działania, powstanie krzywdy po stronie powódki, a także istnienia adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy szkodą a działaniem pracowników pozwanego. Przyjmuje się, że za błąd w sztuce medycznej uważa się takie działanie lub zaniechanie lekarza, które jest obiektywnie sprzeczne z powszechnie uznanymi zasadami wiedzy i praktyki medycznej. Stwierdzenie błędu w sztuce lekarskiej wymaga zbadania, czy postępowanie lekarza w konkretnej sytuacji z uwzględnieniem całokształtu okoliczności istniejących na chwilę weryfikowania stanu zdrowia pacjenta, zwłaszcza wiedzy, jaką mógł dysponować na ten czas lekarz i czy działanie to było zgodne z wymaganiami aktualnej na tamtą chwilę nauki medycznej oraz powszechnie przyjętej praktyki lekarskiej. Wyróżnia się błąd diagnostyczny, który powstaje w związku z dokonaniem oceny stanu zdrowia na skutek postępowania obiektywnie nieprawidłowego w świetle zasad medycyny. Wyróżnia się także błąd rozpoznania oraz terapeutyczny (leczenia), który jest popełniany w razie wyboru przez lekarza metody leczenia obiektywnie nieodpowiedniej z punktu widzenia medycznego dla danego wypadku.

W ocenie Sądu, w oparciu o przedstawioną opinię biegłych lekarzom pozwanego szpitala jak pracującym w (...) Stacji Pogotowia nie można przypisać błędu w sztuce medycznej, w zakresie diagnozowania i leczenia M. Ł.. Jak podkreślili biegli występujące u M. Ł. przy przyjęciu do szpitala zaburzenia elektrolitowe i schorzenia kardiologiczne mogły tłumaczyć stan pacjentki w okresie hospitalizacji pacjentki. Jak wynika z dokumentacji medycznej w stosunku do powódki niezwłocznie zlecono w pierwszej kolejności na cito wykonanie badań laboratoryjnych – w tym szczególnie elektrolitów. Przy wynikach chlorki 82,0 mmol/l, potas 2,9 mmol/l, sód 120,0 mmol/l stwierdzono u niej głębokie zaburzenia elektrolitowe (tj. niedobór potasu i sodu) i zaordynowano bezpośrednio po przyjęciu do Oddziału (...) wlewów kroplowych (w postaci roztworu chlorku potasu oraz chlorku sodu) celem wyrównania się zaburzeń gospodarki elektrolitowej oraz nawodnienia chorej. Jak podkreślili biegli, w było to postępowanie w pełni prawidłowe i uzasadnione i w żaden sposób nie naraziło M. Ł. na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo uszczerbku na zdrowiu pacjentki. Nie pogłębiło to również istniejącego stanu zagrożenia względnie nie spowodowało wystąpienia uszczerbku na zdrowiu pacjentki.

W załączonej dokumentacji medycznej nie wynika, by u pacjentki utrzymywały się w chwili wezwania Pogotowia (...) takie objawy jak nienaturalnie wykrzywione usta, niewyraźna mowa czy drętwienie lewej strony ciała i lekkie powłóczenie nogą. W chwili przyjazdu na SOR była przytomna i zdolna do udzielenia wywiadu, logiczna, bez patologicznych objawów. Stan pacjentki wynikający z obserwacji lekarskich odnotowanych przez lekarza pogotowia ratunkowego oraz lekarza dyżurnego SOR nie dawał przesłanek do zlecenia u chorej pilnej konsultacji neurologicznej czy takich badań jak doppler, USG tętnic dogłowych, CT mózgu. Wymagała natomiast konsultacji kardiologicznej, którą jej zlecono w ramach Oddziału (...).

Jak zatem podkreślili biegli całokształt obrazu klinicznego schorzenia powódki w dniach 27 – 28 kwietnia nie wskazywał na występowanie u chorej pilnego obrazu neurologicznego. Dokumentacja medyczna nie daje podstaw do

stwierdzenia obecności objawów neurologicznych wskazujących na udar mózgu. Analiza badania TK mózgu wykonana w dniu 30 kwietnia 2009 r. dokonana przez specjalistę radiologa dr n. med. T. P. wskazała na brak podstaw by zakładać, że udar miał miejsce w dniu 29 kwietnia 2009 r. Z obrazu wynikało bowiem, że nie uwidoczniiono cech krwawienia w mózgowiu. W strukturach głębokich prawej półkuli mózgu widoczne są obszary obniżonego cieniowania o charakterze encefalomalacji – najprawdopodobniej w przebiegu zawałów lakunarnych. Charakter zmian widocznych w zapisie TK nie budzi wątpliwości, co do istnienia u pacjentki przewlekłego, niejednoczasowego charakteru zmian niedokrwiennych.

W świetle wyników badania TK głowy M. Ł. z dnia 30 kwietnia 2009 r. które ujawniło przewlekłe ogniska niedokrwienne mózgu, a także w świetle stanu klinicznego chorej, nie było zatem ewidentnych wskazań do hospitalizacji pacjentki na oddziale neurologicznym (pododdział udarowy). Wobec takiego odczytu stanu pacjentki wymagała ona jedynie rekonsultacji neurologicznej.

Z opinii jednoznacznie wynika, że przeprowadzone wobec powódki procedury medyczne i diagnostyczne były właściwe.

Jedyną nieprawidłowość w zakresie postępowania medycznego jaka została przez biegłych stwierdzona dotyczyła czasu, w jakim wykonano u powódki badanie TK głowy od pierwszych objawów, które mogły świadczyć o ewentualnie przeżytym udarze. Od chwili bowiem wystąpienia u niej objawów neurologicznych (niedowładu) stwierdzonego w dniu 29 kwietnia 2009 r. pacjentkę w tym dniu konsultowano jedynie neurologicznie, ale badanie TK głowy zlecone zostało w dniu 30 kwietnia 2009 r. Było to postępowanie, które w przypadku ewentualnego ujawniania świeżych zmian niedokrwiennych w TK mózgu mogło opóźnić wdrożenie adekwatnego leczenia u pacjentki. Jak wyjaśnili biegli okno terapeutyczne w udarze niedokrwiennym mózgu to czas obejmujący bowiem do 4,5 godziny od pojawienia się pierwszych objawów klinicznych udaru np. od rozpoznania świeżego opadnięcia kącika ust świeżego niedowładu. W oknie terapeutycznym można niezwłocznie zastosować leczenie tromboliczne, jednak przed tym należy wykluczyć udar krwotoczny oraz przeżyty kiedykolwiek udar krwotoczny lub o nieznanym etiologii lub udar niedokrwienny przeżyty w ciągu ostatnich 6 miesięcy. Służy temu wykonanie badania TK głowy.

Jednakże w okolicznościach faktycznych niniejszej sprawy, stwierdzić należy, że opóźnienie w wykonaniu wskazanych badań nie miało żadnego wpływu na stan zdrowia pacjentki. Skoro bowiem badanie TK głowy wskazywało, że u powódki nie wystąpiły świeże zmiany niedokrwienne, to nie budzi wątpliwości, że wystąpienie niedowładu u pacjentki nie wiązało się z przejściem świeżego niedokrwienia mózgu. Pacjentka z racji obecności przewlekłych zmian niedokrwiennych przy braku cech świeżego niedokrwienia mózgu nie kwalifikowała się do leczenia trombolitycznego. Ponadto, do leczenia takiego i tak nie kwalifikowałyby się z racji wieku (przekroczenie 80 roku życia).

Z uwagi zatem na jednoznaczny obraz TK mózgu M. Ł., bez znaczenia pozostaje kwestia, że TK głowy przeprowadzono po kilku dniach od przyjęcia do szpitala. Z uwagi na brak świeżych zmian niedokrwiennych rozważania dotyczące otwarcia się okna terapeutycznego u M. Ł. są bezprzedmiotowe.

Niesłuszne są także zarzuty co do niezapewnienia powódce należytej opieki. Powódka ze względu na stan zdrowia została zakwalifikowana do III kategorii pacjentów wymagających opieki pielęgniarstwa, co było jednak podyktowane wiekiem, niesamodzielną w nowym miejscu i sytuacją jaką jest pobyt w szpitalu oraz schorzeń kardiologicznych. Kategoria III oznacza pacjentów wzmożonej opieki pielęgniarstwa. Jednak nawet zaliczenie jej do tej kategorii nie pozostaje w jakimkolwiek bezpośrednim związku z rozważaniami dotyczącymi kwestii potwierdzenia postępującego udaru lub innych zaburzeń neurologicznych wymagających niezwłocznej, pogłębionej diagnostyki. U powódki nie stwierdzono bowiem takiej diagnozy.

Zachowana została również procedura segregacji przyjęć oraz udzielenia konsultacji w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym.

W świetle przedstawionych zatem okoliczności brak jest podstaw do przyjęcia nieprawidłowości w postępowaniu zespołu ratownictwa medycznego oraz lekarzy pozwanego szpitala, a co za tym idzie ubezpieczyciela pozwanego

szpitala. Niewątpliwie cały personel medyczny działał zgodnie z zasadami wiedzy medycznej oraz w celu wyleczenia pacjenta. Brak jest zatem podstaw, by uznać, że ich działania czy zaniechania były bezprawne.

W świetle przedstawionych okoliczności i dowodów, należy uznać, że żadnemu z lekarzy albo komukolwiek z osób zatrudnianych przez pozwanego nie można przypisać winy, polegającej na niezachowaniu należytej ostrożności wymaganej odpowiednio od lekarza lub pracownika medycznego. Nie ma również adekwatnego związku przyczynowego między stwierdzonymi błędami w zakresie organizacji szpitala i przeprowadzonym badaniem TK po przyjęciu do szpitala a stanem zdrowia pacjentki. .

Brak jest podstaw do uwzględnienia roszczenia i przypisania odpowiedzialności pozwanemu. Mając na uwadze powyższe, orzeczono, jak na wstępie na podstawie art. 446 § 1 i 4 k.c. w punkcie pierwszym wyroku.

Z uwagi na fakt, że powódka M. Ł. zmarła w toku procesu i postępowanie zostało podjęte z udziałem jej następców prawnych S. Ł., oddaleniu jako bezprzedmiotowe podlegało roszczenie w zakresie zapłaty na jej rzecz renty na bieżące utrzymanie.

Prawo do bieżącej renty odszkodowawczej gaśnie bowiem ze śmiercią uprawnionego i nie należy do spadku po nim, nie przechodzi także na inne osoby na mocy przepisów szczególnych. Jedynie zaległe raty renty, za czas do śmierci poszkodowanego przechodzą na jego spadkobierców na zasadach ogólnych (wyrok SN z dnia 31 października 1966 r., II CR 361/66, niepubl.).

Mając na uwadze, że w niniejszej sprawie nie ma podstaw, by przypisać odpowiedzialność stronie pozwanej, brak było podstaw do uwzględnienia roszczenia o rentę za czas do śmierci i jej śmierci. W związku z tym powództwo zostało w tym zakresie oddalone na podstawie art. 444 § 2 k.c. a contrario.

O kosztach orzeczono w punkcie drugim i trzecim wyroku. Sąd uznał, że w sprawie zachodzą podstawy do zastosowania art.102 k.p.c. w zakresie orzeczenia o kosztach w stosunku do pozwanego szpitala i ubezpieczyciela szpitala. Za zwolnieniem powódki od ponoszenia kosztów procesu przemawiały względy słuszności. Powódka w niniejszej sprawie w rzeczywistości domagała się wyjaśnienia okoliczności związanych z leczeniem M. Ł., za którą weszła do procesu po stronie powodowej. Choć jej żądanie okazało się w efekcie nieuzasadnione, to jednak mogła ona mieć subiektywne przekonanie o słuszności swoich żądań, tym bardziej, że z opinii biegłych wyszło, że stwierdzono pewne nieprawidłowości, które jednak nie pozostawały w związku przyczynowym ze szkodą. Z tego względu w punkcie III odstąpił od obciążania powódki kosztami postępowania, w tym kosztami zastępstwa procesowego wobec (...) Spółki z o.o. oraz (...) S.A. w W.. W punkcie II na podstawie art. 98 § 1 i 3 zasądził zaś od powódki na rzecz pozwanego (...) Stacji Pogotowia Ratunkowego kwotę 7.200 zł, którą to kwotę ustalił w oparciu o § 6 pkt 7 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z 28 września 2002 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (Dz. U. z 2002 roku, nr 163, poz. 1349 ze zm.)