

Sygn. akt: I C 202/20

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 27 kwietnia 2023 roku

Sąd Okręgowy w Gliwicach I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	SSO Andrzej Kieć
Protokolant:	stażysta Marta Lonska

po rozpoznaniu w dniu 13 kwietnia 2023 roku w Gliwicach

z powództwa B. J., R. J.

przeciwko (...) z siedzibą w W.

(...) w Z.

o zapłatę

1. oddała powództwo;
2. odstępuje od obciążania powodów obowiązkiem zwrotu kosztów procesu;
3. nieuiszczonymi kosztami sądowymi obciąża Skarb Państwa.

SSO Andrzej Kieć

Sygn. akt I C 202/20

UZASADNIENIE

Powodowie R. J. i B. J. wnieśli o zasądzenie in solidum od pozwanych (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. oraz (...) Spółki z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Z. kwot po 200.000 złotych z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od kwoty 100.000 zł od dnia 24.08.2019r i od kwoty 100.000 zł od dnia 5.02.2020r do dnia zapłaty. Wnieśli również o zasądzenie in solidum kwoty 20.892,10 zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od kwoty 20.000 zł od dnia 24.08.2019r i od kwoty 892,10 zł od dnia 5.02.2020r do dnia zapłaty. Nadto wnieśli o zasądzenie kosztów procesu. W uzasadnieniu wskazali, iż żądanych kwot dochodzą tytułem zadośćuczynienia (2x200 000 zł) oraz odszkodowania (koszty związane z pogrzebem, koszty lekarstw; koszty zakupu kwiatów, zniczy i wkładów), w związku ze śmiercią córki M., do której doszło na skutek działań personelu pozwanego szpitala w dniu 28 lutego 2018 roku. W ocenie powodów śmierć ta jest skutkiem błędu w sztuce medycznej, którego dopuścił się personel pozwanego szpitala i narusza to dobra osobiste powodów w postaci więzi rodzinnych z córką. Śmierć córki spowodowała u powodów krzywdy w postaci cierpień psychicznych o znacznym nasileniu. Z kolei pozwany (...) S. A. odpowiada jako podmiot udzielający temu szpitalowi ochrony ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej. Przed wniesieniem pozwu powodowie bezskutecznie wzywali pozwanych do spełnienia dochodzonych roszczeń.

Pozwani w odpowiedzi wnieśli o oddalenie powództwa oraz obciążenie powodów kosztami postępowania. W uzasadnieniu pozwany szpital podniósł (k. 211-217), iż podczas hospitalizacji zmarła była cały czas pod opieką lekarską miała ordynowane leki oraz zlecane badania diagnostyczne stosownie do zgłaszanych dolegliwości oraz stanu zdrowia. Zakres zaplanowanych oraz wykonanych badań diagnostycznych wskazuje na rzetelne podejście do rozwikłania zgłaszanych przez zmarłą schorzeń. M. C. była traktowana z należytą starannością oraz empatią; wielokrotnie z nią rozmawiano na temat jej stanu zdrowotnego oraz proponowanej terapii. Zatem brak jest związku przyczynowego pomiędzy postępowaniem szpitala a śmiercią córki tj. krzywdą powodów. Z ostrożności pozwany podniósł, iż dochodzone roszczenia są wygórowane. Z kolei pozwany (...) S. A. podniósł zarzut braku związku przyczynowego pomiędzy niewłaściwym postępowaniem personelu pozwanego szpitala a śmiercią M. C.. Zgon córki powodów zdaniem pozwanego miał nastąpić w wyniku piorunującego przebiegu choroby któremu nie sposób było zapobiec – skazy krwotocznej towarzyszącej piorunującemu uszkodzeniu wątroby spowodowanemu najprawdopodobniej przez leki przeciwbólowe. Z daleko posuniętej ostrożności podniesiono zarzut nadmiernie wygórowanego żądania zadośćuczynienie i niewykazania roszczenia dotyczącego odszkodowania.. Nadto pozwany (...) S. A. z ostrożności oświadczył, iż ponosi odpowiedzialność jedynie do wysokości sumy gwarancyjnej tj do kwoty 441.570 zł. (k. 195- 202)

Sąd ustalił:

Córka powodów M. C. (2) po raz pierwszy została przyjęta do pozwanego szpitala w dniu 5 stycznia 2018 roku, gdzie rozpoznano ból okolicy lędźwiowo – krzyżowej po przeciążeniu przy rzucie frisbee w trakcie treningu z psem. Została odesłana tego samego dnia z zaleceniem spoczynkowego trybu życia przez najbliższe 7 – 10 dni, kontroli w poradni, leczenia farmakologiczne oraz unikanie przeciążeń kręgosłupa lędźwiowego. Ponieważ dolegliwości bólowe u niej nawracały, leczyla się u ortopedy w K.. Gdy leczenie to okazało się nieskuteczne, zgłosiła się do pozwanego szpitala ponownie, gdzie przebywała w okresie 8 – 15 lutego 2018 roku na oddziale neurologii z pododdziałem udarowym; wówczas rozpoznano u niej rwę kulszową lewostronną, wielopoziomową dyskopatię L3 – S1 z największym nasileniem na poziomie L5 – S1. Dnia 15 lutego 2018 roku M. C. wypisano z poprawą stanu neurologicznego, zmniejszeniem dolegliwości bólowych; zaleceniem kontroli RR, kontroli stanu zdrowia w poradni oraz aktywności fizycznej wg zaleceń rehabilitacyjnych. Kolejny pobyt miał miejsce od dnia 25 lutego 2023 roku, gdzie została przyjęta na izbę przyjęć. Wyniki przeprowadzonych badań sugerowały ostre schorzenie w obrębie jamy brzusznej (rozważano zator krezki, zakrzepicę tętnicy wątrobowej, ostry brzuch, w badaniach ujawniono poszerzone jelito grube) wymagające być może interwencji operacyjnej w trybie pilnym. Na tej podstawie córka powodów została przyjęta na oddział chirurgii następnego dnia. Na tym oddziale rozpoznano m. in. podejrzenia posocznicy oraz (...), niewydolnością oddechową, uszkodzeniem wątroby, zaburzeniami krzepnięcia krwi, licznymi ogniskami ukrwotoczonymi w obu półkulach mózgu i mózdzku. Wykonano po konsultacji z anestezjologiem, internistą, neurologiem, lekarzem nadzoru chirurgii ogólnej wówczas szereg badań m. in. TK jamy brzusznej i miednicy (bez kontrastu) oraz głowy (bez kontrastu), rtg klatki piersiowej, morfologię krwi, gazometrię tętniczą, badania elektrolitów, kreatyninę, d – dimery, APTT, PT, fibrynogen, mleczany w surowicy, prokalcytonina , posiewy krwi; wymazy z gardła, nosa oraz pachwiny; nadto pobrano płyn mózgowo - rdzeniowy. W celu uśmierzienia bólu kręgosłupa podano jej relanium. Mimo to M. C. dostała ataku padaczki. W trakcie pobytu na oddziale w dniu 27 lutego 2018 roku stan zdrowia M. C. zaczął się gwałtownie pogarszać. Została wentylowana mechanicznie oraz zaintubowana a nadto przetoczono jej dwie jednostki osocza. Następnie została przewieziona do szpitala w B. ((...)) jako placówki dysponującej naówczas wolnymi miejscami na swoim oddziale intensywnej terapii (w tamtym momencie żaden ze szpitali położonych bliżej Z. nie dysponował wolnym miejscem na oddziale intensywnej terapii). W placówce tej pomimo wdrożenia stosownych procedur (płynoterapii, wyrównania zaburzeń równowagi kwasowo – zasadowej, szerokospektralnej antybiotykoterapii, wlewy L., adrenaliny oraz insuliny; opatrunku uciskowe, przetaczanie krwi oraz płytek; TK głowy, jamy brzusznej oraz miednicy) M. C. (2) zmarła w dniu 28 lutego 2018 roku. Jako przyczyny zgonu szpital w B. wskazał krwotok mózgowy o mnogim umiejscowieniu (przyczyna bezpośrednia), rozsiane wykrzepianie wewnątrznaczyniowe (przyczyna wtórna), nieokreślona choroba wątroby (przyczyna wyjściowa).

(dokumentacja lekarska M. C. (2) k. 14 – 72, 133 – 193; zeznania A. T. k. 390 – 395, zeznania M. M. k. 472 – 475; zeznania G. K. k. 402 - 403; zeznania I. G. k. 412 – 414; zeznania M. M. k. 416 -419; zeznania I. K. k. 478 – 479; zeznania

D. B. k. 425 – 429; zeznania K. B. – Bomby k. 432 – 434; zeznania T. P. – J. k. 437 – 438; zeznania R. K. k. 444 – 449; zeznania M. Ż. k. 452 – 454; zeznania S. B. k. 490 – 491; zeznania G. P. k. 505 – 508; zeznania M. B. k. 625 - 627)

W sprawie śmierci M. C. swoje wewnętrzne postępowanie prowadził Rzecznik Praw Pacjenta (pismo RPP k. 74 - 80).

Zmarła córka powodów była rozwiedziona. Uczęszczała na studia doktoranckie z dziedziny mikrobiologii; nadto pracowała na stacji benzynowej, firmie prywatnej oraz w banku (...) w G.. Przygotowywana przez nią praca doktorska dotyczyła działania leków (zmarła była przeciwnikiem ich stosowania). Była osobą aktywną wysportowaną. Uprawiała jazdę konną; w późniejszym okresie trenowała oraz przygotowywała psy do pokazów oraz zawodów. Nie chorowała na żadne przewlekłe choroby. Poza pobytami w pozwanym szpitalu wcześniej hospitalizowana nie była. Była bardzo zżyta z powodami. Prawie codziennie ich odwiedzała. Powodowie mają jeszcze jedną córkę S., mieszkającą w Niemczech, z którą nie utrzymywali tak intensywnych kontaktów. Po śmierci córki powód R. J. od października 2018 roku przez okres około roku pozostawał pod opieką lekarza psychiatry w (...) Z.. Powódka B. J. od marca 2018 roku leczy się w poradni reumatologicznej, gdzie zdiagnozowano zapalenie wielostawowe. Powódka po śmierci córki bardzo schudła. Powodowie wspierają się w trudnej sytuacji życiowej. Są przygnębieni, smutni. W rozmowach na temat córki dominuje żal do lekarzy którzy ich zdaniem doprowadzili do jej śmierci. Regularnie odwiedzają córkę na cmentarzu. Niechętnie opuszczają miejsce zamieszkania; nie wyobrażają sobie, by mogli nie odwiedzić córki (dokumentacja lekarska powodów k. 81 – 91; fotografie k. 233 – 240; przesłuchanie informacyjne stron k. 252 – 253; zeznania B. C. k. 378 – 382, B. B. k. 386 – 389, J. C. k. 408 – 410;)

W związku ze śmiercią córki i pogrzebem powodowie ponieśli koszty, w tym koszty pogrzebu 3.730 zł, koszty stypy 732,10 zł, pomnik granitowy 3.500 zł (rachunki k. 92 - 93)

Pismem z 4 lipca 2019 roku powodowie wezwali pozwany szpital do zapłaty kwoty 220 000 zł tytułem zadośćuczynienia oraz odszkodowania w terminie 30 dni zapowiadając skierowanie sprawy na drogę sądową. Postępowanie związane z likwidacją szkody przeprowadził pozwany zakład ubezpieczeń. W odpowiedzi datowanej na 21 października 2019 roku pozwany (...) odmówił zapłaty. Reklamacja powodów nie zmieniła stanowiska (...). Pismem z 9 stycznia 2020 roku powodowie wezwali pozwanego (...) do zapłaty kwoty 220892 zł w terminie 14 dni pod rygorem skierowania sprawy na drogę sądową. W odpowiedzi pozwany ten ponownie odmówił zapłaty. (korespondencja przedprocesowa k. 263 - 290)

W związku ze śmiercią M. C. (2) toczyło się śledztwo prowadzone przez Prokuraturę Regionalną w K. (sygn. RP VII Ds. 22.2018). Postępowanie prowadzone m.in. w sprawie narażenia M. C. (2) w okresach od 8 do 15.02.2018r oraz od 25 do 27.02.2018r na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia przez lekarzy i osoby ze średniego personelu medycznego (...) w Z. , na których ciążył obowiązek opieki nad w/w, polegającego na zaniechaniu wdrożenia prawidłowego postępowania diagnostyczno- terapeutycznego podczas jej hospitalizacji, zakończyło się umorzeniem postępowania wobec stwierdzenia, że czyn nie zawiera znamion czynu zabronionego. Na skutek zażalenia R. J. na powyższe postanowienie Sąd Rejonowy w Zabrze (sygn. II Kp 860/22) utrzymał w mocy zaskarżone postanowienie Prokuratora. (akta sygn. RP VII Ds. 22.2018 a z nich postanowienie prokuratora z29.07.2022r i postanowienie SR – karty akt śledztwa 1207-1231, zażalenie(...) k.1233-1247, postanowienie SR k.1254-1255).

W toku w/w śledztwa na zlecenie PR K. sporządzono opinię zespołu biegłych z której wynika, iż w chwili przyjmowania M. C. do pozwanego szpitala zastosowane przez niego leczenie farmakologiczne i rehabilitacyjne spowodowało u niej zmniejszenie dolegliwości bólowych oraz poprawę jej stanu klinicznego a to z kolei pozwoliło na jej wypisanie do domu z dalszymi zaleceniami. Postawiona wówczas diagnoza była prawidłowa a zastosowane leczenie właściwe dla tej jednostki chorobowej. Leczenie to było typowe dla zachowawczego postępowania u pacjentki z zaostrzonym zespołem bólowo – krzyżowym kręgosłupa w przebiegu choroby zwyrodnieniowo – dyskopatycznej. Farmakoterapia (leki przeciwbólowe, przeciwzapalne, przeciwobrzękowe, osłaniające śluzówkę żołądka oraz zmniejszające napięcie emocjonalne) była prawidłowa w zakresie zastosowanych leków i dawek. Wykonana diagnostyka obrazowa pozwoliła na obiektywną ocenę stopnia zaawansowania zmian zwyrodnieniowo – dyskopatycznych. Prawidłowa była również decyzja o pozostawieniu M. C. na oddziale neurologicznym w trakcie przyjęcia w dniu 25 lutego 2018 roku a to z

uwagi na rozpoznaną wcześniej chorobę zwyrodnieniowo – dyskopatyczną kręgosłupa oraz brak wywiadów co do występowania innych schorzeń zwłaszcza internistycznych. Było to postępowanie adekwatne do stanu klinicznego. W trakcie obydwu pobytów M. C. w pozwanym szpitalu podawano jej deksametazon w postaci iniekcji we frakcjonowanych dawkach. Następnie zmarła miała go przyjmować doustnie po opuszczeniu szpitala w dawkach stopniowo zmniejszających się. Również to działanie było prawidłowe albowiem leku tego nie należy nagle odstawić. Wykluczone jest związek ciężkiego uszkodzenia wątroby u zmarłej z leczeniem deksametazonem. Zastosowane dawki innych leków również były prawidłowe, zgodne z zalecanym dawkowaniem. W czasie hospitalizacji w dniu 27 lutego 2018 roku wdrożona wówczas diagnostyka była prawidłowa – obejmowała ona badania dodatkowe (podwyższona morfologia, gazometria, poziom glikemii, koagulogram, jonogram, proteinogram, próby wątrobowe, oznaczenie białka C – reaktywnego, alfa amylazy, kreatyniny, stężenia mleczanów, badanie ogólne moczu) oraz konsultacje specjalistyczne celem ustalenia przyczyny pogorszenia stanu zdrowia. Generalnie postępowanie lekarzy oddziałów pozwanego (...), zdaniem biegłych, było prawidłowe co do zakresu przeprowadzonej diagnostyki i leczenia, oraz nakierowane na znalezienie przyczyny gwałtownie pogarszającego się stanu ogólnego M. C. (2).

Jak wskazali biegli, w trakcie pobytu 26/27 lutego 2018 roku M. C. była konsultowana przez lekarzy specjalistów z innej dziedziny niż neurologia: ginekologa, anestezjologa i chirurga oraz psychologa. Zakres zleconych konsultacji był prawidłowy Pacjentka po przeniesieniu do Oddziału (...) była konsultowana internistycznie przez lekarza posiadającego specjalizację z gastroenterologii i nie było konieczności zasięgnięcia dodatkowej konsultacji hepatologicznej (schorzenia wątroby są diagnozowane i leczone przez gastroenterologów, co wynika z programu kształcenia w zakresie tej specjalizacji). Zgłaszana przez nią sztywność karku jako objaw budzący podejrzenie patologii ośrodkowego układu nerwowego mogła świadczyć o neuroinfekcji, krwawieniu śródczaszkowym, wzroście ciśnienia śródczaszkowego dlatego też zdecydowano o wykonaniu u zmarłej punkcji lędźwiowej w celu pozyskania płynu mózgowo-rdzeniowego. Wynik jego badania biochemicznego i cytologicznego pozwolił ostatecznie na wykluczenie neuroinfekcji. Punkcja lędźwiowa była zasadna u M. C. (2) ze względu na zgłaszane dolegliwości. TK kręgosłupa było wykonane w czasie wcześniejszej hospitalizacji. Badania te miały na celu poszerzenie diagnostyki. Z kolei zgłaszane wówczas dolegliwości brzuszne oraz wzmożone napięcie mięśni jej brzucha towarzyszyły ciężkiemu i postępującemu uszkodzeniu wątroby, którego przyczyna nie została w sposób pewny ustalona. Na tamtą chwilę wystarczające i w pełni prawidłowe było wykonanie badań obrazowych jamy brzusznej, konsultacja chirurga, a ponadto zlecenie szerokiego zakresu badań laboratoryjnych.

Badania obrazowe: usg i TK jamy brzusznej wykazały u pacjentki powiększoną wątrobę jednakże nie pozwoliły na ustalenie przyczyny tego stanu. Wyniki badań laboratoryjnych wskazywały na uszkodzenie wątroby i jej niewydolność. Biegli przy tym stwierdzili, iż zakres działań terapeutycznych w takich przypadkach obejmuje zalecenia od dietetycznych do przeszczepu wątroby, jest przede wszystkim zależny od przyczyny stanu chorobowego, którego w przedmiotowym przypadku nie ustalono. Powiększenie wątroby nie jest objawem specyficznym i może występować w licznych jednostkach chorobowych.

Odnosnie wyników przeprowadzonych badań: poziom sodu i potasu był prawidłowy. Występowało nieznaczne obniżenie stężenia chlorków. W dniu 25.02.2018 r. nie stwierdzono małopłytkowości. O uszkodzeniu wątroby świadczyły wartości enzymów wątrobowych: ALT, AST i GGTP, natomiast wtórne zaburzenia koagulologiczne rozpoznano u pacjentki na podstawie parametrów: liczby płytek krwi (PLT), czasu i wskaźnika protrombinowego (PT), międzynarodowego współczynnika znormalizowanego (INR) oraz stężenia produktów rozpadu fibrynogenu (D-dimery). Były to badania zlecone w dniu 27.02.2018 r. W omawianym przypadku M. C. (2) zaburzenia koagulologiczne były następstwem ciężkiego uszkodzenia wątroby o nieustalonej etiologii. Pogarszający się gwałtownie stan ogólny pacjentki, w tym epizod padaczkowy świadczący o możliwości wtórnego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego w następstwie skazy krwotocznej, determinowały dalsze postępowanie z chorą. Sprowadzało się ono do konieczności kontynuacji leczenia w oddziale intensywnej terapii.

W przypadku M. C. (2) istnieje ścisły związek pomiędzy stwierdzonymi u niej w 27.02.2018 r. zaburzeniami układu krzepnięcia, wysoką wartością D-dimerów i podwyższonym stężeniem mleczanów w surowicy, a ciężkim uszkodzeniem wątroby. Z chwilą wystąpienia u pacjentki bólów brzucha i stwierdzenia odchyłań w wynikach badań

laboratoryjnych poszerzono diagnostykę obrazową jamy brzusznej oraz zlecono konsultacje lekarzy odpowiednich specjalności. Badanie TK głowy wykonane było u pacjentki w związku z wystąpieniem napadu drgawkowego, co w ocenie biegłych było w pełni prawidłowe. Po wykluczeniu neuroinfekcji dla lekarzy z oddziału neurologii było jasne, że aktualne dolegliwości bólowe zgłaszane przez M. C. nie były następstwem choroby zwyrodnieniowo-dyskopatycznej kręgosłupa, lecz towarzyszyły nieokreślonej bliżej patologii dotyczącej jamy brzusznej, prawdopodobnie wątroby. Z tego też względu w drugiej dobie hospitalizacji pacjentka została przeniesiona do Oddziału (...) tego samego Szpitala. Biegli dalej wskazali, iż wątroba jest najbardziej złożonym pod względem metabolizmu narządem ludzkiego ciała, a do jej zadań należy między innymi tworzenie i wydzielanie żółci, regulacja homeostazy węglowodanów, synteza lipidów, detoksykacja substancji egzogennych oraz wytwarzanie mocznika, albumin, czynników krzepnięcia i licznych innych białek. Zaburzenia czynności wątroby mogą być wywoływane przez wiele czynników o działaniu uszkadzającym, w tym przez przewlekłe zakażenie wirusowe, leki, alkohol, niedokrwienie oraz procesy autoimmunologiczne. Częstym następstwem przewlekłych chorób wątroby jest nadciśnienie wrotne, prowadzące do powstawania żylaków przełyku, nierzadko powikłanych krwawieniem. Wątroba jest miejscem powstawania wszystkich czynników krzepnięcia i inhibitorów krzepnięcia, z wyjątkiem czynnika von Willebranda. Tworzą one kaskadę krzepnięcia, odpowiedzialną za pierwotną i wtórną hemostazę. Do powikłań hemostazy w przebiegu zaawansowanych chorób wątroby należą zatem: zaburzenia wytwarzania czynników krzepnięcia, nadmierna fibrynoliza, rozsiane wykrzepianie wewnątrznaczyniowe, trombocytopenia oraz dysfunkcje płytek krwi. Najczęstszymi zaburzeniami krzepnięcia, do których dochodzi w chorobach wątroby, są zatem trombocytopenia oraz osoczowe zaburzenia krzepnięcia, jak to miało miejsce w omawianym przypadku M. C. (2). Do najczęstszych czynników wywołujących uszkodzenie wątroby zalicza się: alkohol etylowy, zapalenia wirusowe, leki: antybiotyki, niesteroidowe leki przeciwzapalne, paracetamol, kwas walproinowy, cyklosporyna, hormonalne leki sterydowe, metotreksat, środki ochrony roślin oraz zatrucie grzybami. Uszkodzeniu wątroby sprzyjają: otyłość, niedożywienie oraz czynniki genetyczne. Leczenie schorzeń wątroby zależy od przyczyny jej uszkodzenia, i zawiera się w szerokim zakresie działań: od postępowania dietetycznego do przeszczepu narządu.

W okresie hospitalizacji M. C. (2) na Oddziale (...) w Z., od 25 do 27 lutego 2018 r., wdrożone wobec M. C. (2) postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne było prawidłowe. W poszczególnych dniach wykonywano wszystkie niezbędne badania, w tym badania laboratoryjne. Zakres badań dodatkowych był adekwatny pojawiających się nowych objawów. Pacjentka przy przyjęciu zaostrzonej choroby zwyrodnieniowo-dyskopatycznej, co przy wcześniej przy prowadzonej diagnostyce w ramach hospitalizacji nie wymagało dodatkowego poszerzenia zakresu badań i konsultacji. Wobec zmiany obrazu klinicznego wdrażano w sposób prawidłowy dalsze procedury diagnostyczne w kierunku neuroinfekcji (punkcja lędźwiowa) oraz patologii jamy brzusznej (badania laboratoryjne, obrazowe, konsultacje specjalistyczne). Pacjentka została przeniesiona do Oddziału (...) celem dalszej obserwacji i leczenia. Decyzja o przeniesieniu pacjentki do Oddziału (...) Ogólnej tego samego Szpitala była w pełni prawidłowa. Na jej podjęcie wpłynął wynik konsultacji lekarza chirurga przeprowadzonej w Oddziale Neurologicznym, zaś biegli nie znaleźli podstaw do kwestionowania ustaleń poczynionych przez powyższego lekarza. Z uwagi na okoliczność, że w dniu 27.02.2018 r. główny problem kliniczny dotyczył jamy brzusznej i ciężkiego uszkodzenia wątroby, pobyt pacjentki w oddziale szpitalnym o profilu chirurgicznym był bardziej uzasadniony merytorycznie niż w oddziale o profilu neurologicznym. Decyzja o przeniesieniu M. C. (2), zdaniem biegłych, była podjęta prawidłowo i w odpowiednim czasie, gdy u pacjentki wysunięto podejrzenie tzw. ostrego brzucha.

Zdaniem biegłych z uwagi na niejasny stan przedmiotowy brzucha rozważano u M. C. (2) zabieg laparotomii zwiadowczej. Jednakże, z uwagi na wystąpienie napadu drgawkowego odstąpiono od powyższego zabiegu, zlecając w trybie pilnym badanie TK głowy, co było działaniem prawidłowym wobec wystąpienia nowego problemu klinicznego. Powyższe badanie neuroobrazowe ujawniło liczne krwotoczne ogniska w obu półkulach mózgu i mózdzku. Należy nadmienić, że w okresie po badaniu tomokomputerowym stan chorej uległ dalszemu pogorszeniu. Była nieprzytomna i bez kontaktu, nie mniej nadal wydolna oddechowo i krążeniowo. Jej źrenice były równe, średnio szerokie, jednakże bez reakcji na światło. Ze względu na zaburzenia świadomości lekarz anestezjolog zdecydował o zainstalowaniu chorej, podłączeniu jej do respiratora oraz kontynuacji leczenia w oddziale intensywnej terapii. Proces diagnostyczno-terapeutyczny wobec M. C. (2) w Oddziale (...) (...) w Z. był prowadzony w sposób prawidłowy, adekwatnie do stanu klinicznego.

Obserwowane u M. C. (2) napady drgawkowe (padaczkowe) oraz świadomości były wynikiem wylewu krwi do środkowego układu nerwowego u osoby z zaburzeniami krzepnięcia w następstwie ciężkiego uszkodzenia wątroby o nieustalonej etiologii. Wybroczyny krwawe na wardze były również wynikiem zaburzeń krzepnięcia. Ujawnione w badaniu mnogie ogniska krwotoczne w obrębie ośrodkowego układu nerwowego u M. C. (2) wynikały z ciężkich zaburzeń koagulologicznych w przebiegu ostrej niewydolności wątroby o nieustalonej etiologii. U pacjentki nie było czynnika urazowego ani innego czynnika chorobowego, które mogłyby doprowadzić do powikłań krwotocznych w zakresie ośrodkowego układu nerwowego. Po konsultacji neurochirurgicznej pacjentka została zdyskwalifikowana z leczenia operacyjnego, przetoczono jej 2 jednostki osocza świeżo mrożonego (FFP), po konsultacji anestezjologa została zaintubowana i podłączona do respiratora, a następnie umieszczona w Oddziale (...) w B., gdzie stosowano leczenie przeciwwkrwotoczne, przeciwobrzękowe preparaty krwiopochodne. Powyższe postępowanie wobec pacjentki było w pełni prawidłowe oraz adekwatne do jej stanu klinicznego.

Opisując istotę rozpoznanego u zmarłej zespołu rozsianego wykrzepiania wewnątrznaczyniowego (DIC) biegli wskazali, iż jest nią uogólniona aktywacja krzepnięcia krwi z wytworzeniem dużej ilości fibryny, która, blokując przepływ krwi w mikrokrążeniu, przyczynia się do rozwoju niewydolności wielu narządów. W procesie tworzenia zakrzepów dochodzi do zużycia płytek krwi, fibrynogenu i innych czynników krzepnięcia, objawiającego się skazą krwotoczną (koagulopatia ze zużycia). Rozsiane krzepnicie wewnątrznaczyniowe nie jest odrębną jednostką chorobową, lecz zespołem wtórnym do wielu różnych chorób i stanów klinicznych. Nie ma jednego testu laboratoryjnego, którego wynik pozwoliłby jednoznacznie potwierdzić lub wykluczyć rozpoznanie DIC, dlatego też w procesie jego rozpoznawania wykorzystuje się kilka powszechnie dostępnych laboratoryjnych testów hemostazy. Wśród najważniejszych przyczyn DIC wymienia się: posocznicę, urazy i uszkodzenia narządu (np. ostre zapalenie trzustki), ciężkie choroby wątroby, nowotwory złośliwe, powikłania położnicze, malformacje naczyniowe, udar cieplny, ostre zatrucia i reakcje immunologiczne, w tym ukąszenia przez jadowite węże. Najważniejszą zasadą postępowania w DIC jest szybkie zwalczanie choroby podstawowej, w przebiegu której DIC się rozwinęło. Pozostałe działania terapeutyczne obejmują: substytucję składników krwi, hamowanie krzepnięcia (heparyna, aktywowane białko C) oraz rzadko stosowanie antyfibrynolityków. Nie leczony DIC prowadzi najczęściej do zgonu chorego.

W przypadku zmarłej zespół rozsianego wykrzepiania wewnątrznaczyniowego (DIC), w świetle zgromadzonych danych, rozwinął się u M. C. (2) w następstwie ciężkiego i szybko postępującego uszkodzenia wątroby o nieustalonej przyczynie. Pacjentka została przyjęta do Szpitala w godzinach nocnych w dniu 25.02.2018 r. z powodu podejrzenia zespołu bólowokorzeniowego w przebiegu wcześniej potwierdzonej choroby zwyrodnieniowodyskopatycznej kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego. Wynik badania podmiotowego i przedmiotowego w chwili przyjęcia do Oddziału (...) czynił wysoce prawdopodobnym powyższe rozpoznanie kliniczne. Należy podkreślić, że wykonane w dniu 25.02.2018 r. badanie morfologii krwi, poza niewielką leukocytozą, nie ujawniło odchyłań od stanu prawidłowego. Liczba płytek krwi była prawidłowa, i nic nie zapowiadało gwałtownego ich spadku w dniu 27.02.2018 r. Obserwowane nieprawidłowości w kontrolnych badaniach morfologii krwi wykonanych w dniu 27.02.2018 r. dały asumpt do wykonania dalszych badań, w tym koagulologicznych, D-dimerów oraz biochemicznych parametrów funkcji wątroby. U pacjentki wdrożono właściwe postępowanie terapeutyczne wobec pogorszenia stanu zdrowia. Podano preparaty krwiopochodne, leki przeciwwkrwotoczne, przeciwobrzękowe, zastosowano wsparcie układu oddechowego i krążenia. Wobec nieustalonej przyczyny uszkodzenia wątroby nie było możliwości wdrożenia innych działań o charakterze leczenia przyczynowego. Brak jest podstaw do stwierdzenia zaniedbań powyższym zakresie, gdyż mamy do czynienia z piorunującym przebiegiem niewydolności wątroby ze skutkiem śmiertelnym, który uniemożliwił dalszą diagnostykę i obserwację kliniczną. Z uwagi na bardzo ciężki stan ogólny, młody wiek oraz konieczność kompleksowej opieki lekarskiej i pielęgniarstwa M. C. (2) kwalifikowała się jedynie do leczenia w warunkach oddziału intensywnej terapii. Tym samym decyzja o przewiezieniu pacjentki do Oddziału (...) w B., gdzie było dostępne miejsce, była w pełni uzasadniona. Sala intensywnej opieki w ramach Oddziału (...) jest przeznaczona dla pacjentów o innym profilu chorobowym (np. z udarem mózgu) niż prezentowała M. C. (2) i nie spełnia wymogów miejsca intensywnej opieki. Decyzja o transporcie pacjentki wynikała ze wskazań medycznych i uwarunkowań organizacyjnych (dostępności miejsca w ramach oddziału intensywnej terapii). Z powyższych względów należy stwierdzić, że w ówczesnej sytuacji zdrowotnej M. C. (2), niezależnie od pory roku (luty, zima) i odległości dzielącej

Z. i B., decyzja o przekazaniu jej w celu dalszego leczenia do (...) w B. była decyzją właściwą. Odnosnie transportu zmarłej – biegli wskazali, iż transport międzyszpitalny jest realizowany za pośrednictwem firm przewozowych na podstawie zawartych umów, w których są określone warunki realizacji takiego transportu. Brak jest ogólnego standardu postępowania w tym zakresie, gdyż transport taki zwykle ma miejsce poza jednostkami ratownictwa medycznego. W przypadku M. C. (2) ze względu na jej ciężki stan konieczny był transport z lekarzem i umieszczenie w placówce dysponującej wolnym miejscem intensywnoterapeutycznym. Nie ma podstaw do przyjęcia, że transport spowodował pogorszenie stanu pokrzywdzonej. Nie ma danych wskazujących aby w czasie przewozu doszło do zdarzenia drogowego czy załamania hemodynamicznego u pacjentki. Progresję zmian w ośrodkowym układzie nerwowym należy wiązać z zaburzeniami koagulologicznymi.

Z dostępnej dokumentacji medycznej wynika, że M. C. (2) została przyjęta do Oddziału (...)w B. w stanie bardzo ciężkim, niewydolna oddechowo, z kwasicą metaboliczną oraz rozwijającą się gwałtownie niewydolnością wielonarządową. U pacjentki podejrzewano ciężką sepsę o nieustalonym punkcie wyjścia oraz zespół rozsianego wykrzepiania wewnątrznaczyniowego (DIC). Zdaniem biegłych pacjentka była w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, na co wskazywał ciężki stan ogólny przedstawiony wcześniej oraz skaza krwotoczna z mnogimi wylewami do ośrodkowego układu nerwowego.

Pogorszenie stanu ogólnego M. C. (2) w drugiej dobie jej pobytu w Oddziale (...)w Z. nie było możliwe do przewidzenia przez lekarzy udzielających jej świadczeń medycznych. Pacjentka została przyjęta do powyższego oddziału z wstępnym rozpoznaniem zaostrzenia bólowo-korzeniowego w przebiegu choroby zwyrodnieniowo-dyskopatycznej kręgosłupa. Zgłaszane przez nią dolegliwości w chwili przyjęcia do szpitala oraz stan przedmiotowy, w tym: obecność objawów korzeniowych, pochyłona i zrotowana sylwetka ciała oraz utykając chód korespondowały z wcześniej rozpoznaną i potwierdzoną badaniami obrazowymi chorobą kręgosłupa. Niepokój lekarzy leczących pacjentkę wzbudził gwałtowny spadek liczby płytek krwi w jej badaniu morfologicznym, a to z kolei uzasadniało poszerzenie badań dodatkowych o takie, które nie są rutynowo wykonywane u pacjentów przebywających w oddziale neurologicznym z tego typu dysfunkcją narządu ruchu. Stwierdzone odchylenia w wynikach badań, świadczące o ciężkim uszkodzeniu wątroby, w połączeniu z pojawieniem się bólów brzucha, nakazywały weryfikację wstępnego rozpoznania, co też miało miejsce już w drugiej dobie hospitalizacji. Personel Oddziału (...) w Z. w sposób prawidłowy zlecał sukcesywnie konieczne badania dodatkowe i konsultacje lekarzy specjalistów, a następnie zdecydował o przeniesieniu pacjentki do Oddziału (...) tego samego szpitala. Biegli nie wnieśli zastrzeżeń do przedstawionego toku postępowania.

Zdaniem biegłych, momentem przełomowym i wskazującym na zagrażające życiu powikłanie rozwijającej się u pacjentki skazy krwotocznej był napad padaczkowy towarzyszący krwawieniu do ośrodkowego układu nerwowego. Ciężka skaza krwotoczna oraz zespół rozsianego wykrzepiania wewnątrznaczyniowego należą do typowego obrazu ciężkiego uszkodzenia wątroby, niezależnie od przyczyny. W omawianym przypadku M. C. (2) lekarze Szpitala w Z., działając z pozycji ex ante, przyjęli ją do Szpitala z powodu wysoce prawdopodobnego zespołu bólowokorzeniowego kręgosłupa. Lekarze oraz sama pacjentka nie posiadali natomiast wiedzy na temat postępującego z dużą dynamiką procesu uszkodzenia wątroby, który ujawnił się dopiero w drugiej dobie hospitalizacji, i przybrał tak dramatyczny obraz. Przebieg kliniczny jaki wystąpił u M. C. (2) był nietypowy ze względu na wystąpienie sztywności karku oraz niecharakterystycznych objawów brzusznych u młodej pacjentki, bez obciążeń przewlekłymi schorzeniami internistycznymi oraz bez wywiadu stosowania używek. Zdaniem biegłych, nie było możliwości przewidzenia, że u pacjentki zakwalifikowanej do leczenia szpitalnego z powodu choroby zwyrodnieniowo-dyskopatycznej kręgosłupa rozwinię się ostra niewydolność wątroby, skaza krwotoczna oraz jej powikłanie w postaci wylewu krwi do ośrodkowego układu nerwowego. Przyczyna tego stanu nie została również ustalona w toku badań pośmiertnych.

Postępowanie personelu medycznego z Oddziału (...) (...) w Z. w okresie od 25 do 27 lutego 2018 r. było prawidłowe, nie narażało pokrzywdzonej na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu oraz nie doprowadziło do zgonu M.-C.. Zgon pokrzywdzonej był wynikiem uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego w następstwie krwotoku mózgowego spowodowanego zaburzeniami krzepnięcia (skazą krwotoczną), będącą następstwem ostrej niewydolności wątroby, do której doszło z nieustalonego powodu. Zdaniem biegłych personel pozwanej szpitala, w sytuacji ocenianej ex ante postępowali prawidłowo i adekwatnie do stanu klinicznego

pacjentki, z należytą ostrożnością i zgodnie z zasadami wiedzy oraz praktyki medycznej. W okolicznościach przedmiotowej sprawy nie mogli i nie mieli podstaw do podejrzewania, że wystąpi pogorszenie stanu zdrowia pacjentki i skutek śmiertelny. Postępowanie medyczne podjęte wobec M. C. (2) było prawidłowe, zgodne z zasadami wiedzy i praktyki medycznej. Nie można stwierdzić, że istniały inne alternatywne procedury diagnostyczno-terapeutyczne które byłyby wskazane w przedmiotowym przypadku.

Odnośnie pobytu zmarłej w (...) w B., to z dostępnej dokumentacji medycznej wynika, że M. C. (2) została przyjęta do (...) w B. w stanie krytycznie ciężkim, z powodu narastającej niewydolności wielonarządowej, zaburzeniami krzepnięcia krwi, z zespołem rozsianego wykrzepiania wewnątrznaczyniowego oraz mnogimi krwinkami śródmózgowym i, które w ocenie lekarza neurochirurga nie kwalifikowały się do leczenia operacyjnego. Pacjentka była głęboko nieprzytomna - stan oceniony na 3 punkty w 15 stopniowej skali GCS, wentylowana mechanicznie, jej źrenice były niereagujące na światło, z miejsc po wkłuciach (kaniulacjach) sączyła się krew, zaś jej układ krążenia był niewydolny i stopniowo niereagujący na podawane aminy katecholowe. O skrajnie ciężkim stanie pacjentki świadczyła również narastająca kwasica metaboliczna z retencją mleczanów. Pomimo szerokospektralnej antybiotykoterapii, wyrównywania zaburzeń wodno-elektrolitowych i równowagi kwasowozasadowej, podaży leków przeciwkrwotocznych i przetaczania preparatów krwiopochodnych stan chorej nie uległ poprawie, i po około trzynastogodzinnym pobycie w (...) doszło do jej zgonu. Za wyjściową przyczynę zgonu M. C. (2) przyjęto nieokreśloną chorobę wątroby, wtórną: rozsiane wykrzepianie wewnątrznaczyniowe, zaś bezpośrednią: krwotok mózgowy o mnogim umiejscowieniu. Biegli opiniujący w sprawie nie wnoszą zastrzeżeń do sposobu leczenia M. C. (2) w Oddziale (...) w B.. Zgadzają się natomiast z ustaloną w powyższym oddziale przyczyną jej zgonu. Postępowanie medyczne wdrożone wobec M. C. (2) w przedmiotowym okresie było prawidłowe i nie można wskazać, aby zdynamiczowało przebieg dalszych zdarzeń w ten sposób, że zaczęły one bezpośrednio zagrażać życiu lub zdrowiu pacjentki.

Odnośnie dokumentacji medycznej - biegli wnieśli zastrzeżenia co do braku adnotacji czasu realizacji konsultacji specjalistycznych u M. C. (2) oraz odnotowanego czasu wydania zleceń lekarskich. W pozostałych zakresie dokumentacja medyczna z hospitalizacji M. C. (2) w Szpitalu Miejskim w Z., w okresie od 8 do 15 lutego 2018 r., 25-27 lutego 2018 r. na Oddziale (...) oraz wytworzona w związku z jej pobycem w Oddziale (...) Ogólnej była prowadzona w sposób prawidłowy, zgodnie z obowiązującymi wymaganiami.

Zdaniem biegłych z uwagi na stan kliniczny pacjentki w tym: obecność objawów korzeniowych, zgięta i zrotowana pozycja tułowia oraz utykanie podczas chodzenia uprawdopodobniały rozpoznanie zespołu bólowo-korzeniowego kręgosłupa. Tym samym, powtarzanie badania TK kręgosłupa nie miało uzasadnienia. Uzasadnione natomiast było badanie TK jamy brzusznej i przestrzeni zaotrzewnowej, które wykonano u pacjentki w dniu 27.02.2018 r. z uwagi na wysunięte podejrzenie nieustalonej patologii w zakresie brzucha. Odnośnie badania TK kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego wykonanego w dniu 08.02.2018 r., a więc w pierwszej dobie hospitalizacji M. C. (2) w Oddziale (...) (...) w Z., który dotyczył okresu od 08.02. do 15.02.2018 r. - badanie wykazało wielopoziomowe zmiany zwyrodnieniowo-dyskopatyczne na odcinku od L3 do S1, o największym nasileniu na poziomie L5/S1. Podczas kolejnego pobytu w tym samym oddziale szpitalnym w okresie od 25.02.2018 r. do 27.02.2018 r. u pacjentki nie wykonywano badania TK kręgosłupa, natomiast badanie TK jamy brzusznej bez kontrastu - wykazało powiększoną i stłuszczoną wątrobę oraz poszerzone pętle jelita grubego. Wynik powyższego badania wskazywał na patologię w zakresie wątroby, co korelowało z wynikami badań laboratoryjnych, wskazujących na ciężkie uszkodzenie powyższego narządu.

Odnośnie postępowania w dniu 27.02.2018 r. – w tym dniu dolegliwości zgłaszane przez M. C. ogniskowały się na jamie brzusznej, były mało charakterystyczne, nie mniej na tyle niepokojące, że po konsultacji lekarza chirurga zdecydowano o przeniesieniu pacjentki do Oddziału (...), rozważając także zabieg otwarcia jamy brzusznej w celu poszukiwania przyczyny jej stanu klinicznego (laparotomia zwiadowcza). Pacjentka miała zleczone badania laboratoryjne, obrazowe i konsultacje specjalistyczne, co było postępowaniem prawidłowym. Z uwagi na wystąpienie u chorej napadu drgawkowego oraz gwałtowne pogorszenie jej stanu ogólnego w następstwie krwawienia do ośrodkowego układu nerwowego zdecydowano o odstąpieniu od zabiegu, kwalifikując chorą do dalszego leczenia w warunkach oddziału intensywnej terapii. Powyższe postępowanie, zdaniem biegłych, było w pełni prawidłowe. Także

przetoczenie pacjentce dwóch jednostek osocza świeżo mrożonego w celu przeciwdziałania skazie krwotocznej było merytorycznie uzasadnione i prawidłowe.

Biegli nie znaleźli podstaw do kwestionowania decyzji, które podjęli w dniu 27.02.2018 r. lekarze anestezjolodzy z pozwanego szpitala. Niezależnie od powyższych rozważań biegli stwierdzają, że ujawnione u M. C. (2) badaniem TK głowy liczne krwotoczne ogniska w obu półkulach mózgu i mózdzku z cechami obrzęku mózgu, wystąpienie napadu drgawkowego i utrata przez nią przytomności wskazywały na możliwość niekorzystnego rokowania na przyszłość, ze zgonem pacjentki włącznie. W omawianym przypadku kierownik oddziału miał realny wpływ na proces diagnostyczno-terapeutyczny dotyczący M. C. (2).

Odnośnie wątku zespołu Cushinga jako potencjalnej przyczyny problemów zdrowotnych M. C. biegli wyjaśnili, iż Zespół Cushinga to zespół różnorodnych objawów klinicznych związanych z podwyższonym stężeniem glikokortykosteroidów we krwi. W przypadku M. C. (2) glikokortykosteroidy nie były stosowane długotrwale tak, aby doprowadzić do rozwoju jatrogennego zespołu Cushinga, co zwykle ma miejsce przy wielomiesięcznym czy wieloletnim stosowaniu glikokortykosteroidów. Pacjentka nie prezentowała objawów charakterystycznych dla tego zespołu. Wymienione w pytaniu objawy były spowodowane niewydolnością wątroby, a nie zespołem Cushinga. Podwyższona leukocytoza jest objawem niecharakterystycznym i może wystąpić w licznych jednostkach chorobowych, jak również stanach fizjologicznych (wysiłek fizyczny, stres, obfity posiłek, infekcja, reakcja na ból, ciąża, białaczka, chłoniaki, zabieg operacyjny, urazy, czy działanie ksenobiotyku). Neutrofilia występuje w m.in. infekcjach bakteryjnych, grzybiczych, stresie, wysiłku fizycznym, zatruciach, chorobie nowotworowej, zespole Cushinga. Wyniki badań laboratoryjnych muszą być interpretowane w odniesieniu do stanu klinicznego pacjenta. Należy wyjaśnić, że w zespole Cushinga w morfologii krwi obserwuje się zwiększoną ilość erytrocytów, leukocytów i płytek krwi oraz zwiększone stężenie hemoglobiny. Izolowana leukocytoza z neutrofilią nie są więc charakterystyczne dla tego rozpoznania.

Badanie morfologii krwi nie było kluczowe dla procesu diagnostyki i leczenia M. C. w dniu 26.02.2018 r. wobec jej stanu klinicznego. Pogorszenie stanu zdrowia i wystąpienie dodatkowych niepokojących objawów jakie miało miejsce w dniu 27.02.2018 r. stanowiło wskazania do poszerzenia diagnostyki, w tym powtórnej oceny morfologii krwi. U pacjentki w sposób prawidłowy rozpoznano niewydolność wątroby ze skazą krwotoczną i badanie morfologii krwi było istotne z punktu oceny ilości płytek krwi, a nie białych krwinek i ich rodzaju. Podwyższenie leukocytozy jak również neutrofilów jest niespecyficzne, co omówiono powyżej i wyniki badań morfologii w tym zakresie nie miały wpływu na podjęty proces diagnostyczno-terapeutyczny.

Z przedłożonej biegłym dokumentacji medycznej dotyczącej stanu, jaki prezentowała M. C. (3) w dniach 25-27.02.2018 r. w trakcie jej pobytu w Oddziale (...) oraz Oddziale (...) (...) w Z. nie wynika, aby w jej stanie przedmiotowym obserwowano: opuchniętą twarz i szyję bądź szeroki kark. W zakresie badań przedmiotowych każdorazowo odnotowywano szyję symetryczną oraz brak obrzęków obwodowych. Co więcej, w trakcie przyjmowania pacjentki do Oddziału (...) w B. ustalono, iż masa pacjentki wynosi 60 kg, przy wzroście 170 cm, a więc wyliczone BMI 20,76 wskazywało na brak nadwagi. Właśnie nadwaga jest podstawową nieprawidłowością stwierdzaną u osób z zespołem Cushinga, czy też u pacjentów poddawanych przewlekłej glikokortykoterapii. Biegli, w nawiązaniu do wcześniej przekazanych informacji, a przede wszystkim w oparciu o dokumentację medyczną wykluczają, aby u M. C. (2) w omawianym okresie hospitalizacji wstąpił zespół Cushinga. Biegli wykluczają również, aby krótkotrwałe stosowanie u pacjentki glikokortykosteroidów systemowych w niewielkich dawkach, w celu leczenia ostrego zespołu bólowego korzeniowego, spowodowało zaburzenia metaboliczne w jej organizmie, które są stwierdzane u osób z powyższym zespołem chorobowym. Należy jednocześnie nadmienić, że krwawe wybroczyny na skórze i siniaki były konsekwencją wystąpienia u M. C. (2) gwałtownie postępującej skazy krwotocznej w przebiegu ostrego uszkodzenia wątroby o bardzo ciężkim przebiegu, na nieustalonym podłożu. Obraz kliniczny takiego uszkodzenia został przez biegłych wyczerpująco przedstawiony wcześniej.

(sporządzone w toku śledztwa sygn. RP VII Ds. 22.2018 opinie zespołu biegłych: A. M. (1), W. K., A. M. (2), J. G., P. Z., A. M. (3) – z 17.02.2021r, 12.10.2021r, 29.03.2022r.k. 535 – 621, k. 524 – 534 akt niniejszej sprawy oraz k.1159-1163 akt śledztwa)

Powyższy stan faktyczny sąd ustalił na podstawie zgromadzonego materiału dowodowego. Wiarę dowodom z dokumentów sąd dał albowiem ich prawdziwości nie była zaprzeczona. Sąd dał wiarę zeznaniom świadków: lekarzy i osób z personelu medycznego pozwanego szpitala albowiem były zgodne, logiczne, konsekwentne, wzajemnie uzupełniające się. Sąd dał wiarę w przyjętym zakresie również zeznaniom świadków B. B., B. C., J. C. odnoszących się do relacji powodów z córką albowiem były logiczne i zgodne. W zakresie wiedzy specjalnej Sąd oparł się na opiniach biegłych sporządzonych na potrzeby śledztwa przez zespół biegłych opiniujących w ramach L. A. M. (4) z siedzibą w Ł.: zespołu biegłych z zakresu medycyny sądowej (A. M. (1)), anestezjologii i intensywnej terapii oraz medycyny ratunkowej (W. K., P. Z.), neurologii (A. M. (2)), chorób wewnętrznych i chorób płuc oraz toksykologii klinicznej ((J. G.), chorób wewnętrznych, gastroenterologii (A. M. (3))). Opinie te (opinia główna, pisemna opinia uzupełniająca oraz ustne wyjaśnienia) są spójne, logiczne, stanowcze, kompleksowe; wzajemnie się uzupełniają, wszechstronnie udzielają odpowiedzi na kwestie istotne dla rozstrzygnięcia sprawy; zostały sporządzone przez osobę kompetentną w zakresie posiadanych przez nią specjalności. Podstawą do oparcia się na tych opiniach jest artykuł 278¹ kpc zgodnie z którym Sąd może dopuścić dowód z opinii sporządzonej na zlecenie organu władzy publicznej w innym postępowaniu przewidzianym przez ustawę. Opinie sporządzone w ww. śledztwie mają charakter pełnoprawnego dowodu, na jakim można się oprzeć również w postępowaniu cywilnym. Opinie biegłych nie zostały w żaden sposób przekonująco podważone, nie zostało wykazane ażeby zawierały błędy – tym samym opinie te były w pełni wiarygodne.

Sąd pominął wnioskowany przez powodów dowód z opinii biegłych z zakresu hepatologii oraz transplantologii albowiem zgromadzony w sprawie materiał dowodowy był niezwykle obszerny, wyjaśniał w pełni wszelkie istotne dla sprawy okoliczności. Opinie były sporządzane również przez biegłych z zakresu chorób wewnętrznych, niecelowe zatem było dopuszczanie dowodu z opinii biegłego z zakresu hepatologii. Opinia biegłego z zakresu transplantologii nie wnosila by do sprawy istotnych okoliczności albowiem nie dotyczyłaby prawidłowości postępowania personelu medycznego pozwanego szpitala, który podejmował czynności ratunkowe wobec pacjentki. Wnioski zatem nie dotyczyły ustalenia faktów istotnych w sprawie a przeprowadzenie dowodów spowodowałoby zbędną zwłokę w postępowaniu. Sąd pominął również dowody z opinii biegłych z zakresu psychiatrii i psychologii albowiem ich przeprowadzanie było niecelowe w sytuacji gdy nie została wykazana zasada odpowiedzialności pozwanych. Z tych samych przyczyn sąd pominął dowód z przesłuchania stron; sąd dysponował przy tym informacjami przedstawionymi przez powodów w ramach przesłuchania informacyjnego (niezaprzeczonych)

Sąd zważył:

Roszczenie powodów nie zbyło zasadne.

Zgodnie z art. 446 par. 1 i 4 Kodeksu cywilnego, jeżeli wskutek uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia nastąpiła śmierć poszkodowanego, zobowiązany do naprawienia szkody powinien zwrócić koszty leczenia i pogrzebu temu, kto je poniósł. Sąd może także przyznać najbliższym członkom rodziny zmarłego odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Ciężar dowodu wystąpienia wszystkich przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanych spoczywał na powodach jako na stronie wywodzącej z tego faktu skutki prawne (art. 6 k. c. ; art. 232 k.p.c.). Powodowie nie wykazali zasady odpowiedzialności pozwanych; by wskutek działania bądź zaniechania pracowników pozwanego szpitala zaistniały podstawy do odpowiedzialności pozwanych.

Wzorzec wymaganego od lekarza standardu zachowania został skonstruowany przez ustawodawcę w art.4 ustawy z dnia 5.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry: 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. Prawidłowo skonstruowany wzorzec nie opiera się na wymaganium, by lekarz wykazywał się w danym wypadku starannością wyższą niż przeciętna ,ale o to aby przeciętny poziom staranności zawodowej danego lekarza był odpowiedni wysoki (Wyrok Sądu

Najwyższego – Izba Cywilna z dnia 10.02.2010 r., VCSK 287/2009). Istotą (definicją) błędu medycznego jest działanie (zaniechanie) osoby wykonującej zawód medyczny pozostające w sprzeczności z obowiązującą wiedzą i praktyką medyczną oraz należytą starannością w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Skutkiem błędu medycznego winien być szkoda na osobie pacjenta tym niemniej błędy i ich następstwa nie są ze sobą nierozzerwalnie związane. Popęlnienie błędu nie musi prowadzić do niekorzystnych efektów, o ile błąd zostanie w porę rozpoznany i podjęte zostaną odpowiednie kroki, aby zapobiec wystąpieniu szkody. Samo stwierdzenie wystąpienia błędu medycznego nie prowadzi do przypisania odpowiedzialności. Niezbędne jest wykazanie pozostałych przesłanek odpowiedzialności, tj. zawinienia, wystąpienia szkody, a także zachodzenia związku przyczynowego. Wówczas także należy ocenić, czy wyrządzenia szkody na osobie pacjenta można było uniknąć, gdyby osoba podczas udzielania świadczenia zdrowotnego nie działała w sprzeczności z wymaganą wiedzą i praktyką medyczną oraz należytą starannością. Sąd Najwyższy wielokrotnie wskazywał, iż w tzw. procesach lekarskich, tzn. w procesach, w których powód domaga się naprawienia szkód pozostających w związku z leczeniem może nastąpić ograniczenie obowiązku dowodzenia do wykazania jedynie prawdopodobieństwa. W konsekwencji prowadzi to do osłabienia wymagań dowodowych i ograniczenia ich do ciężaru wykazania iż wskutek zaniedbań mogło dojść do szkody. Nie można jednak przyjąć wnioskowania opartego na założeniu, że szkoda pacjenta w każdym przypadku oznacza zaniedbania zawinione. Odpowiedzialności szpitala nie można wywodzić z samego faktu powstania szkody, lecz musi ona wynikać z podjęcia przez personel niezgodnych z prawem i zasadami sztuki medycznej działań lub zaniechań. Wykazania wymagają zatem okoliczności, które wskazywałyby na zawinione uchybienie w trakcie postępowania leczniczego lub diagnostycznego, które pozostawałoby w związku przyczynowym z powstaniem szkody, a ów związek przyczynowy musi cechować co najmniej wysoki stopień prawdopodobieństwa, co jednak w ocenie sądu w niniejszej sprawie nie nastąpiło.

Mimo osłabienia ciężaru dowodu uwarunkowanego charakterem sprawy powodowie tego ciężaru nie udźwignęli. Formułowane przez stronę powodową wobec pozwanego szpitala zarzuty nienależytego leczenia są oparte tylko na przekonaniu strony powodowej, że do opisywanego w pozwie uszkodzenia ciała oraz rozstroju zdrowia oraz ostatecznie śmierci doszło na skutek leczenia w pozwanej placówce na skutek błędu w sztuce lekarskiej. Zarzuty te po przeprowadzeniu szerokiego i wnikliwego postępowania dowodowego i po wnikliwej analizie zgromadzonego materiału dowodowego okazały się nieuzasadnione. Z uwagi na specyfikę sprawy Sąd opierał się przede wszystkim na opiniach biegłych, które analizowały materiał dowodowy w postaci dokumentacji lekarskiej, przy czym oparto się na opiniach sporządzonych na potrzeby śledztwa na podstawie art. 278¹ kpc. Żaden z opiniujących biegłych nie stwierdził niedołożenia należytej staranności w trakcie udzielania świadczeń przez pozwanego. Zmarła zgłosiła się do pozwanego zgłaszając określone dolegliwości; na tej podstawie pozwany szpital wdrożył odpowiednią diagnostykę oraz leczenie. Personel pozwanego szpitala reagował adekwatnie, stosownie do zmiany stanu zdrowia zarówno tych sygnalizowanych przez zmarłą M. C. jak i do wyników zleczonych oraz przeprowadzanych u siebie badań. Decyzje odnośnie wypisania zmarłej do domu podczas pierwszego przyjęcia w dniu 5 stycznia 2018; umieszczenia na konkretnym oddziale (neurologii) w okresie 8 – 15 lutego 2018 roku, wypisania jej do domu; postępowanie wobec zmarłej w okresie ostatniego z pobytów tj. umieszczenie na izbie przyjęć, umieszczenie na oddziale chirurgii, nieumieszczenie jej na oddziale intensywnej opieki medycznej, ostateczna decyzja o przetransportowaniu jej do (...) w B. – jako jedynej placówki dysponującej miejscem na (...); stosowane w tym czasie wobec zmarłej diagnostyka oraz leczenie były prawidłowe, adekwatne do jej aktualnego stanu klinicznego. Wszystkie opisane wyżej działania pozwanego szpitala zostały ocenione jako przedsięwzięte zgodnie z wiedzą medyczną oraz zachowaniem najwyższej staranności. Żadne z zachowań nie naraziło pokrzywdzonej na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu ani nie doprowadziło do jej śmierci.

Taka sytuacja zachodzi w niniejszej sprawie. W niniejszej sprawie z opinii biegłych wynika, iż postępowanie personelu pozwanego szpitala na poszczególnych etapach leczenia było prawidłowe, zgodne ze wskazaniem wiedzy medycznej. Personel pozwanego szpitala wdrażał prawidłową diagnostykę i prowadził adekwatne leczenie, zgodne z wiedzą medyczną. Wdrażano w razie potrzeby dodatkowe badania i konsultacje specjalistyczne.

W przypadku pacjentki wystąpiło ciężkie i szybko postępujące uszkodzenie wątroby o nieustalonej przyczynie. Podkreślić należy, iż niepowodzenie medyczne czyli nie osiągnięcie oczekiwanego skutku leczenia, nie prowadzi do możliwości postawienia zasadnego zarzutu, iż leczenie pacjenta nie było prawidłowe.

Strona powodowa nie wykazała istnienia wszystkich przesłanek odpowiedzialności deliktowej pozwanych w postaci błędu w sztuce lekarskiej oraz jego związku przyczynowego ze śmiercią M. C..

Z uwagi na to powództwo podlegało oddaleniu.

O kosztach orzeczono na zasadzie art. 102 kpc. Powodowie przegrali proces w całości a zatem co do zasady winna ponieść całość kosztów procesu na rzecz strony przeciwnej. sądowych. W ocenie Sądu zachodził wyjątkowy wypadek uzasadniający odstąpienie od obciążania jej kosztami procesu. Powodowie wystąpili z powództwem w czasie gdy nie uległo zakończeniu śledztwo prowadzone w związku ze śmiercią ich córki; postępowanie to zakończyło się umorzeniem postępowania już w toku sprawy cywilnej. Powodowie mogli działać więc w subiektywnym przeczuciu, iż mogło dojść do błędów w procesie leczenia ich córki. Biorąc pod uwagę wszelkie okoliczności sprawy, w tym sytuację osobistą i majątkową powodów, sąd uznał, iż obciążanie powodów kosztami procesu pociągałoby za sobą dla nich zbyt dotkliwe skutki i mogłoby sprzeciwiać się zasadom współżycia społecznego.

SSO Andrzej Kieć