

UZASADNIENIE

W pozwie z dnia 20 stycznia 2014 r. skierowanym przeciwko Wojewódzkiemu Szpitalowi (...) w Z., powódka H. J. wniosła o zasądzenie od pozwanego kwoty 200.000 zł z tytułu zadośćuczynienia za śmierć męża L. J. (1) z odsetkami od dnia złożenia pozwu oraz obciążenie pozwanego kosztami postępowania. Jak wynika z uzasadnienia do pozwu, w ocenie powódki śmierć męża jest wynikiem błędu w sztuce lekarskiej polegającego na błędnej diagnostyce krwotoku mózgowego u L. J. (1) dokonanej w pozwanej placówce medycznej w czasie jego hospitalizacji w Oddziale Chirurgii Ogólnej w lipcu 2010 r. /pозew – k. 2 – 6/

Pozwany w odpowiedzi na pozew wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie od powódki na rzecz pozwanego zwrotu kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa adwokackiego, według norm przepisanych. Nadto pozwany wniósł o zawiadomienie na podstawie art. 84 par. 2 k.p.c. o toczącym się postępowaniu (...) SA w W. i wezwanie ww podmiotu do udziału w niniejszej sprawie. W ocenie pozwanego, wbrew twierdzeniom powódki, postępowanie lecznicze wdrożone wobec L. J. (1) było prawidłowe, a przeprowadzone procedury zgodne z zasadami wiedzy i sztuki medycznej. U pacjenta prowadzono regularne i dokładne monitorowanie parametrów życiowych łącznie z monitorowaniem radiologicznym. W postępowaniu lekarzy pozwanego Szpitala brak jest nie tylko jakichkolwiek cech zawinienia, ale przede wszystkim brak dowodów na zaistnienie jakiegokolwiek nieprawidłowości, którą następnie można by oceniać przez pryzmat winy bądź jej braku. Niezależnie od powyższego pozwany zakwestionował wysokość dochodzonej pozewem kwoty. /odpowieź na pozew – k. 26 – 30/.

Zarządzeniem z dnia 26 lutego 2014 r. Przewodniczący zawiadomił (...) SA w W. o toczącym się postępowaniu w trybie art. 84 par. 2 k.p.c. pouczając, że może zgłosić swoje przystąpienie do sprawy w charakterze interwenienta ubocznego. /zarządzenie – k. 116/.

Na ostatniej rozprawie poprzedzającej wyrokowanie pełnomocnik powódki z urzędu wniósł o przyznanie kosztów udzielonej powódce pomocy prawnej oświadczając, że koszty te nie zostały uiszczone ani w całości, ani w części. /protokół k. 438, adnotacje 00:16:15/

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:

Mąż powódki L. J. (1) zmarł w Wojewódzkim Szpitalu (...) w Z. w dniu 1 sierpnia 2010 r. w wyniku rozległego krwotoku śródmózgowego, po dwóch tygodniach leczenia zachowawczego (niezabiegowego). /okoliczność bezsporna, epikryza – k. 87/

L. J. został przyjęty do pozwanego szpitala w dniu 18 lipca 2010 r., po bliżej nieokreślonym urazie głowy, który określany jest w dokumentacji jako napad padaczkowy. Na taką etiologię urazu brak dowodów. Powódka zawiadzała tego dnia pogotowie ratunkowe do męża, ponieważ zaniepokoiło ją drobne, o wielkości ok. 1 cm, podeszłe krwią drażnienie w okolicy potylicznej. Ok. miesiąc wcześniej, 12 czerwca 2010 r. L. J. doznał urazu głowy, w wyniku którego doszło do powstania krwiaka w tylnym dole czaszki. Chorego operowano w Szpitalu im. (...). /informacyjne wyjaśnienia powódki poparte jej zeznaniami – k. protokół k. 132, adnotacje 00:05:25 – 00:19:03, k. 437 odw., adnotacje 00:02:30, historia choroby ogólna – k. 35 – 36 odw., k. 83 – 86, karta informacyjna leczenia w SOR – k. 99/

Wykonano wówczas kraniektomię podpotyliczną z dobrym skutkiem neurologicznym. Brak związku przyczynowo-skutkowego między obiema hospitalizacjami. Pierwsza hospitalizacja była ewidentnie związana z urazem, jako pierwotną przyczyną krwiaka nad prawą półkulą mózdzku, druga ma bardzo niejasną etiologię i uraz głowy był w tym przypadku najprawdopodobniej wtórny do patologii mózgowej. Między tymi hospitalizacjami nie ma dowodów na występowanie u chorego padaczki. /pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu neurochirurgii K. S. (1) – k. 329 – 330/

Przy przyjęciu do szpitala w dniu 18 lipca 2010 r. u chorego zaobserwowano napad padaczkowy. Wykonano badanie CT głowy, które wykazało drobne ognisko krwotoczne w lewym płacie potylicznym, głęboko, przystarzałkowo 10 mm, bez krwotoku podpajęcznego. Chory przy przyjęciu do szpitala był przytomny ale bez kontaktu logicznego. Poproszono o konsultację neurochirurga P. S. (1) i chory został skierowany jako chory pourazowy do oddziału chirurgicznego. Procedura przy napadzie padaczkowym w pozwanym szpitalu jest taka, że jeżeli jest to pojedynczy napad i pacjent odzyskuje przytomność, nie pozostawia się go w szpitalu. Jeśli są jakiegokolwiek wątpliwości, tak jak miało to miejsce w przypadku L. J., pacjent pozostaje w szpitalu. Jeśli są dane, że miał miejsce uraz głowy, pacjent pozostaje w oddziale zabiegowym /chirurgia lub neurochirurgia/. Jeśli nie było urazu, chory pozostaje na neurologii, gdy dzieje się coś niepokojącego. Jeśli chory jest bez kontaktu logicznego, przeważnie wykonuje się badanie komputerowe głowy i badania laboratoryjne, które pozwalają różnicować czy nie ma czynnika metabolicznego - niski/wysoki poziom cukru, niewydolność nerek, niewydolność wątroby. Przeważnie badania te zleca lekarz SOR – u. Chory nie wymagał interwencji zabiegowej tylko obserwacji. Uwidocznione w badaniu zmiany były niewielkie. /zeznania świadka J. C. – protokół k. 132, adnotacje 00:23:20 – 00:34:38, zeznania świadka P. S. – protokół k. 219, adnotacje 00:07:07 – 00:19:00, zeznania świadka K. P. – protokół k. 219, adnotacje 00:19:34 – 00:34:30, zeznania świadka D. Ś. – protokół k. 169 odw., adnotacje 00:08:23, historia choroby ogólna – k. 35 – 36 odw., k. 83 – 86, k. 103 – 106, wynik TK z dnia 18.07.2010 r. – k. 37, karta informacyjna leczenia w SOR – k. 99 – 100, karta informacyjna – k. 107/

Poproszony o konsultację w izbie przyjęć neurochirurg zlecił wykonanie u L. J. badań EKG, badań laboratoryjnych i tomografii komputerowej. W oddziale chirurgicznym, jeszcze tego samego dnia w godzinach popołudniowych, stan chorego gwałtownie się pogorszył. Po kilku godzinach pobytu w Oddziale Chirurgii Ogólnej, w godzinach wieczornych doszło do kolejnego napadu padaczkowego. /zeznania świadka J. C. – protokół k. 132, adnotacje 00:23:20 – 00:34:38, zeznania świadka P. S. – protokół k. 219, adnotacje 00:07:07 – 00:19:00, zeznania świadka K. P. – protokół k. 219, adnotacje 00:19:34 – 00:34:30, zeznania świadka W. M. – k. 169 odw., adnotacje 00:05:24, historia choroby ogólna – k. 35 – 36 odw., k. 103 – 106, wynik badania rtg klatki piersiowej z dnia 19.07.2010 r. – k. 89, karta informacyjna leczenia szpitalnego – k. 112/

W oddziale chirurgii L. J. leżał na korytarzu, przy dyżurce pielęgniarek. Podczas kolejnego napadu padaczkowego w oddziale chirurgii, L. J. spadł z łóżka. Nikt z personelu nie był obecny przy tym incydencie. O powyższym zdarzeniu personel został zawiadomiony przez pacjentów. /zeznania świadka R. M. – protokół k. 288, adnotacje 00:05:34 – 00:15:42/

Wykonano ponowne badanie CT głowy. Poproszono o kolejną konsultację neurochirurga. W kolejnym badaniu CT głowy stwierdzono: „nowe strefy krwotoczne w strukturach głębokich mózgu obustronnie oraz w prawym płacie potylicznym, rozległą strefę hypodensji obrzękowej do 9 cm obejmującą struktury głębokie mózgu i płaty ciemieniowe od strony przysrodkowej, świeżą krew w obu komorach bocznych”. Obraz radiologiczny przekładał się na stan kliniczny pacjenta, który określano w dokumentacji jako „ciężki i skrajnie ciężki”. Pacjent został zaintubowany i pozostawał na oddechu zastępczym z respiratora. Mimo włączonego leczenia przeciwobrzękowego stan chorego nie ulegał poprawie. W kolejnym badaniu CT głowy z dnia 27 lipca 2010 r. stwierdzono dalszą progresję patologii krwotocznej mózgu, nazywaną krwiogłowiem (komory mózgowie wypełnione krwią, krew w przestrzeniach podpajęcznych, w zbiornikach podstawy mózgu) oraz cechy znacznego obrzęku mózgowia. W takich przypadkach rokowanie jest zawsze niepomyślne. Chory miał zostać przeniesiony do OIT ale ze względu na brak miejsc przeniesiono go do oddziału neurochirurgicznego, który także zajmuje się tak ciężkimi przypadkami. /pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu neurochirurgii K. S. (1) – k. 329 – 330, zeznania świadka J. C. – protokół k. 132, adnotacje 00:23:20 – 00:34:38, zeznania świadka P. S. – protokół k. 219, adnotacje 00:07:07 – 00:19:00, zeznania świadka K. P. – protokół k. 219, adnotacje 00:19:34 – 00:34:30, historia choroby ogólna – k. 35 – 36 odw., k. 83 – 86, k. 103 – 106, karta informacyjna leczenia szpitalnego – k. 112, k. 114 /

Na podstawie dostępnej dokumentacji brak podstaw do wskazania uchybień po stronie pozwanego szpitala. Przede wszystkim nie dochodziło do zbędnej zwłoki w wykonywaniu badań zasadniczych, jakimi w tym wypadku były badania CT głowy. U chorego nie wykonano badania angio-CT głowy, gdyż po pierwsze przyjęto tło urazowe krwotoku a po

drugie gwałtowny przebieg kliniczny praktycznie uniemożliwił takie badanie. Ponadto, znając przebieg kliniczny, hipotetycznie można przyjąć, że takie badanie, które jest badaniem inwazyjnym, doprowadziłoby do jeszcze większych uszkodzeń mózgowia niż samoistny krwotok, gdyż w czasie jego wykonywania wprowadza się do naczyń mózgowych dużą dawkę środka kontrastowego. Poziom kreatyniny ma znaczenie dla wydolności nerek, które odpowiadają za oczyszczanie krwi z kontrastu. Podanie kontrastu w każdym przypadku stanowi dodatkowe obciążenie dla mózgu, który już jest obrzęknięty przez krwotok. Badanie angio, nawet gdyby było wykonane, nie zmieniliby rokowania pacjenta. mogłoby wykazać wadę, ale leczenie byłoby jeszcze bardziej obciążające. /pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu neurochirurgii K. S. (1) wraz z opinią uzupełniającą – k. 329 – 330, k. 354 - 355/

Uszkodzenia dokonały się już w chwili krwotoku. Jeśli wykonuje się badanie u pacjenta nieprzytomnego i wskazuje ono na krwawienie podpajęczynówkowe, jest nagłą utratą przytomności bez urazu, wtedy wykonuje się badanie z opcją naczyniową, aby stwierdzić czy jest wada naczyniowa. Stan pacjenta musi do tego upoważniać. Jeśli pacjent jest w ciężkim stanie, nie wykonuje się tego badania, bo mogłoby to doprowadzić do jeszcze większego uszkodzenia mózgowia. Podanie środka kontrastowego do naczyń mózgowych powoduje obkurczanie naczyń i mogłoby dojść do zmian i niedokrwienia zdrowych obszarów mózgu. To dodatkowo sprzyjałoby niepomyślnemu rokowaniu. /ustna opinia uzupełniająca biegłego sądowego z zakresu neurochirurgii K. S. (1) – k. 424 odw., adnotacje 00:08:14/

Kontrast podaje się wtedy, gdy chce się osiągnąć cel diagnostyczny, ma to służyć procesowi leczniczemu. Gdyby nawet został zdiagnozowany tętniak, pacjent będący w takim stanie, nie przeżyłby operacji. Gdyby wykonano TC z opcją angio, nie uratowałoby to pacjenta. Pacjent na pewno nie kwalifikował się do leczenia operacyjnego, a gdyby jednak takie działania podjąć, zmarłby szybciej. Gdyby wykonano badanie, nie zmieniliby to rokowania ani leczenia. /ustna opinia uzupełniająca biegłego sądowego z zakresu neurochirurgii K. S. (1) – k. 424 odw., adnotacje 00:22:40/

W pozwanym szpitalu badanie CT głowy z kontrastem nie należało i nie należy także obecnie do rutynowych badań wykonywanych przy przyjęciu chorego. Nawet gdyby były wskazania do jego wykonania, w pozwanym szpitalu w 2010 r. nie było sprzętu do wykonania tego badania. Pacjenta trzeba byłoby przewieźć do innej placówki, po wcześniejszym ustaleniu terminu. /zeznania świadka J. C. – protokół k. 132, adnotacje 00:23:20 – 00:34:38/

Ważnym dla losów pacjenta były także stwierdzone cechy uszkodzenia wątroby i związane z tym zaburzenia w zakresie układu krzepnięcia, co z pewnością wpłynęło na dynamizm uszkodzeń krwotocznych mózgu. Nietrzeźwość chorego w dniu 18 lipca 2010 r. nie stanowi obciążenia sama w sobie, ale wskazywać może na etiologię uszkodzenia wątroby. Stan uszkodzenia mózgowia po drugim napadzie padaczkowym był na tyle duży, jak wynika z badania CT głowy, że doświadczenie kliniczne wskazuje na jego nieodwracalność. Tak też się stało i w tym przypadku. /pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu neurochirurgii K. S. (1) wraz z opinią uzupełniającą – k. 329 – 330, k. 354 - 355/

Na pytanie, czy pacjent powinien zostać od razu przyjęty na OIOM należy odpowiedzieć przecząco. Wskazaniem do przyjęcia na OIOM jest niewydolność krążeniowo - oddechowa, do której w przypadku L. J. doszło po kilku godzinach hospitalizacji w wyniku głównego krwotoku do komór mózgowych i głębokich struktur mózgu. /pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu neurochirurgii K. S. (1) – k. 329 – 330/

Zgodnie z opisem w dokumentacji L. J. (1) miał napady padaczkowe, natomiast brak dowodów na to, że ww chorował na padaczkę. Napady padaczkowe u chorego w dniu przyjęcia do szpitala tj. 18 lipca 2010 r. były efektem krwotoku domózgowego i pozostawały z nim w bezpośrednim związku przyczynowo-skutkowym. Brak danych, aby twierdzić, że zmarły chorował na padaczkę, a szczególnie, że występowała ona od urazu w czerwcu 2010 r. Biorąc pod uwagę, iż u chorego stwierdzono powierzchowną ranę na głowie, drobne ognisko krwotoczne w lewym płacie potylicznym, w Izbie Przyjęć nastąpił napad padaczki, ponowny napad padaczki miał miejsce w godzinach wieczornych, można stwierdzić, że pacjent L. J. (1) w dniu 18 lipca 2010 r. doznał urazu głowy lub miał krwawienie samoistne. Dochodziło do dynamicznego tła mózgowego. /pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu neurochirurgii K. S. (1) wraz z opinią uzupełniającą – k. 329 – 330, k. 354 – 355, k. 425, adnotacje 00:28:11/

W medycynie nie ma 100% pewności. Pacjent przy przyjęciu został potraktowany jako urazowy. Potem wycofano się z tła urazowego. Jeśli pacjent trafia do szpitala z powierzchowną raną głowy, jest traktowany jako urazowy. W trakcie

diagnostyki można to skorygować. Tak też stało się w tym przypadku. Obraz u L. J. świadczy o tym, że mamy do czynienia z procesem samoistnym. /ustna opinia uzupełniająca biegłego sądowego z zakresu neurochirurgii K. S. (1) – k. 424 odw., adnotacje 00:22:40/

O tym, że mamy do czynienia z samoistnym krwotokiem świadczy układ krwi. Krwotok związany był z chorobą układu naczyń, krzepnięciem. Było uszkodzenie wątroby, co jest równoznaczne z uszkodzeniem układu krzepnięcia. Przy upadku z łóżka nie dochodzi do krwawienia komór, rozkład krwi nie dotyczyłby głębokich struktur mózgu. Niewydolność oddechowa wynikała z uszkodzenia głębokich struktur mózgu. Pacjent miał uszkodzoną wątrobę, w chwili przyjęcia był w stanie nietrzeźwości. Niewydolność wątroby może wskazywać na alkoholizm. Prawdopodobnie pacjent miał angiopatię. /ustna opinia uzupełniająca biegłego sądowego z zakresu neurochirurgii K. S. (1) – k. 425, adnotacje 00:35:44, 00:28:11, 00:13:25/

Praktyką w pozwanym szpitalu jest podawanie pacjentom z napadami epi leku najbardziej sprawdzonego, a takim jest Relanium, Depakine. Jeśli występuje stan padaczkowy, pacjent jest wprowadzany w stan śpiączki. W przypadku L. J. nie było stanu padaczkowego. / zeznania świadka J. C. – protokół k. 132, adnotacje 00:23:20 – 00:34:38/

Podanie Relanium „zabezpiecza farmakologicznie” pacjenta drgawkującego. U chorego opisywano napad padaczkowy. Stwierdzono napad drgawek. Potem był drugi napad. Relanium to lek, który wycisza napad drgawkowy. Nie było potrzeby stosowania przymusu bezpośredniego. Są sztywne przepisy dotyczące stosowania przymusu bezpośredniego. Jeśli pacjent miał opisywany napad padaczkowy, potem dostał relanium i miał drugi atak padaczkowy, tzn. że między jednym a drugim atakiem nie miał napadu padaczkowego. Gdyby była taka potrzeba, pacjent byłby zaopatrzony, tu wystarczyła ampułka relanium. /pisemna opinia uzupełniająca biegłego sądowego z zakresu neurochirurgii K. S. (1) wraz z ustną opinią uzupełniającą – k. 354 – 355, k. 424 odw., adnotacje 00:01:38/

Zgodnie z praktyką stosowaną w pozwanym szpitalu pacjenci w cięższych stanach lub u których wystąpiły napady padaczki są baczniej obserwowani, lokowani są przed dyżurką pielęgniarek, by te miały na chorego stały wgląd. W przypadku wystąpienia napadu, natychmiast wzywany jest lekarz, podawane są leki, odbywają się konsultacje. Zazwyczaj zakładane są na łóżko barierki. Pacjentowi należy zapewnić spokój, wygodne łóżko i dostęp powietrza. Jeśli pacjent jest niespokojny, stosuje się pasy mocujące. /zeznania świadka A. F. – protokół k. 259, adnotacje 00:34:38 – 00:43:55, zeznania świadka R. B. – protokół k. 219, adnotacje 00:43:29 – 00:46:14, zeznania świadka D. Ś. – protokół k. 169 odw., adnotacje 00:08:23/

Pomimo stosowania tzw. przymusu bezpośredniego w przypadku pacjentów z padaczką zdarza się że pacjenci wypadają z łóżek w trakcie napadu. /zeznania świadka J. C. – protokół k. 132, adnotacje 00:23:20 – 00:34:38/

Analizowana kwestia „zabezpieczenia przed atakiem padaczkowym” nie ma znaczenia dla sprawy. Jeśli nawet potwierdza się fakt upadku pacjenta z łóżka, to nie miało to wpływu na rokowanie, które od chwili drugiego napadu padaczkowego, a ściślej jego przyczyny, było złe. /pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu neurochirurgii K. S. (1) – k. 329 – 330/

Raporty pielęgniarskie sporządzane są każdego dnia, opisywane są w nich przypadki i sytuacje szczególne, które miały miejsce w czasie trwania konkretnego dyżuru. Nie muszą dotyczyć wszystkich pacjentów. /zeznania świadka M. C. (1) – protokół k. 259, adnotacje 00:32:32/

Autopsja prokuratorska stosowana jest wtedy, gdy przyczyną śmierci jest uraz. W przypadku powoda uraz był wtórny do przyczyny samoistnej, jaką był krwotok mózgowy. /pisemna opinia uzupełniająca biegłego sądowego z zakresu neurochirurgii K. S. (1) – k. 354 – 355/

Prawdopodobieństwo śmierci L. J. (1) nie byłoby mniejsze nawet gdyby inaczej przebiegał proces diagnostyki i leczenia niż ten, jaki zastosowano w pozwanym szpitalu. /pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu neurochirurgii K. S. (1) – k. 329 – 330/

W chwili śmierci mąż powódki miał 42 lata. Powódka została sama z trójką dorastających dzieci w wieku szkolnym. Sama musiała też prowadzić gospodarstwo rolne, część gruntów zmuszona była wydzierżawić. Było jej bardzo ciężko. Zmarły był głównym żywicielem rodziny, renta którą dzieci otrzymały po śmierci ojca jest skromna. Powódka odbyła kilka wizyt u psychologa, do psychiatry wstydziła się pójść. Dzieci powódki też korzystały z pomocy psychologa szkolnego. Powódka przez jakiś czas zażywała leki uspokajające, straciła chęć życia, nie chciało jej się wychodzić z domu. Pomimo upływu kilku lat od śmierci męża, nadal odczuwa osamotnienie i pustkę po nim. /informacyjne wyjaśnienia powódki poparte jej zeznaniami – protokół k. 132, adnotacje 00:05:25 – 00:19:03, zeznania powódki – k. 437 odw., adnotacje 00:02:30, 00:06:38/

Dokonując ustaleń faktycznych Sąd oparł się na powołanych dowodach z dokumentów, zeznań świadków w osobach m.in. personelu medycznego pozwanego szpitala oraz na opiniach niezależnego biegłego sądowego z zakresu neurochirurgii, który ocenił i opisał przebieg leczenia L. J. (1) oraz podjęte wobec niego jako pacjenta czynności medyczne. Opinię tą sąd uznał za rzetelną i wyjaśniającą wszystkie konieczne do rozstrzygnięcia kwestie. Została ona wykonana zgodnie z тезami dowodowymi w oparciu analizę zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, zaś wszelkie, zgłaszane przez strony wątpliwości zostały wyjaśnione w opiniach uzupełniających. Sąd oddalił wniosek o dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego neurochirurga jako zmierzający jedynie do przedłużenia postępowania. Opinia wydana przez dr K. S. udziela jasnych i jednoznacznych odpowiedzi na pytania Sądu. Zaznaczyć należy, iż zgodnie z orzecznictwem Sądu Najwyższego samo niezadowolony strony z opinii biegłego nie może uzasadniać powołania kolejnego biegłego /wyrok z dnia 5 listopada 1974 r. w sprawie o sygn. akt I CR 562/74, nie publik./.

Odnosząc się z kolei do osobowych źródeł dowodowych podnieść należy, iż zasadniczo nieprzydatne okazały się zeznania świadków będących pacjentami pozwanego szpitala w tym samym okresie, w jakim hospitalizowany był L. J.. Świadek C. O. nie pamiętał zmarłego L. J., nic mu nie mówiło nazwisko J., po okazaniu zdjęcia zmarłego, nadal nie przypominał sobie jego osoby. Podobnie rzecz miała się ze świadkami: S. S., A. R., D. B., A. K., K. I. i S. R.. Świadkowie ci nie pamiętali jakichkolwiek szczegółów dotyczących pobytu w szpitalu (...).

Podobnie nieprzydatne były zeznania świadka E. D., pełniącej funkcję ordynatora oddziału neurochirurgii pozwanego szpitala. W okresie gdy chory był przyjmowany do szpitala, świadek przebywała na urlopie, wróciła do pracy pod koniec jego pobytu w Oddziale Intensywnej Terapii. Świadek nie uczestniczyła w jakikolwiek sposób w diagnostyce zmarłego, podpisywała tylko tzw. wypis generalny w związku z pełnieniem funkcji ordynatora.

Z powodu niepamięci świadków, zapewne z uwagi na upływ czasu oraz dużą rotację pacjentów nieprzydatne okazały się też zeznania pracowników personelu medycznego pozwanego szpitala /lekarzy i pielęgniarek/ M. D., W. F., I. M., M. C. (1), A. F., K. Z., E. R., R. B., M. C. (2) i A. S. (1), przy czym M. C. i A. S. pracowały w spornym okresie w innej części oddziału chirurgicznego i, jak zeznały, nie miały jakiegokolwiek kontaktu z L. J. (1).

Oddaleniu podlegał też wniosek dowodowy powódki o powołanie biegłego psychiatry, który wobec uznania braku podstaw odpowiedzialności strony pozwanej, o czym szerzej mowa będzie w dalszej części uzasadnienia, Sąd uznał za zbędny. Przeprowadzenie powyższego dowodu wobec braku podstaw odpowiedzialności szpitala spowodowałoby niepotrzebne przedłużenie procesu i zwiększenie jego kosztów.

Sąd zważył, co następuje:

Powództwo okazało się bezzasadne i jako takie podlega oddaleniu.

Podstawę odpowiedzialności pozwanego szpitala stanowi art. 430 k.c. statuujący odpowiedzialność - na zasadzie ryzyka - zwierzchnika za podwładnego. Stosownie do jego treści, 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. Przesłanką odpowiedzialności zwierzchnika jest wina podwładnego, a normalnym jej następstwem

– szkoda wyrządzona osobie trzeciej. Ciężar dowodu winy podwładnego, powstania szkody i jej wysokości obciąża poszkodowanego.

Orzecznictwo wskazuje, że do przyjęcia winy osoby, o której mowa w art. 430 k.c., nie jest potrzebne wykazanie, iż osoba ta naruszyła przepisy dotyczące bezpieczeństwa życia i zdrowia ludzkiego; wystarczy, jeżeli wina tej osoby polega na zaniechaniu zasad ostrożności i bezpieczeństwa, wynikających z doświadczenia życiowego i okoliczności danego wypadku (wyrok SN z dnia 30 kwietnia 1975 r., II CR 140/75, niepubl.). Zastosowanie art. 430 k.c. nie wymaga jakiegokolwiek winy zwierzchnika. Zwierzchnik odpowiada na zasadzie ryzyka i nie może się ekskulpować wskazując na brak winy w nadzorze lub w wyborze. Co do zasady zwierzchnik z podwładnym ponoszą solidarną odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przez podwładnego. Zasada solidarnej odpowiedzialności doznaje wyjątku w stosunkach pracy. (uchwała składu 7 sędziów SN z dnia 12 czerwca 1976 r., III CZP 5/76, OSNCP 1977, nr 4, poz. 61).

Spowodowanie szkody na osobie w warunkach błędu w sztuce medycznej jest specyficzną postacią deliktu prawa cywilnego, którego zaistnienie wymaga zaistnienia przesłanek odpowiedzialności z tytułu czynu niedozwolonego, czyli szkody, winy i adekwatnego związku przyczynowego. Ściślej biorąc, błąd w sztuce medycznej jest jedynie obiektywnym elementem winy lekarza wykonującego czynności medyczne, stanowi bowiem czynność (zaniechanie) lekarza w zakresie diagnozy i terapii, niezgodną z nauką medycyny w zakresie dla lekarza dostępnym. Subiektywnym natomiast elementem koniecznym dla przypisania winy lekarzowi jest jego umyślność lub niedbalstwo (M. Filar, S. Krześ, E. Marszałkowska-Krześ, P. Zaborowski, Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej, Warszawa 2004, s. 29 i n.; orzeczenie SN z 1 kwietnia 1955 r., IV CR 39/54, OSNCK 1/1957, poz. 7 oraz Lex nr 118379). Stwierdzenie błędu w sztuce medycznej, w kontekście odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej, w którym miał miejsce zabieg czy też podejmowane były inne czynności lecznicze, jest natomiast całkowicie niezależne od osoby konkretnego lekarza oraz od okoliczności podjęcia czynności medycznej. Istotne jest bowiem to, iż czynność tę wykonał pracownik zakładu w ramach jego działalności. Od błędu jako odstępstwa od wzorca i zasad należytego postępowania z uwzględnieniem profesjonalnego charakteru działalności sprawcy szkody, odróżnić należy natomiast powikłanie, które stanowi określoną, niekiedy atypową, reakcję pacjenta na prawidłowo podjęty i przeprowadzony zespół czynności leczniczych.

Zgodnie z treścią art. 231 k.p.c., Sąd może uznać za ustalone fakty mające istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy, jeżeli wniosek taki można wyprowadzić z innych ustalonych faktów. Orzeczenie sądu może być zatem oparte na tego rodzaju domniemaniu faktycznym tylko wówczas, gdy domniemanie to stanowi wniosek logicznie wynikający z prawidłowo ustalonych faktów stanowiących jego przesłanki (wyrok SN z 22 stycznia 1998 r., II UKN 465/97, OSNP 1/99 poz. 24).

Należy podkreślić, że przywołany przepis nie oznacza przeniesienia na stronę pozwaną w procesie, którego przedmiotem są roszczenia odszkodowawcze, ciężaru wykazania, iż szkoda doznana przez powoda wynika z przyczyn, za które strona pozwana nie odpowiada. Celem przepisu art. 231 k.p.c. jest natomiast umożliwienie stronie postępowania uzasadnienia jej twierdzeń w sytuacji, gdy z przyczyn od tej strony niezależnych, nie są jej dostępne bezpośrednie środki dowodowe, a o prawdziwości twierdzeń strony można wnioskować jedynie na podstawie innych faktów. W związku z powyższym powszechnie przyjmuje się, że w tzw. procesach lekarskich, sąd może, po rozważeniu całokształtu okoliczności sprawy, w oparciu o art. 231 k.p.c. uznać za wystarczający, wysoki stopień prawdopodobieństwa, nie wymagając od poszkodowanego ścisłego i pewnego udowodnienia, jaką drogą jego organizm został zainfekowany, taki bowiem dowód często nie jest możliwy do przeprowadzenia (por. m.in. wyrok SN z 10 lipca 1998 r., I CKN 786/97, niepubl.).

W realiach niniejszej sprawy brak podstaw do stwierdzenia, iżby podczas pobytu w pozwanym szpitalu dopuszczono się jakichkolwiek nieprawidłowości. Jak wynika z opinii niezależnego biegłego sądowego z zakresu neurochirurgii na podstawie dostępnej dokumentacji brak podstaw do wskazania uchybień po stronie pozwanego szpitala. Przede wszystkim nie dochodziło do zbędnej zwłoki w wykonywaniu badań zasadniczych, jakimi w tym wypadku były badania CT głowy. Nieprawidłowością nie było także niewykonanie badania angio-CT głowy, gdyż po pierwsze początkowo przyjęto tło urazowe krwotoku a po drugie gwałtowny przebieg kliniczny praktycznie uniemożliwił

takie badanie. Ponadto zważywszy, że badanie to jest badaniem inwazyjnym, doprowadziłoby do jeszcze większych uszkodzeń mózgowia niż samoistny krwotok. Podanie kontrastu bowiem w każdym przypadku stanowi dodatkowe obciążenie dla mózgu, który już jest obrzęknięty przez krwotok. Badanie angio, nawet gdyby było wykonane, nie zmieniłoby rokowania pacjenta. Mogłoby wykazać wadę, ale leczenie byłoby jeszcze bardziej obciążające. Podanie środka kontrastowego do naczyń mózgowych powoduje obkurczanie naczyń i mogłoby dojść do zmian i niedokrwienia zdrowych obszarów mózgu. To dodatkowo sprzyjałoby niepomyślnemu rokowaniu. Gdyby nawet został zdiagnozowany tętniak, chory nie przeżyłby operacji. L. J. na pewno nie kwalifikował się do leczenia operacyjnego, a gdyby jednak takie działania podjąć, zmarłby szybciej. Z opinii biegłego jednoznacznie wynika, że gdyby nawet wykonano to badanie, nie zmieniłoby to rokowania ani leczenia. W świetle opinii biegłego, u męża powódki doszło do samoistnego krwotoku, który związany był z chorobą układu naczyń, krzepnięciem. Zmarły miał uszkodzoną wątrobę, co jest równoznaczne z uszkodzeniem układu krzepnięcia. Prawdopodobnie chory miał angiopatię.

Nie potwierdził się także zarzut niewłaściwego zabezpieczenia chorego. Zastosowane wobec chorego zabezpieczenia było prawidłowe o adekwatne do jego stanu. Praktyką w pozwanym szpitalu jest podawanie pacjentom z napadami epi leku najbardziej sprawdzonego, a takim jest Relanium, Depakine. Jeśli występuje stan padaczkowy, pacjent jest wprowadzany w stan śpiączki. W przypadku L. J. nie było stanu padaczkowego. Jak wynika z opinii biegłego podanie Relanium zabezpiecza farmakologicznie pacjenta drgawkującego. Relanium to lek, który wycisza napad drgawkowy. Nie było potrzeby stosowania przymusu bezpośredniego, np. w postaci pasów mocujących. Gdyby była taka potrzeba, pacjent byłby zaopatrzony, w tym wypadku wystarczające było podanie ampułki relanium. Na marginesie należy zresztą podnieść, że pomimo stosowania tzw. przymusu bezpośredniego w przypadku pacjentów z padaczką zdarza się, że pacjenci zrywają te zabezpieczenia i wypadają z łóżek w trakcie napadu. Analizowana kwestia „zabezpieczenia przed atakiem padaczkowym” nie ma znaczenia dla sprawy. Jak wynika z opinii biegłego fakt upadku chorego z łóżka, potwierdzony przez świadka R. M. nie miał wpływu na rokowanie, które od chwili drugiego napadu padaczkowego, a ściślej jego przyczyny, było złe. Niezależny biegły sądowy w sposób jednoznaczny wykluczył wpływ tego incydentu na rokowanie odnośnie stanu zdrowia chorego wynikającego z krwotoku domózgowego.

Mając powyższe na uwadze należało uznać, że przeprowadzone postępowanie dowodowe nie wykazało, aby pozwany Szpital ponosił odpowiedzialność za szkodę na osobie powódki będącą wynikiem zaniedbań ze strony personelu pozwanego w procesie leczenia jej zmarłego męża.

Tymczasem nowelizacja kodeksu postępowania cywilnego z dnia 1 marca 1996 roku przywróciła do postępowania cywilnego zasadę *iudex secundum allegata et probata partium iudicare debet* (łac. sędzia powinien orzekać na podstawie twierdzeń i dowodów przedłożonych przez strony). Stosownie bowiem do treści przepisu art. 232 k.p.c. strony są obowiązane wskazywać dowody dla stwierdzenia faktów, z których wywodzą skutki prawne. Wprawdzie sąd może dopuścić dowód nie wskazany przez stronę (zdanie drugie art. 232 k.p.c.), jednak rzeczą sądu nie jest zarządzenie dochodzenia w celu uzupełnienia lub wyjaśnienia twierdzeń stron i wykrycia środków dowodowych pozwalających na ich udowodnienie, ani też sąd nie jest zobowiązany do przeprowadzenia z urzędu dowodów zmierzających do wyjaśnienia okoliczności istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy. To na strony ustawodawca w myśl art. 3 k.p.c. nałożył obowiązek przedstawiania dowodów i to na stronie – zgodnie z przepisem art. 6 k.c. – ciąży ciężar udowodnienia faktu, z którego wywodzi ona skutki prawne. W ocenie Sądu w przedmiotowej sprawie nie zachodziła żadna z okoliczności nakładająca na sąd obowiązek przejęcia inicjatywy dowodowej – ciężającej na stronie powodowej. Należy bowiem w pełni podzielić pogląd Sądu Najwyższego wyrażony w uchwale z dnia 19 maja 2000 r. w sprawie o sygnaturze akt III CZP 4/00, opublikowanej w OSNC 2000/11/195, iż potrzeba wyjątkowego stosowania przepisu art. 232 zdanie drugie k.p.c., pojawia się w razie rażącej nieporadności strony działającej bez adwokata lub radcy prawnego, której - wobec niepodjęcia przez nią właściwych czynności, mimo stosownych pouczeń sądu – grozi naruszenie interesu podlegającego szczególnej ochronie, bądź w razie stwierdzenia, iż strony w procesie zmierzają do obejścia prawa lub zachodzi podejrzenie prowadzenia przez strony fikcyjnego procesu.

Na powódce, reprezentowanej przez fachowego pełnomocnika, spoczywał zatem ciężar wykazania okoliczności szkody, że powstała ona w związku z zaniedbaniami popełnionymi w ramach pozwanego Szpitala na skutek nieprawidłowego leczenia L. J. (1).

Zgodnie z art. 6 k.c. ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z faktu tego wywodzi skutki prawne. Ta zasada materialno - prawna znajduje odzwierciedlenie w przepisie procesowym art. 232 k.p.c., który z kolei stanowi, iż strony są obowiązane wskazywać dowody dla stwierdzenia faktów, z których wywodzą skutki prawne. Są to naczelné zasady postępowania dowodowego, które zawsze w postępowaniu sądowym obciążają stronę, która z danego faktu wywodzi dla siebie określone skutki prawne.

W przepisie art. 6 k.c. chodzi o fakty mające istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy, a więc fakty prawotwórcze, czyli wykazujące istnienie prawa oraz fakty niweczące lub tamujące prawo. O tym co każda ze stron stosunku cywilnoprawnego ma udowodnić w sporze toczącym się przed sądem decydują przede wszystkim przedmiot sporu, prawo materialne regulujące określone stosunki prawne oraz prawo procesowe normujące zasady postępowania dowodowego.

Uwzględniając treść art. 6 k.c. stwierdzić należy, iż do osoby występującej z pozwem należy udowodnienie faktów pozytywnych, które stanowią podstawę powództwa, gdyż z faktów tych wywodzi ona swoje prawo. Do przeciwnika natomiast należy wykazanie okoliczności niweczących to prawo lub uniemożliwiających jego powstanie.

W sprawie o odszkodowanie ciężar dowodu i rozkład ciężaru zależą od tego co było przyczyną powstania szkody, czyli jaka jest podstawa materialnej odpowiedzialności pozwanego. W szczególności jeżeli szkoda powstała poza stosunkiem zobowiązaniowym łączącym strony, a więc pozwany ponosi odpowiedzialność na podstawie przepisów kodeksu cywilnego o czynach niedozwolonych, na powódzie spoczywa ciężar udowodnienia przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej sprawcy, czego strona powodowa w niniejszym sporze nie uczyniła.

W stanie faktycznym niniejszej sprawy niewątpliwym jest wystąpienie po stronie powódki szkody, jednakże w świetle poczynionych w sprawie ustaleń faktycznych i przeprowadzonej powyżej oceny materiału dowodowego, brak jest podstaw do uznania, że pomiędzy doznaną przez powódkę szkodą, a postępowaniem personelu pozwanego szpitala, istnieje normalny związek przyczynowy. Z uwagi bowiem na to, że twierdzenia pozwu, jakoby do śmierci L. J. (1) doszło wskutek niewłaściwego postępowania personelu medycznego pozwanego szpitala, nie zostały udowodnione, brak jest podstaw do przyjęcia istnienia związku przyczynowego między doznaną przez powódkę szkodą, a postępowaniem personelu pozwanej placówki medycznej.

Mając to wszystko na uwadze, powództwo podlegało oddaleniu jako nieudowodnione.

Rozstrzygnięcie w przedmiocie kosztów procesu zapadło w oparciu o art. 102 k.p.c. Powódka w całości przegrała sprawę, co w normalnym toku rzeczy oznaczałoby, że powinna ponieść całość kosztów sądowych /art. 98 k.p.c./. Ustawodawca przyznaje jednak Sądowi pewną swobodę w zasądzaniu kosztów procesu, wskazując w art. 102 k.p.c., że w przypadkach szczególnie uzasadnionych Sąd może nie obciążać strony kosztami procesu w całości lub w części. Zdaniem Sądu, w niniejszej sprawie zaistniały te warunki. Sąd miał przede wszystkim na uwadze charakter sprawy a także trudną sytuację życiową i majątkową powódki, która legła u podstaw całkowitego zwolnienia jej od kosztów sądowych w sprawie w związku z czym doszedł do przekonania, że po jej stronie zachodzą okoliczności pozwalające, wyjątkowo, na odstąpienie od ogólnych reguł rządzących problematyką kosztów procesu. Przeciwnie zaś rozstrzygnięcie stanowiłoby dla powódki nadmierną dolegliwość.

O kosztach nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej powódce z urzędu Sąd orzekł na podstawie § 19, 20, 2 ust. 3 w zw. z § 6 pkt 6 mającego zastosowanie w niniejszej sprawie rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 roku w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu (Dz. U. 2013, poz. 461 ze zm.), polecając wypłacić je z Funduszy Skarbu Państwa - Sądu Okręgowego w Łodzi.