

UZASADNIENIE

wyroku z 29 czerwca 2022 roku

Pozwem z 13 października 2017 r. powód J. Ś. (1), reprezentowany przez pełnomocnika ustanowionego z urzędu, wniósł o zasądzenie od strony pozwanej (...) spółki z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w G. na jego rzecz:

- kwoty 65.000 zł tytułem zadośćuczynienia za krzywdę związaną z błędem w sztuce medycznej oraz z niewłaściwą opieką nad powodem wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie liczonymi od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty;
- kwoty 2.316 zł tytułem odszkodowania za poniesione koszty leczenia.

Ponadto wniósł o zasądzenie od strony pozwanej na swoją rzecz kosztów postępowania według norm przepisanych. Powód wniósł ponadto o zasądzenie na rzecz pełnomocnika z urzędu kosztów pomocy prawnej udzielonej z urzędu w kwocie 7.200 zł powiększonej o wartość podatku VAT (150% opłaty podstawowej), jednocześnie oświadczył, że koszty nie zostały pokryte w całości, ani w części.

W uzasadnieniu powód wskazał, że z uwagi na silne dolegliwości bólowe 31 marca 2016 r. w Szpitalnym Centrum Medycznym w G. wykonano u niego operację laparoskopowego wycięcia pęcherzyka żółciowego. W ocenie powoda diagnoza w kierunku konieczności usunięcia pęcherzyka żółciowego nie była poprzedzona wszechstronnymi badaniami oraz ich analizą. Po odbytej operacji powód zaczął tracić czucie w nogach. Pomimo, że zgłaszał powyższe personelowi medycznemu pozwanej placówki, to nie zlecono względem niego żadnych dodatkowych badań, bagatelizowano jego uwagi, odmówiono kilkakrotnie podania leków przeciwbólowych. Dopiero, gdy wieczorem 2 kwietnia 2016 r., u powoda nastąpiło całkowite porażenie obu kończyn dolnych i zakrzepica lewej nogi, zdecydowano o przewiezieniu pacjenta do szpitala w S.. Konsekwencją opieszale podejmowanych decyzji było wystąpienie u powoda zakażenia układu moczowego, które powodowało, że nie mógł zostać niezwłocznie poddany operacji kręgosłupa. W ocenie powoda wskutek niewykonania niezbędnych badań, braku właściwej diagnozy i zbyt późno podejmowanych decyzji o przetransportowaniu pacjenta z G. do S., powód zmuszony jest poruszać się na wózku inwalidzkim.

W odpowiedzi na pozew strona pozwana (...) spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w G. wniosła o oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego w wysokości dwukrotności stawki minimalnej.

Strona pozwana podała, że w szpitalu w G. powodowi wszystkich świadczeń zdrowotnych udzielono zgodnie z aktualną wiedzą medyczną oraz mającymi zastosowanie standardami diagnozowania i leczenia, stosownie do występujących u niego objawów chorobowych. Pozwany szpital wskazał, że brak jest związku przyczynowo – skutkowego pomiędzy zachowaniem personelu szpitala w G. a uszczerbkiem na zdrowiu lub rozstrojem zdrowia, który wystąpił u powoda w postaci paraliżu kończyn dolnych, jak też zakrzepicy żył kończyny dolnej lewej. Paraliż, który wystąpił u powoda, spowodowany był chorobą samoistną w postaci nacieku (guza?) rdzenia kręgowego odcinka (...)– (...). Strona pozwana podkreśliła nadto, że objawy zakrzepicy wystąpiły w szóstej dobie hospitalizacji, wcześniej ich nie było.

W toku postępowania strony podtrzymywały swe stanowiska co do zasady.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny.

Święta wielkanocne w 2016 r. przypadały w dniach 27 – 28 marca.

Bezpośrednio po świętach, w dniu 28 marca 2016 r., od godzin wieczornych, powód zaczął odczuwać silne bóle brzucha, zlokalizowane w prawym podbrzeżu. Następnego dnia (29 marca 2016 r.) bóle te uległy zaostrzeniu. Powód wzywał pogotowie. Jeszcze tego samego dnia powód samodzielnie, kierując samochodem, udał się do szpitala w G..

W izbie przyjęć otrzymał standardowe leczenie w postaci kroplówki rozkurczowej celem zweryfikowania, czy pacjenta można odesłać do domu, czy wymaga dalszej obserwacji. Został przyjęty w trybie nagłym na oddział. Cel hospitalizacji oznaczono jako „diagnostyczny”.

Dowody:

- kserokopia dokumentacji medycznej znajdująca się w kopercie na k. 62, 180, 187,
- dokumentacja medyczna powoda znajdująca się w aktach sprawy (przy okładce),
- zeznania świadka J. Ś. (2) k. 104-106,
- zeznania świadka M. K. k. 151-153,
- zeznania świadka P. C. k. 156-157,
- zeznania powoda k. 169-172.

W izbie przyjęć szpitala w G. powodowi podano kroplówkę rozkurczową. Nie uzyskano poprawy stanu klinicznego. Zlecono przeprowadzenie diagnostyki laboratoryjnej. Pacjent J. Ś. (1), w oparciu o wyniki badania podmiotowego i przedmiotowego, został poddany obserwacji w kierunku zapalenia pęcherzyka żółciowego. Wykonano USG jamy brzusznej w trybie „ostro dyżurowym”. W pęcherzyku żółciowym uwidoczniło się liczne konkrementy (ultrasonograficzny objaw M.). Powoda przyjmował i diagnozował lekarz dr n. med. M. K..

Od 29 marca 2016 r. do 31 marca 2016 r. (do operacji) powód przebywał pod obserwacją w Oddziale Chirurgicznym szpitala w G.. Lekarzem prowadzącym powoda był lekarz K. B.. Pacjent uskarżał się na silne bóle brzucha, miewał wymioty.

Ordynatorem Oddziału Chirurgicznego nadzorującym jego funkcjonowanie i pracę lekarzy był w tym okresie lekarz specjalista chirurg J. S..

30 i 31 marca 2016 r. pacjentowi J. Ś. (1) wykonano badanie ogólne moczu z osadem, którego wyniki nie wskazywały na zakażenie układu moczowego. W czasie hospitalizacji powoda w pozwanym szpitalu nie było u niego objawów wskazujących na zakażenie układu moczowego. W wykonanym 4 kwietnia 2016 r. przez (...) w S. posiewie moczu również nie stwierdzono obecności bakterii („brak wzrostu”).

31 marca 2016 r. powodowi wykonano operację wycięcia pęcherzyka żółciowego metodą laparoskopowej cholecystektomii. W dniu zabiegu powód ważył 113 kg. J. Ś. (1) wyraził zgodę na zabieg polegający na usunięciu pęcherzyka żółciowego metodą laparoskopową. Decyzję o konieczności operacji podjął lekarz P. C.. Pacjenta zakwalifikowano do operacji ze wskazań życiowych, ze względu na pogarszający się stan zdrowia i podejrzenie sepsy z ropniem pęcherzyka żółciowego (m. in. narastający poziom białka fazy ostrej (...) w surowicy, który 31 marca 2016 r. osiągnął poziom 296,18 mg/6, oraz podwyższony poziom (...), który w tym samym dniu osiągnął poziom 13,3 tys/ μ l). Operację przeprowadził lekarz P. C. w asyście lekarza K. B.. Przebieg operacji oraz okres pooperacyjny przebiegał bez powikłań. Po pięciu dniach po operacji (5 kwietnia 2016 r.) białko fazy ostrej zmniejszyło się do poziomu 146,96 mg/l, natomiast (...) do poziomu 13,10 tys/ μ l. 7 kwietnia 2016 r. białko fazy ostrej (...) wynosiło 46,06 ml/l, a (...) ponownie wzrosło.

W okresie od 31 marca 2016 r. (po operacji) do 3 kwietnia 2016 r. (dzień przekazania pacjenta do (...) w S.) J. Ś. (1) przebywał okres rekonwalescencji po operacji usunięcia pęcherzyka żółciowego..

1 kwietnia 2016 r. powodowi wykonano (...), których poziom określono na 747ng/ml. pacjentowi przez całą hospitalizację w szpitalu w G. podawano profilaktykę przeciwwzakrzepową preparatem F. (...), 3 ml, 1x1 sc. W czasie

hospitalizacji w pozwanym szpitalu nie występowały u powoda objawy wskazujące na zakrzepicę żył kończyn dolnych. Nie potwierdzały tego wyniki badań laboratoryjnych.

3 kwietnia 2016 r. powód zgłosił ból w okolicach pleców oraz uczucie „odbierania nóg” oraz oddał bezwiednie mocz. Na wizycie porannej pacjent nie mógł poruszać kończynami dolnymi. Niezwłocznie przekazano powoda do szpitala o wyższym poziomie referencyjności (...) w S.. Wysłano podejrzenie neuroinfekcji. Przyczyną „odbierania nóg” nie była neuroinfekcja, a naciek (guz?) rdzenia kręgowego odcinka (...).

Powoda przetransportowano do szpitala w S. karetką, gdzie podłączono mu glukozę. Pacjenta z cukrzycą zabezpieczono się przed i po operacji, a także na czas transportu, aby nie miał hipoglikemii – może wtedy wpaść w śpiączkę.

Dowody:

- karta informacyjna leczenia szpitalnego k. 11-11a,
- kserokopia dokumentacji medycznej znajdująca się w kopercie na k. 62, 180, 187,
- dokumentacja medyczna powoda znajdująca się w aktach sprawy (przy okładce),
- zeznania świadka J. Ś. (2) k. 104-106,
- zeznania świadka M. O. k. 110-111,
- zeznania świadka D. O. k. 112,
- zeznania świadka M. K. k. 151-153,
- zeznania świadka K. B. k. 154-156,
- zeznania świadka P. C. k. 156-157,
- zeznania świadka J. S. k. 163-164,
- zeznania powoda k. 169-172.

W dniach 4 kwietnia – 23 maja 2016 r. J. Ś. (1) był hospitalizowany w (...) w Oddziale Obserwacyjno – Zakaźnym. Odnotowano spadek wskaźnika OB. z 93 w dniu przyjęcia, do 17 w dniu 19 kwietnia 2016 r. Poziom białka (...) z 294mg % w chwili przyjęcia ulegały stopniowemu obniżeniu w kolejnych oznaczeniach: 146mg% (5.04.2016 r.), 12,8 mg% (16.04.2016 r.), 6,87 mg% (19.04.2016 r.), by kolejno ponownie lekko wzrosnąć: 16,9 mg% (30.04.2016 r.), 59mg % (01.05.2016 r.), 27,8 mg% (03.05.2016 r.), 25,05 mg% (08.05.2016 r.). W dniach 3 kwietnia 2016 r., 25 kwietnia 2016 r., 6 maja 2016 r. powód został poddany badaniom tomograficznym w zakresie kręgosłupa piersiowego. W wyniku badań ustalono występowanie u powoda zewnątrzoponowego, dobrze unaczynionego guza po stronie prawej na poziomie (...). Od powoda pobrano materiał do badania histopatologicznego.

Podczas pobytu w szpitalu w S. (A.) na Oddziale Obserwacyjno – Zakaźnym w dniach 4 kwietnia – 23 maja 2016 r. rozpoznano u powoda m. in. zakrzepowe zapalenie żył kończyn dolnych.

W dniach 23 maja – 15 czerwca 2016 r. powód przebywał w (...) tego samego szpitala w S.. Neurochirurgiczne leczenie operacyjne powoda przeprowadzono w dniu 24 maja 2016 r.. Dokonano laminectomii odbarczającej th8 i (...) dla usunięcia guza położonego zewnątrzoponowo na poziomie (...)- (...) po stronie prawej, aby poprawić stan neurologiczny poprzez odbarczenie rdzenia kręgowego. Podczas tego pobytu , w dniu 25 maja 2016 r., wykonano operacyjne pobranie zmienionego patologicznie materiału tkankowego. W wyniku przeprowadzonego badania ustalono występowanie utkanej włóknistej tkanki łącznej z obecnością nacieków zapalnych z przewagą histiocytów, limfocytów i komórek plazmatycznych oraz pojedynczych komórek olbrzymich wielojądrzastych typu

około ciała obcego. Ewidentnych cech procesu złośliwego nie stwierdzono. Ostatecznie potwierdziło się rozpoznanie procesu zapalnego – ropniaka kanału kręgowego.

W dniach 15 czerwca – 29 lipca 2016 r. J. Ś. (1) przebywał w (...) tego samego szpitala. W trakcie pobytu obserwowano u powoda wahania poziomu glikemii (od 57mg% do 546 mg%), co wymagało stałej modyfikacji dawek insuliny. Dwukrotnie podejmowano próbę usunięcia cewnika z pęcherza moczowego, lecz nieskutecznie.

Kolejno, w dniach 17 lipca – 24 sierpnia 2017 r. powód przebywał w Pododdziale (...) Neurologicznej w SP ZOZ w C. z rozpoznaniem: niedowład kończyn dolnych na tle pokrwotocznych zmian kanału kręgowego na poziomie (...); nadciśnienie tętnicze, cukrzyca insulinozależna, nadwaga, nikotyzm, stan po operacji kręgosłupa LK . J. Ś. (1) po pobycie rehabilitacyjnym zaczął przemieszczać się przy pomocy kul.

Dowody:

- karta informacyjna leczenia szpitalnego k. 12-19, 20-21, 22-23, 26,
- kserokopia dokumentacji medycznej znajdująca się w kopercie na k. 62, 180, 187,
- dokumentacja medyczna powoda znajdująca się w aktach sprawy (przy okładce),
- zeznania świadka J. Ś. (2) k. 104-106,
- zeznania świadka A. Ś. k. 106-107,
- zeznania świadka D. O. k. 112,
- zeznania powoda k. 169-172.

J. Ś. (1) choruje przewlekłe na cukrzycę insulinową, której od wielu lat nie udaje się ustabilizować, która była leczona co najmniej od 1997 r. Poddany został dwukrotnie operacji laseroterapii zmian siatkówkowych na tle cukrzycy. Powód od wielu lat zmaga się z nadwagą. Choruje na nadciśnienie tętnicze. W 1978 r. przebył leczenie operacyjne kręgosłupa lędźwiowego

Powód przed hospitalizacją w szpitalu w G. w 2016 r. zajmował się naprawą samochodów, pracował w ochronie. Obecnie powód zatrudniony jest w Zakładzie (...) w G. na pół etatu. Zajmuje się ręcznym składaniem pokrowców.

Powód wiódł normalne życie rodzinne, był aktywny ruchowo. Uczestniczył w wykonywaniu obowiązków domowych. Opiekował się trójką swoich małoletnich dziećmi. Obecnie wymaga pomocy osób trzecich przy ubieraniu się, czynnościach związanych z utrzymywaniem higieny. W domu wykonuje jedynie drobne prace, które są możliwe do zrobienia w pozycji siedzącej.

Po powrocie do domu zakupił sprzęt medyczny w postaci kul łokciowych, wózka inwalidzkiego oraz chodzika. Powód zmuszony był również zakupywać materiały pielęgnacyjne (worki na mocz) w związku z tym, że miał podłączony cewnik.

J. Ś. (1) prowadzi obecnie samochód.

Po hospitalizacji w 2016 r. nie korzystał z pomocy psychiatry, czy też psychologa.

Dowody:

- faktura VAT z 04.08.2016 r. k. 24,
- faktura VAT z 27.10.2016 r. k. 25,

- opinia biegłego sądowego prof. dr hab. n. med. J. M. k. 408-419,
- zeznania świadka J. Ś. (2) k. 104-106,
- zeznania świadka A. Ś. k. 106-107,
- zeznania świadka M. O. k. 110-111,
- zeznania świadka D. O. k. 112,
- zeznania powoda k. 169-172.

Leczenie powoda w szpitalu w G. było prawidłowe. Czynności przedsięwzięte przez personel medyczny szpitala w G. doprowadziły do zdiagnozowania i wyleczenia chorób powoda.

Lekarze podjęli słuszną decyzję o przyjęciu obserwacyjnym w oddział chirurgiczny.

Procedury diagnostyczne podejmowane przez personel medyczny pozwanego szpitala były właściwe, stosowne do aktualnego stanu zdrowia J. Ś. (1), wyników lekarskich badań przedmiotowych, obserwacji lekarskich i pielęgnarskich, zmian w stanie klinicznym powoda. Powód miał wszystkie wymagane konsultacje, na podstawie dokumentacji nie było jednoznacznych przesłanek skazujących na schorzenie kręgosłupa, które mogło rozwinąć się u powoda po zastosowanej operacji cholecystostomii.

Z uwagi na jednoznaczny obraz wieloletniej kamicy pęcherzyka żółciowego (liczne złoże kamicy powstają przez wiele lat) w badaniu ultrasonograficznym i pogarszające się wyniki badań laboratoryjnych ((...) i leukocytoza), po dwóch dniach, obserwacji, lekarze podjęli słuszną decyzję o zaproponowaniu powodowi leczenia operacyjnego mało inwazyjną nowoczesną metodą laparoskopową. przebieg operacji był standardowy, bez powikłań i komplikacji.

W momencie przyjęcia powoda do szpitala w G., w tym przed wystąpieniem u niego niedowładu kończyn dolnych, nie istniały objawy (przesłanki) wskazujące na schorzenie kręgosłupa.

Brak jest jakiegokolwiek związku pomiędzy zachowaniem personelu medycznego szpitala w G. a wystąpieniem u powoda zakrzepicy żył kończyny dolnej.

Podczas pobytu powoda w szpitalu w G. prawidłowo była stosowana profilaktyka zakrzepicy żylniej (F. 0,3).

Zakrzepica żylna oraz infekcje układu moczowego nie stanowią normalnego następstwa cholecystostomii.

Zakrzepica jest częstym następstwem leczenia operacyjnego i związanego z nim ograniczeniem mobilności pacjenta, szczególnie u chorych z cukrzycą, nadwagą i nikotynizmem, pomimo prawidłowo wdrożonej profilaktyki dochodzi do niej często, ale większe dawki profilaktyczne heparyn drobnocząsteczkowych dają większe ryzyko udarów krwotocznych mózgu i innych krwawień. Każdy zabieg w znieczuleniu ogólnym i związany z unieruchomieniem czasowym chorego zwiększa podatność na zakrzepice i infekcje. Działanie szpitala w G. w tym zakresie było prawidłowe i wystarczające.

Chorobę zakrzepową żył u powoda rozpoznano dopiero w kolejnych dobach hospitalizacji w S. (USG D.). Powikłania te nie zaistniały podczas pobytu powoda w szpitalu w G..

Zakrzepica żylna była wtórnym skutkiem niedowładu kończyn dolnych, nagłym brakiem funkcjonowania tzw. pompy mięśniowej kończyn dolnych, która fizjologicznie wymusza przepływ krwi żylniej z kończyn dolnych w kierunku serca, w konsekwencji zastoje żylnym i w dalszej konsekwencji zakrzepicą żylną. Powód otrzymywał profilaktycznie lek heparynowy F. w okresie okołoperacyjnym i gdyby nie wystąpiło niespodziewane powikłanie neurologiczne, to do zakrzepicy żylniej najprawdopodobniej by nie doszło.

Utrata kontroli nad oddawaniem moczu, która niespodziewanie wystąpiła w szpitalu w G., nie świadczyła jeszcze o infekcji układu moczowego, a tylko o zaburzeniach mechanizmu zwieraczowego na tle schorzenia neurologicznego.

Infekcja układu moczowego u dotychczas zdrowego pacjenta objawia się częstomoczem, świadomym oddawaniem moczu wielokrotnie, małymi porcjami. W drugiej dobie pobytu powoda w szpitalu w G. dwukrotnie wystąpił objaw nietrzymania moczu. Jest to objaw neurologiczny.

3 kwietnia 2016 r. u powoda wystąpiły objawy neurologiczne uszkodzenia rdzenia kręgowego. Wobec pojawienia się nowych, niespodziewanych i zaskakujących, objawów niedowładu kończyn dolnych, lekarze podjęli słuszną decyzję o przekazaniu chorego do ośrodka wyższej referencji w celu poszerzonej diagnostyki i leczenia.

Wobec pojawienia się nowych objawów w drugiej dobie po operacji, kompetentnie i szybko podjęto decyzję o przekazaniu chorego do ośrodka o znacząco większych możliwościach diagnostycznych i terapeutycznych. Decyzja o przetransportowaniu powoda do szpitala wysokospecjalistycznego została podjęta we właściwym terminie, bez zbędnej zwłoki.

Objawy neurologiczne narastały u powoda powoli, z nie miały podłoża urazowego (objawy tzw. ubytkowe pojawiają się nagle).

Leczenie zapalenia kanału kręgowego zaczyna się zachowawczo (nieoperacyjne). Dopiero w przypadku zmian dających efekt masy (u powoda formujących się ropniaków) stosuje się leczenie operacyjne. Wcześniejsze włączenie leczenia nie zmieniłoby istotnie przebiegu choroby. Postępowanie szpitala w G. w żaden sposób nie wpłynęło na przebieg choroby u powoda. Przyczyny zapalenia kanału kręgowego są niejasne, jest to bardzo rzadka choroba

W trakcie leczenia powoda w szpitalu w G. wykonano u niego badania wynikające z aktualnego obrazu klinicznego. Badania dodatkowe są badaniami pomocniczymi. O postępowaniu z powodem zdecydowano przede wszystkim na podstawie obrazu klinicznego, stwierdzonego przez zespół lekarzy szpitala w G., z uwzględnieniem obciążeń i ryzyka lawiny potencjalnych powikłań, wynikających z faktu istnienia wieloletniej cukrzycy insulino zależnej.

Zapalenie kręgosłupa lub rdzenia kręgowego jest widoczne w specjalistycznych badaniach radiologicznych, takich jak: tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny. Szpital w G. dysponuje badaniem tomokomputerowym. Badanie to jest związane z narażeniem chorego na promieniowanie jonizujące, dlatego żeby je wykonać, to zgodnie z prawem atomowym, muszą istnieć ku temu istotne wskazania. U powoda na podstawie dokumentacji medycznej brak było podstaw do bezwzględnego wskazania do wykonania badania tomokomputerowego kręgosłupa piersiowego w dniu przyjęcia do szpitala w G.. Nie wykonuje się badań w trybie (...) tego rodzaju u chorych z objawami zapalenia pęcherzyka żółciowego z przewlekłym bólem pleców, leczonym od kilkadziesiąt lat.

Ustalenie ostatecznego rozpoznania klinicznego u powoda było bardzo utrudnione. Przypadek powoda był bardzo trudny do zdiagnozowania. W okresie przyjmowania powoda do szpitala w G., jeszcze przed wystąpieniem u niego niedowładu kończyn dolnych, nie istniały u niego objawy bądź przesłanki wskazujące na schorzenie, które potem zdiagnozowano na pomocą badania histopatologicznego.

Obecny stan zdrowia powoda jest poważny. W dalszym ciągu uskarża się on na bóle nóg, ma trudności z załatwieniem potrzeb fizjologicznych. Jest wynikiem wieloletniej choroby zasadniczej i schorzeń towarzyszących. Powód jest osobą trwale niepełnosprawną. Stan ten nie jest skutkiem nieprawidłowości leczenia w szpitalu w G..

Obecnie powód porusza się na wózku inwalidzkim oraz na krótkich dystansach z pomocą dwóch kul łokciowych.

Aktualny stan zdrowia powoda nie wynika z nieprawidłowości leczenia go w pozwany szpitalu. Nie istnieje jakikolwiek związek przyczynowo – skutkowy pomiędzy zachowaniem personelu szpitala w G., w tym podejmowanych wobec powoda procedur leczniczych i diagnostycznych, a jego aktualnym stanem zdrowia.

J. Ś. (1) nie poniósł jakiegokolwiek uszczerbku na swoim zdrowiu na skutek niewłaściwej opieki nad pacjentem w szpitalu w G..

Dowody:

- zeznania świadka J. Ś. (2) k. 104-106,
- opinia biegłego sądowego dr n. med. Z. K. k. 308-320,
- opinia uzupełniająca biegłego sądowego dr n. med. Z. K. k. 337-339,
- opinia biegłego sądowego prof. nzw. dr hab. P. Z. k. 359-367,
- opinia uzupełniająca biegłego sądowego prof. nzw. dr hab. P. Z. k. 390-391,
- opinia biegłego sądowego prof. dr hab. n. med. J. M. k. 408-419.

Pismem z 20 września 2017 r. powód wezwał przedsądowo (...) sp. z o.o. do zapłaty na jego rzecz kwoty 65.000 zł tytułem zadośćuczynienia oraz kwoty 2.316 zł tytułem zwrotu kosztów leczenia.

Dowody: pismo z 20.09.2017 r. wraz z potwierdzeniem odbioru k. 33-34.

Sąd zważył, co następuje:

Powództwo J. Ś. (1) okazało się w całości niezasadne.

Stan faktyczny w sprawie Sąd ustalił w oparciu o dokumenty przedstawione przez strony, w szczególności w postaci dokumentacji medycznej powoda wytworzonej w związku z jego leczeniem w pozwanym szpitalu, jak również na podstawie dokumentacji medycznej powoda uzyskanej od placówek medycznych, w których powód kontynuował leczenie. Treść tych dokumentów nie była kwestionowana przez strony postępowania, jak również strony nie przeczyły zaistnieniu wskazanych w nich faktów, a jedynie strony z treści tych dokumentów i okoliczności faktycznych, które z nich wynikały, wywodziły różne skutki prawne, w szczególności w zakresie oceny prawidłowości postępowania lekarzy w pozwanym szpitalu oraz prawidłowości przeprowadzonej przez nich diagnostyki. Z treści tych dokumentów w szczególności wynikał przebieg diagnostyki powoda, wykonywanych u niego procedur medycznych oraz pielęgnarskich w pozwanym szpitalu, jak również przebieg diagnostyki i leczenia powoda w kolejnych placówkach medycznych.

Opisany powyżej stan faktyczny Sąd ustalił również w oparciu o zeznania przesłuchanych w sprawie, a zawnioskowanych przez obie strony świadków, w tym lekarzy leczących powoda w pozwanym szpitalu oraz na podstawie zeznań samego powoda przesłuchanego w charakterze strony.

Co do zasady, Sąd dał wiarę wszystkim dowodom opisanym powyżej w ustalonym stanie faktycznym z zastrzeżeniem, że dla ustalenia stanu faktycznego w sprawie w stopniu koniecznym dla wyrokowania o zasadności powództwa; w większej części w zakresie przebiegu leczenia powoda w pozwanym szpitalu obojętne były zeznania świadka J. Ś. (2), A. Ś. i D. O., albowiem nie byli oni bezpośrednimi świadkami zdarzeń, lecz o przebiegu zdarzenia wiedzę mieli jedynie z opowiadań powoda, który jak wskazał świadek K. B. był rozgoryczony wystąpieniem kolejnych dolegliwości i już w trakcie pobytu w pozwanym szpitalu zgłaszał liczne zastrzeżenia, twierdząc, że coś się z nim dzieje, a nikt nic w tym zakresie nie robi. Tym samym, jak wskazują zasady doświadczenia życiowego, jego relacje w zakresie sposobu jego leczenia w pozwanym szpitalu były z pewnością obciążone, subiektywnym postrzeganiem działań pozwanego przez powoda, które wobec frustracji powoda charakteryzowały się negatywnym nastawieniem powoda do działań pozwanego. Powyżsi świadkowie głównie zeznawali na okoliczność dotyczące skutków zaplenia rdzenia kręgowego, jakie utrzymują się do dnia dzisiejszego u powoda. Ich zeznania w tym zakresie, jak również zeznania powoda uznać należało za wiarygodne, niemniej z uwagi na brak podstaw do przypisania odpowiedzialności pozwanemu za powstała

u powoda krzywdę i szkodę – okoliczności te mimo że wiarygodne nie miały wpływu na rozstrzygnięcie niniejszej sprawy.

Sąd również w zasadniczej części nie miał podstaw do kwestionowania zeznań świadka M. O.. Świadek ten bowiem był naocznym świadkiem części zdarzeń, w szczególności był u powoda w szpitalu bezpośrednio po zabiegu, jak i w dniu, w którym miał być przetransportowany do szpitala w S., a tym samym nie sposób uznać jego zeznań za niewiarygodne. Niemniej podkreślić należy, iż z zeznań świadka wynika negatywny emocjonalny stosunek do pozwanego, a zatem zdaniem Sądu formułowane przez niego oceny w tych zeznaniach w zakresie postępowania pozwanego należy oceniać bardzo ostrożnie i uznać je za zasadne jedynie w zakresie, w jakim znajdują potwierdzenie w innych dowodach. Tym samym jak zostanie to wskazane poniżej Sąd nie dał wiary jego zeznam, iż doszło do wymiany cewnika u powoda na skutek interwencji sanitariuszy z karetki, która miała przetransportować powoda do szpitala w S., albowiem nie zostało to potwierdzone w szczególności dokumentacją medyczną powoda. Tak samo należy ocenić wskazywany brak reakcji pielęgniarek na zgłoszenia samego powoda co do braku zmiany mokrych rzeczy, skoro jak wskazał sam powód nie czuł, że doszło u niego do bezwiednego oddania moczu. Jednocześnie tak jak w przypadku pozostałych świadków – brak było podstaw do kwestionowania jego zeznań w zakresie skutków zapalenia rdzenia kręgowego u powoda na jego aktualne funkcjonowanie, przy czym okoliczności te nie miały znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy.

W zakresie objętym ustaleniami, Sąd odmówił wiary w części zeznaniom powoda, a mianowicie w zakresie, w jakim wskazywał, iż pielęgniarki bagatelizowały zgłoszeń przez niego dolegliwości, które miały wystąpić u niego już w dniu 02 kwietnia 2016r. rano. Zeznania te bowiem nie znajdowały potwierdzenia nie tylko w dokumentacji medycznej powoda, lecz również w zeznaniach świadka M. O., który emocjonalnie negatywnie nastawiony do pozwanego – wskazał, iż powód w rozmowie przekazał mu, iż do niedowładów nóg doszło u niego po upływie dwóch dni od operacji, a więc najwcześniej popołudniu lub godzinach wieczornych 02 kwietnia 2016r. Brak było również podstaw do uznania za wiarygodne zeznań powoda w zakresie braku odpowiedniej diagnostyki, w tym braku w zasadzie badań po przyjęciu go do szpitala, a przed podjęciem decyzji o operacji. Przeczą temu bowiem zapisy w dokumentacji medycznej powoda, w tym zapisy o przeprowadzonych badaniach oraz wynikach tych badań, jak również zeznania lekarzy, którzy wykonywali poszczególne badania. Powód zaś nie wskazywał, aby dokumentacja ta zawierała jakiegokolwiek nieścisłości czy też nieprawdziwe zapisy.

Sąd nie miał przy tym podstaw do kwestionowania zeznań przesłuchanych w sprawie lekarzy zatrudnionych w pozwanym szpitalu na oddziale chirurgii w okresie, kiedy przebywał na nim powód. Podkreślić należy, iż każdy z nich zeznał jedynie na okoliczności, co do których mógł mieć wiedzę z uwagi na uczestniczenie na poszczególnych etapach diagnostyki powoda oraz w określonych procedurach medycznych. Podkreślić przy tym należy, iż ich zeznania znajdują potwierdzenie w dokumentacji medycznej, są nadto ze sobą zbieżne.

W sprawie przeprowadzono także dowód z opinii biegłych z zakresu chirurgii neurologii i neurochirurgii na okoliczność prawidłowości postępowania pozwanego w zakresie diagnostyki i sposobu leczenia powoda. W ramach kontroli merytorycznej i formalnej wszystkich przeprowadzonych w sprawie opinii biegłych, Sąd nie dopatrzył się żadnych nieprawidłowości nakazujących odebranie złożonym opiniom przymiotu pełnowartościowego źródła dowodowego. Biegli wskazali wszelkie przesłanki przyjętego rozumowania, przedstawili także jego tok, ustosunkowali się do zarzutów pełnomocnika powoda, odpowiadając na wszelkie przedstawione przez pełnomocnika powoda zastrzeżenia do tych opinii. Wnioski płynące z opinii są klarowne i wynikają z przyjętych podstaw. Sąd nie dopatrzył się w nich błędów logicznych, niezgodności z życiowym doświadczeniem bądź też niespójności z pozostałym materiałem dowodowym. W tych warunkach opinie biegłych posłużyły za pełnowartościową podstawę dokonanych ustaleń faktycznych, pozwalając także na weryfikację wiarygodności dowodów osobowych. Żadna ze stron nie zakwestionowała ostatecznych wniosków i ustaleń biegłych.

Z treści uzasadnienia pozwu wynika, iż powód zasadniczo żądanie zapłaty odszkodowania i zadośćuczynienia opierał na twierdzeniu, iż zatrudnieni w pozwanym szpitalu lekarze i pielęgniarki dopuścili się nieprawidłowości w części jego leczenia w tym szpitalu poprzez w pierwszej kolejności dokonanie niewłaściwej i pobieżnej diagnostyki co skutkowało postawieniem diagnozy zapalenia woreczka żółciowego i opóźnieniem leczenia zapalenia rdzenia

kręgowego, a następnie w postaci niewłaściwej opieki pooperacyjnej, która przejawiała w lekceważeniu zgłaszanych przez niego objawów i odmową wydania mu leków przeciwbólowych, co opóźniło jego dalszą diagnostykę w zakresie zapalenia rdzenia kręgowego oraz dalsze leczenie tego schorzenia. W ostatnim słowie pełnomocnik powoda podnosił również, iż zasądzenie zadośćuczynienia znajduje również uzasadnienie w niewłaściwym (lekceważącym) zachowaniu personelu pozwanego w stosunku do powoda, co miało naruszać jego godność. Powyższe przywołane przez pełnomocnika powoda okoliczności stanowiące podstawę faktyczną zgłoszonych w niniejszej sprawie żądań wskazują, iż podstawę prawną zgłoszonych przez powoda roszczeń o zapłatę stanowiły przepisy prawa cywilnego regulujące odpowiedzialność odszkodowawczą na podstawie czynów niedozwolonych za doznany przez stronę uszczerbek na zdrowiu. Kwestie te co do zasady reguluje art. 415 k.c. w zw. z art. 444 k.c. i art. 445 § 1 k.c. Zgodnie z treścią art. 415 k.c. kto z winy swojej wyrządził drugiemu szkodę obowiązany jest do jej naprawienia. Artykuł 444 k.c. dotyczy zakresu i sposobu naprawienia szkody majątkowej na osobie, w postaci uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia. Natomiast stosownie do treści art. 445 § 1 k.c. w wypadkach przewidzianych w artykule poprzedzającym, tj. w sytuacji uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia jakimkolwiek czynem niedozwolonym – Sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia za doznana krzywdę. Nadto kwestie dotyczące odpowiedzialności z tytułu naruszenia innych, niż zdrowie, dóbr osobistych powoda (godności) reguluje art. 448 kc w zw. z art. 415 kc.

Podstawą wywodzonej odpowiedzialności szpitala stanowił zatem art. 415 k.c. w zw. z art. 430 k.c., regulujący odpowiedzialność, za zawinione działanie (zaniechanie) podporządkowanego mu pracownika, wyrządzające szkodę. Kwestie odpowiedzialności za niemajątkową szkodę na osobie (czyli „krzywdę”) reguluje art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 444 k.c. Roszczenie oparte na wskazanym przepisie zaliczane jest do roszczeń majątkowych, związanych z ochroną dóbr osobistych.

Dochodzenie przez poszkodowanego roszczeń z art. 444 k.c. i art. 445 k.c. jak i art. 448 k.c. zależy od przypisania określonej osobie odpowiedzialności za zdarzenie szkodzące oraz przy każdej z podstaw odpowiedzialności ustalenia szkody, pozostającej w adekwatnym związku przyczynowym z tym zdarzeniem. Oznacza to, iż źródłem zobowiązania jest fakt wyrządzenia szkody własnym zawinionym działaniem sprawcy. Przy czym stosownie do treści art. 361 kc osoba ta ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła (tzw. adekwatny związek przyczynowo-skutkowy). Zatem dla przyjęcia odpowiedzialności za wyrządzoną szkodę konieczne jest wykazanie łącznego zaistnienia następujących przesłanek: powstanie szkody lub krzywdy (majątkowej lub niemajątkowej), działanie lub zaniechanie sprawcy szkody oraz normalny związek przyczynowo skutkowy między tym działaniem lub zaniechaniem a powstałą szkodą. Wszystkie te przesłanki muszą zaistnieć kumulatywnie, aby pozwanyemu można było przypisać odpowiedzialność odszkodowawczą. Działanie lub zaniechanie sprawcy powodujące powstanie szkody musi odpowiadać pewnym cechom mianowicie musi być bezprawne i zawinione.

Na stronie powodowej ciążył, zatem obowiązek wykazania, następujących przesłanek: 1/ powstania szkody, 2/ faktu wywołującego szkodę, z którym ustawa wiąże obowiązek jej naprawienia (czyli zawinonego działania-zaniechania pracownika pozwanego), 3/związku przyczynowego pomiędzy szkodą, a faktem (por. Janina Panowicz-Lipska „Majątkowa ochrona dóbr osobistych” Wyd.Praw. W-wa 1975, str. 43).

Istota sporu w niniejszej sprawie sprowadzała się do oceny, czy w świetle ustaleń faktycznych sprawy można przyjąć, że szkoda, zarówno majątkową, jak i niemajątkową (krzywdą z tytułu doprowadzenia do rozstroju zdrowia powoda i naruszenia jego godności) powstała z winy pozwanego i czy istnieje adekwatny związek przyczynowy pomiędzy działaniem pozwanego a pogorszeniem zdrowia powoda i poniesionymi przez niego kosztami.

Pełnomocnik powoda w uzasadnieniu pozwu zarówno żądał zasądzenia na rzecz powoda zadośćuczynienia za doznana krzywdę spowodowaną doznany przez powoda rozstrojem zdrowia oraz żądał zasądzenia odszkodowania w postaci szkody poniesionej w związku z wydatkami, jakie powód musiał ponieść w celu poprawy jego stanu zdrowia i dostosowania się do niepełnosprawności – wywodził z twierdzenia, iż w pozwanym szpitalu doszło do błędu diagnostycznego, tj. niewłaściwego rozpoznania schorzenia u powoda, braku rozpoznania przy przyjęciu

powoda do szpitala zapalenia rdzenia kręgowego i tym samym wdrożenie leczenia innego schorzenia, a następnie do bagatelizowania kolejnych objawów u powoda i doprowadzenia do powstania zakrzepicy i zakażenia układu moczowego, co w konsekwencji doprowadziło do opóźnionego leczenia zasadniczego schorzenia powoda, czego skutkiem jest obecna niepełnosprawność powoda. Tym samym powód w pozwie zarzucał poznaczonemu szpitalowi, iż na skutek zawinionego działania pozwanego doszło u powoda do utrzymującego się do dnia dzisiejszego u powoda rozstroju zdrowia, który ma istotny wpływ na aktualne funkcjonowanie powoda i doznawane przez niego cierpienia. Strona pozwana zakwestionowała roszczenie w całości, zatem wszystkie przesłanki były między stronami sporne.

Strona powodowa miała, zatem procesowy obowiązek udowodnienia rozmiaru szkody, związku przyczynowego oraz zawinionego (art. 415 k.c. w zw. z art. 430 k.c.) działania osoby (lekarza) wykonującego czynności lecznicze na rachunek pozwanego podmiotu.

W judykaturze podkreśla się, bowiem, że to właśnie przywołane powyżej normy prawne stanowią o ewentualnej odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej za działalność świadczenia usług medycznych (por. wyrok SA w Katowicach z 18.08.2006 r. I ACa 620/06 Biul.SA 2007/1/3). Możliwe jest, co prawda, przypisanie zakładowi leczniczemu odpowiedzialności za nienależyte wykonanie usługi medycznej (art. 750 k.c.), przy posługiwaniu się innymi osobami (lekarzami), co potencjalnie skutkuje odpowiedzialnością kontraktową zakładu na podstawie art. 474 k.c. w zw. z art. 471 k.c. Takie nienależyte wykonanie zobowiązania umownego jest jednocześnie czynem niedozwolonym, naruszającym ogólną normę generalnego zakazu powodowania uszkodzenia ciała i rozstroju zdrowia, uzasadniając (art. 443 k.c.) zbieg odpowiedzialności z obu reżimów. W ramach tego zbiegu przyjęcie w sprawie wyłącznie odpowiedzialności deliktowej jednostki leczniczej uzasadnia fakt dochodzenia przez stronę powodową naprawienia szkód niemajątkowych na osobie z art. 445 k.c., przypisanych w polskim statucie cywilnym tylko dla tego reżimu odpowiedzialności i taki konkludentny wybór podstawy normatywnej roszczeń dokonany przez stronę zaczepną jest dla sądu wiążący (por. wyrok SA w Lublinie z 10.01.2002 r. I ACa 576/01 OSP 2003/2/23).

Kluczową kwestią w sprawie było, zatem ustalenie, czy lekarzom dokonującym diagnostyki powoda po jego przyjęciu do pozwanego szpitala, którzy następnie postawili u powoda rozpoznanie zapalenia woreczka żółciowego, nie rozpoznali u niego zapalenia rdzenia kręgowego oraz decydującym o wykonaniu zabiegu w postaci usunięcia woreczka żółciowego i dopiero w późniejszym okresie zdecydowali o przekazaniu powoda do ośrodka o wyższym stopniu referencyjności, można w ogóle przypisać „winę”. Brak możliwości takiego przypisania czyniłby samoistnie bezprzedmiotowym dochodzone roszczenie o zadośćuczynienie za krzywdę oraz o odszkodowanie u o ustalenie.

System polskiego prawa cywilnego nie definiuje pojęcia „winy”, doktryna prawa opowiada się w większości przypadków za obiektywno-subiektywnym jej rozumieniem (red. E.Gniewek „Kodeks cywilny. Komentarz”, C.H.Beck Warszawa 2011, str. 706, t.1 i 2). Oznacza to, że dla przypisania sprawcy winy, koniecznym jest ustalenie w trakcie procesu zarówno jej elementu obiektywnego (bezprawności zachowania), jak też elementu subiektywnego (czyli psychicznego nastawienia sprawcy i możliwości postawienia mu zarzutu, z punktu widzenia powinności i możliwości przewidywania szkody oraz przeciwdziałania jej wystąpieniu (tzw. „zły zamiar” lub niedbalstwo).

O bezprawności działania można mówić wtedy, gdy zachowanie sprawcy szkody stanowi obiektywne złamanie określonych reguł postępowania. Bezprawność czynu oznacza jego sprzeczność z obowiązującym obowiązkiem prawnym oraz zasadami współżycia społecznego (E.Gniewek op.cit., str. 707, t.4). Określa się ją niekiedy ogólnym, normatywnym, skutecznym erga omnes, nakazem niewyrządzania sobie nawzajem szkody (por. J.Widło, glosa do uchw. SN z 27.04.2001 r. III CZP 5/01, OSP 2003/6/74).

Z kolei postać i stopień winy nie mają znaczenia w reżimie odpowiedzialności deliktowej, bowiem jest ona przypisywana za każde, choćby najmniejsze zawinienie. Doktrynalne rozróżnienie – za prawem karnym – na winę umyślną i nieumyślną, w statucie cywilnym łączy się w istocie z rozróżnieniem złego zamiaru i niedbalstwa, brak jest postaci lekkomyślności. Niedbalstwo łączy się ze stwierdzeniem, że do szkody doszło wskutek niezachowania przez sprawcę staranności wymaganej w warunkach danego rodzaju, a oznaczony wzorzec ma charakter abstrakcyjny i odnosi się do każdego, kto znalazł się w podobnej sytuacji. Model starannego działania kształtują zarówno przepisy

prawa, zasady współżycia społecznego, jak też zwyczaje, zasady wykonywania zawodu itp. (red. E.Gniewek op.cit., str. 711, t.19 i 20).

Zwrot „przy wykonywaniu powierzonych czynności” w sensie art. 430 k.c. winien być interpretowany, jak sformułowanie z art. 417 k.c. Dlatego powierzenie wykonywania czynności podwładnym przez zakład pracy (a w realiach sprawy przez szpital) nie musi być wyrażone i odnosić się do jakiejś konkretnej czynności, lecz pozostawać w związku z wykonywaniem czynności powierzonych w ogólności podwładnemu przez pracodawcę (tak wyrok SN z 22.04.1977 IV CR 46/77, wyrok SN z 5.05.1998 I CKU 110/97, por. także wyrok SN z 2.12.1975 II CR 621/75 OSP 1977/6/105).

W judykaturze podkreśla się przy tym, że do przyjęcia winy osoby, o której mowa w art. 430 k.c. nie jest potrzebne wykazanie, że osoba ta naruszyła przepisy dotyczące bezpieczeństwa dla życia i zdrowia ludzkiego, lub higieny pracy; wystarczy, jeżeli wina takiej osoby polega na zaniechaniu podstawowych zasad ostrożności i bezpieczeństwa wynikających z doświadczenia życiowego i okoliczności danego wypadku (tak SN w wyroku z 30.04.1975 II CR 140/75).

Mając na uwadze wszystkie powyższe uwagi należy podkreślić kategorycznie, że obiektywny dowód przeprowadzony w sprawie, w postaci jednoznacznych i zgodnych wniosków i ustaleń powołanych przez Sąd biegłych wykonującego swą pracę poza okręgiem działania pozwanego szpitala i zatrudnionego w nim lekarzy, wykluczyły możliwość przypisania winy personelowi medycznemu pozwanego szpitala, w szczególności lekarzom prowadzącym diagnostykę powoda i decydujących o jego dalszym leczeniu, nawet w jej najłżejszej postaci.

W pierwszej kolejności w ocenie Sądu przeprowadzone dowody z opinii biegłych nie dają podstaw do uznania za zasadne twierdzenia powoda, iż w pozwanym szpitalu u J. Ś. (1) doszło do niewłaściwego rozpoznania schorzenia i leczenia niewłaściwej choroby i opóźnienia rozpoznania zasadniczego schorzenia. W tym zakresie brak jest również podstaw do uznania, iż diagnostyka przeprowadzona u powoda, w trakcie przyjęcia powoda do szpitala i w trakcie jego pobytu w szpitalu, była nieprawidłowa, w tym aby została wykonana w sposób niedostateczny, bez głębokiej analizy opartej na wszechstronnych badaniach, a jedynie w oparciu o niejednoznaczny wynik badania USG.

Z opinii biegłych, w szczególności biegłego z zakresu chirurgii, wynika jednoznacznie, iż w świetle dowodów zgromadzonych w sprawie, które stanowiła m.in. obszerna i kompletna dokumentacja medyczna powoda z poszczególnych hospitalizacji – wynika, iż rozpoznania zapalenia woreczka żółciowego i następnie kwalifikacji do jego usunięcia dokonano po podawanych przez powoda i trwających od kilku dni u niego objawach (dolegliwościach bólowych), jak również na podstawie wykonanego badania USG oraz na podstawie istotnie rosnącego poziomu (...), czyli wymiernego wskaźnika stanu zapalnego w organizmie. Podkreślić należy, na co zwraca uwagę biegły, iż stan tego wskaźnika u powoda podczas hospitalizacji wzrósł do poziomu 296,18mg% przy normie wynoszącej 5,0mg%. Nadto wykonano w trakcie przyjęcia i pobytu powoda w pozwanym szpitalu badania krwi w zakresie poziomu leukocytów, które wykazało podwyższony poziom leukocytów. Powyższe wyniki badań w powiązaniu z podawanymi przez powoda objawami w postaci bolesności w prawym nadbrzuszu oraz dodatnim objawem Chelmońskiego – w sposób uprawniony, na podstawie prawidłowej wiedzy medycznej, pozwalały na postawienie powoda diagnozy zapalenia woreczka żółciowego, a następnie dokonać kwalifikacji do zabiegu jego usunięcia. Zwłaszcza że powód cierpiał również na cukrzycę z nieuregulowanym poziomem glikemii, zaś jak podaje biegły u chorych na cukrzycę choroby jamy brzusznej przebiegają w sposób burzliwy, ostre zapalenia pęcherzyka żółciowego ma szczególnie ciężki przebieg i sześć razy częściej niż u innych chorych dochodzi na przedziurawienia pęcherzyka. Biegły z zakresu chirurgii w tym zakresie wskazał w swojej opinii w sposób jednoznaczny, iż lekarze w pozwanym szpitalu podjęli słuszną decyzję o przyjęciu obserwacyjnym powoda w oddziale chirurgicznym, zwłaszcza wobec jednoznacznego obrazu wieloletniej kamicy pęcherzyka żółciowego w badaniu USG i pogarszających się wyników badań laboratoryjnych. Nadto wskazał, iż również decyzja o zaproponowaniu leczenia chirurgicznego była słuszną. Podkreślić należy, iż biegły z zakresu chirurgii w sposób jednoznaczny wskazał, iż na tym etapie, tj. przed wystąpieniem u powoda objawów neurologicznych w postaci niedowładu kończyn dolnych oraz nietrzymania moczu – brak było u powoda objawów sugerujących wystąpienie u powoda innego schorzenia, niż zapalenia pęcherzyka żółciowego, w tym brak

było podstaw do przyjęcia, że wystąpiły u powoda jakiejkolwiek schorzenia kręgosłupa. Jak podkreślił biegły u powoda wykonano wszelkie badania wynikające z aktualnego obrazu klinicznego powoda, zaś o postępowaniu z nim decydowano na podstawie obrazu klinicznego, z uwzględnieniem obciążeń oraz ryzyka potencjalnych powikłań, wynikających z istnienia u powoda wieloletniej cukrzycy insulino zależnej. Tym samym zdaniem Sądu nie sposób czynić lekarzom zatrudnionym w pozwanym szpitalu zarzutu błędu diagnostycznego polegającego na nierozpoznanie u powoda schorzenia kręgosłupa, jak również zarzutu opóźnionego przekazania powoda do ośrodka o wyższym stopniu referencyjności, a tym samym aby swoim działaniem doprowadzili do opóźnienia w leczeniu powoda. Sam biegły w zakresie neurochirurgii podkreślił, iż na podstawie przeprowadzonych badań nie było jednoznacznych przesłanek, które mogłyby wskazywać u powoda na schorzenie kręgosłupa, w tym brak było bezwzględnych wskazań do wykonania badania tomografii komputerowej kręgosłupa powoda w dniu jego przyjęcia do pozwanego szpitala.

Zdaniem Sądu w okolicznościach sprawy nie było również przesłanek, by stawiać pozwanemu szpitalowi zarzut przeprowadzenia zabiegu w postaci usunięcia woreczka żółciowego w sposób niewłaściwy. Biegły z zakresu chirurgii jednoznacznie wskazał, iż dokumentacja sterylności i dat ważności materiałów, fartuchów i narzędzi oraz opis przebiegu operacji nie budzi żadnych zastrzeżeń. Sąd podzielił także wniosek biegłego, iż z okoliczności sprawy nie ma danych, na podstawie których można postawić tezę, że zabieg był przeprowadzony nieprawidłowo. Przebieg operacji był bowiem standardowy, bez żadnych powikłań i komplikacji. Podkreślić należy, iż badane histopatologiczne potwierdziło, iż u powoda wystąpiło zapalenie pęcherzyka żółciowego. To również wskazuje, iż decyzja o podjęciu przez lekarzy w pozwanym szpitalu decyzji o przeprowadzeniu operacji była słuszna, wynikająca z aktualnego stanu klinicznego powoda, potwierdzona, badaniami, w tym badaniami laboratoryjnymi i nie sposób uznać, iż tą decyzją doprowadzili oni do opóźnienia w leczeniu choroby kręgosłupa powoda. Zwłaszcza że w dacie podejmowania decyzji u powoda nie występowały objawy sugerujące inne, niż zapalenie pęcherzyka, schorzenia. Zwłaszcza że w okresie pooperacyjnym poziom (...) (wskaźnik zapalenia w organizmie) u powoda stale się zmniejszał, na co również zwracali uwagę biegli.

Podkreślić również należy, iż z opinii biegłego z zakresu chirurgii, jak również neurochirurgii oraz dokumentacji medycznej wynika, iż u powoda w sposób prawidłowy była prowadzona profilaktyka przeciw zakrzepowa. Biegły zaznaczył, iż wystąpienie zakrzepicy i zakażenia układu moczowego są powikłaniami i nie są normalnymi następstwami usunięcia pęcherzyka żółciowego. Niemniej biegły podkreślił, iż z dostępnej dokumentacji medycznej wynika, iż powyższe powikłania nie wystąpiły w pozwanym szpitalu, lecz zostały rozpoznane dopiero w trakcie dalszej hospitalizacji powoda w szpitalu w S.. Jak wynika z dokumentacji medycznej zakrzepica została rozpoznana dopiero w dniu 06 kwietnia 2016r. w szpitalu przy ul. (...) w S.. Dotyczy to również zakażenia układu moczowego u powoda. W wykonanym bowiem bezpośrednio po przyjęciu powoda do szpitala w S. badaniu moczu (posiew) nie wykryto żadnego zakażenia. Utrata kontroli nad oddawaniem moczu nie świadczyła o infekcji układu moczowego lecz o zaburzeniach mechanizmu zwieraczowego a tle schorzenia neurologicznego. Infekcja układu moczowego bowiem objawia się częstomoczem, świadomym oddawaniem moczu wielokrotnie, małymi porcjami, zaś u powoda wystąpił dwukrotnie epizod nietrzymania moczu. Sama zaś zakrzepica była wtórnym skutkiem niedowładu kończyn dolnych u powoda, tj. nagłym brakiem funkcjonowania tzw. pompy mięśniowej kończyn dolnych, która fizjologicznie wymusza przepływ krwi żyłnej i w konsekwencji zastojem żylnym i w dalszej konsekwencji zakrzepica żylną. Poza tym, jak zaznaczył biegły z zakresu neurochirurgii – zakrzepica kończyny dolnej jest ryzykiem po zabiegowym u każdego chorego, zwłaszcza u chorego z cukrzycą typu II, z ograniczoną ruchomością. Stosowana zaś profilaktyka przeciwzakrzepowa zmniejsza ryzyko zakrzepicy, ale nie znosi jej ryzyka całkowicie. Biegły podkreślił, iż w pozwanym szpitalu prawidłowo u powoda stosowano w okresie okołoperacyjnym profilaktykę przeciwzakrzepową i gdyby nie doszło do powikłania neurologicznego to do tej zakrzepicy by nie doszło.

W ocenie Sądu również brak było podstaw do przyjęcia, że w pozwanym szpitalu doszło do jakichkolwiek zaniedbań w zakresie opieki medycznej nad powodem w okresie pooperacyjnym, w szczególności, aby bagatelizowano zgłaszane przez powoda objawy, co miało doprowadzić do opóźnienia w jego leczeniu. Z dokumentacji lekarskiej, jak również z zeznań M. O. wynika, iż objawy neurologiczne w postaci niedowładu kończyn dolnych wystąpiły u powoda w drugiej dobie po operacji. Takie bowiem jednoznaczne zapisy wynikają z dokumentacji lekarskiej, jak i pielęgniarskiej,

w której wskazano, iż jeszcze w dniu 02 kwietnia 2016r. powód chodził samodzielnie, a wręcz w dokumentacji pielęgniarskiej wskazano, iż nie może leżeć oraz że zgłasza dolegliwości bólowe. Również świadek M. O. wskazał, iż odwiedził powoda bezpośrednio po zabiegu i wówczas powód wskazywał, iż czuje się lepiej, zaś „przełom” nastąpił dwa dni później, czyli najwcześniej pod koniec dnia 02 kwietnia 2016r. (sam zabieg bowiem powód miał w dniu 31 marca 2016r.) i wówczas zaczął on dopiero tracić władzę w nogach, a nie jak wskazywał powód, aby zgłaszał to w zasadzie następnego dnia po zabiegu. W tej sytuacji zdaniem Sądu brak jest podstaw do przyjęcia za wiarygodne twierdzeń powoda, iż już pierwszego dnia po zabiegu zgłaszał pielęgniarce dolegliwości w zakresie drętwienia, czy osłabienia siły mięśni w nogach. Zwłaszcza że cytowany już wyżej świadek, wskazał, iż niepokojące objawy pojawiły się u powoda dwa dni po operacji, zaś pierwszego dnia powód wskazywał, iż czuje się lepiej. Podkreślić przy tym należy, iż brak jest podstaw do stwierdzenia, że świadek w tym zakresie miał zeznawać na korzyść pozwanego, zwłaszcza że nie ukrywał w trakcie zeznań swojego negatywnego nastawienia do działania pozwanego. Zresztą również w karcie wypisu ze szpitala, sporządzonej bezpośrednio po hospitalizacji powoda, również wskazano, iż do niedowładu kończyn dolnych doszło w drugiej dobie po operacji, zaś powód nie podnosił, aby zapisy tego dokumentu były nieprawidłowe. Zaznaczyć należy, iż jak wynika z dokumentacji medycznej powoda, jak również opinii biegłych – decyzja o przekazaniu powoda do ośrodka o większych możliwościach diagnostycznych i terapeutycznych, zwłaszcza że w poznanym szpitalu nie dokonuje się diagnostyki chorób neurologicznych – została wbrew twierdzeniom powoda podjęta kompetentnie i szybko. Biegły podkreślił, iż przekazanie powoda do dalszej diagnostyki było bardzo szybkie i zasługiwało wręcz na pochwałę. Również biegły z zakresu neurochirurgii wskazał, iż po wystąpieniu u powoda niedowładu kończyn dolnych i epizodu nietrzymania moczu – w pozwanym szpitalu prawidłowo wdrożono diagnostykę, konsultacje i przeniesiono dalsze leczenie powoda. Zatem nie sposób uznać, iż doszło do jakiegokolwiek zbagatelizowania objawów powoda i opóźnienia jego leczenia, co miało w konsekwencji doprowadzić do jego obecnej niepełnosprawności. Zwłaszcza że występujące u powoda objawy neurologiczne, tj. niedowład kończyn dolnych – nie są normlanym powikłaniem po przebytej operacji usunięcia pęcherzyka żółciowego, jak również powyższy objaw nie ma żadnego związku z tą operacją. Tym samym objawy neurologiczne, jakie wystąpiły u powoda były objawami nowymi, niespodziewanymi i zaskakującymi lekarzy. Tym samym Sąd podzielił zapatrywania biegłych, iż w okolicznościach sprawy nie ma danych, na podstawie których można postawić tezę, że działanie pozwanego szpitala, a ściślej zatrudnionego w nim personelu medycznego, w okresie po przeprowadzonej operacji było nieprawidłowe.

W tym kontekście, zwłaszcza zarzutu strony powodowej, iż nastąpiło opóźnienie w leczeniu powoda i tym samym u powoda doszło do niepełnosprawności, podkreślić również należy, iż biegły z zakresu neurochirurgii w sposób jednoznaczny wskazał, iż u powoda po wystąpieniu niedowładu wykonano wszelkie niezbędne badania, włącznie z prawidłowo zleconą tomografią komputerową i żadne wcześniejsze badania ani transport nie wpłynęłyby na przebieg zapalenia kręgosłupa u powoda ani na jego ostateczne skutki. Biegły również zaznaczył, iż postępowanie w szpitalu w G. w żaden sposób nie wpłynęło na przebieg choroby powoda, jak również że w sposób prawidłowy zareagowano na zgłaszane przez niego objawy. Jak podkreślił biegły stan zapalny kręgosłupa, co zostało rozpoznane na podstawie tomografii komputerowej, leczy się we wczesnej fazie nieoperacyjnie, a wcześniejsze włączenie leczenia nie zmieniłoby istotnie przebiegu choroby. Tym samym nie sposób przyjąć, niezależnie od braku podstaw do przyjęcia, że pozwany szpital swoim zachowaniem, opóźnił przekazanie powoda do dalszej diagnostyki, aby pomiędzy działaniem szpitala a aktualnym stanie zdrowia istniał jakikolwiek związek. W szczególności aby działanie pozwanego szpitala miało doprowadzić do opóźnienia w leczeniu operacyjnym zapalenia rdzenia kręgowego, zwłaszcza jak wielokrotnie podkreślał biegły z zakresu neurochirurgii – schorzenie to w pierwszej fazie jest leczone metodami nieoperacyjnymi, zaś sam przebieg choroby jest trudny do opanowania. W tym zakresie podkreślić również co wynika z opinii biegłego zakresu neurologii oraz dokumentacji medycznej powoda, iż w zakresie schorzenia kręgosłupa u powoda występowały bardzo duże trudności w ustaleniu ostatecznego rozpoznania klinicznego, że przypadek powoda był bardzo trudny diagnostycznie i ka zaznaczał rozpoznania zmieniało się w zależności od wykonanych u powoda badań na przestrzeni kilku tygodni. Biegły neurolog zaznaczył, iż nie da się ocenić w wyniku czego, jakiego procesu, pojawiły się u powoda nacieki zapalne, jak długi już istniały. Postępowanie personelu szpitala w G. nie wpłynęło więc w żaden sposób na przebieg choroby powoda, ani też na jej skutki. Zwłaszcza że w szpitalu w S. po badaniu TK powód został skierowany na Oddział Obserwacyjno-Zakaźny celem obserwacji w kierunku neuroinfekcji i dopiero w wyniku ujemnej obserwacji w tym zakresie skierowano powoda do zabiegu neurochirurgicznego, a nie z uwagi na infekcję układu

moczowego i zakrzepicę, które pojawiły się u powoda dopiero podczas pobytu w szpitalu w S.. Tym samym nie sposób uznać, iż w zakresie leczenia schorzenia kręgosłupa u powoda doszło do jakiegokolwiek opóźnienia, w szczególności opóźnienia spowodowanego niewłaściwym działaniem pozwanego szpitala. Sąd podziela tym samym zapatrywanie wszystkich biegłych wypowiadających się w niniejszej sprawie, iż w pozwanym szpitalu procedury diagnostyczne były podejmowane prawidłowo i właściwie dla aktualnego stanu zdrowia powoda. Zwłaszcza że jak wskazał biegły neurolog w okresie przyjmowania powoda do szpitala w G., jeszcze przed wystąpieniem u niego niedowładu kończyn dolnych, nie istniały u powoda objawy bądź przesłanki wskazujące na schorzenie, które potem zdiagnozowano za pomocą badania histopatologicznego. Nadto biegły z zakresu neurologii wskazał jednoznacznie w swojej opinii, iż decyzja o przekazaniu powoda do dalszej diagnostyki do innego szpitala była podjęta we właściwym czasie.

Niezasadny również jest podnoszony przez powoda zarzut w zakresie niewłaściwego leczenia, podkreślany również przez świadka M. O., który miał przejawiać się podłączeniem powodowi w dniu 04 kwietnia 2016r. kroplówki z glukozą, mimo iż choruje on na cukrzycę. Jak wynika bowiem z opinii biegłego z zakresu chirurgii, jak również z zeznań świadka K. B. – fakt chorowania na cukrzycę nie wyłącza możliwości stosowania kroplówki z glukozą. Wręcz przeciwnie jak wskazał biegły podawanie dożylnie wlewów z glukozy z insuliną w przypadku cukrzycy stosuje się standardowo i nie jest żadnym błędem. Zatem również w tym zakresie nie sposób przyjąć, że doszło do nieprawidłowości w leczeniu powoda. W tym zakresie biegły powołał się chociażby na opracowania naukowe, w których wskazywano, iż błędem w okresie pooperacyjnym jest podawanie chorym na cukrzycę samej insuliny bez odpowiedniej ilości cukru, co może spowodować wystąpienie kwasicy ketonowej, a zatem chory taki powinien dostawać co najmniej 200g glukozy na 24 godziny.

Brak wykazania zatem przez stronę powodową zaistnienia elementu subiektywnego, tj. winy po stronie zaangażować w pracę osób placówki leczniczej sprawia, że w całości nie została udowodniona w sprawie przesłanka warunkująca odpowiedzialność deliktową tej jednostki i w konsekwencji niezasadne pokazało się w całości powództwo o zadośćuczynienie, jak również o odszkodowanie w postaci zwrotu kosztów poniesionych przez powoda związanych z leczeniem i rehabilitacją w związku ze schorzeniem kręgosłupa i niedowładem kończyn dolnych. Roszczenie pozwu w postaci żądania zadośćuczynienia za zarzucany pozwanemu błąd lekarski w postaci dokonania niewłaściwej diagnostyki i błędnego rozpoznania oraz opóźnienia leczenia sformułowane na podstawie art. 415 k.c. w zw. z art. 444 k.c. i art. 445 k.c. okazało się zatem nieudowodnione i podlegało oddaleniu.

Powód, reprezentowana w sprawie przez profesjonalnego pełnomocnika, nie udowodniła więc, aby pozwany szpital, a ściślej zatrudnienie w nim lekarze i pielęgniarki, dopuścił się zawinionego błędu lekarskiego. Dla przypisania tej odpowiedzialności koniecznym było udowodnienie, że personel medyczny pozwanego szpitala w zawiniony sposób, a zatem w wyniku błędu lekarskiego, doprowadził do obecnego stanu zdrowia powoda, w tym dokonując niewłaściwej diagnozy, nieopartej wnikliwą oceną stanu zdrowia powoda i poprzez niewykonanie dostatecznych badań i tym samym przeprowadzając zabieg, który nie był konieczny i uzasadniony. Odpowiedzialność tą wyłączyło przede wszystkim stwierdzenie, że wykonana u powoda, podczas jego pobytu w szpitalu w G. diagnostyka była prawidłowa w świetle występujących w dniu przyjęcia do szpitala objawów i wyników przeprowadzonych wówczas badań i doprowadziła do postawienia na tej podstawie trafnej diagnozy i w konsekwencji przeprowadzenia właściwego zabiegu operacyjnego. Zwłaszcza że wyniki badań w zakresie parametrów stanu zapalnego i badania histopatologiczne materiału pochodzącego z operacji wykonanej w szpitalu w G. było prawidłowe. W świetle również dowód zgromadzonych w niniejszej sprawie, w tym w postaci zeznań świadków oraz dokumentacji medycznej – brak było podstaw do przyjęcia, że doszło do jakiegokolwiek bagatelizowania objawów powoda, albowiem już następnego dnia po wystąpieniu osłabienia siły mięśni nóg powoda został on przekazany do szpitala o wyższej referencyjności. Nadto z opinii biegłego z zakresu neurochirurgii wynikało jednoznacznie, iż wcześniejsze przetransportowanie powoda do tego szpitala nie miałyby wpływu na dalszą diagnostykę, leczenie oraz aktualny stan zdrowia powoda.

Należy podkreślić, iż wysokie wymagania stawiane lekarzowi nie oznaczają jego odpowiedzialności za wynik (rezultat) leczenia, ani odpowiedzialności na zasadzie ryzyka. Lekarz odpowiada na zasadzie winy, którą można mu przypisać tylko w wypadku wystąpienia jednocześnie elementu obiektywnej i subiektywnej niewłaściwości postępowania w przeprowadzeniu zabiegu bądź też postawienia błędnej diagnozy w oparciu o dostępną wiedzę

medyczną mimo posiadanych przez niego wszystkich danych umożliwiających postawieniu mu tej diagnozy, w tym w zakresie bagatelizowania określonych objawów, które pozwoliłyby na wcześniejsze postawienie diagnozy i wdrożenie właściwego leczenia. Element obiektywny łączy się z naruszeniem zasad wynikających z zasad wiedzy medycznej, doświadczenia oraz deontologii, a element subiektywny odnosi się do zachowania przez lekarza staranności zawodowej. Odpowiedzialność lekarza, czy zakładu opieki zdrowotnej, gdzie wykonuje on pracę, powstanie zatem w wypadku „błędu w sztuce”, czyli przeprowadzenia zabiegu niezgodnie z zasadami wiedzy medycznej, jeżeli błąd był zawiniony, czyli polegający na zachowaniu odbiegającym od ustalonego wzorca. Tylko bowiem w takim przypadku można mówić o odpowiedzialności deliktowej za błąd lekarski.

W niniejszej sprawie, jak już wyżej wskazano, Sąd na wniosek stron dopuścił i przeprowadził dowód z opinii biegłego, z której to opinii, podobnie jak z opinii uzupełniających, co już wyżej opisano, wynikało, że brak jest podstaw do stwierdzenia niewłaściwego działania pozwanego szpitala zarówno w zakresie rodzaju wykonanych badań u powoda i postawionej diagnozy w postaci zapalenia pęcherzyka żółciowego, jak również brak jest podstaw do stwierdzenia niewłaściwego działania po wystąpieniu u powoda objawów neurologicznych. Wręcz przeciwnie biegli wskazali, iż w tym zakresie działanie lekarzy było prawidłowe i podjęte we właściwym czasie. Jednocześnie biegły z zakresu neurochirurgii wskazał, iż wcześniejsze przekazanie powoda do diagnostyki i leczenia w innym szpitalu nie miało wpływu na sposób jego dalszego leczenia oraz skutków tego leczenia, jak również aktualnego stanu zdrowia powoda.

W ocenie Sądu powyższych wniosków biegłego nie mogły podważyć odmienne subiektywne przekonanie powoda, nie znającego się na medycynie, w zakresie prawidłowości leczenia powoda, w tym postawionej diagnozy zapalenia pęcherzyka żółciowego, jak również w zakresie przeprowadzonej u niego diagnostyki. Zwłaszcza że na ocenę powoda niewątpliwie wpływa jego, zrozumiałe w tej sprawie, rozgoryczenie wynikające z tego, iż schorzenie, które doprowadziło do objawów neurologicznych rozwinęło się u niego nagle, zaś przyczyna jego powstania, mimo że nie można jej wiązać z działaniem pozwanego – jak wynika z opinii biegłego z zakresu neurochirurgii i neurologii nie jest jednoznaczna i wymagało długotrwałej diagnostyki, która co podkreślał biegły z zakresu neurologii była znacznie utrudniona.

W tym miejscu należy podkreślić, że sąd w sprawie cywilnej wydaje wyrok w oparciu o dowody przedstawione przez strony, ponieważ to na stronach spoczywa ciężar udowodnienia podnoszonych przez siebie twierdzeń (art. 3 k.p.c. i art. 232 k.p.c.). Sąd nie jest władny tego obowiązku wymuszać, ani zastępować stron w jego wypełnieniu. Ciężar udowodnienia prawdziwości podnoszonych przez siebie twierdzeń należy z jednej strony rozumieć jako obarczenie strony procesowi obowiązkiem przekonania sądu dowodami o słuszności swoich twierdzeń, a z drugiej konsekwencjami poniesienia realizacji tego obowiązku lub jego nieskuteczności. Tą konsekwencją jest zazwyczaj niekorzystny dla strony wynik procesu, ponieważ ujemne skutki nieprzedstawienia dowodu obciążają stronę, która nie dopełniła ciężącego na niej obowiązku.

Skoro zatem strona powodowa nie udowodniła zawinienia pozwanego, to nie zasługiwało na uwzględnienie również powództwa o odszkodowanie, ponieważ odpowiedzialność odszkodowawcza opiera się również za zasadzie winy, a skoro zaistniały stan zdrowia powoda nie był wynikiem zawinionego działania pozwanego, lecz skutkiem innej samoistnej choroby powoda, która nie została wywołana przez pozwanego szpital ani też jej leczenie nie zostało opóźnione przez pozwanego, za które pozwany nie ponosi odpowiedzialności, to nie odpowiada również za koszty i wydatki związane z leczeniem i rehabilitacją powoda, w tym za koszty związane z zakupem sprzętu umożliwiającego mu poruszanie się. Niezależnie od tego należy wskazać, że strona powodowa w zasadniczym nie udowodniła również wysokości tych kosztów co mogło stanowić samodzielną podstawę częściowego oddalenia powództwa o odszkodowanie.

Mając zatem powyższe na uwadze, Sąd zgłoszonych przez powoda roszczeń o zadośćuczynienie i o odszkodowanie za błąd w sztuce medycznej oraz o ustalenie nie uwzględnił.

Niezależnie od powyższego wskazać należy, iż pełnomocnik powoda w uzasadnieniu pozwu wskazywał również na niewłaściwe w stosunku do jego osoby zachowanie pielęgniarek. W tym zakresie wskazywał, iż mimo próśb

odmawiano mu wydania leków przeciwbólowych, jak również niewłaściwie został przygotowany go transportu (mimo bezwiednego oddania moczu i nie został przebrany i nie wymieniono mu cewnika), a także nie został niezwłocznie podniesiony, gdy upadł próbując przesiąść się na wózek inwalidzki (musiał czekać 15 minut na pomoc). W związku z tymi okolicznościami faktycznymi pełnomocnik powoda nie sformułował odrębnego roszczenia o naruszenie jego dóbr osobistych wskazując jedynie ogólnie, iż domaga się zadośćuczynienia za krzywdę związaną z błędem w sztuce medycznej oraz niewłaściwą opieką nad powodem. Dopiero w ostatnim słowie wskazał, iż niektóre działania personelu medycznego i pielęgniarzkiego miały uderzać w jego godność i należy każdemu pacjentowi szacunek. W tym zakresie wskazywał na niewłaściwe przygotowanie powoda do transportu. W tym kontekście uznać należało, iż powód domagał się zasądzenia zadośćuczynienie również za naruszenie praw pacjenta. Niemniej zdaniem Sądu roszczenia powoda również oparte na tej podstawie nie zasługiwało na uwzględnienie.

Roszczenie o zadośćuczynienie będące następstwem zawinionego naruszenia praw pacjenta znajduje oparcie w art. 4 ust.1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Przepis ten chroni godność, prywatność i autonomię pacjenta, niezależnie od staranności i skuteczności zabiegu leczniczego. Zresztą podstawę prawną zasądzenia zadośćuczynienia z tytułu naruszenia dóbr osobistych w postaci godności osobistej powoda znajdowały również oparcie w art. 448 kc. Stronę powodową w szczególności obciążał ciężar procesowy udowodnienia, iż w jakimkolwiek aspekcie naruszono jej prawa pacjenta, a konkretnie w niniejszej sprawie powód winien udowodnić, iż doszło do działań personelu medycznego pozwanego, które miałyby godzić w jego godność.

W ocenie Sądu postępowanie przeprowadzone w niniejszej sprawie nie pozwoliło przypisać pozwanemu odpowiedzialności opartej na w/w okolicznościach faktycznych. Powód w pierwszej kolejności podniósł, iż bezzasadnie odmawiano mu właściwej opieki, w tym ignorowano jego prośby, w szczególności o leki przeciwbólowe. W ocenie Sądu powód nie wykazał tych okoliczności. Przeczą temu chociażby zapisy w dokumentacji medycznej powoda z okresu jego pobytu w szpitalu, w tym wpisy w karcie leczenia szpitalnego, która została powodowi wydana bezpośrednio po leczeniu w pozwanym szpitalu. Wynika z nich jednoznacznie, iż powód był konsultowany przez lekarzy, jak również wykonywano w stosunku do niego wymagane czynności pielęgniarzkie. W szczególności brak jest podstaw do przyjęcia, że nie były wydawane mu leki przeciwbólowe, albowiem w dokumentacji widnieją zapisy o ich wydaniu oraz skorelowane z nimi zeznań świadków leczących go lekarzy. Z karty dokumentacji postępowania przeciwbólowego wynika, iż poziom bólu był u powoda monitorowany poprzez określenie skali bólu. Nadto w dokumentacji pielęgniarzkiej wskazane jest, iż powodowi były wydawane leki zgodnie z zaleceniami. Dokonywano również kontroli rany pooperacyjnej. Nadto brak jest podstaw do przyjęcia, że lekceważono zgłoszeń przez niego dolegliwości, w szczególności w zakresie jak to ujął powód „odejmowania nóg”. Na podstawie nie tylko zapisów dokumentacji medycznej, jak również zeznań świadka M. O. wynika, iż dolegliwości te pojawiły się w drugiej dobie po operacji, czyli 02 kwietnia 2016r. (sobota), zaś na badanie TK, jak i konsultację neurologiczną od szpitala w S. został przewieziony już w dniu 03 kwietnia 2016r. w godzinach rannych (o godzinie 10.00). To zaś wskazuje, iż żadne ze zgłaszanych przez niego dolegliwości nie były ignorowane i jak już wyżej wskazano postępowanie pozwanego szpitala zostało przez biegłych ocenione jako prawidłowe i szybkie działanie.

Kolejno powód podniósł, iż nie został niezwłocznie podniesiony z podłogi, kiedy upadł podczas próby przejścia z łóżka na wózek inwalidzki. W tym zakresie wskazywał, iż pielęgniarzka odmówiła podniesienia go, wskazując, iż nie chce sobie uszkodzić kręgosłupa i musiał oczekiwać około 15 minut, aż przyszedł wezwany sanitariusz i lekarz. Podkreślić przy tym należy, iż żaden z przesłuchanych w sprawie lekarzy nie przypominał sobie takiego zdarzenia. W ocenie Sądu jednakże nie sposób wykluczyć, iż wskazywane przez powoda zdarzenie miało miejsce, zwłaszcza że jest ono tego rodzaju, iż trudno uznać, iż powód w tym zakresie takowe sobie wymyślił. Niemniej niezależnie od powyższego zdaniem Sądu nie sposób dopatrzeć się w tej sytuacji naruszenia praw pacjenta, a tym samym godności powoda. Zaznaczyć należy, iż sam powód określił czas jaki musiał oczekiwać na podniesienie na około 15 minut. Ma to zaś istotne znaczenia, albowiem jak wynika z zeznań świadka K. B. powód był sfrustrowany tym, że po operacji wystąpiły u niego dodatkowe inne dolegliwości i miał do wszystkich zastrzeżenia, że coś się dzieje, a nic w tym zakresie szpital nic nie robi. Zatem jego subiektywne odczucie w zakresie czasu jaki upłynął od czasu upadku do czasu udzielania mu pomocy mogło wskazywać na dłuższy czas niż w rzeczywistości oczekiwał. Niemniej mając na względzie, że

powód w czasie upadku miał już niedowład kończyn, a zatem nie mógł współpracować przy jego podnoszeniu, jak również okoliczność, iż powód ważył w tym czasie 113 kg (informacja taka wynika z dokumentacji medycznej) – to nie sposób czynić zarzutu pielęgniarce, że nie podjęły się same podniesienia z podłogi powoda. Wszak dokonującego mogły narazić na szwank własne zdrowie (doprowadzić do uszkodzenia kręgosłupa), jak również mogło prowadzić to również do uszkodzenia ciała powoda na skutek niewłaściwego podniesienia. Tym samym zrozumiała jest zdaniem Sądu zwrócenie się o pomoc innych osób, zaś czas oczekiwania, przy założeniu że konieczne jest wezwanie pomocy – ostatecznie zdaniem Sądu nie był nadmierny i nie sposób tego działania uznać za działania lekceważące potrzeby i zdrowie powoda, a tym samym godzące w jego godność.

Podobnie należy ocenić działanie szpitala w zakresie przygotowania powoda do transportu do szpitala w S. przy ul. (...). Wyżej już wskazano, iż samo podłączenie glukozy nie było działaniem samym w sobie błędnym, co zarzucał powód, jak również świadek M. O.. Brak również było podstaw do przyjęcia za wiarygodne twierdzeń w/ w świadka, iż konieczna była wymiana cewnika u powoda i nastąpiło to na skutek interwencji sanitariuszy z karetki transportowej. Z dokumentacji medycznej powoda bowiem jednoznacznie wynika, iż powód został zacewnikowany w dniu 03 kwietnia 2016r., jak również brak jest jakichkolwiek danych o tym, że nastąpiła wymiana cewnika. Zapewne personel karetki prosił o opróżnienie worka na mocz przy cewniku. Niemniej nie świadczy to o tym, cewnik został założony nieprawidłowo. Poza tym powyższe jednoznacznie przeczy twierdzeniom powoda i świadka M. O. o nieprawidłowym przygotowaniu powoda do transportu i braku reakcji personelu pielęgniarstwa na okoliczność bezwiednego oddawania moczu przez powoda. Wskazać bowiem należy, iż jak wskazał świadek K. B. w takich sytuacjach pacjent jest albo zacewnikowany (co miało miejsce w przypadku powoda) bądź też stosowane są u niego pampersy. Powód zarzucał również, iż nie został przebrany, kiedy bezwiednie oddał mocz. Jak sam wskazał w ogóle nie czuł, iż oddał mocz, więc nie był w stanie określić jak długo miał na sobie mokre ubranie, jak również okoliczność ta przeczy zeznaniom M. O., że powód okoliczność tą zgłaszał pielęgniarce, lecz one to ignorowały. Skoro powód, jak sam wskazał w swoich zeznaniach, sam nie czuł, iż doszło do bezwiednego oddania przez niego moczu to trudno przyjąć, że zgłaszał tą okoliczność pielęgniarce. Podkreślić należy, iż powyższą okoliczność świadek miał znać jedynie ze słyszenia od powoda, który już w tym okresie był mocno sfrustrowany i miał do wszystkich zastrzeżenia. Świadek zaś M. O. wskazał, iż w takim stanie zastał powoda i pomógł mu się przebrać twierdząc, iż brak było reakcji pielęgniarki. Niemniej nie wskazał jaki czas upłynął od zgłoszenia tego problemu do czasu, kiedy sam pomógł powodowi zmienić ubranie. Zwłaszcza że odległości czasowe nie mogły być zbyt duże, albowiem jak wynika z zeznań samego powoda i dokumentów medycznych powoda został przewieziony do szpitala w S. o godz. 10.00 rano. Zwłaszcza że przed przyjazdem karetki pielęgniarki jeszcze musiały zacewnikować powoda, albowiem jak zeznał świadek M. O. doszło do nieporozumienia między pielęgniarkami w szpitalu i sanitariuszami z karetki o prawidłowość wymiany worka na mocz przy cewniku. Zatem sam fakt, iż powód miał zmoczone ubranie na skutek nietrzymania moczu nie może być zdaniem Sądu uznany za działanie naruszające godność powoda. Dopiero nadmierne oczekiwanie na przebranie mokrych ubrań może być uznane za działanie stanowiące naruszenie praw pacjenta i tym samym godności powoda. Jak już zaś wskazano powód nie wykazał, jak długo musiał oczekiwać na zmianę ubrania, a tym samym nie sposób uznać, iż doszło do naruszenia jego dóbr osobistych.

Mając na uwadze powyższe zdaniem Sądu powództwo zgłoszone przez powoda w niniejszej sprawie, zarówno i zapłatę zadośćuczynienia za błędną diagnozę, jaki i niewłaściwą opiekę nad powodem oraz o zapłatę odszkodowania nie zasługiwało na uwzględnienie. Powód bowiem nie zdołała wykazać, aby po stronie pozwanego szpitala doszło do jakiegokolwiek zawnionego działania, które doprowadziło do postawienia niewłaściwej diagnozy, w tym aby doszło do jej postawienia na podstawie badań, które nie dawały jednoznacznych rezultatów. Powód również nie wykazała aby doszło do jakiegokolwiek zaniechania po stronie pozwanego, w tym bagatelizowania jego objawów, które miały doprowadzić do opóźnienia leczenia schorzenia w zakresie zapalenia rdzeń kręgowego, a tym samym do znacznego pogorszenia stanu zdrowia powoda. Podkreślić również należy, iż Sąd w niniejszej sprawie nie dopatrywał się również podstaw do przyjęcia, że doszło do naruszenia innych dóbr osobistych powoda niż zdrowie, w tym godności powoda, zaś wykonane w jego przypadku wszelkie procedury były podejmowane zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i z poszanowaniem jego praw. Z tych też względów Sąd oddalił powództwo w niniejszej sprawie w całości i orzekł jak w punkcie I wyroku.

Stosownie do treści art. 108 § 1 kpc Sąd rozstrzyga o kosztach w każdym orzeczeniu kończącym sprawę w instancji, przy czym o kosztach należnych stronie reprezentowanej przez zawodowego pełnomocnika Sąd rozstrzyga tylko na wniosek złożony przed zamknięciem rozprawy (art. 109 § 1 kpc).

Niewątpliwie w niniejszej sprawie powód przegrał sprawę i winien ponieść koszty poniesione przez pozwanego na podstawie art. 98 kpc, zgodnie z którym strona przegrywająca sprawę jest zobowiązana zwrócić drugiej stronie poniesione przez nią koszty postępowania, jak również na podstawie art. 113 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych winien ponieść koszty tymczasowo poniesione przez Skarb Państwa, w szczególności na koszty dowodu z opinii biegłego. Oba żądania powoda zaś zostały oddalone, a więc należało uznać go za przegrywającego sprawę.

Niemniej w ocenie Sądu, w niniejszej sprawie w zakresie obowiązku poniesienia przez powoda kosztów postępowania winien mieć zastosowanie art. 102 kpc. Zgodnie z treścią tego przepisu w przypadkach szczególnie uzasadnionych sąd może zasądzić od strony przegrywającej tylko część kosztów albo nie obciążać jej w ogóle kosztami. Sąd uznał, iż z uwagi na okoliczności niniejszej sprawy należało odstąpić od obciążania powoda kosztami niniejszego postępowania w całości.

Jak już wyżej wskazano zgodnie z treścią art. 102 kpc, w wypadkach szczególnie uzasadnionych sąd może zasądzić od strony przegrywającej spór tylko część kosztów albo nie obciążać jej w ogóle kosztami. Przepisy kodeksu postępowania cywilnego statuują tym samym zasadę, że wprawdzie wynik procesu z reguły decyduje o obowiązku zwrotu kosztów przeciwnikowi, niemniej nie jest to obowiązek nieograniczony i podlega ocenie z punktu widzenia zasad słuszności. Kodeks nie konkretyzuje pojęcia „wypadków szczególnie uzasadnionych”, pozostawiając ich kwalifikację, przy uwzględnieniu całokształtu okoliczności danej sprawy, sądowi (tak m.in. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 20 grudnia 1973 roku, II CZ 210/730. Zastosowanie przez sąd art. 102 kpc. powinno być oceniane w całokształcie okoliczności, które uzasadniałyby odstępstwo od podstawowych zasad decydujących o rozstrzygnięciu w przedmiocie kosztów procesu. Do kręgu tych okoliczności należy zaliczyć zarówno fakty związane z samym przebiegiem procesu, jak i fakty leżące na zewnątrz procesu zwłaszcza dotyczące stanu majątkowego i sytuacji życiowej (wyrok SN z 14 stycznia 1974 roku, II CZ 223/73).

Podstawy do zastosowania art. 102 kpc należy poszukiwać w konkretnych okolicznościach sprawy, przekonujących o tym, że w danym przypadku obciążenie strony przegrywającej kosztami procesu na rzecz przeciwnika byłoby niesłuszne.

Na kanwie powyższych rozważań, Sąd uznał, że w niniejszej sprawie okolicznością uzasadniającą odstąpienie od obciążania powoda kosztami procesu była sytuacja majątkowa powoda, która jawiła się na tyle źle, że uzasadniało to zwolnienie go od obowiązku uiszczenia kosztów sądowych w sprawie, jak również jego aktualna sytuacja zdrowotna. Powód bowiem nadal boryka się ze skutkami zapalenia rdzenia kręgowego i nie wrócił do pełnej sprawności, co samo już przez się rodzi dodatkowe koszty w zakresie rehabilitacji, jak również powoduje zmniejszone możliwości podjęcia pracy utrzymania rodziny. Poza tym należało zwrócić uwagę na okoliczności niniejszej sprawy, w której powód domagał się zasądzenia zadośćuczynienia za krzywdę związana z błędem medycznym (błędem diagnostycznym). Zaznaczyć należy, iż tego rodzaju sprawy w zasadniczym zakresie wymagają opinii biegłych w zakresie oceny prawidłowości prowadzonych procedur medycznych, co do których przeciętna osoba nie ma szczegółowej wiedzy. Powód zaś pozostawał w subiektywnym przekonaniu o niewłaściwym leczeniu, zwłaszcza że po wykonaniu zabiegu w pozwanym szpitalu, na skutek nieszczęśliwego zbiegu okoliczności jego stan zdrowia znacznie się pogorszył. Zatem mógł on pozostawać w subiektywnym przekonaniu o nieprawidłowym działaniu pozwanego szpitala, zaś dopiero postępowanie sądowe wykazało prawidłowość działania. Tym samym w okolicznościach niniejszej sprawy w subiektywnym odczuciu powoda, jego żądanie mogło być uzasadnione, a przynajmniej wymagało zbadania prawidłowości działania pozwanego przez Sąd. W tej więc sytuacji wychodząc tymże odczuciom powoda naprzeciw, w ocenie Sądu niesprawiedliwe byłoby w odczuciu społecznym obciążanie powoda jeszcze kosztami tego postępowania na rzecz pozwanego. Powyższe więc, zdaniem Sądu uzasadniało odstąpienie od obciążania powoda kosztami postępowania na zasadzie słuszności (art. 102 kpc.), o czym Sąd orzekł w punkcie II wyroku.

Powód w niniejszej sprawie był reprezentowany przez pełnomocnika urzędu, któremu przyznano wynagrodzenia za udzielenie pomocy prawnej powodowi z urzędu, za pomoc świadczoną z urzędu w wysokości 6.642 zł, w której mieściła się kwota podatku VAT w wysokości 1.242 złotych. Wysokość tego wynagrodzenia została ustalona w niniejszej sprawie na podstawie § 8 pkt 6 w zw. z § 4 ust. 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 03 października 2016r. w sprawie ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej przez adwokata z urzędu w wysokości 5.400 złotych powiększoną o należny podatek VAT. Sad uznał, iż okoliczności niniejszej sprawy, w szczególności zakres materiału dowodowego oraz skomplikowany charakter sprawy, w tym konieczność stawiennictwa pełnomocnika powoda na kilku rozprawach wymagała zwiększonego nakładu pracy adwokata i tym samym zasadne było podniesienie opłaty należnej adwokatowi do 150% stawki określonej w § 8 w/ w rozporządzenia.

sędzia Małgorzata Izbińska-Barcik

(...)

ZARZĄDZENIE

1. (...)

2. (...)

• (...)

3. (...)

(...)

(...)