

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 13 lipca 2011 r. J. B. (1) (całkowicie ubezwłasnowolniona, reprezentowana przez opiekuna prawnego J. B. (2)) wniosła o zasądzenie na jej rzecz od (...) Szpitala (...) w Ł. (...) w Ł. (dalej: USK (...) w Ł.):

- 1) kwoty 400.000 zł z tytułu zadośćuczynienia z ustawowymi odsetkami od dnia doręczenia pozwu do dnia zapłaty,
- 2) kwoty 5.660 zł z tytułu odszkodowania z ustawowymi odsetkami od dnia doręczenia pozwu do dnia zapłaty,
- 3) renty miesięcznej na zwiększone potrzeby poczynwszy od dnia 1 lipca 2011 r. i na przyszłość w wysokości po 2.050 zł, płatnej z góry do 10 dnia każdego miesiąca z ustawowymi odsetkami w przypadku uchybienia terminu płatności którejkolwiek z rat w przyszłości,
- 4) kwoty 133.250 zł z tytułu skapitalizowanej renty na zwiększone potrzeby za okres od dnia 10 lutego 2006 r. do dnia 30 czerwca 2011 r. z ustawowymi odsetkami od dnia doręczenia pozwu do dnia zapłaty.

Podstawę faktyczną powództwa powódka oparła na dwóch zasadniczych grupach faktów uzasadniających wystąpienie z roszczeniami majątkowymi. Po pierwsze podstawy odpowiedzialności pozwanego powódka upatrywała w błędzie medycznym, do jakiego miało dojść w procesie jej leczenia w pozwanej placówce medycznej, polegającym na nie rozpoznaniu w dniu 29 kwietnia 2005 krwotoku podpajeczynówkowego na skutek pęknięcia tętniaka. Po drugie w zakażeniu powódki gronkowcem złocistym MRSA.

Nadto powódka żądała zasądzenia na jej rzecz od pozwanego kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego, według norm prawem przepisanych.

(pozew k. 2-8)

Pozwany USK (...) w Ł. zakwestionował żądanie powódki co do zasady i wysokości i wniósł o oddalenie powództwa oraz zasądzenie od powódki kosztów procesu według norm przepisanych.

Podniósł, że leczenie, jakiego udzielił powódce było zgodne z przyjętymi standardami medycznymi.

Wskazał, że w dniu 29 kwietnia 2005 r. udzielił powódce świadczeń medycznych w ramach konsultacji na prośbę (...) Zespołu (...) w Ł. (dalej: SP ZOZ Szpital im. (...) w Ł.), w którym powódka była hospitalizowana w okresie od 29 kwietnia 2005 r. do 16 maja 2005 r. Podał, że w trakcie tej konsultacji wykonano badania TK oraz badanie płynu mózgowo – rdzeniowego, które nie wykazały cech krwawienia, a zatem nie było podstaw do rozpoznania u powódki krwotoku podpajeczynówkowego i wykonania zabiegu operacyjnego. Potrzeba taka zaszła dopiero w nocy z 15/16 maja 2005 r. i wtedy powódka została przeniesiona ze Szpitala im. (...) w Ł. do Kliniki (...) UM w Ł., gdzie w dniu 25 maja 2005 r. wykonano zabieg operacyjny.

Odnosząc się do kwestii zakażenia powódki szczepem bakterii gronkowca złocistego, ujawnionego w badaniu mikrobiologicznym z dnia 17 maja 2005 r., tj. w drugiej dobie po przyjęciu powódki do Kliniki (...) UM w Ł., pozwany wskazał, że obecność tej bakterii ujawniana jest średnio w 26 dniu od początku hospitalizacji. Dlatego, zdaniem pozwanego, z dużą dozą prawdopodobieństwa przyjąć należy, że do zakażenia powódki gronkowcem złocistym doszło zanim jeszcze pacjentka została przyjęta do Kliniki (...), a nie w wyniku zaniedbań pozwanego szpitala.

(odpowiedź na pozew USK (...) w Ł. k. 107-108)

W piśmie procesowym z dnia 4 listopada 2011 r. pozwany USK (...) w Ł. wniósł o wezwanie do udziału w sprawie (...) S.A. z siedzibą w W., z którym w objętym żądaniem pozwu okresie łączyła pozwanego ważna umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z tytułu świadczonych usług medycznych.

(pismo procesowe pozwanego USK (...) w Ł. k. 114)

Postanowieniem z dnia 13 stycznia 2012 r. Sąd zawiesił postępowanie w sprawie wobec śmierci J. B. (1) w dniu 26 lipca 2011 r.

(postanowienie o zawieszeniu postępowania k. 138)

Postanowieniem z dnia 16 marca 2012 r. Sąd podjął postępowanie w sprawie z udziałem spadkobierców J. B. (1): męża – J. B. (2), syna – D. B. i córki – E. K..

(postanowienie k. 147)

W piśmie procesowym z dnia 17 października 2012 r. J. B. (2) zmodyfikował żądanie pozwu w następujący sposób:

- 1) cofnął powództwo w zakresie żądania renty na zwiększone potrzeby w związku ze śmiercią J. B. (1),
- 2) wniósł o zasądzenie na swoją rzecz dochodzonych pozwem sum pieniężnych w proporcji odpowiadającej wysokości jego udziału spadkowego, tj. w 1/3, w tym:
 - a) w zakresie zadośćuczynienia – kwoty 130.000 zł,
 - b) w zakresie odszkodowania – kwoty 1.886 zł,
 - c) w zakresie skapitalizowanej renty – kwoty 45.100 zł.

Oprócz tego pozwany wniósł o zasądzenie na jego rzecz odsetek ustawowych od wszystkich żądanych kwot od dnia doręczenia pozwu pozwanemu do dnia zapłaty.

(pismo procesowe powoda J. B. (2) k. 161-162)

Na rozprawie w dniu 16 kwietnia 2013 r. powód J. B. (2) poparł swoje stanowisko w sprawie. Powodowie D. B. i E. K. przyłączyli się do stanowiska powoda J. B. (2).

(stanowisko powodów k. 174-174v.)

W piśmie procesowym z dnia 22 lipca 2014 r. powód J. B. (2) wniósł o:

I. zasądzenie od pozwanych (...) Szpitala (...) w Ł. oraz (...) Zespołu (...) w Ł. solidarnie z tym zastrzeżeniem, że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego do wysokości spełnionego świadczenia przy uwzględnieniu wysokości należnych od każdego z pozwanych odsetek na rzecz powoda J. B. (2):

- 1) kwoty 130.000 zł z tytułu zadośćuczynienia z ustawowymi odsetkami:
 - a) w stosunku do pozwanego (...) Szpitala (...) w Ł. (...) - od dnia doręczenia pozwu do dnia zapłaty,
 - b) w stosunku do pozwanego Szpitala im. (...) w Ł. - od dnia doręczenia odpisu niniejszego pisma do dnia zapłaty;
- 2) kwoty 1.886 zł z tytułu odszkodowania z ustawowymi odsetkami:
 - a) w stosunku do pozwanego (...) Szpitala (...) w Ł. - od dnia doręczenia pozwu do dnia zapłaty,
 - b) w stosunku do pozwanego Szpitala im. (...) w Ł. - od dnia doręczenia odpisu niniejszego pisma do dnia zapłaty;
- 3) kwoty 45.100 zł z tytułu skapitalizowanej renty z ustawowymi odsetkami:
 - a) w stosunku do pozwanego (...) Szpitala (...) w Ł. (...) - od dnia doręczenia pozwu do dnia zapłaty,

b) w stosunku do pozwanego Szphala im. (...)w Ł. - od dnia doręczenia odpisu niniejszego pisma do dnia zapłaty.

(pismo procesowe powoda J. B. (2) z dopozwaniem k. 370-371)

Pozwany (...) Zespół (...) w Ł. w odpowiedzi na pozew wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie od powodów solidarnie na swoją rzecz kosztów procesu według norm przepisanych, podnosząc że diagnostyka i proces leczenia J. B. (1) w tej placówce medycznej były prawidłowe.

(odpowiedź na pozew k. 408-415)

W piśmie procesowym z dnia 4 listopada 2011 r. pozwany (...) Psychiatryczny SP ZOZ (...)w Ł. wniósł o wezwanie do udziału w sprawie (...) S.A. z siedzibą w W., z którym w objętym żądaniem pozwu okresie łączyła pozwanego ważna umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z tytułu świadczonych usług medycznych.

(pismo procesowe pozwanego SP ZOZ (...) k. 440-441)

Powód J. B. (2) w piśmie procesowym z dnia 13 lipca 2016 r. rozszerzył powództwo w zakresie odszkodowania za koszty opieki nad chorą o kwotę 46.207 zł z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia doręczenia odpisu pisma rozszerzającego powództwo pozwanym do dnia zapłaty.

(pismo procesowe powoda J. B. (2) k. 678-680)

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 29.04.2005 r. J. B. (1) została przyjęta na Oddział Neurologiczny ZP ZOZ Szpitala im. (...) w Ł. z powodu bólów głowy i karku trwających do 2 tygodni. Od wielu lat J. B. (1) chorowała na nadciśnienie tętnicze. Badaniem przedmiotowym nie stwierdzono objawów oponowych i ogniskowych uszkodzenia centralnego układu nerwowego. W badaniu CT głowy wykonanym w dniu 6.05.2005 r. i w badaniu płynu mózgowo-rdzeniowego początkowo nie stwierdzono cech krwawienia śródczaszkowego. Z uwagi na podejrzenie tętniaka w przebiegu tętnicy łączącej lewej, bez wcześniejszych objawów klinicznych i bez odchyień w badaniu przedmiotowym zaplanowano chorą do badania angio-NMR na dzień 17.05.2005 r. na godz. 1:00 w Szpitalu (...). W trakcie pobytu w oddziale neurologicznym wystąpiło u chorej podwyższenie ciepłoty ciała i nasilenie bólów głowy. W dniu 13.05.2005 r. chora zagorączkowała do 38^(o)C. Zdecydowano o pozostawieniu jej w oddziale, włączono antybiotyk i zlecono wykonanie badania angio-MR w warunkach szpitalnych. W dniu 16.05.2005 r. w godzinach wczesnoporannych nastąpiło gwałtowne pogorszenie się stanu pacjentki (utrata przytomności, zaburzenia czynności zwieraczy). Nie stwierdzono objawów oponowych, stwierdzono anizokorię (prawa źrenica szersza), prawa gałka oczna ustawiona w lekkim wytrzeszczu. Chorą przesłano pilnie na badanie CT głowy i konsultację neurochirurgiczną do Kliniki (...) UM w Ł..

W dniu 16.05.2005 r. pacjentka została przekazana na do Kliniki (...) UM w Ł. w stanie utraty przytomności. Rozpoznano krwawienie podpajęczynówkowe i cechy wodogłowia. Na Oddziale Neurochirurgicznym założono drenaż zewnętrzny. W dniu 17.05.2005 r., przed zabiegiem neurochirurgicznym, wykonano badania bakteriologiczne. W posiewie z nosa wyhodowano Staphylococcus aureus MRSA (oporne prawie na wszystkie antybiotyki). W posiewie z jamy ustnej wyhodowano bakterie z rodzaju Moraxella catarrhalis (wrażliwe na większość antybiotyków).

W dniu 25.05.2005 r. w Klinice (...) UM w Ł. przeprowadzono zabieg operacyjny: po otwarciu czaszki (Craniectomia pterionalis dex.) założono zaciski (klipsy) na pęknięty tętniak tętnicy mózgowej łączącej przedniej. Pacjentce ordynowano antybiotyki: Penicylinę krystaliczną, Zinacef, Metronidazol. Okres pooperacyjny został powikłany zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych i zapaleniem płuc. W płynie mózgowordzeniowym stwierdzono odczyny zapalne tj. N.-A. i Pandy, podwyższenie poziomu białka, obniżenie poziomu glukozy, podwyższenie pleocytozy w 68% zawierającej granulocyty obojętnochłonne (typowy obraz zapalenia opon mózgowordzeniowych bakteryjnego).

Pacjentkę wypisano z oddziału neurochirurgicznego w dniu 24.06.2005 r. z objawami niedowładu prawostronnego i przeniesiono na Oddział Neurologiczny Szpitala Miejskiego im. K. (...) w Ł., gdzie przebywała od 24.06.2005 r. do 02.07.2005 r. Wobec obawy nawrotu zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych ponownie wykonano punkcję łądźwiową, w której stwierdzono cechy zapalne. W dniu 25 czerwca 2005 r. (data wymazu) w Szpitalu (...) wykonano badanie mikrobiologiczne, z końcówki wkłucia centralnego założonego na neurochirurgii, wyhodowano Gronkowce złociste MRSA – szczep metycylooopomy (miejsce po wkłuciu wygojone). W posiewie z moczu stwierdzono bakterie Esherichia coli. Chora była leczona antybiotykami: Biodacyną, Metronidazolem, Furaginą. W badaniu płynu mózgowo-rdzeniowego z dnia 30.06.2005 r. stwierdzono cechy zapalne, jednakże pleocytoza 29 kom. /ml wykazuje 99% limfocytów (co wskazuje na ustępowanie zapalenia opon typu bakteryjnego). Wobec narastających objawów wodogłowia pacjentkę przeniesiono ponownie na Oddział Neurochirurgiczny, gdzie przebywała od 02.07.2005 r. do 10.02.2006 r. W trakcie pobytu miała wykonany zabieg chirurgiczny polegający na założeniu zastawki komorowo-otrzewnowej i była leczona szczepionką przeciwgronkowcową.

Chorą wypisano do domu z niedowładem i porażeniem kończyn, bez kontaktu z otoczeniem, z założoną rurką tracheostomijną. J. B. (1) wymagała stałej opieki męża, była karmiona przy pomocy sondy.

(karta informacyjna ze Szpitala im. (...) z dnia 16.05.2005 r. k. 10; historia choroby ze Szpitala im. (...) w Ł. k. 11/420-421; wynik badania TK głowy z 16.05.2005 r. k. 12; prośba Szpitala im. (...) o przyjęcie pacjentki do Kliniki (...) z dnia 16.05.2005 r. k. 16/430; historia choroby ze Szpitala im. (...) w Ł. k. 21,23; karta informacyjna Szpitala im. (...) k. 39; karta informacyjna ze Szpitala im. (...) w Ł. k. 73; wynik badania mikrobiologicznego (wymaz z dnia 17.05.2005) wykonany w Szpitalu im. (...) k. 132; wynik badania mikrobiologicznego (wymaz z dnia 25.06.2005) wykonany w Szpitalu im. K. (...) k. 81v.; prośba Szpitala im. (...) do Szpitala im. (...) o przejęcie pacjentki k. 419; wynik badania TK głowy z dn. 6.05.2005 k. 471;)

W przypadku pacjenta, u którego występują typowe objawy wskazujące na występowanie tętniaka mózgu, zastosowanie mają procedury medyczne w trybie pilnym. U J. B. (1) w chwili przyjęcia do Szpitala im. (...) w Ł. nie występowały typowe objawy występujące w przypadku tętniaka mózgu czy krwawienia podpajęczynówkowego, nie było objawów oponowych (sztywność karku, niemożność doprowadzenia do przedniej powierzchni klatki piersiowej, i objaw Keringa – niemożność wyprostowania kończyny dolnej w stawie kolanowym). Pacjentka leczyła się na nadciśnienie tętnicze, miała cukrzycę i zgłaszane przez nią bóle głowy wskazywały na etiologie naczyniopochodną. Brak objawów oponowych był przyczyną leczenia chorej w trybie planowym. Wykonano tomografię komputerową głowy, która nie wykazała tętniaka i badanie płynu mózgowo-rdzeniowego, które nie wykazało krwawienia. Jeśli wynik badania płynu mózgowo-rdzeniowego jest prawidłowy, prowadzi się dalej diagnostykę planową. W przeciwnym wypadku – pacjent leczony jest w trybie pilnym. J. B. (1) została w Oddziale Neurologicznym Szpitala im. (...) w Ł. do leczenia objawowego, nie przyczynowego.

(zeznania świadka D. G. e-protokół z dnia 2.06.2015 r. na płycie CD k. 530)

J. B. (1) trafiła do szpitala z powodu bólów głowy, trwających 2 tygodnie przed przyjęciem. Z wywiadu można było wówczas uzyskać dane o kilkukrotnych kontaktach ze służbą zdrowia w związku z bólami głowy i kończyn dolnych. Pacjentka była przyjęta „do leczenia szpitalnego bólów głowy”. W opisie badania przy przyjęciu lekarz odnotował anizokorię, czyli nierówność źrenic z szerszą źrenicą po stronie prawej, wytrzeszcz prawej gałki ocznej. Nie stwierdzono jednak objawów oponowych. W przypadku bólów głowy bez cech nagłości i towarzyszących objawów oponowych nie rozważa się w pierwszej kolejności wystąpienia tętniaka mózgu i nie zachodzi konieczność uprzywilejowania tego kierunku diagnostyki.

Przewlekłe bóle głowy nie są typowym objawem tętniaka. W przypadku J. B. (1) nadciśnienie tętnicze było najprawdopodobniejszą przyczyną przewlekłych bólów głowy, a jednocześnie czynnikiem stopniowo pogarszającym jakość ściany tętniaka i przez to sprzyjającym jego pęknięciu.

Wytrzeszcz gałek ocznych i bóle głowy nie mogą wskazywać na rozwijający się proces zmierzający do wystąpienia krwotoku.

„Nieznaczna, ledwie zauważalna anizokoria” nie stanowi typowego objawu tętniaka i nie stanowi podstawy do wykonywania diagnostyki w trybie pilnym.

Przy braku tych objawów, które charakteryzują pękniętego tętniaka nie ma wskazań do diagnostyki w trybie pilnym.

(opinia pisemna biegłego sądowego z zakresu neurochirurgii i neurotraumatologii lek. K. S. k. 349-353 w zw. z opiniami pisemnymi uzupełniającymi tego biegłego k. 700-702 i k. 770-771 i opinią ustną uzupełniającą e-prot. czas 00:02:46 k. 846-847v.)

Szpital (...) w Ł. w chwili przyjęcia J. B. (1) do oddziału neurologicznego w dniu 29.04.2005 r., nie posiadał zaplecza diagnostycznego pozwalającego wykonać CT głowy. Szpital musiał dostosować się do terminów badań wyznaczonych przez inne placówki medyczne, dysponujące odpowiednim sprzętem diagnostycznym. Szpital znalazł ośrodek diagnostyczny, który zgodził się wykonać u J. B. (1) badanie CT głowy i zaplanował badanie CT w terminie wyznaczonym ten ośrodek.

(zeznania świadka D. G. e-protokół z dnia 2.06.2015 r. na płycie CD k. 530)

Wykonanie badania CT głowy nastąpiło po 6 dniach pobytu w Oddziale Neurologicznym. Pracownia CT, która wykonywała badanie była w innym (...) szpitalu, praktycznie w drugim końcu miasta.

Po wykonaniu CT głowy (06.05.2005r.), zdecydowano rozszerzeniu diagnostyki o badania naczyniowe, które zaplanowano na 17.05.2005 r. w warunkach ambulatoryjnych.

W międzyczasie (w nocy z 15/16 maja 2005 r. doszło do pęknięcia tętniaka i krwotoku podpajęczynówkowego oraz gwałtownego pogorszenia się stanu ogólnego i neurologicznego pacjentki.

Z praktyki neurochirurgicznej wiadomo, że łatwiej i bezpieczniej zaopatrzyć się tętniaki „nieme” czyli takie, które nie pękły, a zostały zdiagnozowane czasem nawet przypadkowo, w trakcie badań CT lub NMR głowy. Nie oznacza to bynajmniej tego, że leczenie niemego tętniaka, jest w pełni bezpieczne i nie obarczone ryzykiem pogorszenia zdrowia, a nawet utraty życia. Teoretycznie więc mogłoby się nawet tak zdarzyć, że efekt leczenia niepękniętego tętniaka mógł być finalnie taki sam dla poszkodowanej.

W tym konkretnym przypadku, doszło krwotoku mózgowego uszkadzającego tkanki mózgu bezpośrednio lub pośrednio wskutek wzrostu ciśnienia wewnątrzczaszkowego związanego z narastającym obrzękiem mózgowia. Doprowadziło to w dalszej konsekwencji do oddalenia leczenia przyczynowego - zaklipsowania tętniaka na okres stosowanego drenażu zewnętrznego założonego do układu komorowego mózgu. Drenaż zewnętrzny, to w tym przypadku działanie przyjęte powszechnie dla ratowania chorych przed narastającym wzrostem ciśnienia wewnątrzczaszkowego. W przypadku poszkodowanej, jak wynika z raportów pielęgnarskich uzyskano poprawę stanu ogólnego i neurologicznego, umożliwiającą po 9 dniach od krwotoku, przeprowadzenie operacji wyłączenia tętniaka z krążenia drogą zaklipsowania.

(opinia pisemna biegłego sądowego z zakresu neurochirurgii i neurotraumatologii lek. K. S. k. 349-353)

70% tętniaków to tętniaki „nieme”, które ujawniają się podczas krwotoku. Często dochodzi do powikłań i zgonu pacjenta.

(zeznania świadka D. G. e-protokół z dnia 2.06.2015 r. na płycie CD k. 530)

W pozwanych szpitalach odjęto właściwą ścieżkę diagnostyczną. Najpierw wykonano badanie CT głowy, a następnie mając podejrzenie tętniaka, przy braku cech krwotoku w tym badaniu wykonano nakłucie lędźwiowe. Tak się

postępuje, gdyż krew widoczna jest w badaniu przez ok. 5 pierwszych dni. Potem mimo krwawienia w obrębie mózgowia nie widać jej w badaniu. Będzie wtedy widoczna wyłącznie w badaniu płynu mózgowo-rdzeniowego. W przypadku J. B. (1) to badanie także wykluczyło pęknięcie tętniaka jako przyczynę bólów głowy.

Od chwili wykonania CT głowy i nakłucia lędźwiowego wykluczającego krwawienie, można było działać w sposób planowy.

Według stanu i wiedzy na rok 2005 wprowadzenie przez SP ZOZ (...) w Ł. w przypadku J. B. (1) diagnostyki w trybie planowym – było prawidłowe. Wywiad z pacjentką został przeprowadzony prawidłowo. Objawy, jakie stwierdzono u pacjentki usprawiedliwiały planowy, a nie pilny tryb postępowania.

Pacjenci z podejrzeniem tętniaka i z wykluczeniem krwotoku nie są w sposób szczególny poddawani jakiegokolwiek specjalnej opiece medycznej.

Samo „podejrzenie tętniaka” nie nakazuje pilności, ale nawet tylko podejrzenie jego pęknięcia jest wskazaniem do pilnej diagnostyki. Nie musi to być angio-NMR, może być angio-CT lub angiografia. Tak właśnie postąpiono planując pogłębienie diagnostyki w trybie planowym.

Wykluczenie krwotoku podpajęczynówkowego na drodze „ścieżki diagnostycznej” opisanej wyżej wykluczyło bezpośrednie zagrożenie życia pacjentki. Należy bowiem domniemywać, że tętniak z prawdopodobieństwem graniczącym z pewnością był obecny u J. B. (1) przez wiele lat, a może nawet większość życia pacjentki. Był wtedy tzw. „tętniakiem niemy”. W przypadku stwierdzenia tętniaka zaleca się operację, biorąc pod uwagę ogólny stan zdrowia pacjenta, jego wiek. Operacja jest konieczna w przypadku pęknięcia tętniaka, bo krwotok stanowi bezpośrednie zagrożenie życia.

Tętniak przed pęknięciem nie daje żadnych symptomów.

Samo badanie wykonane w trybie pilnym nie gwarantuje, że tętniak nie pęknie. Do pęknięcia doszłoby w każdych okolicznościach i lepiej, że w tym przypadku wydarzyło się to w szpitalu.

Niestety do nagłego pęknięcia tętniaka doszło przed pogłębieniem diagnostyki o opcję naczyniową. Wykonano ją więc w trybie pilnym w szpitalu, w którym następnie także operowano pacjentkę.

(opinia pisemna uzupełniająca biegłego sądowego z zakresu neurochirurgii i neurotraumatologii lek. K. S. k. 700-702 w zw. z opinią pisemną uzupełniająca tego biegłego k. 770-771 i opinią ustną uzupełniająca e-prot. czas 00:02:46 k. 446v-447v.)

Pogłębiona diagnostyka naczyniowa, w przypadku podejrzenia krwotoku podpajęczynówkowego w przebiegu pęknięcia tętniaka mózgu, powinna być wykonana niezwłocznie, praktycznie jednocześnie – gdy w badaniu przeglądowym radiolog podejrzewa tętniaka, podaje kontrast i przechodzi do etapu badania naczyń mózgowych. Należy wykonać CT lub RM z opcją naczyniową albo badanie angiograficzne. Samo stwierdzenie tętniaka nie wymaga podjęcia działań w trybie pilnym. Powodem przyspieszenia działań jest krwotok. W opisie CT głowy pacjentki radiolog zalecił pogłębienie diagnostyki aparatem o wyższych parametrach niż te, którym dysponował aparat i na którym wykonano pierwotne badanie pacjentki. Lekarz radiolog nie popełnił błędu. Jak wynika z dokumentacji ograniczenia badania wynikały z zaawansowania technicznego aparatu CT. Wybór pracowni prawdopodobnie CT jest związany z umowami między poszczególnymi jednostkami szpitalnymi w Ł.. Lekarz prowadzący zleca konkretne badanie, ale miejsce i czas oraz sposób, w jaki pacjent się tam dostaje jest poza jego decyzjami.

(opinia pisemna biegłego sądowego z zakresu neurochirurgii i neurotraumatologii lek. K. S. k. 349-353 w zw. z opiniami pisemnymi uzupełniającymi tego biegłego k. 700-702 i k. 770-771 i opinią ustną uzupełniająca e-prot. czas 00:02:46 k. 846-847v.)

Pracownia CT, która wykonywała badanie była w innym (...) szpitalu, praktycznie w drugim końcu miasta.

Na obszarze Ł., która jest ośrodkiem akademickim z 5. oddziałami klinicznymi neurochirurgii, był i jest ogromny problem logistyczny w zakresie diagnostyki i leczenia tego rodzaju schorzeń. Za tę logistykę nie odpowiada żadna pojedyncza jednostka w (...) sieci szpitalnej. Z tego względu w zakresie przekazywania J. B. (1) do leczenia i na badania diagnostyczne pomiędzy pozwanymi szpitalami nie może być mowy o nieprawidłowościach popełnionych przez personel medyczny zatrudniony w tychże placówkach. W pozwanych placówkach medycznych nie doszło do popełnienia błędu organizacyjnego. Szpital im. (...) w zakresie swoich możliwości dochował należytej staranności w procesie leczenia J. B. (1).

Pacjentka powinna trafić po krwotoku w trybie pilnym do Kliniki (...). Z dokumentacji medycznej wynika, że działania w tym kierunku podjęto, choć skutek ich, zależny od logistyki transportu sanitarnego zawiódł.

(opinia pisemna biegłego sądowego z zakresu neurochirurgii i neurotraumatologii lek. K. S. k. 349-353 w zw. z opiniami pisemnymi uzupełniającymi tego biegłego k. 700-702 i k. 770-771 i opinią ustną uzupełniającą e-prot. czas 00:02:46 k. 846-847v.)

Rozmiar cierpień jakich doznała J. B. (1) był znaczny. Dotyczył on tak sfery fizycznej jak i psychicznej.

Pacjentka nie musiała zażywać leków z punktu widzenia neurochirurga.

(opinia pisemna biegłego sądowego z zakresu neurochirurgii i neurotraumatologii lek. K. S. k. 349-353)

J. B. (1) od 16.05.2005 r. leczona była w Klinice (...) pozwanego szpitala ad.1 z powodu krwawienia podopajęczynówkowego spowodowanego pęknięciem tętniaka przedniej tętnicy łączącej mózgu. W dniu 16.05.06 r. założono chorej drenaż zewnętrzny, z końcówki którego później (28.06.2005 r.), w trakcie pobytu w Szpitalu im. K. (...) wyhodowano Gronkowce złociste (*Staphylococcus aureus*) MRSA odporne na wszystkie antybiotyki. Mogły one stanowić prawdopodobną przyczynę ropnego zapalenia opon mózgowordzeniowych, które rozpoznano w Klinice (...) i określono jako powikłanie pooperacyjne. Brak jednakże pewnych dowodów, że zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych stwierdzone u J. B. (1) miało etiologię gronkowcową, a mianowicie:

- brak wyników bakteriologicznych badania płynu mózgowordzeniowego.

Sprawą zasadniczą w omawianym przypadku jest stwierdzenie, czy doszło u J. B. (1) do zakażenia szpitalnego.

Zakażenie szpitalne oznacza:

- każde zakażenie związane z pobytym w zakładzie opieki zdrowotnej (udzielającym całodziennych lub całodobowych świadczeń zdrowotnych albo praca wykonywana w tym zakładzie (personel),

- zakażenie, które nie było w okresie wylegania w momencie przyjęcia do zakładu opieki zdrowotnej.

W/g obowiązujących ustaleń Ośrodka CDC w A., WHO i aktualnych przepisów obowiązujących w Polsce, zakażenie szpitalne miejsca operowanego musi spełniać następujące kryteria i warunki:

1) kryterium główne - zakażenie rozwinęło się do 30 dni od zabiegu chirurgicznego lub do jednego roku o ile przy zabiegu wprowadzono materiały sztucznego pochodzenia (implanty), stan zapalny obejmuje skórę lub tkankę podskórną w okolicy nacięcia w przypadku zakażenia powierzchniowego lub głębiej położonych tkanek w okolicy nacięcia powięzi, mięśnie, narząd, jama) w przypadku zakażenia głębokiego.

2) warunki (jeden z poniższych):

- występuje ropny wyciek z głębokich warstw w okolicy nacięcia,

- doszło do samoistnego otwarcia głębszych warstw rany albo lekarz świadomie otworzył ranę oraz występuje co najmniej jeden z następujących objawów: gorączka 38^o C , ból, tkliwość uciskowa,

3) stwierdza się obecność ropnia w badaniu przedmiotowych albo w badaniu histopatologicznym lub badaniu radiologicznym,

4) rozpoznanie zostało postawione przez lekarza.

Czynnik bakteriologiczny wywołujący stan zapalny opon mózgowo - rdzeniowych udaje się wykazać rzadko.

Do rozpoznania zakażenia szpitalnego nie jest konieczne stwierdzenie czynnika etiologicznego.

Przyczyną zakażeń tego rodzaju jest szereg czynników ryzyka :

1 zależnych od pacjenta.

2. zależnych od drobnoustroju i pacjenta.

3. zależnych od personelu.

4.zależnych od systemu i organizacji opieki w szpitalu

U J. B. (1) zakażenie opon mózgowo-rdzeniowych prawdopodobnie gronkowcem złocistym spełnia kryterium główne i wymaganą liczbę (przynajmniej jeden) ustalenia tego zakażenia szpitalnego (ujawniło się po zabiegu operacyjnym leszcze w trakcie pobytu w Klinice (...); zostało potwierdzone badaniem laboratoryjnym płynu mózgowo-rdzeniowego, w którym stwierdzono charakterystyczne zmiany zapalne występujące w zakażeniach bakteryjnych; zostało potwierdzone przez lekarzy leczących).

Z powyższego wynika, że w przypadku J. B. (1) należy stwierdzić z przeważającym prawdopodobieństwem, że doszło do zakażenia szpitalnego.

Nie ma możliwości ustalenia ewentualnej winy pozwanego szpitala w występowaniu tego rodzaju zdarzeń niepożądanych, ponieważ brak jest wyników kontroli Powiatowej San – Epid, przeprowadzanych kilka razy do roku wraz z kontrolami bakteriologicznymi np. sprzętu na salach operacyjnych oraz brak jest Sprawozdania Komisji do Spraw Zakażeń Szpitalnych (działających / każdym szpitalu), które są sporządzane 1 - 2 razy w roku.

(opinia biegłego sądowego w dziedzinie chorób zakaźnych i Epidemiologii dr n. med. A. B. k. 188-193 poparta opinią ustną uzupełniającą e-prot k. 322v.)

Wyhodowana w posiewie z jamy ustnej (data pobrania 17 maja 2005 r.) *Moraxella catamhalis*, mogła być (zgodnie z piśmiennictwem) przyczyną bakteryjnego zapalenia opon mózgowych u J. B. (1). Jednak u J. B. (1) nie przeprowadzono badań bakteriologicznych płynu mózgowo rdzeniowego, co nie pozwala stwierdzić, jaki patogen wywołał zapalenie opon mózgowych u chorej. Do nabycia nosicielstwa mogło dojść podczas pobytu J. B. (1) w Szpitalu im. (...) (pobyt: 29.04.2005-16.05.2005), jednak nie można tego stwierdzić z pewnością, ponieważ podczas hospitalizacji J. B. (1) w tym okresie nie wykonano u J. B. (1) badania na nosicielstwo.

Brak jest w aktach sprawy badań bakteriologicznych, które mogłyby wskazać na etiologię zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, w tym w szczególności na zakażenie gronkowcowe opon. Bezsprzecznie u J. B. (1) doszło do kolonizacji dożylniej przez bakterie MRSA w Szpitalu im. (...) (brak dowodów na wystąpienie sepsy). Z drugiej jednak strony także osoby zdrowe, nie hospitalizowane, mogą być w „warunkach domowych” nosicielami MRSA.

(opinia biegłego sądowego z zakresu chorób zakaźnych i hepatologii dr n. med. A. M. k. 1004-1009)

Zakażenia szpitalne występują na całym świecie i występują średnio u 8-12% hospitalizowanych.

(opinia biegłego sądowego w dziedzinie chorób zakaźnych i Epidemiologii dr n. med. A. B. k. 188-193 poparta opinią ustną uzupełniającą e-prot k. 322v.)

Antybiotykoterapia wdrożona w toku leczenia J. B. (1) była prawidłowa.

(opinia biegłego sądowego z zakresu chorób zakaźnych i hepatologii dr n. med. A. M. k. 1004-1009)

W trakcie pobytów w w/w szpitalach J. B. była leczona antybiotykami i z punktu widzenia biegłego w dziedzinie chorób zakaźnych, nie można w przypadku pozwanego szpitala mówić o niewłaściwym postępowaniu.

(opinia biegłego sądowego w dziedzinie chorób zakaźnych i Epidemiologii dr n. med. A. B. k. 188-193 poparta opinią ustną uzupełniającą e-prot k. 322v.)

Z pewnością zapalenie opon mózgowych i mózgu było czynnikiem pogarszającym rokowanie w przebiegu leczenia J. B. (1). Zakażenie nałożyło się na przebieg patologii krwotocznej i z pewnością nie była to sytuacja korzystna. Nie ma związku przyczynowego pomiędzy zakażeniem pacjentki J. B. (1) gronkowcem złocistym i zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych, a jej stanem neurologicznym, który wynikał z obrzęku mózgu i niedokrwienia pewnych jego obszarów. Niebezpieczeństwo utraty życia i uszczerbku na zdrowiu wynikało w przedmiotowej sprawie głównie z charakteru samej patologii naczyniowej i patofizjologii krwotoku mózgowego. Ropień mózgu, którego ewakuowano, mógł być co najwyżej skutkiem powikłań zdrowotnych pacjentki, a nie ich przyczyną.

(opinia pisemna biegłego sądowego z zakresu neurochirurgii i neurotraumatologii lek. K. S. k. 349-353 w zw. z opinią pisemną uzupełniającą tego biegłego 700-702 w zw. z opinią pisemną uzupełniającą tego biegłego k. 770-771)

Ze względu na brak badań mikrobiologicznych, nie można stwierdzić, czy ewentualne zakażenie szpitalne/nosicielstwo miało wpływ na zdrowie i życie J. B. (1). Pacjentka była dotknięta ciężką chorobą samoistną, której leczenie w pierwszym etapie polegało na założeniu drenażu zewnętrznego, czyli mówiąc potocznie rurki odprowadzającej płyny z czaszki, której końcówka pozostawała „na wolnym powietrzu”. Po odbarczeniu przeprowadzono operację neurochirurgiczną. W okresie leczenia była stosowana antybiotykoterapia. Mimo tego, operacja była powikłana zapaleniem opon mózgowych, które mogło nastąpić poprzez przeniknięcie bakterii z rurki drenażowej do OUN lub na skutek prowadzonej operacji neurochirurgicznej. Pacjentka w dacie przyjęcia do szpitala im. Barlickiego była skolonizowana bakterią gronkowca. 25% populacji jest nosicielami bezobjawowymi gronkowca, który kolonizuje się na skórze, w gardle, w nosie. Nie można w przypadku J. B. (1) wskazać pewnej przyczyny zakażenia, ale najbardziej prawdopodobną przyczyną był założony na stałe drenaż zewnętrzny. Zapalenie opon mózgowych powstałe pacjentki, zostało wyleczone w krótkim czasie, pacjentka odzyskała świadomość, jej stan poprawiał się. Jednakże po pewnym czasie pojawiły się powikłania po operacji neurochirurgicznej, przepuklina po usuniętej kości skroniowej, powstał obszar malacji, częściowo zhemolizowany krwiak oraz przewlekły krwiak podtwardówkowy, które nie miały związku z zakażeniem a wynikały z pierwotnego, samoistnego schorzenia J. B. (1).

(opinia biegłego sądowego z zakresu chorób zakaźnych i hepatologii dr n. med. A. M. wra z wyjaśnieniami na rozprawie k. 1004-1009,1026v-1027v)

J. B. (1) była niezdolna do samodzielnej egzystencji i wymagała stałej opieki w wymiarze 24 godzin na dobę.

(opinia biegłego sądowego w dziedzinie chorób zakaźnych i Epidemiologii dr n. med. A. B. k. 188-193 poparta opinią ustną uzupełniającą e-prot k. 322v.)

W czerwcu 2005 r. ZUS w Ł. orzekł, że J. B. (1) jest osoba trwale niezdolna do samodzielnej egzystencji.

(orzeczenie k. 579)

J. B. (1) w procesie swojego leczenia nie była objęta opieką paliatywną w rozumieniu przepisów regulujących system opieki zdrowotnej w Polsce (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29.10.2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, Dz.U. 2013 poz. 1347), tj. nie była leczona w żadnej placówce medycyny paliatywnej, ani nie była konsultowana przez lekarza specjalistę w tym zakresie. Była natomiast objęta opieką długoterminową, która stanowi odrębne świadczenie medyczne (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22.11.2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, Dz.U. 2013 poz. 1480).

Opieka długoterminowa zarówno stacjonarna, jak i domowa jest świadczeniem pielęgnacyjnym i opiekuńczym wykonywanym przez pielęgniarki wyspecjalizowane w tej dziedzinie. Lekarzem opiekującym się chorym w trakcie sprawowania nad nim pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej jest lekarz Podstawowej Opieki Zdrowotnej. Kwalifikacja J. B. (1) do opieki długoterminowej, zważywszy na jej stan zdrowia w okresie przebywania w domu – była prawidłowa.

Rozpoznanie, jakie postawiono u J. B. (1) kwalifikowało by ją do leczenia w ramach np. domowej opieki paliatywnej. Stan zdrowia chorej odpowiadał przypadkom, w jakich może udzielić pomocy medycyna paliatywna.

Na podstawie dostępnych kart wypisowych z hospitalizacji w kilku placówkach medycznych (w 2010 i 2011 roku) oraz dokumentacji lekarza POZ (od 2009 roku) można ustalić, że u chorej rozpoznawano: encefalopatię poudarową pod postacią niedowładu czterokończynowego oraz stanu apalicznego, rozwijającą się w związku z przebyłym udarem krwotocznym prawej półkuli mózgu, stanem po zaklipsowaniu tętniaka tętnicy łączącej przedniej i tylnej mózgu oraz przebyłym zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych i ewakuacją ropnia mózgu. Chora cierpiała również na nadciśnienie tętnicze, hiperlipidemię, okresową niedokrwistość, nawracające zapalenia płuc z postępującą niewydolnością oddechową, owrzodzenie odleżyno we okolicy kości krzyżowej i pośladka prawego. U chorej wytworzono tracheostomię (06.10.2005) i była odżywiana przez sondę dożołądkową. Osoba z wyżej opisanym stopniem uszkodzenia funkcjonalnego wymaga całodobowej opieki ze strony opiekunów, przy czym opieka ta musi być nakierowana na zaspokajanie podstawowych potrzeb życiowych pacjenta (odżywiania i nawadniania, wydalania, zachowania higieny i pielęgnacji), jak i potrzeb szczególnych związanych z istniejącymi już deficytami i schorzeniami oraz profilaktyką możliwych powikłań (podawanie leków, rehabilitacja, fizjoterapia oddechowa, profilaktyka przeciwodleżynowa).

Pacjentka wskutek nabytych deficytów stanu zdrowia była całkowicie niezdolna do samoobsługi.

Konieczna do sprawowania opieki nad chorą była profesjonalna pomoc osób trzecich zawodów medycznych - w tym przypadku opieka pielęgniarki opieki długoterminowej domowej, opieka pielęgniarki środowiskowej, fizjoterapia w warunkach domowych, opieka lekarza rodzinnego (POZ).

W okresie, kiedy J. B. (1) przebywała w domu pod opieką osób trzecich (w tym rodziny), wymagała całodobowego nadzoru, który powinien być polegać na stałej obecności w pobliżu chorej opiekuna, który w razie nagłego wypadku lub pogorszenia stanu zdrowia mógłby udzielić chorej pomocy lub przynajmniej tę pomoc wezwać.

W opiece nad pacjentką konieczne były: łóżko specjalistyczne rehabilitacyjne z bocznymi barierkami (zabezpieczające chorego przed wypadnięciem), ssak medyczny używany do odsysania wydzieliny z dróg oddechowych przez rurkę tracheostomijną, materac przeciwodleżynowy i inne udogodnienia stosowane w profilaktyce przeciwodleżynowej. Urządzeniem niekoniecznym, ale bardzo ułatwiającym opiekę jest podnośnik (umożliwiający przemieszczenie chorego z łóżka np. na wózek inwalidzki lub do wanny), ewentualnie podnośnik wannowy. Z tego sprzętu refundacji NFZ podlega tylko materac przeciwodleżynowy.

W zakresie leczenia farmakologicznego chora wymagała przyjmowania leków stosowanych w związku ze schorzeniami przewlekłymi, na które cierpiała (nadciśnienie tętnicze, hiperlipidemia mieszana) oraz związanych z leczeniem bądź profilaktyką powikłań wynikających ze stanu jej zdrowia (profilaktyka przeciwzakrzepowa u osoby trwale leżącej),

stosowanie materaca przeciwoleżynowego i odpowiednich udogodnień (poduszki, wałki) do układania chorego; wymiana pieluchomajtek od 2 do kilku razy na dobę (np. w razie biegunki), kontrola wypróżnień i ich ewentualna prowokacja przez zastosowanie czopków doodbytniczych, bądź lewatyw; pielęgnacja cewnika założonego do pęcherza moczowego, opróżnianie worka na mocz oraz wymiana cewnika raz na 3-4 tygodnie; rehabilitacja przyłóżkowa w celu uniknięcia zaników przykurczów mięśniowych oraz oddechowa; podawanie odpowiednio przygotowanych leków do sondy oraz podskórnie (leki przeciwbólowe); wykonywanie opatrunków na istniejących już owrzodzeniach odleżynowych. Miesięczne koszty leczenia chorej w okresie, kiedy przebywała w domu pod opieką rodziny wynosiły od 27 do 214 zł.

Charakter uszkodzeń Ośrodkowego Układu Nerwowego J. B. (1) związany z przebytymi patologiami, leczeniem i ich powikłaniami rozwijających się w postaci Encefalopatii poudarowej miał charakter trwały i prawdopodobnie postępujący, a co za tym idzie nie rokował poprawy. Z punktu widzenia medycyny paliatywnej postępowanie z chorym koncentruje się na leczeniu uciążliwych objawów, zapobieganiu możliwym powikłaniom (gł. infekcjom) oraz bardzo wysiłonej pielęgnacji i rehabilitacji. Takim postępowaniem można uzyskać stabilizację stanu chorego na pewnym poziomie, ale nie poprawę stanu zdrowia (albo niewielką). Najczęściej jednak u chorych w stanie apalicznym dochodzi do powikłań infekcyjnych (np. ze strony układu oddechowego), a co za tym idzie postępującej niewydolności narządowej, bądź wielonarządowej, związanej także z deterioracją Ośrodkowego Układu Nerwowego, skutkującą śmiercią pacjenta - co prawdopodobnie miało miejsce także i w tym przypadku.

(skierowanie do objęcia opieką długoterminową pielęgniarzką k. 576; opinia biegłego specjalisty medycyny paliatywnej lek. I. S. k. 520-524 w zw. z opiniami pisemnymi uzupełniającymi k. 615-617 i k. 966-974)

W okresie od 28.09 do 14.10.2010 r. J. B. (1) przebywała w OIOM Wojewódzkiego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej Centrum (...) w Ł., skąd została przeniesiona do Oddziału Rehabilitacji Ogólnoustrojowej, gdzie przebywała w okresie 15.10 – 25.10.2010 r. z rozpoznaniem zapalenia płuc, przewlekłej niewydolności oddechowej zaostrej, nadciśnienia tętniczego, stanu po udarze krwotocznym mózgu i ewakuacji krwiaka śródmózgowego, stanu po zapaleniu opon mózgowo – rdzeniowych i ewakuacji ropnia mózgu, stanu apalicznego i po tracheostomii. Chora początkowo leczona była w Oddziale Intensywnej Terapii. Zastosowano antybiotykoterapię zgodnie z wynikami posiewu. W trakcie leczenia uzyskano ustabilizowanie stanu chorej, z ustąpieniem zmian osłuchowych nad płucami. Uzyskano poprawę niewydolności oddechowej po zastosowaniu biernej tlenoterapii. Wynik kontrolnego posiewu z tracheostomii był nadal dodatki, ale wobec poprawy stanu klinicznego, zakończono antybiotykoterapię. Chorą wypisano do domu w ustabilizowanym stanie ogólnym. Zalecono dalsze leczenie w poradni POZ, Neurologicznej, Chorób Płuc, Laryngologicznej.

(karta wypisowa ze szpitala Centrum (...) k. 225/235/250; wynik badania bakteriologicznego - wymaz z 19.10.2010 r. - k. 226/236/251; karta przeniesieniowa k. 237)

W okresie od 15.03 – 29.04.2011 r. J. B. (1) przebywała w Oddziale Klinicznym Rehabilitacji Ogólnoustrojowej 10 (...) Szpitala (...) z Polikliniką SP ZOZ w W.. Została przyjęta do szpitala w stanie ogólnym średnio – ciężkim, z niedowładem cztero kończynowym, przytomna, bez kontaktu logicznego z otoczeniem, nie spełniała prostych poleceń, całkowicie zależna od innych osób. Rozpoznano: encefalopatii poudarowej pod postacią niedowładem cztero kończynowym i stanu apalicznego, przewlekłej niewydolności oddechowej, odleżyny bruzdy pośladkowej prawej. W trakcie hospitalizacji J. B. (1) została poddana zabiegom rehabilitacyjnym i farmakoterapii m.in. Gentamycyną, zastosowano żywienie przez sondę.

(karta informacyjna leczenia szpitalnego k. 231/260)

Z powodu pogorszenia się stanu ogólnego pacjentki i narastającej duszności J. B. (1) została przekazana do Oddziału Chorób Wewnętrznych i Kardiologii (...) Szpitala (...) w Ł., gdzie przebywała w okresie od 30.05 do 31.05.2011 r. z rozpoznaniem m.in. stanu apalicznego, obustronnego zapalenia płuc, niewydolności oddechowej, niewydolności krążenia, stanu po udarze krwotocznym, porażeniem cztero kończynowym, odleżyny okolic pośladka prawego kości

krzyżowej. Zastosowano farmakoterapię, w tym antybiotykoterapię (Augmentin). Z powodu braku poprawy stanu pacjentki, zdecydowano o przewiezieniu jej do OIT Szpitala w Ł..

(karta informacyjna leczenia szpitalnego k. 234v.)

Z wydzielin rurki tracheostomijnej wyhodowano w dniu 30.05.2011 r. bakterie z rodzaju *Proteus mirabilis* ESB (-) / *Acinetibacter baumani*.

Prawdopodobnie doszło do odleżyn w okolicy lędźwiowo krzyżowej, z której w dniu 30.05.2011 r. wykonano posiew, w którym stwierdzono bakterie z rodzaju *Proteus mirabilis*, *Klebsiella pneumoniae* i *E. coli*.

(wyniki badań bakteriologicznych - wymazy z dnia 30.05.2011 - k. 124,126)

J. B. (1) zmarła 26 lipca 2011 r. spadek po zmarłej nabyli na podstawie ustawy: mąż – J. B., syn – D. B. i córka E. K. – po 1/3 części każdy z nich.

(akt zgonu k. 130; postanowienie o stwierdzeniu nabycia spadku k. 142)

Ustaień w zakresie przedstawionego powyżej stanu faktycznego, przyjętego za podstawę do przeprowadzenia w dalszej części rozważań prawnych, sąd dokonał w oparciu o wszechstronną analizę całokształtu zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, kierując się przy tym dyrektywami określonymi w art. 233 § 1 k.p.c. w związku z art. 229 k.p.c. i 227 k.p.c. Wszelkie wykorzystane przez sąd dokumenty mogły stanowić podstawę do dokonywania ustaleń, albowiem nie były kwestionowane w zakresie autentyczności, ani treści.

Kluczowe znaczenie dla sprawy miały opinie biegłych z zakresu: neurochirurgii i neurotraumatologii lek. K. S. oraz specjalistów w dziedzinie chorób zakaźnych i epidemiologii dr n. med. A. B. i dr n. med. A. M.. Powołani biegli wykazali się zarówno wysokim poziomem wiedzy teoretycznej, jak i bogatym doświadczeniem praktycznym. Biegli nie mieli wątpliwości, iż wszelkie działania podjęte przez personel medyczny pozwanych szpitali w procesie leczenia i diagnostyki J. B. (1) były prawidłowe i zgodne ze sztuką medyczną zarówno w aspekcie diagnostycznym, jak i organizacyjnym. Opinia biegłego A. M. jako wydana później, potwierdza wnioski zawarte w opinii biegłego K. S.. Wnioski biegłych przedstawione w wydanych opiniach są zbieżne co do tego, że w dokumentacji medycznej J. B. (1) nie ma dowodów na to, że zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych stwierdzone u chorej miało etiologię gronkowcową, a mianowicie brak wyników bakteriologicznych badania płynu mózgowo-rdzeniowego. Biorąc pod uwagę podstawy teoretyczne, sposób motywowania oraz stopień stanowczości wniosków wyrażonych w opiniach obu biegłych, Sąd uznał sporządzone opinie za w pełni miarodajne i wyczerpujące. Opinie powołanych w sprawie biegłych sądowych w całym swoim zakresie są rzetelne, sporządzone zgodnie z wymogami specjalistycznej wiedzy, zawierają pełne i fachowe ustosunkowanie się do pytań Sądu i stron. Biegli wydali opinie zapoznając się z aktami sprawy i zawartą w nich dokumentacją medyczną, w opiniach uzupełniających wyczerpująco ustosunkowali się do wszystkich wątpliwości zgłoszonych przez strony. Przede wszystkim trzeba mieć na względzie, iż pacjentka była dotknięta ciężką chorobą samoistną, której leczenie w pierwszym etapie polegało na założeniu drenażu zewnętrznego, czyli mówiąc potocznie rurki odprowadzającej płyny z czaszki, której końcówka pozostawała „na wolnym powietrzu”. Po odbarczeniu przeprowadzono operację neurochirurgiczną. W okresie leczenia była stosowana antybiotykoterapia. Mimo tego, operacja była powikłana zapaleniem opon mózgowych, które mogło nastąpić poprzez przeniknięcie bakterii z rurki drenażowej do OUN lub na skutek prowadzonej operacji neurochirurgicznej. Pacjentka w dacie przyjęcia do szpitala (...) była skolonizowana bakterią gronkowca. U 25% populacji jest nosicielami bezobjawowymi gronkowca, który kolonizuje się na skórze, w gardle, w nosie. Nie można w przypadku J. B. (1) wskazać pewnej przyczyny zakażenia, ale najbardziej prawdopodobną przyczyną był założony na stałe drenaż zewnętrzny. Zapalenie opon mózgowych powstałe pacjentki, zostało wyleczone w krótkim czasie, pacjentka odzyskała świadomość, jej stan poprawiał się. Jednakże po pewnym czasie pojawiły się powikłania po operacji neurochirurgicznej, przepuklina po usuniętej kości skroniowej, powstał obszar malacji, częściowo zhemolizowany krwiak oraz przewlekły krwiak podtwardówkowy, które nie miały związku z zakażeniem a wynikały z pierwotnego, samoistnego schorzenia J. B. (1).

Ustalając okoliczności organizacyjne dotyczące czasu i miejsca wykonania badania CT głowy u J. B. (1) w trybie planowym, Sąd oparł się na zeznaniach świadka D. G., uznając je za w pełni wiarygodne. Świadek ten opisując brak zaplecza diagnostycznego w Szpitalu im. (...) w Ł. w 2005 r., wskazał na brak możliwości diagnostycznych wykonania badania CT u J. B. (1) w tej placówce medycznej i uzależnienie szpitala od terminów badań wyznaczonych przez inne ośrodki diagnostyczne, dysponujące odpowiednim sprzętem do wykonania tych badań. Uwzględniając te okoliczności biegły z zakresu neurochirurgii stwierdził z kolei jednoznacznie, że w pozwanych placówkach medycznych nie doszło do popełnienia błędu organizacyjnego podczas przekazywania J. B. (1) do leczenia i na badania diagnostyczne pomiędzy szpitalami.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Powództwo nie zasługiwało na uwzględnienie.

Brak jest podstaw przypisania personelowi medycznemu (...) Szpitala (...) w Ł. (...) w Ł. i personelowi medycznemu (...) Zespołu (...) w Ł. działań bądź zaniechań skutkujących powstaniem szkody u zmarłej J. B. (1).

W świetle w/w okoliczności faktycznych odpowiedzialność pozwanych należy oceniać na podstawie art. 430 k.c., co oznacza odpowiedzialność szpitala, jako osoby prawnej na zasadzie ryzyka, ale za zawinione działania personelu medycznego (art. 415 k.c.), bądź własne działania bądź zaniechania, których skutkiem była niewłaściwa organizacja pracy mogąca prowadzić do zakażenia, do błędów - art. 416 k.c.

Podstawą prawną żądania zadośćuczynienia, odszkodowania i renty jest art. 415 KC, art. 445 § 1 KC w zw. z art. 444 § 1 i 2 KC.

Przesłankami odpowiedzialności Szpitala są więc: powierzenie na własny rachunek wykonania czynności podwładnemu, zawiniony czyn niedozwolony podwładnego, szkoda wyrządzona przy wykonywaniu powierzonych podwładnemu czynności, związek przyczynowy między czynem niedozwolonym podwładnego a szkodą.

Na gruncie art. 430 k.c., co wyjaśnił Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 30 kwietnia 1975 r., do przyjęcia winy osoby wskazanej w powołanym przepisie, nie jest potrzebne wykazanie, że 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, LexPolonica nr 319680). Należy zaznaczyć, że kodeks cywilny przyjął dualistyczną koncepcję winy, polegającą na tym, że wina łączy w sobie element obiektywny, tj. niezgodność działania sprawcy z określonymi regułami postępowania, czyli każde zachowanie niewłaściwe, a więc niezgodne z przepisami prawa lub też - w stosunku do lekarza - naruszenie obowiązujących reguł wynikających z zasad wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii zawodowej lub też zachowania się sprzecznego z powszechnie obowiązującymi zasadami współżycia. Bezprawność zaniechania ma miejsce wówczas, gdy istniał obowiązek działania lub występował zakaz zaniechania. Placówka lecznicza ponosi więc odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przez jej personel, którego zachowanie musi być obiektywnie bezprawne i subiektywnie zawinione, gdyż obowiązkiem całego personelu strony pozwanej jest dołożenie należytej staranności w leczeniu każdego pacjenta. Ten, kto świadczy usługi lekarskie odpowiada przecież cywilnie za fachowy aspekt swego postępowania.

Istotą odpowiedzialności szpitala jest ustalenie, czy wyrządzenie szkody nastąpiło "przy wykonywaniu", nie zaś "przy okazji wykonywania czynności", a w szczególności, że między powierzeniem czynności a działaniem, na skutek którego powstała szkoda, zachodzi związek przyczynowy w rozumieniu art. 361 § 1 k.c., ograniczający się do następstw normalnych, tj. takich, jakie na podstawie doświadczenia życiowego należy uznać za stanowiące z reguły skutki danego rodzaju działań lub zaniechań. Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 17 października 2007 r. wyjaśnił, że w tzw. „procesach lekarskich” ustalenie w sposób pewny związku przyczynowego pomiędzy postępowaniem lekarza a powstałą szkodą jest najczęściej niemożliwe, gdyż w świetle wiedzy medycznej w większości wypadków można mówić tylko o prawdopodobieństwie wysokiego stopnia, a rzadko o pewności, czy wyłączności przyczyny. Na powstanie

szkody ma lub może mieć wpływ wiele czynników i należy tylko ustalić, w jakim stopniu prawdopodobieństwa wobec innych czynników powstaje zaniedbanie lekarza (wyrok SN z dnia 17 października 2007 r., sygn. II CSK 285/2007, LexPolonica nr 2423336).

Personel medyczny (lekarz) odpowiada na zasadzie winy (art. 415 kc), którą można mu przypisać tylko w wypadku wystąpienia jednocześnie elementu obiektywnej i subiektywnej niewłaściwości postępowania. Element obiektywny dotyczy naruszenia zasad wynikających z wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii (błąd lekarski), natomiast element subiektywny odnosi się do zachowania przez lekarza staranności, przy przyjęciu kryterium wysokiego poziomu przeciętnej staranności każdego lekarza, jako jego staranności zawodowej.

Odpowiedzialność lekarza powstanie w wypadku „błędu w sztuce”, czyli przeprowadzenia zabiegu niezgodnie z zasadami wiedzy medycznej, jeżeli był to błąd zawiniony, tj. polegający na zachowaniu odbiegającym od ustalonego wzorca. W literaturze prawniczej zwraca się uwagę, iż niewłaściwe wykonanie zabiegu lekarskiego jest zawsze bezprawne.

Przy ocenie postępowania lekarza należy mieć też na względzie uzasadnione oczekiwanie nienarażania pacjenta na pogorszenie stanu zdrowia, jak również ustalenie, czy niekorzystnego skutku można było uniknąć, w tym, czy lekarz w danym przypadku powinien był i mógł zrobić więcej (lepiej).

Przesłanką odpowiedzialności przełożonego jest wyrządzenie szkody z winy jego podwładnego, przy czym wystarczy tu wykazanie winy bezimiennej, tzw. „anonimowej”. Chodzi tu o sytuacje, gdy konkretna osoba sprawcy szkody nie jest ustalona, lecz daje się określić jako należąca do grona podwładnych danego zwierzchnika.

W niniejszej sprawie dla przypisania na podstawie art. 430 kc odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanych: (...) Szpitala (...) w Ł. (...)w Ł. i (...) Zespołu (...) w Ł. za szkodę powstałą u zmarłej J. B. (1) konieczne było wykazanie bezprawności działania lub zaniechania, winy podwładnego (personelu medycznego w/w szpitali) oraz istnienie związku przyczynowego pomiędzy wykazanym zaniedbaniem a szkodą w postaci uszczerbku na zdrowiu.

Powodowie J. B. (2), D. B. i E. K. (następcy prawni zmarłej J. B. (1)) upatrywali podstawy odpowiedzialności pozwanych w błędzie medycznym, do jakiego miało dojść w procesie leczenia J. B. (1) w pozwanych placówkach medycznych, polegającym na nie rozpoznaniu w dniu 29 kwietnia 2005 krwotoku podpajeczynówkowego na skutek pęknięcia tętniaka mózgu i zakażeniu J. B. (1) gronkowcem złocistym MRSA.

Podnieść należy, że związek przyczynowy jest kategorią obiektywną i należy go pojmować jako obiektywne powiązane ze sobą zjawiska nazwanego „przyczyną” ze zjawiskiem określonym jako „skutek”. Ustawodawca wprowadzając w art. 361 § 1 kc dla potrzeb odpowiedzialności cywilnej ograniczenie odpowiedzialności tylko za normalne (typowe, występujące zazwyczaj) następstwa działania lub zaniechania, z których szkoda wynikła, nie wprowadza pojęcia związku przyczynowego w rozumieniu prawnym, odmiennego od istniejącego w rzeczywistości. Ogranicza tylko odpowiedzialność do wskazanych w przepisie normalnych (adekwatnych) następstw. Art. 361 § 1 k.c. pozwala na przyjęcie odpowiedzialności sprawcy szkody na podstawie art. 415 k.c. tylko za typowe, a więc normalne skutki jego zawinionych (bezprawnych) zachowań, a nie za wszelkie możliwe ich następstwa, które w ciągu zdarzeń dają się nawet połączyć w jeden łańcuch przyczynowo-skutkowy. Za adekwatne, typowe następstwo określonego zachowania można więc uznać występowanie tylko takiego skutku, który daje się przewidzieć w zwykłym porządku rzeczy, a więc takiego, który - przy uwzględnieniu zasad doświadczenia życiowego - jest charakterystyczny dla danej przyczyny, jako normalny rezultat określonego zachowania, w tym także zawinionego deliktu.

Odnosząc powyższe rozważania na grunt niniejszej sprawy Sąd uznał, iż strona powodowa nie udowodniła przesłanek odpowiedzialności pozwanych placówek medycznych.

Odnosząc się w pierwszej kolejności do zarzutu nierozpoznania u J. B. (1) przez Szpital im. (...) w Ł. krwotoku podpajeczynówkowego na skutek pęknięcia tętniaka mózgu stwierdzić należy, że J. B. (1)

trafiła do tego szpitala z powodu bólów głowy. W przeprowadzonym prawidłowo wywiadzie chorobowym opisano, że pacjentka leczy się z powodu nadciśnienia tętniczego. W opisie badania przy przyjęciu lekarz odnotował anizokorię, czyli nierówność źrenic z szerszą źrenicą po stronie prawej i wytrzeszcz prawej gałki ocznej. Nie stwierdzono jednak objawów oponowych. Przewlekłe bóle głowy nie są typowym objawem tętniaka. Późniejszy przebieg procesu chorobowego u J. B. (1) wskazuje, że cierpiała ona na tzw. tętniaka „niemego”, który rozwijając się przez wiele lat, nie daje objawów chorobowych.

Z praktyki neurochirurgicznej wiadomo – jak wskazał biegły z zakresu neurochirurgii - że łatwiej i bezpieczniej zaopatruje się tętniaki „nieme” czyli takie, które nie pękły, a zostały zdiagnozowane czasem nawet przypadkowo, w trakcie badań CT lub NMR głowy. Nie oznacza to bynajmniej tego, że leczenie niemego tętniaka, jest w pełni bezpieczne i nie obarczone ryzykiem pogorszenia zdrowia, a nawet utraty życia. Teoretycznie więc mogłoby się nawet tak zdarzyć, że efekt leczenia niepękniętego tętniaka mógł być finalnie taki sam dla pacjentki. U J. B. (1) najprawdopodobniejszą przyczyną przewlekłych bólów głowy, a jednocześnie czynnikiem stopniowo pogarszającym jakość ściany tętniaka i przez to sprzyjającym jego pęknięci – było zdiagnozowane przed przyjęciem do szpitala nadciśnienie tętnicze. Wytrzeszcz gałek ocznych i bóle głowy nie są objawami wskazującymi na rozwijający się proces zmierzający do wystąpienia krwotoku podpajeczynówkowego, podobnie jak nieznaczna nierówność źrenic. Przewlekłe bóle głowy, wytrzeszcz gałek ocznych i nierówność źrenic nie stanowią podstawy do wykonywania diagnostyki w trybie pilnym. W przypadku bólów głowy bez cech nagłości i towarzyszących objawów oponowych nie rozważa się w pierwszej kolejności wystąpienia tętniaka mózgu i nie zachodzą wskazania do diagnostyki w trybie pilnym. Objawy, jakie stwierdzono u pacjentki usprawiedliwiały planowy, a nie pilny tryb postępowania. Samo „podejrzenie tętniaka” nie nakazuje pilności, ale nawet tylko podejrzenie jego pęknięcia jest wskazaniem do pilnej diagnostyki.

Wykonanie badania CT głowy nastąpiło po 6 dniach pobytu w Oddziale Neurologicznym Szpitala im. (...). Podkreślić należy, że placówka ta w chwili przyjęcia J. B. (1) do oddziału neurologicznego w dniu 29.04.2005 r., nie posiadała zaplecza diagnostycznego pozwalającego wykonać CT głowy i była zmuszona dostosowywać się do terminów badań wyznaczonych przez inne placówki medyczne, dysponujące odpowiednim sprzętem diagnostycznym. Lekarze zajmujący się J. B. (1) w Szpitalu im. (...) znaleźli ośrodek diagnostyczny, który zgodził się wykonać u pacjentki badanie CT głowy i zaplanowali to w terminie wyznaczonym ten ośrodek.

W pozwanym Szpitalu im. (...) w Ł. podjęto właściwą ścieżkę diagnostyczną. Najpierw wykonano badanie CT głowy, a następnie mając podejrzenie tętniaka, przy braku cech krwotoku w tym badaniu wykonano nakłucie lędźwiowe. W przypadku J. B. (1) to badanie także wykluczyło pęknięcie tętniaka jako przyczynę bólów głowy. Od chwili wykonania CT głowy i nakłucia lędźwiowego wykluczającego krwawienie, można było działać w sposób planowy. Według stanu i wiedzy na rok 2005 wprowadzenie przez SP ZOZ(...) w Ł. w przypadku J. B. (1) diagnostyki w trybie planowym – było prawidłowe.

Pogłębiona diagnostyka naczyniowa, w przypadku podejrzenia krwotoku podpajeczynówkowego w przebiegu pęknięcia tętniaka mózgu, powinna być wykonana niezwłocznie, praktycznie jednocześnie - gdy w badaniu przeglądowym radiolog podejrzewa tętniaka, podaje kontrast i przechodzi do etapu badania naczyń mózgowych. Należy wykonać CT lub RM z opcją naczyniową albo badanie angiograficzne. Samo stwierdzenie tętniaka nie wymaga podjęcia działań w trybie pilnym. Powodem przyspieszenia działań jest krwotok. W opisie CT głowy pacjentki radiolog zalecił pogłębienie diagnostyki aparatem o wyższych parametrach niż te, którym dysponował aparat i na którym wykonano pierwotne badanie pacjentki. Postępowanie lekarza radiologa było prawidłowe. Ograniczenia badania wynikały z zaawansowania technicznego aparatu CT. Wybór pracowni CT jest związany z umowami między poszczególnymi jednostkami szpitalnymi w Ł.. Lekarz prowadzący zleca konkretne badanie, ale miejsce i czas oraz sposób, w jaki pacjent się tam dostaje jest poza jego decyzjami.

Niestety do nagłego pęknięcia tętniaka doszło przed pogłębieniem diagnostyki o opcję naczyniową. Wykonano ją więc w trybie pilnym w Szpitalu im. (...), w którym następnie także operowano pacjentkę. Na obszarze Ł., która jest ośrodkiem akademickim z pięcioma oddziałami klinicznymi neurochirurgii, był i jest ogromny problem logistyczny w zakresie diagnostyki i leczenia tego rodzaju schorzeń. Za tą logistykę nie odpowiada żadna pojedyncza

jednostka w (...) sieci szpitalnej. Z tego względu w zakresie przekazywania J. B. (1) do leczenia i na badania diagnostyczne pomiędzy pozwanymi szpitalami nie może być mowy o nieprawidłowościach popełnionych przez personel medyczny zatrudniony w tychże placówkach. W pozwanych placówkach medycznych nie doszło do popełnienia błędu organizacyjnego. Szpital im. (...) w zakresie swoich możliwości dochował należytej staranności w procesie leczenia J. B. (1).

Zważywszy na ustalenia, których konkluzją jest uznanie iż proces diagnostyczny przebiegał prawidłowo w ramach dostępnych środków i metod występujących w na obszarze Ł., brak było podstaw do przypisania jakiegokolwiek zawinienia pozwanemu szpitalowi im.B..

Jedynym źródłem warunkującym stan zdrowia pacjentki, było występowanie u niej choroby samoistnej.

Jako z przyczynę odpowiedzialności pozwanego szpitala (...), wskazano zakażenie pacjentki bakterią gronkowca złocistego i zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych. Niezależnie od oceny czy wystąpiło zakażenie szpitalne czy nie, stan pacjentki do chwili śmierci od chwili wystąpienia pęknięcia krwaka łączył się jedynie z wystąpieniem tej ciężkiej choroby samoistnej. Jak wynika z poczynionych ustaleń, brak jest związku przyczynowego pomiędzy ewentualnym zakażeniem J. B. (1) gronkowcem złocistym a jej stanem neurologicznym. Stan pacjentki wynikał z obrzęku mózgu i niedokrwienia jego obszarów na skutek pęknięcia tętniaka. Po przeprowadzeniu zabiegu w szpitalu (...)do chwili wypisu pacjentka nie gorączkowała, była w kontakcie logicznym. Także po przewiezieniu do szpitala (...), gdzie jej stan zaczął się pogarszać, po stwierdzeniu w posiewie z końcówki wkłucia centralnego MRSA, zastosowano jedynie antybiotykoterapię bez wskazań do przeniesienia na oddział zakaźny. O tym, że przyczyną pogarszającego się stanu powódki nie było zakażenie a rozwój choroby samoistnej, świadczyło także niewystępowanie podwyższonej temperatury ciała przez praktycznie cały okres hospitalizacji w placówkach medycznych, poza jednostkowymi epizodami(38^(o) C) w szpitalu (...).

Przechodząc do omówienia zarzutu zakażenia J. B. (1) gronkowcem złocistym MRSA w Szpitalu im. (...) w Ł., jak wcześniej wskazano podkreślić należy, że nawet w przypadku uznania zakażenia za szpitalne, nie miało ono wpływu na stan pacjentki wywołany choroba samoistną. Jak wynika z pierwszej opinii biegłego z zakresu chorób zakaźnych w przypadku J. B. (1) z przeważającym prawdopodobieństwem, doszło do zakażenia szpitalnego. Ujawniło się ono bowiem po zabiegu operacyjnym jeszcze w trakcie pobytu w Klinice (...), zostało potwierdzone badaniem laboratoryjnym płynu mózgowo-rdzeniowego, w którym stwierdzono charakterystyczne zmiany zapalne występujące w zakażeniach bakteryjnych oraz zostało potwierdzone przez lekarzy. Analizując stan faktyczny sprawy ustalono, że J. B. (1) od 16.05.2005 r. leczona była w Klinice (...) pozwanego szpitala z powodu krwawienia podpajęczynówkowego spowodowanego pęknięciem tętniaka przedniej tętnicy łączącej mózgu. W dniu 16.05.06 r. założono chorej drenaż zewnętrzny, z końcówki którego później (28.06.2005 r.), w trakcie pobytu w Szpitalu im. K. (...) wyhodowano Gronkowce złociste (*Staphylococcus aureus*) MRSA odporne na wszystkie antybiotyki. Mogły one stanowić prawdopodobną przyczynę ropnego zapalenia opon mózgowordzeniowych, które rozpoznano w Klinice (...) i określono jako powikłanie pooperacyjne. Brak jednakże pewnych dowodów, że zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych stwierdzone u J. B. (1) miało etiologię gronkowcową, a mianowicie brak wyników bakteriologicznych badania płynu mózgowo-rdzeniowego. Wyhodowana w posiewie z jamy ustnej (data pobrania 17 maja 2005 r.) *Moraxella catamhalis*, mogła być przyczyną bakteryjnego zapalenia opon mózgowych u J. B. (1). Jednak u chorej nie przeprowadzono badań bakteriologicznych płynu mózgowo-rdzeniowego, co nie pozwala stwierdzić, jaki patogen wywołał zapalenie opon mózgowych u chorej. Do nabycia nosicielstwa mogło dojść podczas pobytu J. B. (1) w Szpitalu im. (...) (pobyt: 29.04.2005-16.05.2005), jednak nie można tego stwierdzić z pewnością, ponieważ podczas hospitalizacji J. B. (1) w tym okresie nie wykonano badania na nosicielstwo. Brak jest w aktach sprawy badań bakteriologicznych, które mogłyby wskazać na etiologię zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, w tym w szczególności na zakażenie gronkowcowe opon. Bezsprzecznie u J. B. (1) doszło do kolonizacji dożylną przez

bakterie MRSA w Szpitalu im. (...) (brak dowodów na wystąpienie sepsy). Z drugiej jednak strony także osoby zdrowe, nie hospitalizowane, mogą być w „warunkach domowych” nosicielami MRSA. Ze względu na brak badań mikrobiologicznych, nie można stwierdzić, czy ewentualne zakażenie szpitalne/nosicielstwo miało wpływ na zdrowie i życie J. B. (1).

Nie ma nadto możliwości ustalenia ewentualnej winy pozwanego szpitala w występowaniu tego rodzaju zdarzeń niepożądanych, ponieważ brak jest wyników kontroli Powiatowej San – Epid, przeprowadzanych kilka razy do roku wraz z kontrolami bakteriologicznymi np. sprzętu na salach operacyjnych oraz brak jest Sprawozdania Komisji do Spraw Zakażeń Szpitalnych (działających / każdym szpitalu), które są sporządzane 1 - 2 razy w roku.

W tym miejscu wskazać należy, że ciężar dowodu przesłanek odpowiedzialności obciąża stronę powodową, przypomnieć, że w przypadku roszczenia o naprawienie szkody wyrządzonej przy leczeniu, zwłaszcza zaś będącej następstwem zakażenia szpitalnego, ten rygorizm jest w znacznym stopniu złagodzony.

W orzecznictwie Sądu Najwyższego (por. wyrok z dnia 22 lutego 2012 r., IV CSK 245/11 i przywołane tam judykaty), a także sądów powszechnych (zob. przykładowo wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 21 marca 1997 r., I ACa 107/97), wielokrotnie było prezentowane stanowisko, że w sprawach o naprawienie szkód medycznych wykazanie przez poszkodowanego pacjenta przesłanek odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej jest zadaniem ogromnie trudnym, a niekiedy wręcz niewykonalnym. W szczególności zaś nie można wymagać od poszkodowanego wykazania, że przyczynę zakażenia stanowiło konkretne zaniedbanie, ani w sposób absolutnie pewny związku przyczynowego między zdarzeniem sprawczym a szkodą.

Sąd Najwyższy zauważał też, że istnienie związku przyczynowego między zdarzeniem sprawczym a szkodą z reguły nie może być – gdy chodzi o zdrowie ludzkie - absolutnie pewne, gdyż związków zachodzących w dziedzinie medycyny nie da się sprowadzić do prostego wynikania jednego zjawiska z drugiego. Dlatego też wymaganie całkowitej pewności istnienia związku przyczynowego byłoby w znaczącej liczbie wypadków nierealne (tak Sąd Najwyższy w wyroku z 22 lutego 2012 r., IV CSK 245/11, Lex nr 1164750). W wyrokach z 20 sierpnia 1968 r., II CR 310/68 (OSNCP 1969, nr 2, poz. 38), z 17 czerwca 1969 r., II CR 165/69 (OSPİKA 1970, nr 7-8, poz. 155) i z 12 stycznia 1977 r., II CR 571/76 (nie publ.) za dowód istnienia związku przyczynowego między szkodą na osobie a działaniem osób działających na rzecz i w imieniu podmiotu wykonującego usługi z zakresu ochrony zdrowia Sąd Najwyższy przyjął wykazanie dostatecznej dozy prawdopodobieństwa jego wystąpienia. Ten kierunek orzecznictwa był podtrzymywany w kolejnych latach (por. orzecznictwo przytoczone w uzasadnieniu wyroku Sądu Najwyższego z 22 lutego 2012 r., IV CSK 245/11, nie publ.). W orzeczeniach tych Sąd Najwyższy podkreślał, że nie można stawiać pacjentowi nierealnego wymogu ścisłego udowodnienia, w jakim momencie i jaką drogą jego organizm został zainfekowany. Dlatego też uznawał za dopuszczalne korzystanie z konstrukcji domniemań faktycznych (art. 231 k.p.c.), i to nie tylko w odniesieniu do miejsca zakażenia i związku przyczynowego między zakażeniem a pobytem pacjenta w placówce leczniczej, lecz także w odniesieniu do niedbalstwa personelu tej placówki w zakresie zapewnienia pacjentowi bezpieczeństwa pobytu. W wyroku z 7 stycznia 1998 r., II CKN 703/97 (nie publ.), Sąd Najwyższy stanął na stanowisku, że rozstrzygające dla przyjęcia związku przyczynowego jest ustalenie zainfekowania powoda wirusem HBV w trakcie pobytu w szpitalu i wynikające z tego ustalenia domniemanie niedbalstwa personelu szpitala w zakresie dbałości o aseptykę, jako przyczyny sprawczej infekcji. W wyroku z 10 lipca 1998 r., I CKN 786/97, skonstatował, że zakażenie powoda żółtaczką wszczepienną w szpitalu wskazuje, iż szpital nie zapewnił jej bezpieczeństwa pobytu. Z kolei w wyroku z 17 maja 2007 r., III CSK 429/06 (nie publ.), stwierdził, że w sprawach dotyczących tzw. zakażeń szpitalnych możliwe i uzasadnione jest przyjęcie niedbalstwa placówki służby zdrowia w drodze domniemania faktycznego, przy braku dowodu przeciwnego. Wystarczające jest wykazanie dostatecznej dozy prawdopodobieństwa jego wystąpienia. (zob. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 20 sierpnia 1968 r., II CR 310/68, z dnia 17 czerwca 1969 r., II CR 165/69 i z dnia 12 stycznia 1977 r., II CR 571/76).

Rozkład ciężaru dowodu przedstawia się zatem w ten sposób, że strona powodowa powinna wykazać jedynie to, że do zakażenia J. B. (1) doszło podczas jej pobytu w szpitalu. Już to bowiem, zgodnie z zaprezentowanymi powyżej

poglądami orzecznictwa, wystarcza do przyjęcia w drodze domniemania faktycznego, że było to spowodowane zaniedbaniem ze strony personelu szpitalnego.

Zdaniem Sądu, w analizowanej sprawie, strona powodowa nawet przy tak znacznie złagodzonej rygorystyce dowodzenia nie wykazała, że zostały spełnione przesłanki odpowiedzialności pozwanego za szkodę.

Tym samym zarzuty strony powodowej, jakoby w Szpitalu im. (...) w Ł. doszło do błędu diagnostycznego polegającego na nierozpoznananiu w dniu 29 kwietnia 2005 krwotoku podpajeczynówkowego na skutek pęknięcia tętniaka mózgu oraz zarzuty, iż w Szpitalu im. (...) doszło do zakażenia J. B. (1) gronkowcem złocistym MRSA, okazały się oczywiście nieuzasadnione. Wszelkie działania podjęte przez personel medyczny pozwanych szpitali w procesie leczenia i diagnostyki J. B. (1) były prawidłowe i zgodne ze sztuką medyczną zarówno w aspekcie diagnostycznym, jak i organizacyjnym.

Z powyższych względów powództwo oddalono.

O kosztach Sąd orzekł na podstawie art.102 k.p.c.