

Sygn. akt I C 1455/15

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 24 stycznia 2018 roku

Sąd Okręgowy w Piotrkowie Tryb. I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący Sędzia SO Ewa Tomczyk

Protokolant sekr. sąd. Dorota Książczyk

po rozpoznaniu w dniu 24 stycznia 2018 roku w Piotrkowie Tryb.

na rozprawie

spraw:

z powództwa R. F. (1)

przeciwko (...) Spółce Akcyjnej w W.

o zadośćuczynienie

z powództwa Z. F.

przeciwko (...) Spółce Akcyjnej w W.

o zadośćuczynienie

z powództwa M. F.

przeciwko (...) Spółce Akcyjnej w W.

o zadośćuczynienie

z udziałem interwenienta ubocznego po stronie pozwanej Szpitala Wojewódzkiego im. (...) II w B.

1. oddała wszystkie powództwa;

2. zasądza od powoda R. F. (1) na rzecz strony pozwanej (...) Spółki Akcyjnej w W. kwotę 1.505,79 (jeden tysiąc pięćset pięć i 79/100) złotych tytułem zwrot części kosztów procesu;

3. zasądza od powoda R. F. (1) na rzecz interwenienta ubocznego Szpitala Wojewódzkiego im. (...) II w B. kwotę 617,00 (sześćset siedemnaście) złotych tytułem zwrot części kosztów procesu;

4. nie obciąża powodów M. F. i Z. F. obowiązkiem zwrotu kosztów procesu na rzecz strony pozwanej (...) Spółki Akcyjnej w W. i interwenienta ubocznego Szpitala Wojewódzkiego im. (...) II w B..

Sędzia SO Ewa Tomczyk

Sygn. akt I C 1455/15

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 30 października 2015 r. powód R. F. (1) wniósł o zasądzenie od pozwanego (...) Spółki Akcyjnej w W. kwoty 150.000 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 11 października 2015 r. do dnia zapłaty tytułem zadośćuczynienia za krzywdę spowodowaną śmiercią żony w wyniku zdarzenia z dnia 25 kwietnia 2015 r. oraz o zasądzenie od strony pozwanej zwrotu kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. Sprawa została zarejestrowana pod sygn. I C 1455/15.

Pozwem z dnia 13 listopada 2015 r. małoletnia wówczas powódka Z. F. reprezentowana przez przedstawiciela ustawowego ojca R. F. (1) wniosła o zasądzenie od pozwanego (...) Spółki Akcyjnej w W. kwoty 150.000 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 11 października 2015 r. do dnia zapłaty tytułem zadośćuczynienia za krzywdę spowodowaną śmiercią matki w wyniku zdarzenia z dnia 25 kwietnia 2015 r. oraz o zasądzenie od strony pozwanej zwrotu kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. Sprawa została zarejestrowana pod sygn. I C 1525/15. Po uzyskaniu w toku procesu pełnoletności Z. F. sama reprezentowała swe interesy.

Pozwem z dnia 25 listopada 2015 r. powód M. F. wniósł o zasądzenie od pozwanego (...) Spółki Akcyjnej w W. kwoty 150.000 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 11 października 2015 r. do dnia zapłaty tytułem zadośćuczynienia za krzywdę spowodowaną śmiercią matki w wyniku zdarzenia z dnia 25 kwietnia 2015 r. oraz o zasądzenie od strony pozwanej zwrotu kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. Sprawa została zarejestrowana pod sygn. I C 1585/15.

W uzasadnieniu wszystkich pozwów pełnomocnik powodów wskazał, że wydarzenie z dnia 25.04.2015 r., kiedy to matka i żona powodów D. F. (1) samowolnie i samodzielnie opuściła budynek Szpitala Wojewódzkiego im. (...) II w B. i na terenie Szpitala popełniła samobójstwo jest wynikiem zaniedbań w nadzorze personelu Szpitala, który nie zabezpieczył w należyty sposób warunków pobytu pacjentów w oddziale psychiatrycznym i uchylając dozór pielęgniarstwa umożliwił D. F. (1) popełnienie samobójstwa. Wskazał, że strona pozwana jako ubezpieczyciel Szpitala w zakresie odpowiedzialności cywilnej ponosi gwarancyjną odpowiedzialność za Szpital. Dodatkowo wskazywano, że oddział, w którym przebywała D. F. (1) był oddziałem otwartym - drzwi do tego oddziału były zawsze otwarte i niedozorowane.

Postanowieniem z dnia 8 grudnia 2015 r. Sąd Okręgowy w Piotrkowie Trybunalskim połączył sprawę z powództwa M. F. zarejestrowaną pod sygn. akt I C 1585/15 w celu łącznego rozpoznania i rozstrzygnięcia ze sprawą z powództwa Z. F. (k. 431).

Postanowieniem z dnia 1 kwietnia 2016 r. Sąd Okręgowy w Piotrkowie Trybunalskim połączył sprawę z powództwa Z. F. i M. F. ze sprawą z powództwa R. F. (1) w celu łącznego rozpoznania i rozstrzygnięcia ze sprawą (k. 648).

W odpowiedzi na pozwy pełnomocnik pozwanego (...) Zakładu (...) wniósł o oddalenie wszystkich powództw oraz zasądzenie od powodów zwrotu kosztów procesu wg norm przepisanych oraz o powiadomienie o toczącym się procesie Szpitala Wojewódzkiego im. (...) II w B. celem wstąpienia do procesu w charakterze interwenienta ubocznego (k. 95-96, 441- 444). Zaprzeczył, aby po stronie Szpitala miały miejsce jakiegokolwiek zaniedbania w opiece i nadzorze pielęgniarstwie nad pacjentką D. F. (1), które rodziłyby odpowiedzialność Szpitala za zaistniałe zdarzenie, a co za tym idzie brak jest podstaw odpowiedzialności strony pozwanej z racji ochrony ubezpieczeniowej, jaką zapewniał Szpitalowi w ramach zawartej umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

Szpital Wojewódzki im. (...) II w B. zawiadomiony o procesie przystąpił do procesu po stronie pozwanego (...) Zakładu (...) w sprawie z powództwa R. F. (1) w charakterze interwenienta ubocznego, wnosząc o oddalenie powództwa i zasądzenie od powoda na rzecz interwenienta ubocznego kosztów procesu wg norm przepisanych (k. 118 -126). Podniósł, że personel medyczny Szpitala Wojewódzkiego w B. nie ponosi odpowiedzialności za śmierć pacjentki.

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:

Żona powoda R. F. (1) a matka pozostałych powodów D. F. (1) od wielu lat była chora i leczyła się z powodu nawracających zaburzeń depresyjnych i lękowych.

W okresie od 22 września 2000 r. do 31 października 2000 r. D. F. przebywała w Szpitalu Wojewódzkim w B. z rozpoznaniem epizodu depresyjnego. Od lutego 2000 r. była zarejestrowana w (...). Pierwsze dolegliwości psychiczne pojawiły się około 1992 r. Mimo leczenia od lutego 2000 r. miała tylko krótką remisję i dolegliwości powróciły. Przy przyjęciu do szpitala zgłaszała myśli samobójcze, nasilony lęk, zaburzenia snu, napięcie, obniżony nastrój. Podczas hospitalizacji uzyskano poprawę, zalecono kontynuowanie leczenia w (...).

(dowód: karta informacyjna leczenia szpitalnego – k. 13)

W okresie od 21 sierpnia 2001 r. do 19 października 2001 r. D. F. (1) przebywała na Oddziale Chorób Afektywnych i Nerwic Szpitala Wojewódzkiego w B. z rozpoznaniem zaburzeń depresyjnych nawracających F33.2. Po wielotygodniowym leczeniu uzyskano poprawę, zalecono jej kontynuację leczenia i przyjmowanie leków.

(dowód: karta informacyjna leczenia szpitalnego – k. 35)

W okresie od dnia 2 stycznia 2002 r. do dnia 28 marca 2002 r. D. F. była leczona w (...) Szpitalu (...) w Ł.. Rozpoznano u niej zaburzenia lekowo- depresyjne. Pod koniec pobytu w szpitalu jej nastrój się poprawił, zalecono jej dalsze spotkania z psychoterapeutą i terapię biologiczną.

(dowód: karta informacyjna leczenia szpitalnego – k. 37)

Od października 2008 r. do 2014 r. D. F. (1) leczyła się w (...) w Ł. z rozpoznaniem uporczywych zaburzeń nastroju (F34). Była leczona lekami przeciwdepresyjnymi.

(dowód: historia choroby – k. 15 -35)

W okresie od 16 stycznia do 15 lutego 2013 r. D. F. (1) przybywała w Specjalistycznym Psychiatrycznym Szpitalu im. (...) w Ł. z rozpoznaniem dystymii F. 34.1 oraz osobowość bierną.

(dowód: karta informacyjna leczenia szpitalnego – k. 36)

W dniu 10 kwietnia 2015 r. D. F. (1) została przyjęta do Szpitala Wojewódzkiego im. (...) II w B., początkowo do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego ((...)) z powodu próby samobójczej poprzez zamierzone zatrucie lekami przeciwpadaczkowymi i uspokajająco-nasennymi. Pacjentka została przyjęta do (...) z rozpoznaniem zatrucia lekami. Po przeprowadzeniu konsultacji psychiatrycznej w tym samym dniu - 10.04.2015 r. została przeniesiona do oddziału psychiatrii II. Jej świadomość wtedy oceniono jako „przytomna”. Była leczona jako osoba przejawiająca zaburzenia osobowości. Od dnia przyjęcia do oddziału psychiatrycznego miała założony dozór pielęgniarstwa. Otrzymywała leki: K., S. i A., a w razie bezsenności leki nasenne. Lek K. posiada działanie przeciwdepresyjne. Również włączono F. - 20 mg dziennie. W notatkach lekarzy psychiatrów od dnia 13.04.2015 r. do 24.04.2015 r. odnotowano, że od dnia 20.04.2015 r. samopoczucie pacjentki było nieco lepsze, podejmowała proste aktywności. W oddziale funkcjonowała poprawnie. Jej nastrój uległ normalizacji, bez myśli samobójczych, bez objawów wytwórczych. Odczuwała nieco smutku. Myśli samobójczych nie wypowiadała. W dniu 23.04.2015 r. odnotowano, że obserwacja stanu psychicznego - bez istotnych zmian. W dniu 24.04.2015 r. wskazywano, że pacjentka przejawia bezsenność, lecz nie chciała leków poprawiających sen. Bez myśli samobójczych. Przez okres od dnia przyjęcia do szpitala do dnia 21 kwietnia 2015 r. była poddana dozorowi pielęgniarstwu.

(dowód: historia choroby – k. 132- 134, karta informacyjna –k. 135, dokumentacja medyczna –k. 152 odwrot, karta dozoru pielęgniarstwa – k. 159-162 odwrot, 168, opinia biegłego psychiatry dr n. med. R. W. – k. 736)

Od kwietnia 2013 r. w Szpitalu Wojewódzkim w B. obowiązuje procedura dozoru i oceny pacjentów pionu psychiatrycznego, zgodnie z którą dozór stosuje się wobec pacjentów wymagających szczególnej uwagi ze względu na stan psychiczny, a nie spełniających przesłanek do stosowania przymusu bezpośredniego. Dozór polega na zwróceniu przez pielęgniarki szczególnej uwagi na zachowanie pacjenta objętego dozorem. Pielęgniarka odnotowuje do pół godziny swoje obserwacje dotyczące pacjenta objętego dozorem w karcie dozoru (tzw. indywidualna karta dozoru pielęgniarskiego).

(dowód: procedura dozoru i oceny pacjentów pionu psychiatrycznego – k. 180, zeznania świadków M. S. (1) – k. 679 odwrót – 680, G. G. – k. 680 – 680 odwrót)

Pacjent objęty nadzorem nie może opuszczać oddziału. Po zdjęciu dozoru pacjent może poruszać się po terenie szpitala, w tym wyjść do sklepu, na spacer.

(dowód: zeznania świadków: K. B. – k. 244 – 245, R. K. – k. 245-245 odwrót, D. W. – k. 246 - 246 odwrót, M. B. – k. 678-678 odwrót)

D. F. po przyjęciu na oddział psychiatryczny była napięta, drażliwa, reagowała w sposób gniewny na leczenie, uważając, że ono jej nie pomoże, a powinna poddać się terapii- w tym zakresie odwoływała się do informacji uzyskanych od psychologów z wcześniejszej terapii. Początkowo nie godziła się na leczenie. W czasie dalszego pobytu pacjentka wyciszyła się, spacerowała, chętnie przebywała w towarzystwie innych pacjentów. Ani razu nie zgłaszała myśli samobójczych ani zachowań autoagresywnych lub sugerujących takie plany. Niechęć do przyjmowania leków tłumaczyła obawą o wypadanie włosów, co świadczyło o tym, że planowała poprawę swego komfortu życia. Obraz kliniczny D. F. w dniu 25 kwietnia 2015 r. nie wskazywał, że może podjąć czyn samobójczy. Przyczyną zdjęcia dozoru było, że pacjentka zaczęła funkcjonować prawidłowo i dolegliwości, na które początkowo się uskarżała ustały – wyrównała się psychofizycznie, poprawił się nastrój i napęd, poprawiła się aktywność złożona oraz większość parametrów, które są związane z zaburzeniami depresyjnymi.

(dowód: zeznania świadków: K. B. – k. 244 – 245, R. K. – k. 245-245 odwrót, M. B. – k. 678-678 odwrót)

Obecność na oddziale wszystkich pacjentów jest sprawdzana co 4 godziny oraz kiedy są wydawane posiłki i podawane leki.

(dowód: zeznania świadków D. W. – k. 246 - 246 odwrót, M. S. (2) – k. 679 odwrót – 680, G. G. – k. 680 – 680 odwrót, K. P. – k. 680 odwrót- 681, J. Z. – k. 681)

Pielęgniarki z oddziału w okresie dozoru pielęgniarskiego prowadziły „indywidualną kartę dozoru pielęgniarskiego” jak również „kartę oceny pacjenta Oddziału. Od godziny 14.00 w dniu przyjęcia do szpitala do godz. 12.30 w dniu 21 kwietnia 2015 r. stan D. F. (1) podlegał co półgodzinnej ocenie personelu medycznego szpitala. Pielęgniarki odnotowywały w indywidualnej karcie dozoru kody odzwierciedlające stan zdrowia pacjentki lub realizowane przez nią czynności. W karatach działań pielęgniarskich wskazywano w okresie od dnia 10 do 21 kwietnia 2015 r., że D. F. (1) była spokojna, ale jej nastrój jest obniżony – pozostaje smutna. W okresie dozoru nie zgłaszała myśli samobójczych, a z jej zachowania nie wynikało, by miała takie zamiary. W zapisach z dozoru pielęgniarskiego wynika, że w dniu 23.04.2015 r. D. F. (1) przejawiała zmienny nastrój, lecz była spokojna. Dolegliwości nie zgłaszała. Kontakt słowny był z nią logiczny. Posiłki i leki przyjmowała chętnie. W nocy z 23 na 24.04.2015 r. była spokojna, smutna. Niepokojących objawów nie zgłaszała. W nocy spała spokojnie. W dniu 24.04.2015r. nastrój miała zmienny. Spacerowała po oddziale, chętnie rozmawiała. Dolegliwości nie zgłaszała. Leki i posiłki przyjmowała. W nocy z 24 na 25.04.2015 r. była spokojna, leki przyjęła, w nocy spała. W dniu 25.04.2015r. jej nastrój opisano jako zmienny, była smutna. Spacerowała z pacjentami, rozmawiała. Niepokojących objawów nie zgłaszała. Często wychodziła na spacer przed budynkiem.

(dowód: historia choroby –k. 132- 135, 151-152, indywidualna karta dozoru pielęgniarskiego – k. 145- 150 odwrót, opis działań pielęgniarskich - k. 159- 162 odwrót, k. 168, zeznania świadka K. P. – k. 680 odwrót - 681)

D. F. (1) odwiedzała w szpitalu koleżanka K. A., która była u niej ostatni raz dzień lub dwa dni przed wypadkiem. W jej ocenie stan zdrowia D. F. był zmienny – raz było lepiej a raz gorzej, D. F. była w ocenie K. A. poddenerwowana.

(dowód: zeznania świadka K. A. – k. 681 odwrót)

Także powód R. F. (1) i Z. F. odwiedzali D. F. (1) w szpitalu. Powód był u niej 2-3 krotnie. Ostatni raz widział ją przedostatniego dnia przed jej śmiercią. Ocenił, że żona była wówczas poddenerwowana, obgryzała paznokcie, nie mogła sobie poradzić z tym, że nie jest z dziećmi. Denerwowała się tym, że jest w szpitalu i nie opiekuje się dziećmi, które były wówczas w ważnym momencie życiowym – córka przygotowywała się do egzaminu gimnazjalnego, a syn – do matury. Pytała co u dzieci. Nie mówiła, że chce sobie odebrać życie. Powód ocenił, że w czasie ostatniego spotkania z żoną jej stan był taki jak poprzednio i nie zauważył niczego niepokojącego. Powód nie wiedział, że żona jest objęta nadzorem pielęgniarstkiem.

(dowód: przesłuchanie powoda R. F. (1) – k. 877-881)

W ocenie Z. F. stan zdrowia jej mamy w trakcie pobytu w Szpitalu w B. nie polepszył się, w jej ocenie mama była roztrzęsiona, nie mogła się skupić, zmieniała temat. Nie mówiła powódce, że chce sobie odebrać życie.

(dowód: przesłuchanie powódki Z. F. – k. 881-882)

Prokuratura Rejonowa w Belchatowie postanowieniem z dnia 7 maja 2015 r. odmówiła wszczęcia śledztwa w sprawie doprowadzenia namową lub przez nieudzielenie pomocy do targnięcia się na własne życie D. F. (1) w dniu 25 kwietnia 2015 r. na terenie Szpitala Wojewódzkiego w B. - wobec braku ustawowych znamion czynu zabronionego na podstawie art. 17 § 1 pkt 2 k.p.k.

(dowód: postanowienie – k. 5 akt sprawy D- 637/15)

Opisy stanu psychicznego pacjentki w czasie hospitalizacji w oddziale psychiatrycznym w pierwszych dniach wskazywały na występowanie u pacjentki znacznie obniżonego nastroju i płaczliwości. Około 20.04.2015r. przejawiała zmienny nastrój lub była spokojna. Systematycznie przyjmowała leki i posiłki. Niepokojących objawów nie zgłaszała. Nie wypowiadała myśli samobójczych i nie podejmowała zachowań samobójczych i innych zachowań autoagresywnych. Systematycznie pobierała przepisane jej leki. Nie obserwowano u pacjentki również typowego dla depresji osłabienia łaknienia.

Opisy stanu psychicznego pacjentki i wdrożonych procedur leczniczych w czasie leczenia pacjentki w Szpitalu w B. wskazują na to, że proces terapeutyczny i funkcjonowanie personelu było poprawne i nie przyczyniło się do powstania wydarzenia z dnia 25.04.2015 r., które skutkowało popełnieniem samobójstwa przez pacjentkę.

Oddział psychiatryczny otwarty jest zaleconą formą organizacyjną leczenia psychiatrycznego. W strukturze leczenia psychiatrycznego nie istnieje pojęcie „zamkniętego” oddziału psychiatrycznego. To pojęcie odnosi się jedynie do szpitali psychiatrycznych realizujących środek zabezpieczający a Szpital w B. nie należy do takich ośrodków. W związku z tym nie jest nie jest zaniedbaniem organizacyjnym prowadzenie otwartego oddziału psychiatrycznego.

Opieka nad D. F. (1) była prowadzona zgodnie z zasadami stosowanymi w leczeniu psychiatrycznym. Tzw. „dozór pielęgniarstki” został wobec niej wdrożony ze względu na to, że przyczyną jej hospitalizacji była próba samobójcza poprzez zatrucie środkami psychotropowymi. Od chwili pierwszego dnia pobytu w oddziale psychiatrycznym pacjentka została objęta tą procedurą z powodu dokonania próby samobójczej przed hospitalizacją i dozór utrzymano aż do 21.04.2015r. czyli przez około 11 dni, co jest wyrazem należytej troski nad pacjentem. Stan psychiczny pacjenta w czasie całego pobytu w oddziale psychiatrycznym był tego rodzaju, że nie obserwowano u niej zachowań świadczących o występowaniu głębokiej depresji - myśli samobójczych nie wypowiadała i nie podejmowała żadnych zachowań o charakterze samobójczym lub o charakterze autoagresji. W dniu odstąpienia obserwacji pielęgniarstki stan psychiczny pacjentki był wyrównany i obserwowano nawet poprawę jej samopoczucia - jej nastrój stopniowo uległ

normalizacji i nie obserwowano u niej wyraźnego smutku, stanów lękowych. Poprawił się jej kontakt z innymi pacjentkami. Jedynie utrzymywał się stany bezsenności, ale pacjentka odmawiała przyjmowała leków nasennych, choć jej proponowano takie leki.

Całe zachowanie pacjentki i okresowa ocena psychiatryczna jej funkcji psychicznych nie dawały podstawy do oceny, iż popełni ona czyn samobójczy. Pomimo troskliwej opieki ze strony personelu oddziału psychiatrycznego nie było objawów w jej zachowaniu i stanie psychicznym, które wskazywałyby, że występują u niej tendencje samobójcze.

D. F. (1) nie ujawniała swych intencji w zakresie chęci odebrania życia przed personelem medycznym, w takich warunkach nie jest możliwe dotarcie do prawdziwych intencji pacjentki. Zakończenie każdego leczenia śmiercią pacjentki jest niepowodzeniem terapii, ale nie musi wynikać z błędu lub zaniedbań lekarza i personelu medycznego.

Personel Szpitala Wojewódzkiego w B. nie dopuścił się zaniedbań w zakresie zapewnienia D. F. (1) podczas jej hospitalizacji oraz postępowanie personelu Szpitala było zgodne z procedurami medycznymi i wiedzą medyczną. Stan zdrowia D. F. (1) w dniu samobójczej śmierci nie wymagał umieszczenia jej na sali obserwacyjnej i poddania szczególnemu nadzorowi. Takie postępowanie nie jest postępowaniem standardowym i powszechnie stosowanym. Jeżeli pacjent przejawia tendencje samobójcze, może być wobec niego zastosowany środek przymusu bezpośredniego (izolacja, unieruchomienie, podanie bez zgody dodatkowego leku).

Umieszczenie D. F. (1) na sali obserwacyjnej, o ile oddział psychiatryczny posiada takie rozwiązanie organizacyjne, zwiększa szanse zapobieżenia samobójstwu o ile takie zachowania byłyby ujawnione przez pacjentkę w sposób dający się zaobserwować a objawy zespołu depresyjnego byłyby widoczne w stanie klinicznym pacjentki (myśli samobójcze, niepokój, zachowania autoagresywne, obecność urojeń winy i innych objawów psychotycznych).

(dowód: opinia biegłego psychiatry dr n. med. R. W. – k. 724-746)

Nie ma konkretnych procedur prawnych i medycznych dotyczących postępowania wobec takiej pacjentki jak D. F.. Są jedynie zwyczaje stosowane w lecznictwie psychiatrycznym. Pacjent z rozpoznaniem zaburzeń depresyjnych może być objęty tzw. dozorem pielęgniarskim. Zasada ma zastosowanie wobec pacjentów przejawiających w danym momencie rzeczywiste ryzyko popełnienia samobójstwa, co jest określane przez lekarzy, uwzględniając ocenę stanu psychicznego pacjenta. O tym czy dany pacjent wymaga objęcia go dozorem pielęgniarskim zależy od indywidualnej oceny lekarza. W przypadku D. F. uznano, że w ostatnich dniach pobytu szpitalnego nie występuje u niej zagrożenie samobójcze, na co wskazywała poprawa jej stanu psychicznego. W przypadku dozoru pielęgniarskiego nie istnieją konkretne realizacje oraz procedury medyczne.

Sam fakt występowania myśli samobójczych u pacjenta nie wymaga założenia dozoru pielęgniarskiego. Ten objaw psychopatologiczny - myśli samobójcze występuje w przebiegu różnych zaburzeń psychicznych, począwszy od zaburzeń nerwicowych do zaburzeń depresyjnych psychotycznych. Istotne jest to, że D. F. w konkretnym okresie przejawiała tendencje samobójcze a nie to czy występowały u niej myśli samobójcze. Założenie dozoru pielęgniarskiego wynikało z indywidualnej oceny lekarskiej stanu zdrowia psychicznego pacjentki.

Zdjęcie dozoru pacjentce wynikało również z indywidualnej oceny zdrowia psychicznego pacjentki dokonanej przez lekarza prowadzącego.

Konkretne zachowania pacjentki i jej stan psychiczny świadczą o jej kondycji psychicznej. Pacjentka mogła zatajać przed lekarzem swój rzeczywisty stan zdrowia. W takiej sytuacji nie można wymagać od lekarza stwierdzenia faktu, który nie daje się stwierdzić w jej stanie psychicznym. To, że pacjentka trafiła do szpitala po zatruciu lekami, które było uznane za próbę samobójczą nie jest dowodem na ciężkość jej stanu psychicznego w trakcie pobytu w szpitalu. Wielokrotnie, w tym po hospitalizacji w Szpitalu w Ł., rozpoznawano u jej zaburzenia o charakterze nerwicowym a nie psychozę afektywną.

Procedury organizacyjne i ocena stanu zdrowia D. F. były poprawne, zgodne z przyjętymi zasadami w leczeniu psychiatrycznym. Dokonane samobójstwo przez D. F. (1) było rezultatem jej osobistej decyzji, której motyw zataiła przed lekarzem i całym personelem medycznym Oddziału Psychiatrycznego. Dodatkowo D. F. nie była diagnozowana jako osoba chora psychicznie, która nie zdaje sobie sprawy ze swojego stanu zdrowia. Była diagnozowana jako osoba przejawiająca zaburzenia nerwicowe z rysem psychopatycznym czyli patologią osobowości. Ponadto od początku hospitalizacji psychiatrycznej była objęta dozorem pielęgniarskim, który wykazywał jak wygląda bieżące samopoczucie pacjentki. Ocena stanu zdrowia D. F. i fakty z jej zachowania w czasie pobytu w oddziale psychiatrycznym nie wskazywały na występowanie u niej jakichkolwiek przesłanek do uznania tego, że występują u niej realne zachowania lub tendencje do podjęcia próby samobójczej. Zachowanie pacjentki prezentowane przez nią w ostatnich dniach życia nie niosło za sobą wskaźników przejawiania przez nią autentycznie wysokiego ryzyka dokonania zamachu samobójczego, nie występował u niej stan depresyjny połączony z myślami samobójczymi. W związku z tym zasadnie uznano, że nie wymaga ona zastosowania ścisłego nadzoru. Próby samobójcze występują jako zjawisko kliniczne w różnych instytucjach psychiatrycznych na całym świecie, w tym w krajach o wysokim poziomie rozwoju cywilizacyjnego. Praca psychiatry wiąże się z dużym ryzykiem dokonania przez pacjenta próby samobójczej i nie można winić personelu medycznego za zaistniałe wydarzenia ani traktować takich wydarzeń jako dowodu niewłaściwego wykonywania przez nich obowiązków zawodowych.

(dowód: opinie uzupełniające opinia biegłego psychiatry – k. 766-767, k. 817–818)

Pismem z dnia 12 sierpnia 2015 r. pełnomocnik R. F. (1) wezwał Szpital Wojewódzki w B. do zapłaty kwoty 500.000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę na skutek śmierci żony.

(dowód: pismo – k. 414-417)

Szpital pismem z dnia 26.08.2015 r. odmówił przyjęcia odpowiedzialności nie zgadzając się z zarzutem zaniedbań w opiece i nadzorze pielęgniarskim nad D. F..

(dowód: pismo – k. 412-413)

(...) Zakład (...) zawarł z Szpitalem Wojewódzkim w B. umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej potwierdzoną polisa nr (...) dotyczącą okresu, w którym doszło do śmierci D. F.. W związku ze zgłoszeniem szkody przez powoda (...) odmówiło wypłaty świadczenia powołując się na brak odpowiedzialności ubezpieczonego.

(dowód: pismo – k. 418, k. 556)

R. F. (1) ma 49 lat, ma na utrzymaniu dwoje dzieci Z. (lat 18) i M. (lat 21), którzy mimo pełnoletności nie są w stanie samodzielnie się utrzymać. R. F. (1) utrzymuje się z wynagrodzenia za pracę w kwocie blisko 3.900 zł, Z. i M. są uprawnieni do renty rodzinnej w kwotach – Z. – 544 zł, M. – 553 zł. M. F. jest studentem III roku studiów dziennych na Uniwersytecie Ł., zaś Z. F. jest uczennicą III klasy Liceum Ogólnokształcącego. R. F. (2) spłaca kredyt hipoteczny w kwocie 880 zł miesięcznie.

(dowód: oświadczenie o stanie rodzinnym, majątku, dochodach i źródłach utrzymania – k. 80-84, 336-340, 425-429)

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie wskazanych dowodów, pominął zeznania świadków J. K., E. Ł., D. M., M. P., D. K., jako że świadkowie nie posiadali wiadomości w kwestiach istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy. Sąd pominął również zeznania świadków S. R., S. O., M. Ś. i A. K. jako że postępowanie szpitala po odebraniu sobie życia przez D. F. z uwagi na wskazaną przez powodów podstawę roszczeń nie ma znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy. Kluczowymi dowodami dla rozstrzygnięcia sprawy była dokumentacja medyczna z leczenia D. F. oraz dowód z opinii biegłego psychiatry jako że ustalenie odpowiedzialności strony pozwanej jako ubezpieczyciela w zakresie odpowiedzialności cywilnej Szpitala wymagało ustalenia, czy po jego stronie miały miejsce nieprawidłowości w zakresie zapewnienia opieki medycznej w czasie pobytu D. F. (1) w Szpitalu. Opinię wydaną przez dr n. med. R. W. Sąd uznał za miarodajny dowód do ustalenia, że personel Szpitala Wojewódzkiego w B. nie dopuścił się zaniedbań

w zakresie zapewnienia D. F. (1) opieki podczas jej hospitalizacji oraz że postępowanie personelu Szpitala było zgodne z procedurami medycznymi i wiedzą medyczną. Z opinii tej w sposób nie budzący wątpliwości wynika, że stan zdrowia D. F. (1) w dniu jej samobójczej śmierci nie wymagał umieszczenia jej na sali obserwacyjnej i poddania szczególnemu nadzorowi. Sąd podzielił tę opinię, jako że została sporządzona zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej oraz przez specjalistę o niekwestionowanym poziomie wiedzy. Wskazać należy, że opinia biegłego podlega ocenie według kryteriów: poziomu wiedzy biegłego, podstaw teoretycznych opinii, sposobu motywowania sformułowanego w niej stanowiska oraz stopnia stanowczości wyrażonych w niej ocen, a także zgodności z zasadami logiki i wiedzy powszechnej. Stosując wyżej wskazane kryteria opinię biegłego psychiatry należy uznać za miarodajny dowód jako fachową i logiczną.

Sąd nie uwzględnił wniosku powodów o dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego psychiatry. Specyfika dowodu z opinii biegłego polega m.in. na tym, że jeżeli dowód taki został już przez sąd dopuszczony, to stosownie do treści art. 286 k.p.c. opinii dodatkowego biegłego można żądać jedynie „w razie potrzeby”. Potrzeba taka nie może być jedynie wynikiem niezadowolenia strony z niekorzystnego dla niej wydzźwięku konkluzji opinii, lecz być następstwem umotywowanej krytyki dotychczasowej opinii. W przeciwnym bowiem razie sąd byłby zobligowany do uwzględniania kolejnych wniosków strony dopóty, dopóki nie złożona zostałaby opinia w pełni ją zadowalająca, co jest niedopuszczalne (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 stycznia 2002 r., II CKN 639/99, LEX nr 53135, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 listopada 1974 r., I CR 562/74, LEX nr 7607).

W związku z stanowiskiem pełnomocnika powodów opinia była dwukrotnie przez biegłego uzupełniana, biegły odpowiadał na zarzuty i pytania powodów. Nie można podzielić zarzutu powodów, że: - w opinii zachodzi wewnętrzna sprzeczność w ustaleniach biegłego i wnioskach opinii, czy - sprzeczność między opinią główną a opinią uzupełniającą z dnia 2.06.2017 r., czy - jakiegokolwiek niejasności czy sprzeczności z zasadami logiki. Nie można mówić, że zachodzi wewnątrz sprzeczność czy też nielogiczność między stwierdzeniem opinii głównej w zakresie w którym biegły stwierdza, że opieka nad D. F. była prowadzona zgodnie z zasadami stosowanymi w leczeniu psychiatrycznym a stwierdzeniem opinii uzupełniającej z dnia 2.06.2017 r. w której biegły wskazał, że nie ma konkretnych procedur prawnych i medycznych dotyczących postępowania wobec takiej pacjentki jak D. F.. Pełnomocnik powodów kwestionując ustalenie biegłego, że nie było konieczności stosowania wobec D. F. dozoru pielęgniarstwa nie przedstawił dowodów, że istniało u niej w dacie zdjęcia dozoru lub następnym dniach rzeczywiste ryzyko popełnienia samobójstwa. To samo dotyczy wniosków biegłego co do poprawy stanu psychicznego – powodowie gołosłownie kwestionują ten fakt nie przedstawiając dowodów przeciwnych. Biegły precyzyjnie wskazał w opinii uzupełniającej, że dokumentacja medyczna potwierdza poprawę stanu zdrowia D. F.. Nie można także mówić, że rozumowanie biegłego w tym miejscu gdy stwierdził on w opinii uzupełniającej z dnia 18.09.2017 r., że D. F. „była opisywana i oceniana przez prowadzących ją psychiatrów jako osoba, która nie przejawiała wysokiego ryzyka dokonania czynu samobójczego, na co wskazuje fakt zdjęcia jej dozoru pielęgniarstwa” jest – jak ujął to pełnomocnik powodów – dotknięte kardynalnym błędem logicznym. Z opinii głównej oraz opinii uzupełniających jednoznacznie wynika, że przyczyną zdjęcia dozoru pielęgniarstwa było nieprzejawianie przez pacjentkę wysokiego ryzyka popełnienia samobójstwa. Wbrew twierdzeniom powodów, jak wskazał biegły psychiatra, z dokumentacji medycznej wynika, że u D. F. nastąpiła poprawa stanu psychicznego uzasadniająca zdjęcie dozoru.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Powództwa nie zasługiwały na uwzględnienie.

W rozpoznawanej sprawie sporna była zasada odpowiedzialności strony pozwanej za szkodę, z której powodowi wywodzili swe roszczenia. Strona pozwana kwestionowała bowiem, aby ponosiła deliktową odpowiedzialność odszkodowawczą za ubezpieczony u niej w zakresie odpowiedzialności cywilnej Szpital. Na podstawie art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczeń Komunikacyjnych (tekst jednolity - Dz. U. z 2013 r., poz. 392 ze zm.) umowa ubezpieczenia obowiązkowego odpowiedzialności cywilnej obejmuje odpowiedzialność cywilną podmiotu objętego obowiązkiem ubezpieczenia za szkody wyrządzone czynem niedozwolonym. Konkretyzację tej regulacji zawiera §

2 ust. 1 rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. Nr 293, poz. 1729), zgodnie z którym ubezpieczeniem OC jest objęta odpowiedzialność cywilna podmiotu wykonującego działalność leczniczą na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, wyrządzone działaniem lub zaniechaniem ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

Zatem dla ustalenia odpowiedzialności strony pozwanej jako odpowiadającego gwarancyjnie za sprawcę szkody konieczne byłoby przypisanie ubezpieczonemu odpowiedzialności z tytułu czynu niedozwolonego.

Postępowanie dowodowe przeprowadzone w rozpoznawanej sprawie nie dostarczyło dowodów świadczących o tym, że ubezpieczony Szpital Wojewódzki w B. ponosi taką odpowiedzialność.

Odpowiedzialność zakładu opieki zdrowotnej, będącego odrębną osobą prawną, za skutki działania bądź zaniechania wywołującego szkodę o charakterze majątkowym bądź niemajątkowym znajduje podstawę w przepisie art. 430 k.c. Przepis ten statuuje odpowiedzialność z tytułu czynu niedozwolonego na zasadzie ryzyka za szkody wyrządzone osobie trzeciej przez podwładnego z jego winy.

Przesłankami odpowiedzialności na podstawie art. 430 k.c. jest więc szkoda, która została wyrządzona osobie trzeciej przez podwładnego, wina podwładnego oraz okoliczność, że wyrządzenie szkody nastąpiło przy wykonywaniu przez podwładnego powierzonej mu czynności.

Wina w art. 430 k.c. została użyta w tym samym znaczeniu co w art. 415 k.c. Na gruncie prawa cywilnego winę można przypisać podmiotowi prawa, kiedy istnieją podstawy do negatywnej oceny jego zachowania z punktu widzenia zarówno obiektywnego, jak i subiektywnego. W obszarze deliktów prawa cywilnego rozróżnia się dwie postaci winy – umyślną i nieumyślną. Przy winie umyślnej sprawca ma świadomość szkodliwego skutku swojego działania i przewiduje jego nastąpienie, celowo do niego zmierza. Przy winie nieumyślnej sprawca przewiduje możliwość wystąpienia szkodliwego skutku, lecz bezpodstawnie przypuszcza, że zdoła go uniknąć albo nie przewiduje możliwości jego nastąpienia, choć powinien i może je przewidywać. W obu formach winy nieumyślnej mamy do czynienia z niedbalstwem. Niedbalstwo polega na niedołożeniu należytej staranności w stosunkach danego rodzaju, staranności, niezbędnej do uniknięcia skutku, którego sprawca nie chciał wywołać. Trzecią, wspomnianą już przesłanką odpowiedzialności z art. 430 k.c. jest ustalenie, że wyrządzenie szkody nastąpiło przy wykonywaniu powierzonej czynności. (...) to uszczerbek, jakiego doznaje poszkodowany we wszelkiego rodzaju dobrach przez prawo chronionych, w tym zdrowiu.

Zgodnie z utrwalonym orzecznictwem i doktryną prawa cywilnego przyjęć należy, że podmiot leczniczy ponosi winę za powstanie szkody, wobec nie zastosowania właściwych środków w należyty sposób. Przez „zastosowanie właściwych środków” rozumie się fachowe postępowanie (np. zastosowanie właściwej kuracji, przeprowadzenie określonego zabiegu), które w danej sytuacji było wskazane z medycznego punktu widzenia. Postępowanie odmienne zazwyczaj określane jest jako błąd w sztuce lekarskiej. Natomiast przez pojęcie „w należyty sposób” należy rozumieć dołożenie należytej staranności, jaka w określonej sytuacji była należna, wymagalna i potrzebna..

Mając na uwadze powyższe Sąd Okręgowy uznał, że przeprowadzone w sprawie postępowanie dowodowe nie potwierdziło sformułowanych przez powodów zarzutów pod adresem szpitala co do uchybień w zakresie złej oceny stanu zdrowia D. F., które skutkowało zdjęciem dozoru pielęgniarskiego. Błędów w tym zakresie nie można wywodzić odwołując się do faktu popełnienia samobójstwa. Wskazać należy, że popełnienie samobójstwa nie może być postrzegane jako tożsame z zaniedbaniem stosownych działań przez personel oddziału. Z opinii biegłego psychiatry wynika, że nie istnieje związek przyczynowo – skutkowy pomiędzy funkcjonowaniem personelu szpitalnego a samobójstwem D. F..

Powyższe wyklucza możliwość obciążenia Szpitala, a w konsekwencji pozwanego ubezpieczyciela odpowiadającego gwarancyjnie za Szpital, skutkami śmierci żony i matki powodów, a w konsekwencji wyklucza możliwość zasądzenia na ich rzecz zadośćuczynienia w oparciu o art. 446 § 4 k.c., co skutkowało oddaleniem powództwa.

Na rozprawie poprzedzającej wydanie wyroku pełnomocnik powodów wiązał odpowiedzialność szpitala nie tylko z niezasadnym w jego ocenie zdjęciem dozoru pielęgniarstwa, ale również z niespełnieniem przez Szpital wymogów w zakresie organizacji i funkcjonowania oddziału psychiatrycznego w zakresie zamykania drzwi oraz monitoringu. Kwestie te reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. poz. 739) w załączniku I - Szczegółowe wymagania, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia szpitala, który w punkcie VIII zawiera regulację dotyczącą oddziału psychiatrycznego, stanowiąc między innymi, że drzwi wejściowe do oddziału psychiatrycznego zabezpiecza się w sposób uniemożliwiający niekontrolowane opuszczenie oddziału (3), oraz wyposaża w system monitoringu z kamerą (6 lit. h).

Oceniając te zarzuty stwierdzić należy, że nie istnieje związek przyczynowo – skutkowy pomiędzy popełnieniem samobójstwa a spełnieniem lub niespełnieniem przez oddział psychiatryczny wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia szpitala. Jak wynika z ustalonego stanu faktycznego pacjenci oddziału psychiatrycznego nie objęci dozorem pielęgniarstwa mogli opuszczać oddział bowiem nie był to oddział zamknięty. Wiedział o tym w szczególności powód, który spotkał żonę poza oddziałem oraz wychodził z żoną poza teren oddziału.

Podstawę rozstrzygnięcia o kosztach procesu stanowił przepis art. 102 k.p.c.

Przepis ten daje sądowi swobodę przy rozstrzyganiu o kosztach procesu, gdy stosowania zasady wyrażonej w art. 98 k.p.c. nie można pogodzić z zasadą słuszności, jednakże należy podkreślić, że jako przepis szczególny nie może być wykładany rozszerzająco i wyklucza uogólnienia. Zastosowanie art. 102 k.p.c. powinno być oceniane w całokształcie okoliczności, które uzasadniałyby odstępstwo od podstawowych zasad decydujących w przedmiocie kosztów procesu. Do okoliczności mogących wywrzeć wpływ na odstępstwo od tych zasad należy zaliczyć zarówno fakty związane z samym przebiegiem procesu (postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 11 września 1973 r., sygn. akt I CZ 122/73, OSNC rok 1974, nr 5, poz. 98, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 29 sierpnia 1973 r., sygn. akt I PR 188/73, (...) rok 1973, nr 12, str. 413), jak i fakty leżące na zewnątrz procesu, zwłaszcza dotyczące sytuacji życiowej strony (postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 10 marca 2011 r., sygn. akt V CZ 107/10). Do pierwszych zaliczane są sytuacje wynikające z charakteru żądania poddanego rozstrzygnięciu, jego znaczenia dla strony, subiektywne przekonanie strony o zasadności roszczeń, przedawnienie, prekluzja. Drugie wyznacza sytuacja majątkowa i życiowa strony, z tym zastrzeżeniem, że niewystarczające jest powoływanie się jedynie na trudną sytuację majątkową, nawet jeśli była podstawą zwolnienia od kosztów sądowych i ustanowienia pełnomocnika (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 1 grudnia 2011 r., sygn. akt I CZ 26/11).

Okoliczność, że powodowie mogli być subiektywnie przekonani o zasadności swojego roszczenia, które opierali na własnej ocenie zajścia wypadku ubezpieczeniowego jakkolwiek może być, obok trudnej sytuacji życiowej i ekonomicznej powodów, uznane za przypadek szczególnie uzasadniony, to jednak nie daje on podstawy do odstąpienia od obciążania w przypadku R. F. (1) od kosztów sądowych w całości. Powód mimo wszystko przegrał proces, narażając stronę pozwaną na ponoszenie kosztów obrony. Okoliczność ta w połączeniu z trudną sytuacją i życiową powoda sprawia, że zasądzenie od niego kosztów zastępstwa procesowego w pełnej wysokości stanowiłoby dla niego zbyt duże obciążenie. Dlatego też Sąd obciążył go kosztami w wysokości ¼ kosztów zastępstwa procesowego ustalonych stosownie do § 6 pkt 6 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28.09.2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego z urzędu (t.j. Dz. U. z 2013 r., poz. 490 ze zm.) zw. z § 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 12.10.2016 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz. U. poz. 1667) (3.600 zł : 4). Nadto powód został obciążony obowiązkiem zwrotu poniesionych przez stronę pozwaną wydatków na wynagrodzenie biegłego w kwocie 785,74 zł (strona pozwana uiściła zaliczkę w kwocie 1.200 zł, z czego kwota 414,26 zł zostanie jej zwrócona), wydatek na należności świadków w kwocie 103,05 zł (postanowienia – k. 763 i 789)

oraz wydatek na opłatę skarbową od pełnomocnictwa – 17 zł – łącznie 1.505,79 zł. Na rzecz interwenienta ubocznego również została zasądzona $\frac{1}{4}$ poniesionych przez niego kosztów zastępstwa procesowego (art. 107 k.p.c. i art. 102 k.p.c.).

Sędzia SO Ewa Tomczyk