

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 28 sierpnia 2018 roku

Sąd Okręgowy w Piotrkowie Trybunalskim, Wydział I Cywilny w składzie:

Przewodnicząca	Sędzia SO Dorota Krawczyk
Protokolant	stażysta Anna Frankowska

po rozpoznaniu w dniu 14 sierpnia 2018 roku w Piotrkowie Trybunalskim

na rozprawie

sprawy z powództwa H. M., w miejsce którego wstąpił jako następca prawny J. M.

przeciwko (...) **Szpitalowi Wojewódzkiemu im. (...) w P.**

o zadośćuczynienie, rentę i ustalenie

1. oddała powództwo;
2. nie obciąża powoda H. M., w miejsce którego wstąpił jako następca prawny J. M. kosztami sądowymi;
3. zasądza od powoda H. M., w miejsce którego wstąpił jako następca prawny J. M. na rzecz pozwanego (...) Szpitala Wojewódzkiego im. (...) w P. kwotę 5.417,00 (pięć tysięcy czterysta siedemnaście) złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego.

Sygn. akt I C 1319/16

UZASADNIENIE

W pozwie nadanym w placówce operatora publicznego dnia 19 lutego 2016 roku pełnomocnik powoda H. M. wniósł o zasądzenie od pozwanego (...) Szpitala Wojewódzkiego im. (...) w P. na rzecz powoda:

1. kwoty 120.000zł tytułem zadośćuczynienia z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty,
2. zasądzenie renty miesięcznej na zwiększone potrzeby w kwotach po 2.500zł miesięcznie począwszy od dnia 1 stycznia 2016 roku i na przyszłość płatnej do 10 dnia każdego miesiąca z odsetkami ustawowymi za opóźnienie;
3. ustalenie odpowiedzialności pozwanego za dalsze, mogące powstać w przyszłości skutki błędu w sztuce lekarskiej,
4. zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kosztów postępowania w tym kosztów zastępstwa procesowego wg norm przepisanych lub zestawienia kosztów.

W uzasadnieniu pozwu pełnomocnik powoda podnosi, że u powoda na skutek błędu w sztuce medycznej polegającej na niewłaściwym przeprowadzeniu operacji usunięcia krwiaka doszło do uszkodzenia mózgu.

Na rozprawie w dniu 16 lutego 2017 roku następca prawny zmarłego powoda wskazał, że dla niego „jest taki błąd, że nie powinni taty operować w P., bo nie ma neurochirurgii, tylko przewieźć go do Ł. lub B.” Żądanie pozwu uzasadnia „tym, że źle była zrobiona operacja, tak myślę, ale tego nie wiem. Chciałem pieniądze od szpitala na rehabilitację taty.”

Powód H. M. zmarł 21 lutego 2018 roku. Sąd zawiesił postępowanie w sprawie, następnie podjął z udziałem następcy prawnego J. M..

Pismem (k. 90-93) z dnia 17.08.2016 roku pełnomocnik następcy prawnego zmarłego powoda (pełnomocnictwo k. 100) zmodyfikował powództwo w zakresie renty żądając zasądzenia renty po 2500zł za okres od 1 stycznia 2016 roku do 21 lutego 2016 roku.

W odpowiedzi na pozew (k. 109-110) pełnomocnik pozwanego wnosił o oddalenie powództwa i zasądzenie na rzecz pozwanego kosztów procesu.

Pełnomocnik powoda popierał powództwo.

Pełnomocnik pozwanego wnosił o oddalenie powództwa.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

Powód H. M. został znaleziony w swoim mieszkaniu jak leżał i był nieprzytomny, „jak go ruszyli, tzn. sąsiad ruszył go, to trochę się ocknął”. Powód przewrócił się u siebie w domu, mieszkał sam. Nie wiadomo jak długo powód leżał, około 2 dni.

Zadzwoniono po pogotowie i pogotowie zabrało powoda do szpitala. Powód został przyjęty do pozwanego szpitala na oddział chirurgiczny w trybie pilnym w dniu 29 sierpnia 2015 r. i dalej „działo się tak jak jest w dokumentacji,,.

Następca prawny powoda, syn J. M. nie widział powoda ponad tydzień przed zdarzeniem. Następca prawny zmarłego powoda J. M. wyjechał na tydzień na wczasy. W piątek wyjechał z dziećmi i wnukami, a powód się przewrócił we wtorek lub środę, kiedy go nie było. Zmarły powód nie miał łazienki, przychodził się kąpać do wanny do syna J. M., ponieważ miał tylko ubikację, sam dbał o czystość. Był bałaganiarzem.

(dowód: zeznania J. M. k. 167-168 minuty 00;05;31-00;47;29, k. 359 minuty 00;03;49-00;11;48)

Powód został przyjęty do pozwanego szpitala na oddział chirurgiczny w dniu 29 sierpnia 2015 r. o godzinie 15:38 w stanie ciężkim, **po ciągu alkoholowym, brudny, zanieczyszczony, bez kontaktu**. Powód był po ok. 2-tygodniowym ciągu alkoholowym, był posiniaczony, zaniedbany higienicznie, śmierzdzący.

Jeszcze w tym dniu o godzinie 17:15 przystąpiono do zabiegu operacyjnego. Badanie Tomografii Komputerowej głowy wskazywało obecność ogromnego krwiaka przymózgowego po stronie prawej dającego ucisk na mózg (tzw. efekt masy) ze skrajnym uciśnięciem prawej półkuli mózgu i struktur centralnych mózgu (górną część pnia mózgu) na stronę lewą. Pacjent w obrazie badania komputerowego miał zespół ciasnoty śródczaszkowej, półkula od strony krwiaka była wciśnięta pod sierp mózgu, komory mózgu były pozaciskane, nie było rezerwy płynowej wokół mózgu, tzn. że rezerwowa przestrzeń śródczaszkowa została całkowicie wyczerpana przez krwiak i że w najbliższym czasie, tj. w ciągu kilku najbliższych godzin nastąpi tzw. wgłowienie mózgu do któregoś z otworów czaszki i pacjent wkrótce umrze.

W związku z powyższym pacjent nie mógł być w sposób bezpieczny transportowany do ośrodka neurochirurgicznego, bo to opóźniłoby interwencję o co najmniej 2 h, potrzebne na czas przewozu, czas diagnostyki w nowym ośrodku i czas przygotowania sali operacyjnej i dlatego dr R. K. (1) uznał, że niezbędne jest natychmiastowe wkroczenie chirurgiczne i usunięcie krwiaka i odbarczenie mózgu. Chodziło o doraźne uratowanie życia pacjenta.

Zabieg operacyjny musiał być wykonywany w trybie pilnym.

Dr R. K. (1) posiada specjalizację z neurotraumatologii, czyli z urazówki centralnego układu nerwowego i tematem jego doktoratu było leczenie urazów czaszkowo mózgowych, czyli dokładnie tego, co występowało u J. M..

Nie zakłada drenaży ssących, zakłada drenaż bierny. Stosuje taki dren jak R., ale nie podłącza go do urządzenia ssącego. Pacjent miał założone gumowe saszki przez dr R. K.. Zakłada się je po to, aby to co pozostało w głowie wydaliło się na zewnątrz, aby nie zalegało, tylko odpływało. To nie jest typowy drenaż ssący, tylko jest to butelka i siła grawitacji. Butelka nazywa się R., jest to standardowa procedura, w szpitalu w B. zakłada się to w 99 % przypadków.

Przy krwiniakach przewlekłych trwających długi czas, tak jak było to u H. M., nawet po usunięciu krwiaka mózg się nie rozpręża. Spowodowane jest to zbyt długim naciskiem na tkankę mózgową.

Z pierwszego badania tomografii komputerowej, jeszcze **przed operacją** wynika że jest zapalenie wyrostka sutkowatego po stronie prawej, tam gdzie był krwiak, czyli **już była jakaś infekcja**. Lekarze podają antybiotyki i przy operacji i przy drenażu.

Zabieg był wykonany ze wskazań życiowych, przy ciężkim uszkodzeniu uciśniętego mózgu i wobec zagrażającego zgonu. Powód nie mógł być w tym stanie zdrowia (zagrożenia życia) transportowany do najbliższego ośrodka zdrowia, który w swej strukturze posiada oddział neurochirurgiczny.

(dowód: zeznania świadka J. J. k. 254-255 minuty 00;27;09-00;42;24, zeznania świadka R. K. (1) k. 257-258 minuty 00;01;14-00;19;00, dokumentacja medyczna k. 13-65, k. 113-164, k. 177-245, k. 247-252)

W pozwanym szpitalu działa Zespół (...), działał on także podczas pobytu powoda w szpitalu. Zespół ten podejmuje działania mające na celu monitorowanie zakażeń szpitalnych, ustalanie źródła i dróg szerzenia się zakażeń szpitalnych, podejmowaniem skoordynowanych, natychmiastowych działań mających na celu lokalizację i przerywanie ewentualnych dróg transmisji zakażeń oraz zmniejszaniem do minimum ryzyka dla pozostałych pacjentów i personelu. Zespół nadzoruje przestrzeganie procedur zapewniających ochronę przed zakażeniami szpitalnymi oraz pełni nadzór nad procesami sterylizacji, dezynfekcji i dezynsekcji, a także nad stanem sanitarno-epidemiologicznym komórek organizacyjnych szpitala, nad segregacją i usuwaniem odpadów medycznych i szkoleniem personelu w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych. Wszystkie procedury w pozwanym Szpitalu są przestrzegane.

Podczas pobytu H. M. w (...) Szpitalu Wojewódzkim im. (...) w P., działał Zespół (...) na podstawie art. 14 punkt 1 i art. 15 punkt 1 i 2 obowiązującej Ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570). Zespół ten podejmował i podejmuje działania zgodnie ze swoimi zadaniami mającymi na celu monitorowanie zakażeń szpitalnych, ustalaniem źródła i dróg szerzenia się zakażeń szpitalnych, podejmowaniem skoordynowanych, natychmiastowych działań mających na celu lokalizację i przerywanie ewentualnych dróg transmisji zakażeń oraz zmniejszeniem do minimum ryzyka dla pozostałych pacjentów i personelu. Zespół (...) opracował, wprowadził nowe procedury, instrukcje, uaktualnia już obowiązujące.

Zespół (...) nadzorował i nadzoruje przestrzeganie procedur zapewniających ochronę przed zakażeniami szpitalnymi oraz nadzór nad procesami sterylizacji, dezynfekcji i dezynsekcji, nadzór nad stanem sanitarno-epidemiologicznym komórek organizacyjnych Szpitala, nadzór nad segregacją i usuwaniem odpadów medycznych, szkoleniem personelu w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych. Zespół (...) przeprowadza kontrole wewnętrzne komórek organizacyjnych Szpitala.

W wyniku pracy Zespołu personel przestrzega standardów, procedur higieny, instrukcji podczas procesów diagnostycznych, leczniczych i pielęgnacyjnych. Wszystkie iniekcje oraz materiał do badań pobierany jest sprzętem jednorazowego użytku. W kontakcie z pacjentem używane są przez personel rękawiczki jednorazowego użytku. Przed kontaktem z kolejnym pacjentem personel zmienia rękawiczki, myje i dezynfekuje ręce.

W Szpitalu są ściśle przestrzegane zasady dezynfekcji i sterylizacji. Narzędzia wielorazowego użytku poddawane są sterylizacji w autoklawach parowych i autoklawie na tlenek etylenu. Wewnątrz każdego opakowania: torebki, rękawa, pakietu, zestawu umieszczony jest wskaźnik chemiczny paskowy liniowy przeznaczony do odpowiedniego rodzaju sterylizacji parą wodną lub sterylizacji tlenkiem etylenu.

Dowód na skuteczną sterylizację narzędzi użytych do przeprowadzenia zabiegu operacyjnego u pacjenta znajduje się w Historii Choroby, są to wskaźniki chemiczne paskowe liniowe. W Protokole pielęgniarstwa operacyjnego znajdują się przyklejone metryczki z opakowań jednorazowych.

(dowód: zeznania świadka M. C. k. 254 minuty 00;20;54-00;27;00, pismo z dnia 25.01.2017 r. k. 113-114, pismo protokoły skuteczności sterylizacji Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych, protokoły kontroli k.115-164, dokumentacja medyczna k. 13-65, k. 113-164, k. 177-245, k. 247-252)

U H. M. nie wystąpiło powikłanie, które wskazywałoby na wystąpienie ropnia.

H. M. doznał **urazu głowy**, który wstępnie został rozpoznany w Szpitalu im. (...) jako: Krwiak podostry przymózgowy prawej półkuli mózgu. W dniu 29.08.2015 r. wykonano zabieg operacyjny, rodzaj zabiegu: K. skroniowa i ciemieniowa prawostronna. Usunięcie częściowo zhemolizowanego krwiaka podtwardówkowego. Drenaż przestrzeni podtwardówkowej.

Zmarły powód podczas pobytu na Oddziale Intensywnej Terapii w okresie 13.10.2015r. - 23.10.2015r. otrzymywał leczenie przeciwbakteryjne: stosowano B. i M..

W dniu 05.10.2015 badanie rtg klatki piersiowej wykazało ustępujące zmiany zapalne w płucu lewym.

W dniach 17.10.2015r. i 22.10.2015r. stwierdzono wyciek wodnistego płynu przy ścianie drenu. Dren usunięto, zdjęto szwy skórne i założono opatrunek uciskowy.

U powoda wykonano szereg badań Tomografii Komputerowej (29.08.2015, 31.08.2015, 07.10.2015, 19.10.2015, które nie wykazały pewnych cech istnienia ropnia śródczaszkowego.

Badania bakteriologiczne wykonano z dróg oddechowych (badań z wydzieliny około drenu brak) w dniu 13.10.2015 roku - wyhodowano E. cloacae, wymaz z odbytu wykazał obecność K. pneumoniae.

Rutynowe badania laboratoryjne nie wykazywały cech istnienia zakażenia ropnego.

Brak jest w aktach sprawy informacji, które pozwoliłyby rozpoznać u H. M. ropień mózgu. W badaniu komputerowym z dnia 27.10.2015 (k. 244) zaznaczono jedynie stan po reszkowym, spinkowym ropniu ze znakiem zapytania. Aby do tego nie doszło w szpitalu działa Zespół (...) nadzorujący stosowanie odpowiednich procedur jak:

- bardzo ściśle procedury Sanitarно- Higieniczne obowiązujące w każdym szpitalu (odpowiednia sterylizacja, zasady postępowania przy zabiegach chirurgicznych).

- zastosowano profilaktycznie antybiotyki o szerokim spektrum działania.

Stwierdzenie bakterii w/w w drogach oddechowych oraz odbyte nie ma nic wspólnego z ewentualnym błędem w sztuce lekarskiej i nieprawidłowościach leczenia. **Bakterie te mogą występować u zdrowych ludzi nie powodując objawów klinicznych.**

(dowód: opinia biegłego sądowego dr A. B. k. 266-267, uzupełniająca opinia biegłego k. 288-289)

W leczeniu neurochirurgicznym i neurotraumatologicznym zmarłego powoda nie doszło do błędu w sztuce lekarskiej.

Zmarły powód H. M. przywieziony do szpitala był po ciągu alkoholowym, był posiniaczony, śmierdzący, wyjątkowo zaniedbany higienicznie. W badaniach CT głowy poza krwakiem opisywane są także „stany zapalne w wyrostkach sutkowatych, uszach środkowych i zatokach, głównie szczękowej prawej.

Wszystko to wskazuje na toczący się dużo wcześniej proces zapalny i związane z tym zakażenie, które nie musiało powstać w szpitalu, ale w wyniku osłabienia organizmu i zastosowanie drenażu ułatwiło rozwój infekcji. Działania lekarza operującego pacjenta H. M. były prawidłowe. Miał on pełne prawo do wykonania tego rodzaju zabiegu i wykonał go zgodnie ze sztuką.

Pozwany szpital wykazał się wyjątkową wręcz starannością i dbałością o pacjenta, co wyraża się chociażby wielokrotnymi badaniami CT głowy, które monitorowały stan wewnątrzczaszkowy. W badaniu z dnia 22.09.2015r. zdiagnozowano praktycznie całkowite usunięcie krwaka i brak przesunięć struktur wewnątrzczaszkowych. Wobec pogorszenia stanu neurologicznego wykonano w dniu 07.10.2015r. kolejne kontrolne badanie CT głowy, w którym stwierdzono ponowne poszerzenie przestrzeni podtwardówkowej. Pacjent został prawidłowo zakwalifikowany do operacji, a nawet konsultowany w tym zakresie przez specjalistę neurochirurgii lek. J. J.. Ś. okazało się, że wraz z krwakiem pojawiła się treść ropna, co w przypadku leczonego przewlekle chorego w starszym wieku, skrajnie zaniedbanego higienicznie, z toczącym się procesem zapalnym w organizmie, a w dodatku czynnego alkoholika z ciągami alkoholowymi, jest wliczone w ryzyko okołoperacyjne.

W badaniu CT głowy z dnia operacji i w badaniach kontrolnych widoczne są znacznego stopnia zaniki korowo-podkorowe, typowe dla alkoholików i osób w starszym wieku. Jeśli w ogóle obecne były zmiany charakterologiczne, nie miały one związku z przeprowadzonym leczeniem neurochirurgicznym krwaka przymózgowe go, ale z wiekiem i chorobą alkoholową skutkującą toksycznym uszkodzeniem (...).

W przypadku powoda nie doszło do wytworzenia „ropnia”. Można mówić jedynie o ropniaku, czyli zainfekowaniu przewlekłego krwaka przymózgowego. Etiologia tego ropniaka była związana z toczącym się w organizmie H. M. procesem zapalnym, skrajnie złym stanem higienicznym, związanym z tym osłabieniem organizmu, oraz z zastosowaniem drenażu przestrzeni podtwardówkowej, co ułatwiło rozwój infekcji poprzez kontakt przestrzeni zewnątrzczaszkowej z wewnątrzczaszkową. Drenaż taki jest standardowym postępowaniem, a związane jest z nim ryzyko infekcji. W przypadku opisywanego stanu przedmiotowego H. M. było znacznie większe niż przeciętnie z powodów wskazanych wyżej.

U zmarłego powoda nie zastosowano „drenażu ssącego R.”, a jedynie drenaż bierny, grawitacyjny, oparty na swobodnym wypływie treści bez stosowania podciśnienia.

Zastosowany drenaż nie spowodował u zmarłego powoda „uszkodzenia mózgu”. Przeczą temu obrazy CT głowy wskazujące na położenie drenu. Dywagacje na temat „ssącego drenażu” nie wnoszą nic do sprawy, bo nie doszło do mechanicznego uszkodzenia mózgu, co ewidentnie potwierdzają obrazy CT głowy.

W wyniku działań medycznych wykonywanych w pozwanym szpitalu wobec H. M., nie powstał uszczerbek na zdrowiu. Wręcz przeciwnie, przeprowadzony zabieg uratował powodowi życie.

(dowód: opinia biegłego sądowego z zakresu neurochirurgii k. 321-323)

Sąd dokonał następującej oceny materiału dowodowego:

Sąd postanowił oddalić wniosek pełnomocnika pozwanego o dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego z zakresu neurochirurgii ponieważ opinia biegłego jest pełna, wnioski uzasadnione, biegły przekonująco i merytorycznie uzasadnił swoje stanowisko i wniosek ten jedynie zmierzał do przedłużenia postępowania. Brak było również podstaw do wyłączenia biegłego, bowiem pełnomocnik powoda nie wskazał na żadne uzasadnione okoliczności co do bezstronności biegłego. Biegły jedynie odniósł się do podstawy faktycznej żądań wobec pozwanego Szpitala wskazanej w pozwie a następnie przez następcę prawnego zmarłego powoda.

Jak wskazywał Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 5 listopada 1974 r. I CR 562/74 (LEX 7607) samo niezadowolone strony z opinii biegłego nie uzasadnia powołania innego biegłego. Podobnie wskazano w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 18 lutego 1974 r. II CR 5/74: "Okoliczność, że opinia biegłych nie ma treści, odpowiadającej stronie, zwłaszcza gdy wypowiadało się kilka kompetentnych pod względem fachowym zespołów biegłych, nie może uzasadniać przeprowadzenia dowodu z opinii dalszych biegłych. Za nieuzasadnione należy uznać stanowisko, według którego nie wolno zaniechać przeprowadzenia dowodu z opinii dalszych biegłych, jeżeli dotychczas opracowane opinie biegłych nie dają podstaw do rozstrzygnięcia sprawy w sensie twierdzonym przez stronę. Odmienne stanowisko oznaczałoby, bowiem przyjęcie, że należy przeprowadzić dowód z wszelkich możliwych biegłych, by się upewnić, czy niektórzy z nich nie byłoby takiego zdania, jak strona". LEX nr 7407. Nie można przyjąć, iż sąd zobowiązany jest dopuścić dowód z kolejnych biegłych w każdym przypadku, gdy złożona opinia jest niekorzystna dla strony (zob. wyrok SN z dnia 15 lutego 1974 r., II CR 817/73, LEX nr 7404; wyrok SN z dnia 18 lutego 1974 r., II CR 5/74, Biul. SN 1974, Nr 4, poz. 64; wyrok SN z dnia 15 listopada 2001 r., II UKN 604/00, PPIPS 2003, Nr 9, poz. 67). Potrzeba powołania innego biegłego powinna zatem wynikać z okoliczności sprawy, a nie z samego niezadowolenia strony z dotychczasowej złożonej opinii - por. wyrok SN z dnia 5 listopada 1974 r., I CR 562/74, LEX nr 7607; uzasadnienie wyroku SN z dnia 4 sierpnia 1999 r., I PKN 20/99, OSNAPiUS 2000, Nr 22, poz. 807; uzasadnienie wyroku SN z dnia 10 stycznia 2001 r., II CKN 639/99, LEX nr 53135. Przy czym potrzebą taką nie może być przeświadczenie strony, że dalsze opinie pozwolą na udowodnienie korzystnej dla strony tezy (por. wyrok SN z dnia 27 czerwca 2001 r., II UKN 446/00, OSNAPiUS 2003, Nr 7, poz. 182).

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Powództwo nie zasługiwało na uwzględnienie. Brak jest podstaw przypisania personelowi pozwanego Szpitala działań bądź zaniechań skutkujących powstaniem szkody u powoda.

W świetle w/w okoliczności faktycznych odpowiedzialność pozwanego 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 i renty jest art. 415 KC, art. 445 § 1 KC w zw. z art. 444 § 1 KC, a ustalenia odpowiedzialności art. 189 KPC.

Przesłankami odpowiedzialności Szpitala są więc: powierzenie na własny rachunek wykonania czynności podwładnemu, zawiniony czyn niedozwolony podwładnego, szkoda wyrządzona przy wykonywaniu powierzonej 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. 415kc), 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 pozwanego za szkodę powstałą u powoda konieczne było wykazanie bezprawności działania lub zaniechania, winy podwładnego (personelu medycznego Szpitala (...) w R.) oraz istnienie związku przyczynowego pomiędzy wykazanim zaniedbaniem a szkodą w postaci uszczerbku na zdrowiu. Powód wskazywał na uszkodzenie mózgu.

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 pozwanego.

Zły stan zdrowia nie przesądza automatycznie o winie personelu prowadzącego powoda przez cały pobyt w szpitalu czy wykonującego operacje, a zatem o odpowiedzialności pozwanego. Każda operacja jest procesem obciążonym naturalnym ryzykiem wystąpienia powikłań.

Zabieg operacyjny u zmarłego powoda został przeprowadzony w dniu 29.08.2015 r. zgodnie z zasadami sztuki neurochirurgicznej. Bezpośrednio po zabiegu pacjent został przeniesiony do Oddziału Intensywnej (...), gdzie był codziennie badany przez lekarzy specjalistów: z anestezjologii, chirurgii oraz neurochirurgii. Na kontrolnym badaniu Tomografii Komputerowej głowy z dnia 31.08.2015 r. widać, że krwiniak został ewakuowany prawie w całości. Dalsze leczenie prowadzone standardowo zgodnie z zasadami dla pacjentów zaintubowanych.

Zarzut z pozwu o dokonaniu błędu w sztuce medycznej przez zespół operacyjny jest zupełnie nieuzasadniony. Zabieg operacyjny był przeprowadzony na pacjencie **już z uszkodzonym mózgiem** i znajdującym się w stanie zagrożenia życia. Wygląd pacjenta wskazywał na jego alkoholizm, wyniszczenie, zaniedbanie i przebyte liczne urazy. Równocześnie założenie drenażu ssącego R. jest postępowaniem standardowym pozwalającym na ewakuowanie się pozostałej ilości krwi, ropnia lub powietrza. Jego zastosowanie nie jest błędem w sztuce lekarskiej.

W dniu przeprowadzonej operacji w żadnym stopniu nie doprowadzono do uszkodzenia półkuli mózgu, a wręcz życie pacjenta zostało uratowane. Została odbarczona życiowo ważna struktura centralna podwzgórza mózgu. Kontrolne badanie Tomografii Komputerowej głowy z dnia 31.08.2015 r. wykazuje znaczną poprawę radiologiczną, a nie pogorszenie lub uszkodzenie pooperacyjne mózgu.

Powstały „zawał mózgu” prawej półkuli jest następstwem przewlekłego krwiniaka podtwardówkowego nad prawą półkulą mózgu. **Nie jest to powikłanie pooperacyjne.**

Rutynowe badania laboratoryjne **nie wykazywały cech istnienia zakażenia ropnego.**

Pełnomocnik powoda wskazał na błąd w sztuce lekarskiej w postaci „zastosowania drenażu ssącego R.”, mającego być - według pełnomocnika powoda - „niedopuszczalnym przy drenowaniu przestrzeni podtwardówkowej”.

Z zebranego materiału nie wynika, aby zastosowano „drenaż ssący”, a stosowanie drenu R. jest jak najbardziej możliwe w ewakuacji treści podtwardówkowej. Wybór drenu należy do operatora, zastosowano drenaż grawitacyjny prawidłowo.

Brak jest w aktach sprawy informacji, które pozwoliłyby rozpoznać u H. M. ropień mózgu. W badaniu komputerowym z dnia 27.10.2015 (k. 244) zaznaczono jedynie stan po resztkowym, spinkowym ropniu ze znakiem zapytania. Aby do tego nie doszło w szpitalu działa Zespół (...) nadzorujący stosowanie odpowiednich bardzo ścisłych procedur Sanitarno - Higienicznych obowiązujących w każdym szpitalu (odpowiednia sterylizacja, zasady postępowania przy zabiegach chirurgicznych). Z zebranego w sprawie materiału dowodowego wynika, że procedury te były przestrzegane. Zastosowano wobec zmarłego powoda również profilaktycznie antybiotyki o szerokim spektrum działania.

Jak wynika z opinii biegłego stwierdzenie bakterii w drogach oddechowych oraz odbycie (Badania bakteriologiczne wykonano z dróg oddechowych w dniu 13.10.2015 roku - wyhodowano E. cloacae, wymaz z odbytu wykazał obecność K. pneumoniae) nie ma nic wspólnego z ewentualnym błędem w sztuce lekarskiej i nieprawidłowościach leczenia. Bakterie te mogą występować u zdrowych ludzi nie powodując objawów klinicznych. **Brak jest badań z wydzieliną około drenu.**

Powód w chwili przyjęcia do szpitala był tak zaniedbany higienicznie i miał wycieńczony organizm, że bakterie te mogły występować jeszcze przed przyjęciem do szpitala. Powód przynajmniej dwa dni leżał w mieszkaniu nim został znaleziony. Syn zmarłego powoda, jego następca prawny nie widział ojca ponad tydzień przed zabraniem do szpitala. Z zeznań świadka R. K. (1) i z zapisów pielęgniarskich wynika wyjątkowe zaniedbanie higieniczne operowanego H. M.. W badaniach CT głowy przed operacją poza krwiniakiem opisywane są także „stany zapalne w wyrostkach sutkowatych, uszach środkowych i zatokach, głównie szczękowej prawej”. Etiologia ropniaka była związana z toczącym się w

organizmie H. M. procesem zapalnym, skrajnie złym stanem higienicznym, związanym z tym osłabieniem organizmu, oraz z zastosowaniem drenażu przestrzeni podtwardówkowej, co ułatwiło rozwój infekcji poprzez kontakt przestrzeni zewnątrzczaszkowej z wewnątrzczaszkową. Stan zapalny był już przed przyjęciem do szpitala.

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.

Trzeba jednak, zgadzając się z konkluzją, że ciężar dowodu przesłanek odpowiedzialności obciąża powoda, 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 powódki 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 powódki 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 powód powinien wykazać jedynie to, że do zakażenia powoda doszło podczas jego 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 powoda.

Powodowi uratowano życie w pozwanym Szpitalu, personel medyczny niczego nie zaniedbał.

Mając na uwadze powyższe ustalenia i rozważania, a przede wszystkim brak zawinionego działania personelu medycznego (błędu w sztuce lekarskiej) oraz brak związku przyczynowego między działaniem medyków a powstałą szkodą, Sąd nie uwzględnił roszczenia powoda oddalając powództwo w całości.

Zgodnie z treścią art. 83 ust 2 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz.U. Nr 167, poz. 1398 ze zm.) w orzeczeniu kończącym postępowanie w sprawie sąd orzeka o poniesionych tymczasowo przez Skarb Państwa wydatkach, stosując odpowiednio przepisy art. 113.

Zgodnie z treścią art. 113. 1. w/w ustawy kosztami sądowymi, których strona nie miała obowiązku uiścić lub których nie miał obowiązku uiścić kurator albo prokurator, sąd w orzeczeniu kończącym sprawę w instancji obciąży przeciwnika, jeżeli istnieją do tego podstawy, przy odpowiednim zastosowaniu zasad obowiązujących przy zwrocie kosztów procesu.

2. Koszty nieobciążające przeciwnika sąd w orzeczeniu kończącym sprawę w instancji nakazuje ściągnąć z roszczenia zasądzonego na rzecz:

1) strony, której czynność spowodowała ich powstanie;

2) strony zastąpionej przez kuratora lub

3) osoby, na której rzecz prokurator wytoczył powództwo lub zgłosił wniosek o wszczęcie postępowania.

3. Koszty sądowe, których nie miał obowiązku uiścić kurator, sąd może nakazać ściągnąć z innego majątku strony zastąpionej przez kuratora.

4. W wypadkach szczególnie uzasadnionych sąd może odstąpić od przewidzianego w ust. 2 i 3 obciążenia kosztami.

5. Przepisu ust. 2 nie stosuje się do opłat, których nie miał obowiązku uiścić Skarb Państwa.

Na podstawie art. 113 ust 2 pkt 4 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych Sąd nie obciążył przegrywającej proces strony powodowej kosztami sądowymi.

O kosztach postępowania Sąd orzekł na podstawie art. 98 kpc zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik postępowania i zasądził od strony powodowej na rzecz pozwanego koszty obejmujące wynagrodzenie zawodowego pełnomocnika w kwocie 5400zł i opłatę od pełnomocnictwa w kwocie 17zł. Wnoszenie bezzasadnego powództwa, zarówno w zakresie okoliczności faktycznych jak i wysokości dochodzonej kwoty, przeciwstawia się zastosowaniu art. 102 KPC wobec strony powodowej w stosunku do kosztów zastępstwa procesowego strony pozwanej w postępowaniu przed sądem pierwszej instancji. Ewentualna sama trudna sytuacja materialna strony powodowej, bez wystąpienia jednej z pozostałych przesłanek zastosowania art. 102 KPC, nie uzasadnia zwolnienia jej od zwrotu kosztów zastępstwa drugiej stronie, które winna ponieść stosownie do podstawowej - w zakresie orzekania o kosztach procesu - zasady odpowiedzialności za wynik sprawy. J. M. pracuje, pozostaje w gospodarstwie domowym z żoną, która też ma stałe wynagrodzenie ze stosunku pracy, poza tym jest właścicielem kilku nieruchomości.