

UZASADNIENIE

Pozwami z dnia 29 grudnia 2017 roku oraz 12 stycznia 2018 roku E. D., K. S. i R. S. wystąpili przeciwko pozwanemu Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej (...) Centrum Onkologii i Traumatologii (...) w Ł. i (...) Spółce Akcyjnej w W. o zadośćuczynienie, odszkodowanie i rentę w związku ze śmiercią J. S.. W szczególności E. D. wniosła o zapłatę kwot: 80.000 zł tytułem zadośćuczynienia i 20.000 zł tytułem odszkodowania za znaczne pogorszenie sytuacji życiowej po śmierci jej partnera, zaś K. S. wniosła o zapłatę kwot: 80.000 zł tytułem zadośćuczynienia, 20.000 zł tytułem odszkodowania za znaczne pogorszenie sytuacji życiowej oraz po 500 zł miesięcznie tytułem renty po śmierci jej ojca. Powodowie wskazali, że dochodzone kwoty związane są z błędem medycznym, do którego doszło w dniu 22 – 23 stycznia 2013 roku po przyjęciu J. S. do Szpitala im. (...) w Ł., gdzie mimo objawów sepsy u pacjenta nie wdrożono prawidłowego postępowania diagnostyczno – terapeutycznego, w szczególności nie włączono antybiotykoterapii, resuscytacji płynowej i nie monitorowano podstawowych czynności życiowych (pозew, k. 2 – 12 oraz k. 3 – 15 akt I C 73/18).

W odpowiedzi na pozew obaj pozwani wniesli o oddalenie powództwa podnosząc, że w postępowaniu szpitala nie doszło do błędów medycznych, czynności podjęte w szpitalu nie pozostawały w związku przyczynowym ze śmiercią J. S., ponieważ trafił on do szpitala w tak zaawansowanym i zaniedbanym procesie zapalano ropnym w obrębie obu goleni, że uniemożliwione zostało skuteczne leczenie (odpowiedź na pozew, k. 92 – 97 i 13 – 105 oraz k. 74 – 76 i 314 akt I C 73/18).

Postanowieniem z dnia 10 lipca 2018 roku obie sprawy zostały połączone do wspólnego rozpoznania i rozstrzygnięcia (postanowienie, k. 515 akt I C 73/18).

Postanowieniem z dnia 1 marca 2022 roku postępowanie w stosunku do R. S. zostało zawieszona z dniem 14 lipca 2021 roku z uwagi na jego śmierć (postanowienie, k. 776).

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

Od czerwca 2012 roku J. S. leczył się w poradni reumatologicznej z powodu zespołu metabolicznego, dny potwornej i hipertrójglicydemii. Zgłosił się do poradni z powodu utrzymujących się od 2009 roku owrzodzeń podudzi. W dniach 16 – 18 maja i 11 – 13 lipca 2012 roku był hospitalizowany na Oddziale Nefrologicznym Szpitala im. (...) w Ł. z rozpoznaniem: dna moczanowa, owrzodzenia goleni, nadciśnienie tętnicze, otyłość, białkomocz (okoliczności bezsporne: dokumentacja medyczna, k. 159 – 610).

W dniu 22 stycznia 2013 roku do J. S. dwukrotnie wzywano pogotowie ratunkowe. Pierwsze wezwanie miało miejsce o godzinie 17.35 z powodu osłabienia, nadmiernej potliwości, zawrotów głowy i bólu nogi prawej. Pacjent poinformowany o możliwości bezpośredniego zagrożenia życia nie wyraził zgodę na przewiezienie do szpitala

Drugie wezwanie miało miejsce o godzinie 19.30 z powodu drętwienia ręki, wymiotów, biegunki, omdlenia. J. S. przewieziony został do Szpitala im. (...) w Ł., gdzie o godzinie 20.50 przyjęto go na Szpitalny Oddział Ratunkowy. Chory trafił do szpitala w głębokiej zapaści krążeniowo – naczyniowej, o czym świadczyły cechy odwodnienia (opinia (...) Uniwersytetu Medycznego w K., k. 44 – 47 w zw. z k. 706).

W tym czasie, to jest w okresie przed przyjęciem do szpitala oraz na izbie przyjęć, prawdopodobnie rozwijał się już u pacjenta wstrząs septyczny (opinia (...) Uniwersytetu Medycznego w K., k. 706).

W Szpitalnym Oddziale Ratunkowym przeprowadzono konsultację lekarską z oddziału chirurgii naczyniowej i ogólnej. Przeprowadzono badania laboratoryjne i USG, a o godzinie 3.07 pacjenta przeniesiono do oddziału chirurgicznego (opinia (...) Uniwersytetu Medycznego w K., k. 47 – 49 w zw. z k. 706).

W oddziale chirurgicznym stan pacjenta był już ciężki. Wdrożono diagnostykę, wykluczając obecność przepukliny w pachwinie i na udzie prawym, wykluczając niedrożność przewodu pokarmowego i chorobę zapalną jamy brzusznej. Konsultowano wpływ owrzodzeń kończyn na stan pacjenta. O godzinie 8.45 odbyła się konsultacja anestezjologiczna, a o godzinie 9.17 nefrologiczna z powodu gwałtownego pogorszenia stanu ogólnego, zaburzeń oddychania i hipotonii. Od godziny 8.50 z uwagi na zatrzymanie oddechu i krążenia pacjent był reanimowany. Śmierć J. S. nastąpiła o godzinie 9.25 (opinia (...) Uniwersytetu Medycznego w K., k. 49 – 53 w zw. z k. 706).

Przyczyną śmierci J. S. była ostra niedomoga krążeniowo – oddechowa w przebiegu wstrząsu septycznego, którego punktem wyjścia były rozległe owrzodzenia i ropowica na kończynach dolnych. Na te schorzenia nałożyła się ostra infekcja żołądkowo – jelitowa o nieustalonej etiologii, dająca burzliwe objawy (wymioty, biegunka i odwodnienie), co destabilizowało pacjenta hemodynamicznie, pogarszając krążenie obwodowe w zakresie kończyn dolnych i prowadząc do ostrej niewydolności nerek. Taki złożony patomechanizm i sekwencja rozwijających się dynamicznie objawów choroby doprowadziły do zgonu chorego. Anergia była dodatkowym czynnikiem niekorzystnym i pogarszającym rokowania. Pierwotne rozpoznanie przepukliny pachwinowej, z którym pacjent został przyjęty do szpitala nie zostało natomiast potwierdzone (protokół sekcji zwłok, k. 25 – 31; opinia (...) Uniwersytetu Medycznego w K., k. 55 – 56 w zw. z k. 706).

Postępowanie lekarzy Szpitala im. (...) w Ł. nie było prawidłowe. Zasadniczy błąd popełniono przy przyjęciu chorego do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego. Niewłaściwa ocena skutkowałą kilkugodzinnym opóźnieniem w przyjęciu pacjenta na oddział szpitalny, przy czym wskazany winien być oddział chorób wewnętrznych. Pacjent nie wymagał leczenia na oddziale chirurgicznym. Wyjściowy stan pacjenta był ogólnie ciężki, z objawami rozwijającego się wstrząsu septycznego, zagrażającego życiu. Mimo to nie zintensyfikowano działań zmierzających do ustalenia prawidłowego i pełnego rozpoznania choroby. Brakowało ciągłego i stałego monitorowania parametrów życiowych, nie prowadzono bilansu płynów. Zdecydowanie za późno włączono antybiotyk. Mimo uzyskanych wyników badań laboratoryjnych (CRP) niedostatecznie ustosunkowano się do tego faktu klinicznie (opinia (...) Uniwersytetu Medycznego w K., k. 56 – 60 w zw. z k. 706).

Nawet jednak, gdyby zachowanie lekarzy było prawidłowe, rokowanie pacjenta było w tym wypadku złe, a szanse terapeutyczne niewielkie, rozpatrywane bardziej w aspekcie rozważań teoretycznych, aniżeli realnych możliwości wdrożenia skutecznych procedur terapeutycznych. Współistnienie przewlekłych i zaawansowanych procesów chorobowych, w połączeniu z istnieniem szeregu powikłań narządowych i zaburzeń układowych, cechy anergii organizmu i złożoność mechanizmu obrazu chorobowego ograniczały w sposób bardzo poważny skuteczną realizację procesu terapeutycznego i były zdecydowanie niekorzystne. Nawet podjęcie prawidłowych decyzji terapeutycznych nie skutkowałoby istotnym zwiększeniem szans leczniczych, a zatem ryzyko niekorzystnego skutku byłoby równie wysokie. **Nieuprawnionym jest zatem twierdzenie, że uchybienia w postępowaniu lekarzy pozostawały w bezpośrednim związku przyczynowym ze zgonem J. S.** . Zgon ten był konsekwencją narastającej niewydolności krążeniowo – oddechowej z zaburzeniami układowymi w złożonym mechanizmie. Realne możliwości wdrożenia skutecznego leczenia były bardzo ograniczone. Uchybienia były jedynie dodatkowym elementem jeżeli rozpatrywać rokowanie i szanse terapeutyczne. Szacując realne szanse terapeutyczne i zważając na istniejące poważne obciążenia trudno wywieść tezę o narażeniu pacjenta na niebezpieczeństwo utraty życia w sposób bezpośredni, a jedynie o narażeniu potencjalnym i pośrednim, jakkolwiek również w niewielkim stopniu. Szansa J. S. na przeżycie, nawet przy prawidłowym postępowaniu lekarzy, była mała, poniżej 10%. (opinia (...) Uniwersytetu Medycznego w K., k. 60 – 63 w zw. z k. 706).

Zaniechania w działaniach lekarzy były czynnikiem niekorzystnym, ale nie przyczyniły się do zgonu pacjenta (opinia (...) Uniwersytetu Medycznego w K., k. k. 707).

Zmiany chorobowe, które występowały u J. S. w chwili przyjęcia do szpitala, nie były zmianami, które pojawiły się w ciągu jednego dnia. Nie wiadomo, jakie działania podejmował lub nie podejmował pacjent w celu dbałości o własne zdrowie. Przy przyjęciu pacjent był zaniedbany ze strony zależnej głównie od niego samego, miał bowiem zmiany sączące się na kończynach dolnych, co wskazuje na nie podejmowanie działań w celu zapobieżenia takim skutkom.

Ma to znaczenie, ponieważ wskazuje, że był to pacjent nie bardzo dbający o swoje zdrowie. Przypisywanie skutków jedynie podejmowanym działaniom lekarskim w sytuacji, w której pacjent przy przyjęciu do szpitala jest już w stanie terminalnym pacjenta, nie może być dokonane bez uwzględnienia wcześniejszych działań. Właściwie leczona dna moczanowa nie powinna prowadzić do takiego stanu (opinia (...) Uniwersytetu Medycznego w K., k. k. 707).

W związku ze śmiercią J. S. u E. D. i K. S. rozwinęła się prawidłowa i niepowikłana reakcja żałoby. Żadna z powódek nie doznała zaburzeń nerwicowych, ani nie wymagała leczenia (opinia biegłego psychiatry, k. 620).

Powyższy stan faktyczny sąd ustalił na podstawie wskazanych wyżej dowodów. W szczególności sąd oparł się na przeprowadzonej w sprawie karnej i uzupełnionej w toczącym się postępowaniu opinii instytutu naukowo – badawczego, która to opinia była spójna i konsekwentna, zarówno w ocenie nieprawidłowości działań lekarskich, jak i wpływu tych działań na skutek w postaci śmierci J. S.. Opinia ta znalazła również potwierdzenie w dodatkowej opinii konsultanta wojewódzkiego w zakresie chorób wewnętrznych.

Sąd zważył, co następuje:

Powództwo nie zasługiwało na uwzględnienie.

Podstawę odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej **za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych stanowi art. 430 k.c.**, zgodnie z którym, kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności. Przyjęcie odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej na podstawie art. 430 k.c. wymaga zatem uprzedniego stwierdzenia, iż pracownik zakładu, któremu powierzono wykonywanie czynności, wyrządził szkodę w sposób zawiniony, a między jego zachowaniem a szkodą istnieje związek przyczynowy (art. 415 k.c.).

W doktrynie i orzecznictwie dominuje szeroka wykładnia art. 430 k.c., która dla stwierdzenia przesłanki powierzenia czynności uznaje za wystarczające ogólne, organizacyjne podporządkowanie sprawcy szkody powierzającemu w ramach relacji zwierzchnik – podwładny. Lekarze, mimo dalece posuniętej samodzielności w zakresie wyboru sposobów leczenia pacjenta, są w tym rozumieniu podmiotami podlegającymi kierownictwu organizacyjnemu zakładu opieki zdrowotnej i mieszczą się w kategorii osób, o jakich mowa w art. 430 k.c.

Z kolei **odpowiedzialność lekarza** operującego wynika z przepisu **art. 415 k.c.**, zgodnie z którym, kto z winy swojej wyrządził drugiemu szkodę zobowiązany jest do jej naprawienia.

W rozpoznawanej sprawie w pierwszej kolejności istota sporu sprowadzała się do zbadania wystąpienia przesłanek odpowiedzialności cywilnej, w szczególności, czy doszło do błędów medycznych, a jeżeli tak to czy pozostawały one w normalnym związku przyczynowym ze szkodą.

Przepis art. 4 ustawy z 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U.2011.277.1634 z późn. zm.) stanowi, że lekarz ma obowiązek wykonywać zawód zgodnie ze wskazaniem aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. Naruszenie powyższych zasad może przybrać w szczególności postać błędu lekarskiego, polegającego bądź to na błędnym zdiagnozowaniu lub zakwalifikowaniu pacjenta do zabiegu (błąd diagnostyczny), bądź też na nieprawidłowym, niezgodnym ze sztuką lekarską wykonaniu zabiegu lub leczeniu (błąd wykonawczy). Z kolei ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.2012.159 j.t.) przewiduje, że pacjentowi przysługuje między innymi prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej (art. 6 ust. 1), udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym (art. 8 zd. 1), jak również prawo do informacji o swoim stanie zdrowia (art. 9 ust 1) i do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody (art. 16). Pacjent ma także prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu

świadczeń zdrowotnych (art. 23), co wiąże się z obowiązkiem podmiotu udzielającego tych świadczeń do prowadzenia, przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej w sposób przewidziany w przepisach (art. 24 ust. 1). W myśl natomiast art. 4 ust. 1 tejże ustawy w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 k.c., przy czym nie dotyczy to dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia pacjenta (art. 4 ust. 3 pkt 3).

Błędy diagnostyki i terapii, opieszałość w podejmowaniu czynności, zaniechania wykonania badań, przeoczenia nieprawidłowości przy dokonywanych zabiegach i niedostateczne pouczenie pacjenta o ryzyku związanym ze stanem jego zdrowia, stanowią zatem podstawę odpowiedzialności osób wykonujących zawód medyczny z tytułu czynu niedozwolonego, pod warunkiem jednak, że są przez nich zawinione.

W doktrynie i orzecznictwie podkreśla się, że o przypisaniu winy, a tym samym i odpowiedzialności można mówić jedynie w sytuacjach, gdy porównanie postępowania lekarza z przyjętym standardem leczenia wypadnie na niekorzyść lekarza, gdy w jego działaniu można stwierdzić brak należytej staranności. Samo przyjęcie winy, nie decyduje jednakże o odpowiedzialności lekarza, jeżeli między jego zachowaniem, a szkodą nie ma związku przyczynowego. Nie wymaga się przy tym, aby związek przyczynowy pomiędzy postępowaniem lekarza, a powstałą szkodą został ustalony w sposób pewny. W tego rodzaju procesach jest to najczęściej niemożliwe, ponieważ w świetle wiedzy medycznej w większości wypadków można mówić tylko o prawdopodobieństwie wysokiego stopnia, rzadko o pewności, czy wyłączności przyczyny. Jeżeli zachodzi prawdopodobieństwo wysokiego stopnia, że działalnie lub zaniechanie lekarza było przyczyną szkody, można uznać związek przyczynowy za ustalony. Lekarz nie odpowiada natomiast za nadzwyczajne, nie do przewidzenia komplikacje oraz za inne, nie pozostające w normalnym związku przyczynowym z jego postępowaniem skutki (wyrok SA w Białymstoku z dnia 7 marca 2013 r., I ACa 879/12).

W ocenie sądu, w rozpoznawanej sprawie ***działanie personelu pozwanego szpitala było dotknięte nieprawidłowościami, które można kwalifikować jako błąd medyczny***. Przede wszystkim początkowa niewłaściwa ocena stanu pacjenta skutkowałą kilkugodzinnym opóźnieniem w przyjęciu go na oddział szpitalny, a następnie przyjęto pacjenta na niewłaściwy oddział – wskazany winien być oddział chorób wewnętrznych, albowiem pacjent nie wymagał leczenia na oddziale chirurgicznym. Mimo ciężkiego wyjściowego stanu pacjenta nie zintensyfikowano działań zmierzających do ustalenia prawidłowego i pełnego rozpoznania choroby. Brakowało ciągłego i stałego monitorowania parametrów życiowych, nie prowadzono bilansu płynów. Zdecydowanie za późno włączono antybiotyk. Mimo uzyskanych wyników badań laboratoryjnych (CRP) niedostatecznie ustosunkowano się do tego faktu klinicznie. Zaniechania te odbiegają od standardu prawidłowego postępowania lekarskiego i muszą być ocenione jako błąd medyczny.

W przedmiotowym stanie faktycznym pomiędzy zachowaniem personelu Szpitala im. (...) w Ł., a powstaniem szkody (bezspornej – w postaci zgonu J. S.) jednak ***nie zachodzi adekwatny związek przyczynowy*** w rozumieniu art. 361 k.c.

W sprawach o naprawienie szkód na osobie powstałych w związku z diagnostyką medyczną i leczeniem w orzecznictwie wypracowane zostały szczególne konstrukcje prawne, w znacznym stopniu ***łagodzące wymagania dowodowe*** stawiane osobom dochodzącym naprawienia szkody w odniesieniu do obowiązku wykazania poszczególnych przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej. W sprawach dotyczących zakażeń szpitalnych możliwe jest wykorzystanie domniemań faktycznych w procesie ustalenia przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej, w tym także w celu stwierdzenia, że do zdarzenia wyrządzającego szkodę doszło na terenie zakładu opieki zdrowotnej i wskutek zaniedbań jego personelu (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 marca 2013 r., V CSK 163/12).

W celu ułatwienia poszkodowanym dochodzenia odszkodowania w orzecznictwie przyjmowana jest konstrukcja tzw. dowodu prima facie. Przeprowadzenie dowodu prima facie polega na wykazaniu prawdopodobieństwa istnienia związku przyczynowego. Sąd Najwyższy niejednokrotnie podkreślał, że w sprawach o naprawienie szkód medycznych wykazanie przez poszkodowanego pacjenta przesłanek odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej jest – ze względu

na właściwości wchodzących w grę procesów biologicznych – zadaniem ogromnie trudnym, a niekiedy wręcz niewykonalnym. 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).

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 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. Chodzi zatem jedynie o to, aby uzyskać najwyższy stopień prawdopodobieństwa w sensie obiektywnym – tak znaczny, aby subiektywnie wyłączał wszelkie wątpliwości i stwarzał całkowite przekonanie o trafności ustalenia.

Przekładając te dyrektywy wykładni przepisów o związku przyczynowym na okoliczności rozpoznawanej sprawy podkreślić trzeba, że przeprowadzone dowody nie pozwoliły na ustalenie dostatecznej dozy prawdopodobieństwa tego, że zaniechania personelu szpitala spowodowały skutek w postaci zgonu J. S.. Najistotniejsze jest tu określenie stanu, w jakim pacjent trafił do szpitala. Chory trafił bowiem do szpitala w głębokiej zapaści krążeniowo – naczyniowej, z rozwijającym się już wstrząsem septycznym. Nie ma przy tym żadnych powodów, by za taki stan pacjenta odpowiedzialność ponosił pozwany szpital. Przy przyjęciu pacjent był zaniechany ze strony zależnej głównie od niego samego, miał bowiem zmiany sączące się na kończynach dolnych, co wskazuje na nie podejmowanie działań w celu zapobieżenia takim skutkom. Stan, w którym pacjent przyjęty jest do szpitala określono jako ciężki, a nawet terminalny, a w każdym razie zagrażający życiu. Przypisywanie skutków jedynie podejmowanym działaniom lekarskim w sytuacji, w której pacjent przy przyjęciu do szpitala jest już w stanie terminalnym pacjenta, nie może być dokonane bez uwzględnienia wcześniejszych działań i stanu samego pacjenta.

Ponadto ustalone zostało, że przyczyną śmierci J. S. była ostra niedomoga krążeniowo – oddechowa w przebiegu wstrząsu septycznego, którego punktem wyjścia były rozległe owrzodzenia i ropowica na kończynach dolnych. Na te schorzenia nałożyła się ostra infekcja żołądkowo – jelitowa o nieustalonej etiologii, dająca burzliwe objawy (wymioty, biegunka i odwodnienie), co destabilizowało pacjenta hemodynamicznie, pogarszając krążenie obwodowe w zakresie kończyn dolnych i prowadząc do ostrej niewydolności nerek. Taki złożony patomechanizm i sekwencja rozwijających się dynamicznie objawów choroby doprowadziły do zgonu chorego. Anergia była dodatkowym czynnikiem niekorzystnym i pogarszającym rokowania. ***Śmierć pacjenta pozostawała zatem w normalnym związku przyczynowym z jego chorobami samoistnymi, nie z działaniem personelu medycznego.***

Można jednak rozważyć, czy działanie tego personelu nie przyczyniło się do zgonu pacjenta, jednak i w tym wypadku odpowiedź musi być negatywna. Od początku bowiem rokowanie pacjenta było złe, a szanse terapeutyczne niewielkie, i to rozpatrywane bardziej w aspekcie rozważań teoretycznych, aniżeli realnych możliwości wdrożenia skutecznych procedur terapeutycznych. Nawet podjęcie prawidłowych decyzji terapeutycznych nie skutkowało istotnym zwiększeniem szans leczniczych, a zatem ryzyko niekorzystnego skutku byłoby równie wysokie. Zgon J. S. był konsekwencją narastającej niewydolności krążeniowo – oddechowej z zaburzeniami układowymi w złożonym mechanizmie, a nie działania bądź zaniechania lekarzy. Uchybienia były jedynie dodatkowym elementem jeżeli rozpatrywać teoretycznie rokowanie i szanse terapeutyczne. Szacując realne szanse terapeutyczne i zważając na istniejące poważne obciążenia trudno wywieść tezę o narażeniu pacjenta na niebezpieczeństwo utraty życia w sposób bezpośredni, a jedynie o narażeniu potencjalnym i pośrednim, jakkolwiek również w niewielkim stopniu. Szansa J. S. na przeżycie, nawet przy prawidłowym postępowaniu lekarzy, była mała (w opinii instytutu oceniona na poniżej 10 %).

Prawdopodobieństwo istnienia związku przyczynowego pomiędzy zaniechaniami lekarskimi a szkodą w postaci śmierci pacjenta nie zostało wykazane ani w przeważającym, ani nawet w dostatecznym stopniu. Prawdopodobieństwo to jest bowiem minimalne, a zatem nawet zważywszy na złagodzenie rygorów dowodowych, nie można uznać, by związek przyczynowy był tu w jakimkolwiek na tyle znacznym stopniu udowodniony, czy uprawdopodobniony,

aby subiektywnie wyłączał wszelkie wątpliwości i stwarzał całkowite przekonanie o trafności ustalenia. Przeciwnie, dowody w sprawie wskazują, że przyczyną śmierci J. S. były samoistne schorzenia, a zaniechania lekarzy, jedynie potencjalnie i to w niewielkim stopniu mogły mieć wpływ nie na pogorszenie, ale brak polepszenia stanu pacjenta. Konkludując, pomiędzy popełnionymi błędami medycznymi, a szkodą w postaci śmierci J. S., nie zachodzi adekwatny związek przyczynowy.

W tej sytuacji – z uwagi na niespełnienie wszystkich przesłanej odpowiedzialności odszkodowawczej, powództwo podlegało oddaleniu.

Z uwagi charakter sprawy oraz niewątpliwie cierpienia jakich powódki doznały w związku ze śmiercią osoby najbliższej, a także fakt, iż do ostatecznej oceny zgłoszonego roszczenia wymagane było postępowanie sądowe i powołanie w nim opinii biegłych, sąd, na podstawie art. 102 k.p.c. nie obciążył powódek kosztami postępowania.

Z/ Odpis wyroku z uzasadnieniem doręczyć pełnomocnikowi powódek przez PI.