

## UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 2 czerwca 2014 roku, skierowanym przeciwko III Szpitalowi Miejskiemu im. dr. K. J. w Ł., powódka B. S. (1) wniosła o zasądzenie na jej rzecz od pozwanego kwoty 1.000.000 zł z tytułu odszkodowania w związku ze śmiercią męża K. S. (1). W uzasadnieniu powódka wskazała, że w dniu 21 lutego 2013r zawiozła męża do pozwanego szpitala z uwagi na drgawki lewego ramienia. Po podaniu kroplówki mąż był już zdrowy i mógł opuścić szpital, jednakże lekarze przetrzymywali go przez prawie dwa miesiące dla celów doświadczalnych. W konsekwencji szpital zniszczył pacjentowi wszystkie organy wewnętrzne, co skutkowało jego śmiercią.

(pozew k. 2-3)

W odpowiedzi na pozwy pozwany III Szpitalowi Miejskiemu im. dr. K. J. w Ł. wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie od powódki kosztów procesu według norm przepisanych.

Wskazano, że mąż powódki przyjęty został do szpitala w trybie nagłym z rozpoznaniem stanu padaczkowego w zakresie lewej połowy twarzy, stanu po udarze w 2009 roku oraz stanu padaczkowego napadów częściowych prostych. Przy przyjęciu pacjent był bez kontaktu logicznego. Stan pacjenta uniemożliwiał wypisanie go do domu. W czasie hospitalizacji stan pacjenta ulegał dalszemu pogorszeniu i mimo prowadzonego leczenia pacjent zmarł. Działania lekarzy były zgodne ze sztuką lekarską i nie można im przypisać jakiegokolwiek zaniedbania w leczeniu męża powódki.

(odpowiedź na pozew k. 46-49)

Na wniosek pozwanego o toczącym się postępowaniu w trybie art. 84 k.p.c. zawiadomiony został ubezpieczyciel – (...) S.A. w W., który nie zgłosił swego przystąpienia do sprawy w charakterze interwenienta ubocznego.

(zarządzenie o zawiadomieniu – k. 46, dowód doręczenia – k. 64)

W piśmie procesowym z dnia 1 września 2014r pełnomocnik powódki wniósł o zasądzenie od III Szpitala Miejskiego im. dr. K. J. w Ł. na rzecz powódki kwoty 250.000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę w związku ze śmiercią męża, wraz z ustawowymi odsetkami od dnia doręczenia pozwanemu odpisu pozwu do dnia zapłaty oraz kosztów procesu.

(pismo procesowe – k. 62-63)

Na rozprawie w dniu 14 maja 2015r pełnomocnik powódki oświadczył, iż żądanie strony powodowej dotyczy jednak kwoty 1.000.000 zł z tytułu zadośćuczynienia po śmierci męża.

Pełnomocnik pozwanego wniósł o oddalenie powództwa.

(stanowiska procesowe stron – protokół rozprawy z dnia 14.05.2015r 00:02:01-00:03:09 k. 108)

W dalszym toku postępowania pełnomocnicy stron podtrzymali swoje stanowiska.

(stanowiska procesowe stron – protokół rozprawy z dnia 5.11.2015r 00:37:21-00:41:14 k. 148)

W toku postępowania nastąpiła zmiana danych pozwanego, który obecnie funkcjonuje pod nazwą Miejskie Centrum Medyczne im. dr. K. J. w Ł.. Forma prawna działalności pozwanego nie uległa zmianie, nadal jest to samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej.

(odpis KRS – k. 153-154)

**Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:**

K. S. (1) w dniu 21 lutego 2013 roku o godz. 23.45 został przywieziony przez rodzinę do Izby Przyjęć III Szpitala Miejskiego im. dr. K. J. w Ł., z powodu występujących od poprzedniego dnia drgawek lewej połowy twarzy. W chwili przyjęcia odnotowano w dokumentacji lekarskiej: „wg słów żony od około miesiąca pogorszenie sprawności chorego”. Wywiad od chorego nie został odebrany, gdyż było to niemożliwe, mowa chorego była bełkotliwa, niewyraźna. Okresowo podczas badań był agresywny. W wywiadzie od rodziny ustalono, że pacjent miał udar niedokrwieny mózgu w 2009r, ma padaczkę oraz gruczolaka stercza.

(dokumentacja medyczna K. S. – załącznik do akt sprawy, zeznania świadka E. J. – rozprawa z dnia 8.12.2014r czas 00:29:22-00:40:15 k. 80)

Pacjenta poddano konsultacji neurologicznej, po której w dniu 22 lutego 2013r. o godz. 01.42 przyjęty został do Oddziału Neurologii tego samego szpitala z powodu napadów padaczkowych częściowych prostych.

W dniu przyjęcia do tego oddziału K. S. (1) był przytomny, w tym sensie, że miał otwarte oczy, ale pozostawał bez kontaktu słowno-logicznego. Występowało u niego drżenie prawej kończyny górnej i głowy. Zlecono pilne badanie EEG, TK głowy, badania laboratoryjne.

Badaniem neurologicznym stwierdzono u pacjenta: drgawki w zakresie lewej połowy twarzy, arefleksję odruchów podeszwowych, asymetrię odruchów głębokich kończyn górnych P<L. Badanie neurologiczne męża powódki było utrudnione, ponieważ chory nie spełniał poleceń.

Przeprowadzono również badanie internistyczne, w którym stwierdzono wychudzenie oraz zmniejszenie masy mięśniowej.

Od razu wdrożono leczenie przeciwpadaczkowe kwasem walproinowym, po którym napady padaczkowe następnego dnia ustąpiły.

Przeprowadzone w dniu 22.02.2013r. badanie TK głowy bez kontrastu wykazało zmiany naczyniopochodne oraz zaniki mózgu i mózdzku. Nie uwidoczniło cech krwawienia śródczaszkowego, ani innych zmian ogniskowych.

Wykonane drugiego dnia hospitalizacji badanie EEG głowy nie wykazało zmian napadowych, drgawki w obrębie twarzy ustąpiły.

W dniu 23 marca 2013r. K. S. (1) zagrączkował. Badania laboratoryjne wykazały wzrost (...). Doszło u pacjenta do niewydolności oddechowej. Pacjent został zaintubowany ze względu na konieczność odsysania wydzieliny z dróg oddechowych. RTG klatki piersiowej wykazało niejednolite zacienienie znacznej części płuc, co sugerowało zmiany zapalne. Chory był konsultowany internistycznie. Pobrano wydzielinę z drzewa oskrzelowego na posiew oraz wdrożono terapię antybiotykową celowaną, po której gorączka ustąpiła.

Ze względu na niedożywienie i niski poziom białka w surowicy krwi, pacjentowi założono również sondę do żołądka celem karmienia pozajelitowego.

K. S. (1) cały czas pozostawał bez kontaktu słowno-logicznego. Na bodźce bólowe reagował jedynie grymasem na twarzy.

W badaniach laboratoryjnych krwi stwierdzono znaczną niedokrwistość i małopłytkowość. Z tego względu pacjent miał kilkakrotnie przetaczone preparaty krwinek czerwonych i płytek krwi. W związku z tymi dolegliwościami odstawiono kwas walproinowy i włączono do leczenia karbamizepinę.

Konsultujący K. S. (1) chirurg wykluczył krwawienie do przewodu pokarmowego, nie zalecił diagnostyki endoskopowej z uwagi na ciężki ogólny stan chorego.

Kolejne badanie TK głowy dwufazowe z dnia 25.02.2013r. wykazało zmiany bliznowate po przebyłym udarze w obrębie prawego płata skroniowego, zmiany wsteczne naczyniopochodne oraz uogólnione zaniki mózgu i mózdzku. Nie uwidoczniło cech krwawienia śródczaszkowego, ani innych zmian ogniskowych.

W dniu 26 lutego 2013r. stan ogólny męża powódki uległ dalszemu pogorszeniu. W dokumentacji medycznej odnotowano: „chory nieprzytomny, reaguje na ból poprzez grymas twarzy, został zaintubowany, otrzymuje tlen przez rurkę intubacyjną, monitorowany na sali intensywnego nadzoru, kontynuowana jest antybiotykoterapia”.

Podczas pobytu w Oddziale Neurologii pozwanego szpitala (...) kilkakrotnie konsultowany był przez internistę, anestezjologa i specjalistę ds. zakażeń szpitalnych.

Kolejne badanie EEG 26.02.2013r. wykazało zmiany uogólnione, bez zmian napadowych.

Cały czas kontynuowano wobec pacjenta leczenie przeciwpadaczkowe, które modyfikowano z uwagi na powtarzające się kilkakrotnie napady częściowe proste.

(dokumentacja medyczna – załącznik do akt sprawy)

Stan neurologiczny K. S. (1) nie uległ istotnej zmianie, z chorym nie udało się nawiązać kontaktu. Pacjent przez cały okres pobytu na tym Oddziale wymagał intensywnej opieki neurologicznej i przebywał na takiej sali.

(zeznania świadka M. B. – rozprawa z dnia 9.03.2015r czas 00:11:06-00:17:59 k. 99, zeznania świadka B. S. – rozprawa z dnia 9.03.2015r czas 00:18:07-00:26:53 k. 99-100, zeznania świadka M. S.(...)– rozprawa z dnia 9.03.2015r czas 00:27:07-00:35:29 k. 100, zeznania świadka J. P. – rozprawa z dnia 9.03.2015r czas 00:35:29-00:41:40 k. 100)

W tym stanie zdrowia chory na pewno nie mógł w dniu 17 marca 2013r napisać czy tylko podpisać oświadczenia o opuszczeniu szpitala na własne żądanie. Żądanie takie żona powoda złożyła w szpitalu w dniu 26 marca 2013r.

W odpowiedzi na to ordynator Oddziału Neurologii odmówił wypisania pacjenta z uwagi na jego stan zdrowia uniemożliwiający pobyt poza szpitalem.

Powódka wielokrotnie rozmawiała z lekarzami i chciała, aby mąż został wypisany do szpitala. Lekarze tłumaczyli jej, że to niemożliwe ze względu na stan męża, jednak powódka nie przyjmował tego do wiadomości.

W dniu 29.03.2013r B. S. (1) zwróciła się na piśmie do dyrekcji szpitala o wypisanie męża ze szpitala.

(zeznania świadka M. B. – rozprawa z dnia 9.03.2015r czas 00:11:06-00:17:59 k. 99, zeznania świadka B. S. – rozprawa z dnia 9.03.2015r czas 00:18:07-00:26:53 k. 99-100, pismo z 17.03.2013r – k. 15, pismo szpitala – k. 17, pismo powódki – k. 16)

W dniu 8 kwietnia 2013r K. S. (1) ponownie zagorączkował. Konsultujący go specjalista ds. zakażeń nie zalecił antybiotykoterapii z uwagi na brak jednoznacznych objawów klinicznych zakażenia.

(dokumentacja medyczna – załącznik do akt sprawy)

W dniu 13 kwietnia 2013 r. u chorego wystąpiło zwolnienie akcji serca. Podjęto czynności reanimacyjne i podłączono chorego do respiratora. Po tych czynnościach K. S. (1) został przekazany do Oddziału Intensywnej Terapii, gdzie cały czas był podłączony do respiratora i systemu monitorów.

Mąż powódki wypisany został z Oddziału Neurologii z rozpoznaniem: stan padaczkowy napadów częściowych prostych, padaczka, stan po udarze niedokrwiennym mózgu, naczyniopochodne uszkodzenia mózgu, zapalenie płuc, zakażenie dróg moczowych, niedokrwistość, małopłytkowość.

Stan pacjenta w (...) był bardzo ciężki. Podejmowano czynności diagnostyczne i medyczne wobec niego. Poprzez rurkę respiratora nie podawano pacjentowi żadnych leków. Ona służy wyłącznie do podawania mieszaniny oddechowej.

Sondy służące do karmienia pozajelitowego zakładane są przez nos lub usta. Nie powodują one problemów z oddychaniem u pacjenta.

W dniu 16 kwietnia 2013 r. doszło u męża powódki do trzykrotnego zatrzymania krążenia. Mimo podjęcia kolejnych czynności resuscytacyjnych nie uzyskano powrotu pracy serca i stwierdzono zgon pacjenta.

(dokumentacja medyczna – załącznik do akt sprawy, zeznania świadków na rozprawie z dnia 9.03.2015r: N. W. – czas 00:45:01-01:00:10 k. 101-102, K. K. czas 01:00:21-01:11:40 k. 102)

W dniu 22 kwietnia 2013r powódka złożyła zawiadomienie do Prokuratury Rejonowej Ł. w Ł. o popełnieniu przestępstwa „uśmiercenia” jej męża przez lekarzy i innych pracowników szpitala im. K. J. w Ł..

Postępowanie w tej sprawie zostało umorzone wobec braku danych uzasadniających popełnienie przestępstwa.

(zawiadomienie – k. 27-29, niesporne)

W trakcie hospitalizacji w Oddziale Neurologii pozwanego szpitala (...) otrzymywał następujące leki: B., F., D., C., A., D. C., R., P., L., M., N. plus, 10% NaCl, 40 mEV (...), B., D., K. prolongatum, H., F., A., B., C., 15% M., P., C., L., B. oraz dietę bogatobiałkową.

U chorego wykonano następujące procedury medyczne:

- dwukrotnie badanie TK głowy
- czterokrotnie RTG klatki piersiowej
- pięciokrotnie badanie EEG
- wielokrotnie wszystkie konieczne badania laboratoryjne.

W trakcie leczenia K. S. (1) w Oddziale Neurologii szpitala im. K. J. w Ł. nie doszło do żadnych błędów w tym leczeniu. K. S. (1) leczony był zgodnie z zasadami sztuki medycznej, a wszelkie procedury i zabiegi wykonane zostały u niego prawidłowo.

Przyczyną drgawek u K. S. (1) były napady padaczkowe częściowe proste. Padaczka była u chorego stwierdzona przed przyjęciem do pozwanego szpitala. Padaczka jest często następstwem przebytego udaru, który u męża powódki wystąpił w 2009 roku.

W historii choroby K. S. (1) z pozwanego szpitala brak jest zapisów wskazujących na opuchnięcie czy przytępienie pacjenta. Wręcz przeciwnie stwierdzono zmniejszenie masy mięśniowej i wychudzenie.

Najprawdopodobniej przyczyną niewydolności oddechowej męża powódki dzień po przyjęciu do szpitala było zapalenie płuc, które potwierdzono badaniem RTG oraz zwiększonym wskaźnikiem z krwi (...). Ponieważ gorączkę u pacjenta stwierdzono następnego dnia po przyjęciu, nie jest możliwe z uwagi na upływ zbyt krótkiego okresu czasu, aby zapalenie płuc rozwinęło się z zakażenia szpitalnego.

Przez cały okres hospitalizacji ciężki stan zdrowia pacjenta nie pozwalał na jego wypisanie ze szpitala. Ponieważ w trakcie pobytu w Oddziale Neurologii nie udało się nawiązać kontaktu logicznego z K. S. (1), nie był on w stanie podpisać świadomie oświadczenia w sprawie wypisu ze szpitala na własne żądanie.

Na K. S. (1) nie przeprowadzano żadnych eksperymentów medycznych. Nie stosowano żadnych eksperymentalnych leków. Leczony był zgodnie z zasadami sztuki medycznej.

W związku z bardzo ciężkim stanem ogólnym K. S. (1) i chorobami współistniejącymi, takimi jak: niedokrwistość, małopłytkowość, zapalenie płuc, zakażenie dróg moczowych, nie mógł on być przeniesiony do innej placówki medycznej ani wypisany do domu.

Stan padaczkowy, a taki występował u męża powódki, stanowi bezpośrednie zagrożenie życia i jest wskazaniem do natychmiastowej hospitalizacji pacjenta. Ambulatoryjnie może być leczona padaczka, a nie stan padaczkowy.

(opinia biegłej ds. neurologii J. B. – k. 115-118, opinia uzupełniająca – rozprawa z dnia 5.11.2015r czas 00:02:13-00:17:40 k. 146v-147)

Powyższy stan faktyczny Sąd Okręgowy ustalił w oparciu o zgromadzony materiał dowodowy w postaci wskazanych wyżej zeznań świadków, przedłożonej dokumentacji medycznej męża powódki oraz opinii biegłego neurologa J. B..

Odnosząc się do dokumentacji medycznej K. S. (1), sąd uznał te dokumenty za wiarygodne. Strona powodowa nie podważyła ani ich autentyczności, ani też treści merytorycznej. Co więcej powódka nawet nie próbowała podważyć zapisów tej dokumentacji. Cała ta dokumentacja z leczenia męża powódki w pozwany szpitalu jest obszerna. Zapisy są czytelne i obrazują zarówno jednostki chorobowe męża powódki jak i prowadzone leczenie, a także liczne konsultacje lekarzy różnych specjalności. Strona powodowa nie zakwestionowała skutecznie treści adnotacji lekarskich znajdujących się w tej dokumentacji. Nie przedstawiła żadnych dowodów, które podważyłyby wiarygodność znajdujących się tam zapisów ani co do stwierdzanych jednostek chorobowych, stosowanego leczenia, czy prowadzonych konsultacji.

Sąd nie dał wiary zeznaniom powódki B. S. (1) oraz świadków A. S., M. S. (2) oraz G. S., że K. S. (1) w początkowym okresie pobytu w szpitalu był kontakcie logicznym, chciał wyjść ze szpitala, a nawet prosił żonę, żeby go zabrała i sam podpisał żądanie wyjścia, a nie mógł mówić tylko z powodu rurki w gardle, że miał problemy z oddychaniem, bo w rurkach zalegała ślina i leki. Całkowicie niewiarygodne są również twierdzenia powódki i świadka A. S. co do niewłaściwego leczenia K. S. (1), które prowadzić miało do zniszczenia mu krwi, komórek macierzystych i w konsekwencji do śmierci. Zeznania powódki i świadków w tej części pozostają w oczywistej sprzeczności z zapisami w dokumentacji medycznej, z której wynika, że choć początkowo K. S. (1) był przytomny (otwierał oczy), to jednak przez cały okres pobytu w szpitalu nie można było nawiązać z nim kontaktu logicznego, a po kilku dniach pobytu w szpitalu jego stan jeszcze się pogorszył, reagował jedynie mimiką na ból, na pewno nie mógł mówić i nie wiedział, co się wokół niego dzieje. Te zapisy z dokumentacji potwierdzili też świadkowie – lekarze M. B., B. S., M. S.-Weber, J. P. (2), którzy pamiętali męża powódki, a zwłaszcza samą powódkę, która rzeczywiście wielokrotnie rozmawiała o wypisaniu męża ze szpitala i nie przyjmowała do wiadomości tłumaczeń, że jego stan zdrowia wyklucza takie postępowanie. Wreszcie zeznania powódki i wskazanych wyżej świadków co do stanu zdrowia K. S. i prowadzonego leczenia pozostają w sprzeczności z opinią biegłego neurologa J. B. (2).

Zeznania świadków: J. K., K. S., B. K., J. G., D. T., sąd pomiał, jako że nie wniosły one nic do sprawy.

W zakresie oceny prawidłowości podejmowanego w stosunku do K. S. (1) leczenia sąd oparł się na opinii sporządzonej przez biegłego neurologa J. B. (2). Sąd uznał, że wydający opinię lekarz posiada wymagany zakres wiedzy i doświadczenia, aby w sposób należyty udzielić odpowiedzi na przedstawione jej pytania. Biegła w sposób rzetelny zapoznała się z dokumentacją medyczną zgromadzoną w aktach i wydała jasną i pełną opinię, wewnętrznie spójną. Opinia była kategorierna w swych wnioskach w zakresie oceny leczenia prowadzonego wobec K. S. (1). Strona powodowa, a zwłaszcza sama powódka, podnosiła pewne zarzuty wobec opinii, na które biegła udzieliła odpowiedzi w ustnej opinii uzupełniającej. Wobec niewskazania przez stronę powodową na błędy w rozumowaniu biegłej czy brak logicznych powiązań pomiędzy wnioskami opinii sąd uznał ją za w pełni wiarygodny materiał dowodowy. Nie było zatem podstaw do przeprowadzania dowodu z opinii innego biegłego neurologa, o co wnioskowała powódka.

Samo niezadowolenie strony z treści opinii, która jest dla niej niekorzystna, bez wskazania konkretnych uchybień i błędów merytorycznych nie stanowi żadnego uzasadnienia dla powołania innego biegłego. Stąd wniosek powódki o dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego został oddalony (k. 147).

### **Sąd Okręgowy zważył, co następuje:**

Powództwo B. S. (1) jest niezasadne i podlega oddaleniu w całości.

Podstawą ewentualnej odpowiedzialności pozwanego Miejskiego Centrum Medycznego im. dr. K. J. w Ł. (poprzednia nazwa III Szpital Miejski im. dr. K. J.) jest przepis art. 430 k.c., który stanowi, że ten, kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności. Jak przyjmuje się w doktrynie i orzecznictwie, samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, uzyskujące osobowość prawną z chwilą wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego, ponoszą odpowiedzialność deliktową jak każda inna osoba prawna na podstawie art. 415, 416, 429 i 430 k.c. (tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 13 maja 2005 roku, sygn. akt I CK 662/04 opubl. LEX nr 301781; Sąd Apelacyjny w Katowicach z dnia 7 marca 2008 roku, sygn. akt I ACa 910/07, opubl. w Biuletynie Sądu Apelacyjnego w Katowicach z 2008 roku, nr 3 poz. 27).

Regulacja zawarta w art. 430 k.c. opiera się na konstrukcji odpowiedzialności na zasadzie ryzyka zwierzchnika za podwładnego, czyli za osobę, która przy wykonywaniu powierzonych jej czynności podlega kierownictwu i ma obowiązek stosowania się do wskazówek i wytycznych przełożonego. W obecnym stanie prawnym zarówno w doktrynie, jak i w judykaturze nie ma wątpliwości, że lekarz – pomimo znacznej samodzielności i niezależności w zakresie czynności diagnozy i terapii – pozostaje podwładnym zakładu leczniczego. Podlega on bowiem (podobnie jak pozostali personel medyczny zatrudniony w ZOZ) ogólno-organizacyjnemu zwierzchnictwu szpitala i zobowiązany jest stosować się do ustalonych przez zakład reguł dotyczących w szczególności miejsca i czasu wykonywania pracy. Tzw. „wewnętrzna” niezależność lekarza w dziedzinie diagnozy i terapii nie ma natomiast znaczenia. Decydujące znaczenie ma bowiem fakt, że lekarz zatrudniony w zakładzie leczniczym nie dokonuje czynności leczniczych we własnym interesie i na własny rachunek, lecz w interesie i na rachunek przełożonego (zakładu leczniczego).

Jak wynika z treści art. 430 k.c., do przyjęcia odpowiedzialności przewidzianej w tym przepisie niezbędne jest spełnienie następujących przesłanek: wyrządzenie szkody osobie trzeciej przez podwładnego, wina podwładnego oraz wyrządzenie szkody przy wykonywaniu przez podwładnego powierzonej mu czynności.

W rozpoznawanej sprawie poddany leczeniu w pozwanej palcówce medycznej K. S. (1) - zmarł. Ustalenia wymagało, czy śmierć ta pozostaje w związku przyczynowym z zawinionym działaniem bądź zaniechaniem lekarzy pozwanego szpitala.

Kodeks Cywilny przyjął dualistyczną koncepcję winy, polegającą na tym, że wina łączy w sobie element obiektywny, to jest 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 sprzecznego z powszechnie obowiązującymi zasadami współżycia. Bezprawność zaniechania ma miejsce wówczas, gdy istniał obowiązek działania lub występował zakaz zaniechania. Element subiektywny winy wyraża się w niewłaściwym nastawieniu psychicznym sprawcy szkody w postaci umyślności lub nieumyślności i może - w zakresie dotyczącym techniki medycznej wyrażać się w niewiedzy lekarza, nieostrożności w postępowaniu, nieuwadze, bądź też niedbalstwie polegającym na niedołożeniu pewnej miary staranności. Zachowanie lekarza musi być obiektywnie bezprawne i subiektywnie zawinione (tak Sąd Apelacyjny w Katowicach w wyroku z dnia 20 października 2006 roku, sygn. akt I ACa 966/06, opubl. L.).

Staranność zawodowa lekarza powinna być należyta, właściwie dobrana do kwalifikacji danego lekarza (zespołu lekarzy), jego doświadczenia i sytuacji, w której udzielana jest pomoc osobie tego potrzebującej. Ostatnia okoliczność

wymaga podkreślenia, bowiem postępowanie lekarza w danej sytuacji należy oceniać z uwzględnieniem całokształtu okoliczności istniejących w chwili dokonywania zabiegu medycznego, a zwłaszcza tych danych, którymi lekarz dysponował albo mógł dysponować, mając na uwadze wymagania aktualnej wiedzy i nauki medycznej oraz powszechnie przyjętej praktyki lekarskiej (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 grudnia 2002 roku, sygn. akt V KK 33/02, publ. L.).

W odniesieniu do skierowanego wobec lekarzy zatrudnionych w pozwanym szpitalu zarzutu popełnienia błędu w sztuce lekarskiej, wskazać należy, że w praktyce orzeczniczej najczęściej spotykana jest dwojaka jego postać, to jest błąd diagnostyczny, czyli wadliwe rozpoznanie stanu zdrowia pacjenta, albo błąd terapeutyczny, czyli zastosowanie przez lekarzy niewłaściwej metody leczenia lub, przy zastosowaniu właściwej metody, nieprawidłowe jej przeprowadzenia.

Jak ustalono w sprawie, lekarze pozwanej jednostki służby zdrowia dokonali prawidłowej diagnozy stanu zdrowia K. S. (1) oraz przyjęli właściwą metodę jego leczenia. Rozpoznano bowiem u K. S. (1) napady padaczkowe częściowe proste, czyli stan padaczkowy, który – zgodnie z opinią biegłego stanowił bezpośrednie zagrożenie życia i był wskazaniem do nagłej, natychmiastowej hospitalizacji pacjenta. Pozwana placówka medyczna dokonała tej hospitalizacji i niezwłocznie podjęła leczenie przeciwpadaczkowe kwasem walproinowym, po którym napady padaczkowe następnego dnia ustąpiły.

Równocześnie jednak przeprowadzone liczne badania tak diagnostyczne jak i laboratoryjne wykazały, że u K. S. (1) – oprócz tego stanu padaczkowego – występują inne jeszcze schorzenia, które w konsekwencji nie pozostały obojętne dla jego stanu zdrowia. Badania TK głowy wykazały zmiany bliznowate po przebyłym udarze w obrębie prawego płata skroniowego, zmiany wsteczne naczyniopochodne oraz uogólnione zaniki mózgu i mózdzku. Z kolei badania RTG klatki piersiowej wykazały niejednolite zacinienie znacznej części płuc, co sugerowało zmiany zapalne. Potwierdzeniem takich zmian zapalnych był wzrost (...) we krwi pacjenta. W badaniach laboratoryjnych krwi stwierdzono znaczną niedokrwistość i małopłytkowość. Nadto stwierdzono stan zapalny w zakresie układu moczowego.

Na wszystkie te zmiany w stanie zdrowia pacjenta lekarze pozwanej jednostki reagowali w sposób prawidłowy. Przede wszystkim podkreślić należy, iż pacjent był konsultowany przez lekarzy różnych specjalności: internistę, chirurga, anestezjologa i specjalistę ds. zakażeń szpitalnych. Kiedy pacjent zagorączkował i stwierdzono zapalenie płuc, wdrożono terapię antybiotykową celowaną, po której gorączka ustąpiła. Kiedy doszło u pacjenta do niewydolności oddechowej, został zaintubowany ze względu na konieczność odsysania wydzieliny z dróg oddechowych. Ze względu na niedożywienie i niski poziom białka w surowicy krwi, założono mu sondę do żołądka celem karmienia pozajelitowego. Z uwagi na niedokrwistość i małopłytkowość miał kilkakrotnie przetaczane preparaty krwinek czerwonych i płytek krwi. W związku z tymi dolegliwościami odstawiono kwas walproinowy i włączono do leczenia karbamizepinę. Cały czas kontynuowano również leczenie przeciwpadaczkowe, które modyfikowano z uwagi na powtarzające się kilkakrotnie napady częściowe proste. K. S. (1) cały czas przebywał również na monitorowanej sali intensywnego nadzoru neurologicznego. Podkreślić należy, iż mimo podejmowania tych szerokich działań leczniczych, stan pacjenta nie ulegał poprawie, a wręcz pogorszył się i jak odnotowano w dniu 26 lutego 2013r mąż powódki był nieprzytomny. Przez cały okres pobytu męża powódki w pozwanej jednostce nie udało się także nawiązać z nim kontaktu słowno-logicznego.

W trakcie leczenia K. S. (1) w Oddziale Neurologii szpitala im. K. J. w Ł. nie doszło do żadnych błędów w tym leczeniu. K. S. (1) leczony był zgodnie z zasadami sztuki medycznej, a wszelkie procedury i zabiegi wykonane zostały u niego prawidłowo. Nie przeprowadzono na nim żadnych eksperymentów medycznych, ani nie stosowano eksperymentalnych leków

Przyczyną drgawek u K. S. (1) były napady padaczkowe częściowe proste. Natomiast przyczyną niewydolności oddechowej dzień po przyjęciu do szpitala było najprawdopodobniej zapalenie płuc, które potwierdzono badaniem RTG oraz zwiększonym wskaźnikiem z krwi (...). Ponieważ gorączkę u pacjenta stwierdzono następnego dnia po

przyjęciu, nie jest możliwe z uwagi na upływ zbyt krótkiego okresu czasu, aby zapalenie płuc rozwinęło się z zakażenia szpitalnego.

Przez cały okres hospitalizacji ciężki stan ogólny pacjenta nie pozwalał na jego wypisanie ze szpitala, ani na przeniesienie do innej placówki medycznej. Mąż powódki nie był również w stanie podpisać świadomie oświadczenia w sprawie wypisu ze szpitala na własne żądanie.

Żaden z zarzutów powódki dotyczący niewłaściwego postępowania leczniczego wobec jej męża, w szczególności jakiegos eksperymentalnego leczenia, nie znalazł najmniejszego potwierdzenia w toku niniejszego postępowania.

Reasumując powyższe wskazać należy, że działaniu lekarzy przeprowadzających w pozwanym szpitalu leczenie K. S. (1) nie można zarzucić popełnienia błędu medycznego skutkującego jego zgonem. Nie dopuścili się oni naruszenia żadnego z obowiązujących przepisów lub reguł wynikających z zasad wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii zawodowej.

Mając powyższe na uwadze, Sąd Okręgowy – na podstawie art. 430 k.c. w związku z art. 415 k.c. – oddalił powództwo B. S. (1) jako oczywiście niezasadne.

O kosztach postępowania sąd orzekł na podstawie art. 102 k.p.c. i nie obciążył powódki obowiązkiem zwrotu kosztów procesu na rzecz strony pozwanej. Zgodnie z tym przepisem w wypadkach szczególnie uzasadnionych sąd może zasądzić od strony przegrywającej tylko część kosztów albo nie obciążać jej w ogóle kosztami. Z taką uzasadnioną sytuacją mamy do czynienia w niniejszej sprawie, albowiem powódka nie ma znacznych dochodów, utrzymuje się z emerytury w wysokości około 1.100 zł.

Na podstawie przepisu § 2 i § 6 pkt 7 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 roku w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu (Dz. U. Nr 163, poz. 1348 ze zm.) sąd przyznał na rzecz adw. A. K. wynagrodzenie za pomoc prawną świadczoną powódce z urzędu w kwocie 8.856 zł brutto i nakazał wypłacenie tej kwoty ze środków Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Łodzi

## ZARZĄDZENIE

odpis wyroku z uzasadnieniem doręczyć pełnomocnikowi powódki.

30.11.2015r.