

Sygnatura akt XII C 690/14

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

P., dnia 7 grudnia 2015 r.

Sąd Okręgowy w Poznaniu XII Wydział Cywilny w następującym składzie:

Przewodniczący: SSO Maria Taront

Protokolant: Starszy sekretarz sądowy K. C.

po rozpoznaniu w dniu 23 listopada 2015r. w Poznaniu

sprawy z powództwa L. T.

przeciwko (...) SZPITAL MIEJSKI im. (...)

o zapłatę

1. Powództwo oddala.
2. Nie obciąża powódki kosztami zastępstwa procesowego pozwanego.
3. Zasądza od Skarbu Państwa (Sądu Okręgowego w Poznaniu) na rzecz adwokata M. B. kwotę 8.856 zł (osiem tysięcy osiemset pięćdziesiąt sześć złotych) tytułem zwrotu kosztów pomocy prawnej udzielonej powódce z urzędu.

/-/M. T.

UZASADNIENIE

Powódka L. T. pozwem z dnia 29 grudnia 2013 roku (złożonym dnia 30 grudnia 2013 r.) wniosła o zasądzenie od pozwanego (...) Szpitala Miejskiego im. (...) z Zakładem (...) S. (...) z siedzibą w P. zadośćuczynienia w kwocie 400.000 zł za śmierć córki, N. T..

Jak wskazała powódka, na skutek przeprowadzonej konsultacji przez lekarza rodzinnego - dr E. O., N. T. otrzymała skierowanie do neurologa. Następnie w dniu 28 października 2010 roku zgłosiła się do pozwanego Szpitala celem uzyskania pomocy medycznej. Po przeprowadzonym badaniu otrzymała receptę na lek przeciwbólowy. W dniu 16 grudnia 2010 roku na skutek omdlenia N. T. przewieziono do Szpitala przy ul. (...), gdzie wykonano tomografię komputerową głowy, w wyniku której stwierdzono u pacjentki tętniaka mózgu. Dnia 20 grudnia 2010 roku pacjentka zgłosiła się do pozwanego w celu hospitalizacji na Oddziale Neurochirurgii. Następnego dnia przeprowadzone zostało badanie angiografii. Pacjentka zgodnie z twierdzeniem powódki miała być wypisana do domu na święta, jednak dnia 24 grudnia 2010 r. o godz. 8:00 nastąpił wylew krwi z uwagi na pęknięcie tętniaka. Termin operacji usunięcia tętniaka wyznaczony został na dzień 26 grudnia 2010 roku. Niestety zabieg nie mógł zostać przeprowadzony z uwagi na zbyt duży obrzęk mózgu. Pacjentce podano leki oraz wprowadzono w stan śpiączki celem zmniejszenia obrzęku mózgu. Stan zdrowia pacjentki się pogarszał, lekarze stwierdzili śmierć mózgu. Zdaniem powódki przyczyną śmierci jej córki były zaniedbania w procesie diagnozy i leczenia, za co winę ponosi pozwany.

Postanowieniem z dnia 24 kwietnia 2014 r. (k. 47) Sąd zwolnił powódkę od kosztów sądowych w całości, a następnie postanowieniem z dnia 28 sierpnia 2014r. ustanowił dla niej pełnomocnika z urzędu (k. 183).

W odpowiedzi na pozew (...) Szpital Miejski im. (...) z Zakładem (...) S. (...) z siedzibą w P. domagał się oddalenia powództwa w całości, a także zasądzenia od powódki na rzecz pozwanego kosztów procesu według norm przepisanych,

w tym kosztów zastępstwa procesowego w kwocie 28.800 zł oraz kwoty 34 zł uiszczonej tytułem opłaty skarbowej od pełnomocnictw.

Pozwany zaznaczył, że powódka nie poprzedziła powództwa wezwaniem do zapłaty, a zatem w okresie wcześniejszym Szpital nie miał wiedzy o roszczeniach powódki związanych z hospitalizacją jej córki.

Zdaniem pozwanego, brak jest podstaw do uznania, iż w procesie leczenia Pani N. T. doszło do jakichkolwiek uchybień. Powstałe komplikacje oraz w konsekwencji zgon pacjentki spowodowany był bardzo poważnymi dolegliwościami, których leczenie nie daje pełnej szansy powodzenia.

Jak podał pozwany, pacjentka N. T. stawiała się w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym prowadzonym przez pozwanego w dniu 28 października 2010 roku z powodu podrażnienie spojówki oka prawego. W toku przeprowadzonej konsultacji okulistycznej przez dr W. Ś. pacjentka skarżyła się na łzawienie oka prawego. Po wykonaniu pełnego badania okulistycznego nie stwierdzono odchyień, jedynie powierzchowne podrażnienie spojówek oka prawego. Z związku z powyższym nie było wskazań do hospitalizacji na Oddziale Okulistycznym, a pacjentce polecono konsultację w rejonowej poradni okulistycznej. Kolejną wizytą pacjentki w Szpitalu pozwanego było zgłoszenie się dnia 20 grudnia 2010 roku na podstawie skierowania wystawionego przez dr K. G. ze 111 Szpitala (...). Jak wynika z treści karty informacyjnej leczenia szpitalnego N. T. z Oddziału Neurochirurgii pozwanego z dnia 26.12.2010 r. „pacjentka przyjęta celem diagnostyki i leczenia olbrzymiego tętniaka prawej (...). Następnie wykonano badanie (...), z uwagi na duży przepływ przez worek nie można było wyprojektować szyjki tętniaka, w dniu 23 grudnia 2010r. wykonano badanie angio-KT głowy. Dnia 24 grudnia 2010 r. w godzinach rannych wystąpiło krwawienie podpajęczynowe z porażeniem połowicznym, częściowo ustępującym, niedowładem nerwu III prawego. Podjęto decyzję o próbie leczenia operacyjnego, brak możliwości leczenia wewnątrznaczyniowego. Dnia 26,12,2010 wykonano kraniotomię pterionalną, z uwagi na masywny obrzęk mózgu, nie można było kontynuować zabiegu, chorą w sedacji przekazano na (...)” Leczenie pacjentki podczas pobytu na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii nie przyniosło poprawy. Stan pacjentki był na tyle poważny, że ostatecznie zmarła w dniu 30 grudnia 2010 roku.

Pozwany podniósł zarzut przedawnienia roszczenia. Jak wskazał pozwany, zgon N. T. nastąpił w dniu 30 grudnia 2010 roku, w którym to dniu także informację o tym uzyskała jej matka. Pozew wpłynął do Sądu dnia 31 grudnia 2013 roku, a zatem roszczenie objęte niniejszym powództwem uległo przedawnieniu. Zgodnie z treścią art. 117 § 2 k.c. po upływie terminu przedawnienia ten, przeciwko komu przysługuje roszczenie, może uchylić się od jego zaspokojenia, chyba że zrzeka się korzystania z zarzutu przedawnienia. Zgodnie z treścią tego przepisu, wobec braku zrzeczenia się roszczenia przez pozwanego, zastrzegając, iż kwestionuje roszczenie powódki co do zasady oraz wysokości, z ostrożności procesowej uchyła się on od zaspokojenia jej roszczenia. Pozwany podniósł, iż wskazany przepis nie przewiduje żadnych dodatkowych wymogów skuteczności zgłoszonego zarzutu. Nie istnieją także żadne okoliczności wyłączające możliwość powołania się na niego, w szczególności pozwany nie podejmował żadnych działań, które mogłyby przyczynić się do upływu terminu przedawnienia. Ponadto, jak oświadczył pozwany, złożony przez powódkę dnia 31 grudnia 2013 roku pozew stanowi jedyną formę kontaktu z pozwanym w zakresie objętym niniejszym postępowaniem.

Z ostrożności procesowej pozwany zakwestionował ponadto dochodzone przez powódkę roszczenie zarówno co do zasady, jak i co do wysokości.

W dalszej części procesu strony podtrzymały swoje stanowiska procesowe.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

N. T., urodzona dnia (...) była córką powódki. N. T. cierpiała z powodu bólów głowy, które nasiliły się jesienią 2010r. Jednakże na nawracające bóle głowy skarżyła się od kilku lat. W dniu 27 października 2010r. N. T. zemdlą.

Dowód: zeznania świadka K. Z. – k. 249-250.

W dniu 28 października 2010r. N. T. zgłosiła się do Poradni Neurologicznej pozwanego szpitala z powodu silnego bólu głowy i puchnącego oka. Została zbadana przez lekarza neurologa E. S., która nie stwierdziła występowania żadnych niepokojących objawów neurologicznych. Wobec tego, że cierpiała na zapalenie spojówek została skierowana na konsultację okulistyczną, a następnie wypisana do leczenia ambulatoryjnego z zaleceniem leczenia objawowego.

W dniu 16 grudnia 2010r. N. T. zasłabła i została przewieziona do Szpitala przy ul. (...), gdzie wykonano badanie KT (tomografii komputerowej) głowy, które wykazało obecność tętniaka tętnicy szyjnej wewnętrznej prawej o średnicy ponad 4 cm. Po konsultacji neurochirurgicznej została skierowana do leczenia neurochirurgicznego w (...) Szpitalu Miejskim im. (...) z Zakładem (...)S. (...)z siedzibą w P.. W dniu 20 grudnia 2010r. została przyjęta na Oddział Neurologii tegoż Szpitala, gdzie tego samego dnia wykonano angiografię naczyń mózgowych. Badanie to wykazało szybki przepływ naczyniowy przez worek tętniaka, który mógł dopełniać się także od innej tętnicy mózgowej. W tej sytuacji chora nie kwalifikowała się do embolizacji tętniaka. Możliwe było jedynie wyłączenie go z krążenia mózgowego poprzez zaklipsowanie szyjki.

W dniu 23 grudnia 2010r. wykonano badanie tomografii komputerowej głowy z kontrastem naczyniowym (angio-KT), uwidaczniającej naczynia doprowadzające. Zabieg operacyjny u N. T. zaplanowano wstępnie za około 2-3 dni, po wyrównaniu stanu neurologicznego.

W dniu 24 grudnia 2010r. wystąpiły cechy krwawienia z tętniaka z niedowładem połowicznym oraz porażeniem nerwu III oka prawego (okoruchowego). Z uwagi na brak możliwości leczenia wewnątrznaczyniowego w dniu 26 grudnia 2010r, podjęto próbę zamknięcia szyjki tętniaka. Zabieg chirurgiczny jednak nie powiódł się, gdyż stwierdzono masywny obrzęk mózgu uniemożliwiający jakiegokolwiek dotarcie do szyjki tętniaka. Dalsze leczenie objawowe przebiegało na Oddziale Intensywnej Terapii. Stan ogólny pacjentki był ciężki. W dniu 30 grudnia 2010r. wykonanie diagnostycznej angiografii mózgowej pozwoliło ustalić brak krążenia mózgowego – śmierć mózgu.

W trakcie pobytu w placówce pozwanego N. T. zachorowała na zapalenie płuc, czego przyczyną mógł być problem z usuwaniem wydzieliny z drzewa oskrzelowego w wypadku zastosowania respiratora. Częste odsysanie tej wydzieliny mogło być niewystarczające dla pełnego oczyszczenia płuc.

Dowód: opinia biegłej w dziedzinie neurochirurgii dr med. R. S. – k. 288-289, dokumentacja medyczna – k. 71-135, zeznania powódki – k. 220-219, zeznania świadka E. S. – k. 248-249, zeznania świadka K. Z. – k. 249-250, zeznania świadka W. Ś. – k. 250-251, zeznania świadka T. B. – k. 251-252, zeznania świadka S. S. – l. 252-253.

Schorzenie N. T. miało charakter samoistny, a był nim wrodzony ubytek błony mięśniowej w tętnicy szyjnej wewnętrznej prawej, który z czasem przekształcił się w tętniak. Choroba przebiegała bezobjawowo aż do października 2010 r. Pierwsze wykonane u chorej badanie KT głowy wykazało olbrzymi tętniak tętnicy mózgu szyjnej wewnętrznej. Rokowania chorej pogorszyły się dramatycznie po stwierdzeniu krwawienia z tętniaka, bowiem wynaczyniona krew powoduje obrzęk mózgu w okolicach krwawienia, co znacznie utrudnia leczenie operacyjne.

Rokowania co do jego wyleczenia od początku były niepomyślne. W przypadku N. T. stwierdzono, że nie można zastosować leczenia endowaskularnego, a dojście do tętnicy w drodze kraniotomii, polegającej na zaklipsowaniu szyjki tętniaka, zwykle pozostawia ubytki neurologiczne z powodu konieczności preparowania mózgu w celu odsłonięcia szyjki tętniaka. Przeprowadzenie kraniotomii wymagało wykonania dodatkowych badań kontrastowych naczyń mózgowych dla uzyskania dokładnej topografii i kształtu szyjki tętniaka. W piśmiennictwie neurochirurgicznym podaje się, że powikłania po angiografii naczyń mózgowych wynoszą do 6% przypadków, a w 1% może wystąpić zgon chorego bezpośrednio po wykonaniu tego badania. W przypadku N. T. zaistniało kilka niekorzystnych czynników: olbrzymia wielkość tętniaka, szeroka szyjka tętniaka, masywny przepływ krwi przez worek tętniaka uniemożliwiające leczenie endowaskularne oraz krwawienie z tętniaka po ostatnim badaniu angiograficznym, będące przyczyną masywnego obrzęku mózgu.

Leczenie operacyjne tętniaków naczyń mózgowych nadal obarczone jest śmiertelnością, natomiast w przypadku tętniaków olbrzymich prawdopodobieństwa wystąpienia zgonu okołoperacyjnego wynosi do 80%.

Dowód: wnioski opinii biegłej – k. 291-292.

Tętniak mózgu jest zmianą naczyniową, która powstaje w życiu płodowym człowieka i polega nie niewykształceniu się tzw. błony mięśniowej naczynia tętniczego. Najczęściej zmiana ta jest zlokalizowana w okolicach rozwidlenia tętnic mózgowych. Tętniak zwykle nie daje zauważalnych objawów, a do jego rozpoznania dochodzi najczęściej dopiero po krwawieniu z tętniaka, bez uprzednich objawów neurologicznych. Kilka procent tętniaków rozpoznaje się dopiero w badaniu sekcyjnym. Tętniak tętnicy szyjnej wewnętrznej ulega najczęściej pęknięciu, a powstałe krwawienie powoduje znaczne uszkodzenia jąder podstawy mózgu oraz częste przebicie się krwi do układu komórkowego mózgu. Wówczas obserwuje się masywny niedowład połowiczy i szybkie pogarszanie się stanu ogólnego. Ten rodzaj tętniaka obarczony jest największą śmiertelnością. Tętniaki statystycznie najczęściej powodujące krwawienie mają wielkość około 5-8 mm. Tętniak o wymiarze ponad 10 mm uważa się za olbrzymi. Jednak olbrzymi tętniak nie wymaga stałego monitorowania czynności oddechowej i krążeniowej u chorego przytomnego bez zaburzeń oddechowo-krążeniowych.

Zasadą jest, że przed leczeniem operacyjnym w drodze klipsowania szyjki tętniaka nie wykonuje się badania KT w celu potwierdzenia obrzęku mózgu.

Obrzęk oka i zapalenie spojówki nie są to objawy świadczące o ucisku na gałkę oczną. Oczodół jest oddzielony od jamy czaszki strukturami kostnymi i ucisk guza mózgu lub tętniaka na gałkę oczną nie jest możliwy. Możliwy jest natomiast ucisk samego nerwu wzrokowego w jamie czaszki, co zwykle wiąże się z zaburzeniami widzenia po stronie uciśniętego nerwu, o czym brak jest informacji w dokumentacji medycznej N. T.. Tętniak o wielkości jak u córki powódki mógł powodować wzmożone ciśnienie śródczaszkowe i być przyczyną zmian na dnie oka, powodując tzw. czaszkę zastoinową.

Podczas badania KT nie wzrasta ciśnienie krwi pacjenta, a chory znajduje się pod wpływem środków sedacyjnych.

Dowód: opinia biegłej w dziedzinie neurochirurgii dr med. R. S. – k. 288-292, opinia uzupełniająca biegłej – k. 308.

Ustalając stan faktyczny w niniejszej sprawie Sąd oparł się na dokumentach przedstawionych przez strony oraz zeznaniach świadka. Sąd w całości dał wiarę dokumentom przedstawionym przez strony w oryginałach lub kopiach w toku niniejszego postępowania. Jeśli chodzi o dokumenty skopiowane, to wobec faktu, że strony nie przeczyły, że kopie te wiernie odzwierciedlają treść oryginałów Sąd nie znalazł podstaw, aby nakładać obowiązek przedkładanie przedmiotowych dokumentów w oryginałach. W efekcie tak przedstawione środki dowodowe na zasadzie art. 309 kpc w zw.z art. 245 kpc miały pełną moc dowodową w tym postępowaniu.

Ważny okazał się dowód z dokumentacji medycznej N. T., której autentyczność nie była podważana w toku procesu i nie budziła wątpliwości Sądu.

Sąd nadto uznał za wiarygodne zeznania powódki, dotyczące przebiegu leczenia i jego rezultatów. Zeznania w tym zakresie są zgodne z treścią przywołanej dokumentacji medycznej.

Na wniosek powódki Sąd przeprowadził dowód z opinii biegłego neurochirurga na okoliczność prawidłowości i zgodności z obowiązującymi standardami wiedzy medycznej leczenia N. T. w pozwanym szpitalu w grudniu 2010r., prawidłowości procedury, badania N. T. w dniu 28 października 2010r. przez lekarza neurologa E. S., prawidłowości diagnozy postawionej przez ww. lekarza, ustalenia czy zasadne było skierowanie badanej w tym dniu na badanie tomografii komputerowej, zasadności odstąpienia przez lekarza pozwanego szpitala od zabiegu operacyjnego zamknięcia tętniaka mózgu w celu nie dopuszczenia do jego pęknięcia bezpośrednio po stwierdzeniu tętniaka w dniu 16 grudnia 2010r., skuteczności leczenia zachowawczego, zasadności odstąpienia od zabiegu operacyjnego zamknięcia tętniaka bezpośrednio po jego pęknięciu w dniu 24 grudnia 2010r., przyczyn zachorowania N. T. w trakcie pobytu w pozwanym szpitalu na zapalenie płuc (k. 276).

Opinię sporządziła biegła neurochirurg dr med. R. S. (k. 288-292). Wobec tego, że powódka wniosła zarzuty do opinii biegłej, Sąd zlecił wykonanie opinii uzupełniającej, w której biegła odniosła się do wątpliwości powódki.

Opinia biegłej okazała się kompletna, rzetelna i obiektywna. Biegła w sposób wyczerpujący ustosunkowała się w ich treści do tezy dowodowej postawionej przez Sąd i opierając się na przedłożonej im dokumentacji medycznej oraz treści powołanych w sprawie świadków odpowiedziała na pytanie o prawidłowość procesu leczenia N. T. w pozwanym szpitalu. Wątpliwości i zastrzeżenia do wniosków opinii, biegła wyjaśniła w opinii uzupełniającej (k. 308) i w swoich zeznaniach na rozprawie (k. 332-224), a wyjaśnienia te okazały się wyczerpujące i przekonujące. Biegła, opierając się na dokumentacji medycznej, zeznaniach lekarzy mających swój udział w diagnozowaniu i leczeniu N. T. oraz własnej wiedzy i doświadczeniu zawodowym, dokonała szczegółowej oceny poszczególnych etapów leczenia, uwzględniając stan chorej i dostępne metody leczenia.

Sąd przeprowadził dowód z zeznań świadków wnioskowanych przez obie strony postępowania. Zeznania świadka E. S. (k. 248-249), neurologa zatrudnionego w pozwanym szpitalu, koncentrowały się wokół badania, jakie świadek wykonała w dniu 28 października 2010r. po zgłoszeniu się N. T. skarżącej się na ból głowy i ból oka. Zeznania te znajdują potwierdzenie w dokumentacji medycznej N. T. oraz w zeznaniach pozostałych powołanych w sprawie świadków. Sąd uznał je zatem za wiarygodny i przydatny materiał dowodowy. Istotne okazały się zeznania świadka T. B. (k. 251-252), lekarza neurochirurga, który konsultował N. T. i operował ją. W swoich zeznaniach przedstawił on proces jej leczenia, podejmowane decyzje w tym zakresie i ich motywację. Z uwagi na to, że okoliczności przedstawione przez świadka znajdują pełne odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej, a żadna ze stron ich nie kwestionowała, Sąd potraktował je jako wiarygodnym materiał dowodowy i uznał, że są przydatne. Przy operacji asystował T. B. S. S., lekarz neurochirurg (k. 252-253), którego zeznania są w zasadzie w całości zbieżne z zeznaniami powołanego wyżej świadka i podlegały analogicznej ocenie.

Zeznania świadka S. K. (k. 251), ordynatora Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii pozwanego szpitala w 2010r. nie były przydatne dla poczynienia ustaleń faktycznych w niniejszej sprawie, albowiem świadek ten przebywał na urlopie w czasie, gdy leczono N. T..

Także zeznania świadka A. W. (k. 274), lekarza anestezjologa, nie miały większego znaczenie z uwagi na to, że nie przypominała ona sobie N. T. i procesu jej leczenia.

Przechodząc do oceny zeznań świadka K. Z. (k. 249-250), narzeczonego N. T., to należy wskazać iż, opisują one okoliczności znacznego pogorszenia się jej stanu zdrowia pod koniec 2010r. i przebiegu leczenia z punktu widzenia bliskiej osoby. Sąd nie miał podstaw, aby kwestionować je w jakimkolwiek zakresie.

Sąd oddalił wniosek powódki (k. 336) o przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego okulisty na okoliczność prawidłowości leczenia powódki. Wniosek ten zmierzałby do nieuzasadnionego przedłużenia postępowania.. zdaniem Sądu opinia to nie jest niezbędna do wyjaśnienia sprawy – wobec treści opinii z dziedziny neurochirurgii .

Sąd zważył, co następuje:

Przedmiotem niniejszego postępowania było żądanie powódki przyznania jej zadośćuczynienia za śmierć osoby bliskiej – córki. Zdaniem powódki jej córka zmarła na skutek niewłaściwego procesu leczenia w pozwanym szpitalu, co w toku niniejszego postępowania starała się wykazać.

Odpowiedzialność pozwanego opiera się na zasadzie winy na podstawie art. 415 k.c. w zw. z art. 430 k.c, w myśl których: kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia oraz kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej 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.

Przepis art. 446 § 4 k.c. stanowi o możliwości przyznawania najbliższym członkom rodziny zmarłego odpowiedniej sumy tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę w związku ze śmiercią osoby najbliższej. Uzasadnieniem przyznania zadośćuczynienia dla bliskich jest domniemanie faktycznego istnienia traumatycznych przeżyć w związku ze śmiercią osoby bliskiej, wystąpienia normalnej reakcji na tragiczną śmierć bliskiej osoby. Poczynienie ustaleń i oceny materiału sprawy w tym zakresie nie wymaga, co do zasady, wiadomości specjalnych.

Nie ulega wątpliwości, że na skutek śmierci córki powódka doznała krzywdy o znacznych rozmiarach i jest to okoliczność, której nie sposób kwestionować, czego zresztą pozwany nie czynił.

Dla przypisania danemu podmiotowi odpowiedzialności deliktowej na podstawie cytowanego powyżej art. 415 k.c., konieczne jest łączne spełnienie następujących przesłanek: powstanie szkody rozumianej jako uszczerbek w dobrach prawnie chronionych o charakterze majątkowym, a w przypadkach określonych w ustawie – także o charakterze niemajątkowym; wyrządzenie szkody czynem niedozwolonym, polegającym na bezprawnym i zawinionym zachowaniu sprawcy szkody; związek przyczynowy pomiędzy czynem niedozwolonym a powstaniem szkody. Ciężar dowodu zaistnienia wymienionych wyżej przesłanek spoczywa zgodnie z dyspozycją art. 6 k.c. na poszkodowanym, albowiem on wywodzi z tych okoliczności skutki prawne.

W rozpoznawanej sprawie stan faktyczny dotyczący przebiegu leczenia N. T. w pozwanym szpitalu był bezsporny. Spór dotyczył jedynie oceny czynności diagnostyczno- leczniczych podejmowanych przez personel pozwanego wobec córki powódki z punktu widzenia wiedzy medycznej. Zasadniczy przedmiot sporu w niniejszej sprawie dotyczył tego, czy do zgonu N. T. doszło w następstwie bezprawnego i zawinionego zachowania personelu pozwanego, a tym samym, czy można przypisać pozwanemu czyn niedozwolony pozostający w adekwatnym związku przyczynowym ze szkodą doznaną przez powoda.

Zdaniem Sądu podstawowe znaczenie miało w tej sytuacji ustalenie, czy przeprowadzony u córki powódki proces diagnostyczny i będące jego następstwem leczenie zostało wykonane w sposób prawidłowy i zgodny z zasadami sztuki lekarskiej. Stosownie bowiem do treści art. 4 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U.2014.1509 j.t.), lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością.

Sąd, czyniąc ustalenia w tym zakresie, oparł się przede wszystkim na dowodzie z opinii pisemnej biegłej w dziedzinie neurochirurgii dr med. R. S.. Uwagi na temat wiarygodności i pomocy dowodowej tego dowodu poczyniono powyżej.

Odpowiedzialność pozwanego szpitala należy oceniać na podstawie art. 430 k.c. Przewidziana w tym przepisie odpowiedzialność zwierzchnika za podwładnego ma charakter obiektywny i - jak z pewnym uproszczeniem przyjmuje się w doktrynie - jest odpowiedzialnością za skutek. Może ona wchodzić w grę, jeżeli szkoda została wyrządzona osobie trzeciej przez podwładnego i nastąpiło to, po pierwsze, z winy podwładnego, i po drugie, przy wykonywaniu przez niego powierzonej mu czynności. Poza tym konieczne jest wykazanie związku przyczynowego między zachowaniem podwładnego a szkodą w rozumieniu art. 361 § 1 k.c. Zauważyć jednak należy, że Sąd oceniając odpowiedzialność pozwanego szpitala rozważył przesłankę, jaką stanowi normalny związek przyczynowy między działaniem jego pracowników a szkodą.

Związek przyczynowy według Kodeksu cywilnego istnieje wówczas, gdy w łańcuchu kolejnych przyczyn i skutków mamy do czynienia z takimi przyczynami, które normalnie wywołują dane skutki. Jednakże do wskazanej sfery zjawisk czysto obiektywnych, występujących w rzeczywistości, wprowadzony został element ocenny związany z koniecznością ustalenia, czy skutek jest następstwem przyczyny nietypowej, co wyłącza w świetle art. 361 § 1 k.c. istnienie związku przyczynowego. Odwołując się do dorobku judykatury należy podkreślić, że związek przyczynowy może występować jako normalny również w sytuacji, gdy pewne zdarzenie stworzyło warunki do powstania innych zdarzeń, z których dopiero ostatnie stało się bezpośrednią przyczyną szkody. Nawet pośredni związek przyczynowy pomiędzy wadliwym działaniem lub zaniechaniem a szkodą może uzasadniać odpowiedzialność za szkodę (vide wyrok Sądu Najwyższego

z 6 kwietnia 2011 r., I CSK 459/10). Jak wskazuje się w doktrynie dowodzenie istnienia związku przyczynowego jest trudne. Jeżeli zgodzić się, iż pod pojęciem adekwatnego związku przyczynowego kryje się pewien sposób rozumowania, polegający na powiązaniu między sobą określonych zdarzeń, to ściśle rzecz ujmując, dowodzenie wprost i bezpośrednio owego związku nie wydaje się możliwe. Możliwe i konieczne natomiast jest, zgodnie z regułą dowodową z art. 6 k.c., wykazanie okoliczności, które potwierdzą prawidłowy przebieg oceny z uwzględnieniem kryterium z art. 361 § 1 k.c. Niekiedy trzeba będzie korzystać w tym zakresie z domniemań faktycznych. Podnosi się przy tym, że wobec trudności dowodowych i dla ochrony uzasadnionych interesów poszkodowanego omawiana przesłanka uważana jest za wykazaną w sytuacji, gdy poszkodowany udowodni wysoki stopień prawdopodobieństwa, że zdarzenie i szkoda pozostają ze sobą w adekwatnym związku przyczynowym (por. A. Olejniczak [w:] A. Kidyba (red.), KC. Komentarz, t. 3, s. 86).

Z niekwestionowanych ustaleń faktycznych poczynionych w rozpoznawanej sprawie wynika, że dniu (...) córka powódki - N. T. zgłosiła się do Poradni Neurologicznej pozwanego szpitala z powodu silnego bólu głowy i puchnącego oka. Została zbadana przez lekarza neurologa E. S., która nie stwierdziła występowania żadnych niepokojących objawów neurologicznych. Wobec tego, że N. T. cierpiała na zapalenie spojówek została skierowana na konsultację okulistyczną, a następnie wypisana do leczenia ambulatoryjnego z zaleceniem leczenia objawowego.

Następnie w dniu 16 grudnia 2010r. N. T. zasłabła i została przewieziona do Szpitala przy ul. (...), gdzie wykonano badanie KT (tomografii komputerowej) głowy, które wykazało obecność tętniaka tętnicy szyjnej wewnętrznej prawej o średnicy ponad 4 cm. Po konsultacji neurochirurgicznej została skierowana do leczenia neurochirurgicznego w (...) Szpitalu Miejskim im. (...) z Zakładem (...) S. (...) z siedzibą w P.. W dniu 20 grudnia 2010r. została przyjęta na Oddział Neurologii tegoż szpitala, gdzie tego samego dnia wykonano angiografię naczyń mózgowych. Badanie to wykazało szybki przepływ naczyniowy przez worek tętniaka, który mógł dopełniać się także od innej tętnicy mózgowej. W tej sytuacji chora nie kwalifikowała się embolizacji tętniaka. Możliwe było jedynie wyłączenie go z krążenia mózgowego poprzez zaklipsowanie szyjki. W dniu 23 grudnia 2010r. wykonano badanie tomografii komputerowej głowy z kontrastem naczyniowym (angio-KT), uwidaczniającej naczynia doprowadzające. Zabieg operacyjny u N. T. zaplanowano wstępnie za około 2-3 dni, po wyrównaniu stanu neurologicznego. W dniu 24 grudnia 2010r. wystąpiły cechy krwawienia z tętniaka z niedowładem połowicznym oraz porażeniem nerwu III oka prawego (okoruchowego). Z uwagi na brak możliwości leczenia wewnątrznaczyniowego w dniu 26 grudnia 2010r, podjęto próbę zamknięcia szyjki tętniaka. Zabieg chirurgiczny jednak nie powiódł się, gdyż stwierdzono masywny obrzęk mózgu uniemożliwiający jakiegokolwiek dotarcie do szyjki tętniaka. Dalsze leczenie objawowe przebiegało na Oddziale Intensywnej Terapii, stan ogólny pacjentki w tym czasie był ciężki. W dniu 30 grudnia 2010r. po wykonaniu diagnostycznej angiografii mózgowej pozwoliła ustalić brak krążenia mózgowego – śmierć mózgu.

Powódka kwestionowała prawidłowość procesu leczenia jej córki, a także zarzucała pozwanemu, że zbyt późno postawiono diagnozę. Zdaniem powódki, badanie KT głowy powinno być przeprowadzone już w dniu 28 października 2010r., podczas pierwszej wizyty jej córki w pozwanym szpitalu. Jednak z opinii i zeznań biegłej neurochirurg R. S. wynika, że gdyby tętniak u N. T. został wykryty tego dnia, to leczenie przebiegałoby podobnie, a to ze względu na wielkość i umiejscowienie zmiany. Tętniak ten był bowiem niespotykanej wielkości, nawet na skalę światową rzadko spotykany. Chociaż obecnie z dużym prawdopodobieństwem można założyć, że bole głowy były wywołane tętniakiem, to w październiku 2010r. pacjentka nie zgłaszała objawów, które zaniepokoiły by badającego ją lekarza. Natomiast ból oczu wskazywał raczej na masywne zapalenie spojówek, co może objawiać się także bólami głowy. Gdyby już w dniu 28 października 2010r. N. T. zdradzała typowe objawy neurologiczne, to jest uszkodzenie nerwów, objawiające się opadniętą powieką, to byłby to dla lekarza badającego sygnał o konieczności zlecenia specjalistycznych badań głowy. Podobnie okulista powinien posłużyć się tomografem bądź rezonansem magnetycznym w wypadku podejrzenia guza gałki ocznej. N. T. uskarżała się na ból i łzawienie, co nie jest objawem charakterystycznym ucisku na nerw wzrokowy. Opieka nad córką powódki w pierwszych dobach jej pobytu w szpitalu sprawowana była w sposób prawidłowy, a w jej wypadku stałe monitorowanie czynności oddechowej i krążeniowej nie było konieczne, ponieważ była ona przytomna i oddychała sama.

Jak wynika z opinii powołanej w sprawie biegłej w dziedzinie neurochirurgii dr R. S. schorzenie N. T. – tętniak - miało charakter samoistny, a był nim wrodzony ubytek błony mięśniowej w tętnicy szyjnej wewnętrznej prawej, który z czasem przekształcił się w tętniak. Choroba przebiegała bezobjawowo aż do października 2010 r. Pierwsze wykonane u chorej badanie KT głowy wykazało olbrzymi tętniak tętnicy mózgu szyjnej wewnętrznej. Rokowania co do wyleczenia od początku były niepomyślne. W toku leczenia stwierdzono, że nie jest możliwe leczenie endowaskularne, a dojście do tętnicy w drodze kraniotomii, polegającej na zaklipsowaniu szyjki tętniaka, zwykle pozostawia ubytki neurologiczne z powodu konieczności preparowania mózgu w celu odsłonięcia szyjki tętniaka. Przeprowadzenie kraniotomii w N. T. wymagało wykonania dodatkowych badań kontrastowych naczyń mózgowych dla uzyskania dokładnej topografii i kształtu szyjki tętniaka. Badania te, jako konieczne zostały wykonane. W piśmiennictwie neurochirurgicznym podaje się, że powikłania po angiografii naczyń mózgowych wynoszą do 6% przypadków, a w 1% może wystąpić zgon chorego bezpośrednio po wykonaniu tego badania. W przypadku N. T. zaistniało kilka niekorzystnych czynników: olbrzymia wielkość tętniaka, szeroka szyjka tętniaka, masywny przepływ krwi przez worek tętniaka uniemożliwiające leczenie endowaskularne oraz krwawienie z tętniaka po ostatnim badaniu angiograficznym, będące przyczyną masywnego obrzęku mózgu.

Biegła podała, że leczenie operacyjne tętniaków naczyń mózgowych nadal obarczone jest śmiertelnością, natomiast w przypadku tętniaków olbrzymich prawdopodobieństwa wystąpienia zgony okołoperacyjnego wynosi do 80%. Ponadto biegła powołała się na swoje doświadczenie kliniczne, wskazując, że w ponad 30-letniej praktyce jedynie raz spotkała się z tej wielkości tętniakiem, jak miało to miejsce w przypadku N. T.. Po stronie pozwanego Szpitala brak jest zaniedbań skutkujących śmiercią N. T..

Ustalenia faktyczne poczynione w toku niniejszego postępowania jednoznacznie wskazują na prawidłowość procesu leczenia córki powódki w pozwanym szpitalu. Powódka nie wykazała stosownie do obowiązku, jaki nakłada na nią art. 6 k.c., winy pozwanego, ani związku przyczynowego pomiędzy jego działaniem a krzywdą, jaka powstała po jej stronie. Ustalenia poczynione w postępowaniu dowodowym nie pozwalają na przyjęcie bezprawności działania lekarzy zatrudnionych przez pozwanego, przypisania pozwanemu winy oraz istnienia związku przyczynowego pomiędzy działaniem bądź zaniechaniem lekarzy zatrudnionych przez pozwanego a szkodą/ krzywdą powódki a następnie śmierci N. T.. Działania podejmowane przez lekarzy pozwanego w stosunku do pacjentki N. T. były odpowiednie do stanu jej zdrowia, etapu leczenia i, jak wynika z opinii biegłej, były oparte o aktualny stan wiedzy medycznej. Powództwo podlegało zatem oddaleniu w całości.

Jedynie na marginesie odnieść się należało do zarzutu przedawnienia podniesionego przez pozwanego, który okazał się nietrafny. Zgodnie z przepisem art. 442¹ § 1 k.c. roszczenie o naprawienie szkody wyrządzonej czynem niedozwolonym przedawnia się z upływem okresu trzech lat od chwili, w której poszkodowany dowiedziała się o szkodzie oraz o osobie odpowiedzialnej do jej naprawienia. N. T. zmarła dnia 30 grudnia 2010r. Pozwany podniósł, że pozew L. T. wpłynął do Sądu dnia 31 grudnia 2013r., to jest w dzień po upływie terminu przedawnienia i z tego względu może uchylić się od spełnienia świadczenia na podstawie art. 117 § 2 k.c.

Jednakże z akt niniejszej sprawy wynika, że powódka wysłała przesyłkę pocztowa zawierającą pozew dnia 30 grudnia 2013r. (data nadania uwidoczniona na stemplu pocztowym – k. 10v.). Uznać zatem należało, że powódka wystąpiła z powództwem przeciwko pozwanemu przed upływem terminu przedawnienia, a podniesiony przez niego zarzut przedawnienia jest nieskuteczny.

Rozstrzygnięcie w przedmiocie kosztów procesu znajduje uzasadnienie w art. 102 kpc, zgodnie z którym w wypadkach szczególnie uzasadnionych sąd może zasądzić od strony przegrywającej tylko część kosztów albo nie obciążać jej w ogóle kosztami. Powódka w niniejszym procesie była zwolniona od kosztów sądowych w całości, a zważywszy na jej trudną sytuację finansową oraz szczególny charakter i przedmiot powództwa, uznał za zasadne odstąpienie od obciążania jej kosztami zastępstwa procesowego pozwanego.

W punkcie 3 wyroku Sąd zasądził z kolei na podstawie § 2 ust. 1, 2 i 3 w zw. z § 6 pkt 7 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002r. w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb

Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu (Dz.U. 2013.461) kwotę 8.856 zł, stanowiącą koszty zastępstwa procesowego (7.200 zł) powiększone o kwotę podatku od towarów i usług (1.656 zł).

SSO Maria Taront

ZARZĄDZENIE

1. Notować w kontrolce uzasadnień,
2. Odpis wyroku wraz z uzasadnieniem doręczyć pełnomocnikom stron,
3. Z apelacją lub za 14 dni.

P., dnia 19 stycznia 2016r. SSO Maria Taront