

Sygnatura akt II C 537/14

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 25 czerwca 2015 r.

Sąd Okręgowy w Łodzi II Wydział Cywilny

Przewodnicząca: S.S.O. Dorota Liczberska – Dębska

Protokolant: Sylwia Birke

po rozpoznaniu w dniu 12 czerwca 2015 roku w Łodzi

na rozprawie

sprawy z powództwa U. N. i D. K. (1)

przeciwko:

(...) S.A. w W. i

Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej (...) Szpitalowi (...) im. (...) Akademii Medycznej – (...) w Ł.

o zapłatę kwoty 360.000 zł

1. oddała powództwo;
2. nie obciąża powódek kosztami procesu;
3. nakazuje zwrócić solidarnie U. N. i D. K. (1) ze Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Łodzi kwoty: 64,88 zł (sześćdziesiąt cztery złote osiemdziesiąt osiem groszy) tytułem niewykorzystanej zaliczki uiszczonej w dniu 27 marca 2015 roku i 200 zł (dwieście złotych) tytułem niewykorzystanej zaliczki uiszczonej w dniu 14 lutego 2012 roku (przeksięgowanie zarządzeniem z dnia 29 maja 2013 r.);
4. nakazuje zwrócić ze Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Łodzi tytułem niewykorzystanych zaliczek:
 - a) na rzecz (...) S.A. w W. kwotę 12,83 zł (dwanaście złotych osiemdziesiąt trzy grosze) z zaliczki uiszczonej w dniu 6 listopada 2012 roku,
 - b) na rzecz Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) Szpitala (...) im. (...) Akademii Medycznej – (...) w Ł. kwotę 4,24 zł (cztery złote dwadzieścia cztery grosze) z zaliczki uiszczonej w dniu 29 października 2012 roku.

Sygnatura akt II C 537/14

UZASADNIENIE

W pozwie z dnia 23 stycznia 2012 r., powód W. N. (1) wniósł o zasądzenie in solidum od (...) S.A. z siedzibą w W. i (...) Szpitala (...) im. (...) w Ł. – (...) Szpitala (...):

- kwoty 300.000 zł tytułem zadośćuczynienia wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 15 kwietnia 2011 r. do dnia zapłaty;

- kwoty po 5.000 zł tytułem renty na zwiększone potrzeby płatnej do 10-tego każdego miesiąca, począwszy od 15 kwietnia 2011 r. wraz z ustawowymi odsetkami w przypadku uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat i kosztów procesu.

Powód wniósł nadto o ustalenie odpowiedzialności pozwanych na przyszłość.

Na uzasadnienie żądania W. N. (1) podał, że w dniu 17 marca 2009 r. został przyjęty do pozwanego szpitala, gdzie 2 kwietnia 2009 r. wykonano u niego operację odbarczenia rdzenia kręgowego. Jak podał, jego stan przed przyjęciem do szpitala był dobry, był osobą samodzielną i chodzącą, natomiast po zabiegu drastycznie się pogorszył - doszło do niedowładów kończyn dolnych, zaś 5 kwietnia do niewydolności oddechowej. Dwie przeprowadzone 6 i 7 kwietnia reoperacje nie przyniosły oczekiwanego efektu - powód z niedowładem obu dolnych kończyn i prawej ręki, z tracheotomią, podłączony do respiratora wymagał umieszczenia na OIOM. Kolejny zabieg operacyjny przeprowadzono 21 maja 2009 r., który także nie przyniósł poprawy. Powód podał także, że na skutek niewłaściwej pielęgnacji na jego ciele pojawiły się odleżyny, oraz że jego stan zdrowia uległ nieznacznej poprawie dopiero po przeniesieniu do innej placówki, jednakże do czasu wytoczenia procesu pozostał osobą leżącą i niesamodzielną. Strona powodowa zarzuciła pozwanemu szpitalowi niewłaściwą opiekę bezpośrednio po pierwszym zabiegu, niewdrożenie odpowiednich procedur medycznych, niewłaściwą opiekę pielęgniarską.

(pozew k. 2-9)

W odpowiedzi na pozew z dnia 12 kwietnia 2012 r. pozwany szpital wniósł o oddalenie powództwa oraz zasądzenie od powoda kosztów postępowania. Pozwany w uzasadnieniu podniósł, że wyjściowy stan zdrowia powoda już chwili przyjęcia go do szpitala był ciężki, powód cierpiał na niedowład 4-kończynowy spowodowany najgroźniejszą postacią spondylozy szyjnej z ciężką patologią i mielopatią szyjną. Pozwany podniósł, że powód był już wcześniej u niego operowany z powodu tego schorzenia w 2008 r., jednak wówczas uzyskano krótkotrwałą poprawę, po której nastąpiło pogorszenie stanu zdrowia powoda. Na uzasadnienie stanowiska pozwanego szpitala wskazano także, że leczenie operacyjne ze schorzeniem, na jakie cierpiał powód jest leczeniem bardzo wysokiego ryzyka. Natomiast, co do zarzutu nieodpowiedniej opieki skutkującej pojawieniem się odleżyn, pozwany szpital podniósł, że wysokie uszkodzenie rdzenia kręgowego stwarza predyspozycje do odleżyn spowodowane porażeniem autoregulacji naczyń skórnych. (odpowiedź na pozew k. 115-118)

Pozwany (...) S.A. w W. Oddział w Ł. w odpowiedzi na pozew z dnia 2 maja 2012 r. wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie na jego rzecz kosztów procesu według norm przepisanych. Pozwany ubezpieczyciel przyznał, że ubezpieczał od odpowiedzialności cywilnej SP ZOZ (...) Szpital (...) w Ł. im. (...) w Ł. w okresie od 28 września 2008 r. do 27 września 2010 r. za szkody wyrządzone osobom trzecim w związku ze świadczeniem usług medycznych. Wskazano polisę nr (...) i przewidzianą tam górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela 46.500 EUR na jedno zdarzenie i 275.000 EUR na wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia. (odpowiedź na pozew k. 138-139)

Na rozprawie dniu 10 października 2012 r. strona powodowa doprecyzowała, że swoje roszczenie w zakresie podstawy faktycznej wskazując, że wiąże je tak z przeprowadzonymi zabiegami chirurgicznymi i postępowaniem po zabiegach.

(protokół k. 162 odw .)

W piśmie z dnia 26 września 2013 roku w. N. rozszerzył podstawę faktyczną żądania podnosząc zarzut przeprowadzenia zabiegu operacyjnego bez wymaganej zgody pacjenta poprzedzonej informacją o ryzyku powikłań i alternatywnych metodach leczenia. Strona powodowa wskazywała także w toku procesu na wątpliwość co do prawidłowości zakwalifikowania do zabiegu. (pismo k. 256-257, protokół k. 359)

W dniu 7 grudnia 2013 r. W. N. (1) zmarł. Postanowieniem z dnia 3 marca 2014 r. Sąd zawiesił postępowanie w sprawie na podstawie art. 174 §1 pkt 1 k.p.c.. W dniu 7 kwietnia 2014 r. Sąd podjął zawieszony postępowanie z udziałem następców prawnych zmarłego W. U. N. i D. K. (1). (akt zgonu k. 302, postanowienia k. 304 i 319)

Powódki podtrzymały zarzuty, w tym nieprawidłowego nadzoru medycznego, w szczególności anestezyjologicznego, a nadto braku wyrażenia przez W. N. (1) zgody na wykonanie zabiegu o bardzo wysokim ryzyku. Strony wniosły o zasądzenie na ich rzecz kosztów procesu według norm przepisanych. (protokół k. 413)

Sąd ustalił następujący stan faktyczny :

W. N. (1) cierpiał na rozległe zmiany zwyrodnieniowo - dyskopatyczne zniekształcające kręgosłup (spendyloza), zwłaszcza w odcinku szyjnym. Ujmując obrazowo istotę i skutki choroby - chory na spendylozę nie ma rezerwy płynu rdzeniowego, rdzeń wypełnia cały kanał rdzeniowy. W przypadku zdrowego człowieka rdzeń jest otoczony płynem rdzeniowo – mózgowym, który jest elementem chroniącym rdzeń. (opinia biegłej z zakresu neurochirurgii R. S. k. 172; ustna opinia biegłej z zakresu neurochirurgii R. S. k.408; zeznania świadka A. R. protokół rozprawy z dnia 13 marca 2015 r. k. 383 adnotacje czasowe 00:04:17-00:08:58 dokumentacja medyczna k. 16-20 i k. 66-89)

W dniu 19 maja 2008 r. sześćdziesięcioletni wówczas W. N. (1) został po raz pierwszy przyjęty do Kliniki Neurochirurgii (...) Szpitala (...) im. (...) w Ł.. Stwierdzano u niego wówczas objawy rwy szyjno - ramiennej lewostronnej, niedowład lewej kończyny górnej i osłabienie dolnej, drętwienie i mrowienie palców obu rąk z zaburzeniami czucia dotyku i temperatury na prawej kończynie dolnej, to jest objawy mielopatii szyjnej. Badanie CT ujawniło przepukliny krążków C4/C5 i C5/C6 i z tego powodu wykonano operacyjne usunięcie przepuklin. Po zabiegu, w drugiej dobie, nasilił się niedowład kończyn lewych, co spowodowało konieczność reperacji i usunięcia trzonu kręgu C6 wraz ze zwapniałym więzadłem podłużnym tylnym. Po tym zabiegu niedowład wycofywał się. Uzyskano dobrą stabilizację odcinka C4/C7. Pacjent był później rehabilitowany.

(zeznania świadka A. R. protokół rozprawy z dnia 13 marca 2015 r. k. 383 adnotacje czasowe 00:04:17-00:14:47; przesłuchanie powódki U. N. k. 411 odw. ; dokumentacja medyczna k. 70 i 70 odw.,81 i k. 368)

Po okresie poprawy trwającym kilka miesięcy, powód ponownie zaczął odczuwać dolegliwości o typie drętwienia kończyn oraz incydentów osłabienia kończyn dolnych, z którego to powodu nagle się przewracał.

(przesłuchanie powódki U. N. k. 159 odw.-160 w zw. z k. 411 i k. 411 odw. ; dokumentacja medyczna k. 16-20 i k. 66-89)

U powoda występowały wytwórcze zmiany kostne na krawędziach trzonów, ograniczające ruchomość kręgosłupa. Jednak znacznie poważniejszym problemem było stopniowe zwężanie, przez wspomniane zmiany, kanału kręgowego, utrata rezerwy płynu, a w konsekwencji „zakleszczanie” rdzenia przez narastające wyrośla kostne. Na tym etapie u chorego pojawiają się już objawy neurologiczne, gdyż naczynia tętnicze rdzenia biegną po jego przedniej powierzchni i ucisk powoduje stopniowo zmiany niedokrwienne rdzenia. Wówczas, o ile pozwala na to stan ogólny pacjenta, są już wskazania do leczenia operacyjnego, ponieważ ogniska niedokrwienne w rdzeniu, jeśli się pojawiają, mają charakter nieodwracalny.

(opinia biegłej z zakresu neurochirurgii R. S. k. 172-173)

Pozostawienie powoda bez leczenia operacyjnego nieuchronnie i stopniowo doprowadziłoby do powstania niedowładu czterokończynowego. Zabieg operacyjny, chociaż obarczony znacznym ryzykiem z uwagi na fakt, że kanał kręgowy jest masywnie zwężony i wszelkie manipulacje związane z odbarczaniem rdzenia w ciasnym kanale kręgowym niosą ryzyko pogorszenia neurologicznego, był jedyną drogą niedopuszczenia do stopniowego porażenia czterokończynowego. (opinia biegłej z zakresu neurochirurgii R. S. k. 173)

Przed kolejnym leczeniem operacyjnym lekarz – A. R.przeprowadził rozmowę z W. N. (1), wyjaśniając mu na czym polega zabieg i jakie ryzyko się z nim wiąże. Powód był świadomy braku alternatywnych sposobów leczenia. Był też zorientowany, jak wygląda zabieg, gdyż rok wcześniej miał podobną operację. Poprawa po zabiegu z roku 2008 powodowała, że liczył, że po kolejnej operacji jego stan jeszcze bardziej się poprawi, że będzie się dalej rehabilitował i będzie chodził (zeznania świadka A. R. protokół rozprawy z dnia 13 marca 2015 r. k. 383 adnotacje czasowe 00:04:17-00:26:12; przesłuchanie powódki U. N. k. 411 i k. 411 odw., D. K. (2) k. 411-412)

W dniu przyjęcia go do szpitala, 17 marca 2009 roku W. N. (1) wyraził pisemną zgodę na zaproponowane leczenie i zabieg. (dokumentacja medyczna k.16 – 20, zeznania świadka A. R. protokół rozprawy z dnia 13 marca 2015 r. k. 383 adnotacje czasowe 00:04:17-00:26:12, kopia strony pierwszej historii choroby k. 369)

Przy przyjęciu w dniu 17 marca 2009 roku opisano u W. N. (1) mielopatię szyjną, wąski kanał rdzeniowy na wysokości C2-C6 przejawiające się niedowładem kończyn dolnych i górnych, zaburzeniami czucia, dotyku i temperatury po prawej stronie klatki piersiowej, brzucha i kończyny dolnej prawej, oraz bólem odcinka lędźwiowego i szyjnego. Powód był jednak osobą samodzielnie poruszającą się, wykonującą wszystkie czynności z zakresu samoobsługi, wydolną krążeniowo i oddechowo. W badaniu MRI stwierdzono bezwzględną stenozę kanału kręgowego od C2 do C6 oraz cechy niedokrwienia rdzenia kręgowego na skutek ucisku. Powód zakwalifikowany został do zabiegu. (przesłuchanie powódki U. N. k. 159 odw.-160 w zw. z k. 411; przesłuchanie powódki D. K. (2) k. 411 odw.-412; dokumentacja medyczna k. 16-20 i k. 66-89)

Zabieg odbarczający rdzeń kręgowy był jedyną szansą powoda na uniknięcie porażen kończyn na skutek uciskowych zmian niedokrwiennych w rdzeniu. W przypadku W. N. (1) wskazania do zabiegu operacyjnego były bezwzględne, ponieważ występowały już u niego duże ubytki neurologiczne i bezwzględna stenoza. Ryzyko porażenia było już wówczas bardzo duże.

(opinia uzupełniająca biegłej z zakresu neurochirurgii R. S. k.234 ; ustna opinia biegłej neurolog B. S. k.355 - protokół rozprawy z dnia 19 września 2014 r. adnotacje czasowe 00:03:49 – 00:42:54 i 00:55:32 – 00:56:54; ustna opinia biegłej z zakresu neurochirurgii R. S. k. 407 odw.-408)

Długotrwanie utrzymujący się ucisk na rdzeń kręgowy może spowodować jego uszkodzenie manifestujące się deficytowymi objawami neurologicznymi, których obraz zależy od poziomu uszkodzenia rdzenia. Uszkodzenia rdzenia w odcinku szyjnym powodują niedowłady wiotkie kończyn górnych i niedowłady spastyczne kończyn dolnych o różnym nasileniu, zaburzenia czucia od poziomu uszkodzenia (u powoda od odcinka szyjnego) z zaburzeniami zwieraczy.

(opinia uzupełniająca biegłej neurolog B. S. k.266; ustna opinia biegłej neurolog B. S. k.355 - protokół rozprawy z dnia 19 września 2014 r. adnotacje czasowe 00:03:49 – 00:42:54)

W dniu 2 kwietnia 2009 r. wykonano u W. N. (1) zabieg operacyjny z dojścia tylnego (laminektomię C2-3-4 z odbarczeniem - rdzenia kręgowego). Zabieg przebiegł bez komplikacji, po dokonaniu laminektomii worek oponowy tętnił, co świadczyło o uzyskaniu odbarczenia naczyń tętniczych rdzenia. Wybór metody odbarczenia z dojścia tylnego, w ułożeniu na lewym boku, był właściwy. Ten typ zabiegu pozwala dość rozlegle poszerzyć kanał kręgowy, a usunięte łuki kręgowe i wyrostki kolczyste nie mają większego znaczenia dla stabilizacji kręgosłupa przy zachowanych wyrostkach stawowych. Po tym leczeniu ranę zamyka się z pozostawieniem drenu odprowadzającego krew, aby nie gromadziła się w tkankach. Dren ten usuwa się w następnej lub kolejnej dobie. Pomimo zastosowania sączka, u powoda doszło do powstania krwiaka w ranie operacyjnej. Mogły jednak na to wpłynąć czynniki takie jak nadmierna ruchliwość pacjenta (spowodowana bólem pooperacyjnym), czasowe zaburzenia krzepnięcia krwi lub wzrost ciśnienia tętniczego. Przy tego typu operacji krwawienie pooperacyjne ze splotów żylnych na oponie twardej rdzenia jest zawsze duże i pacjenta nie da się zamknąć „na sucho”, bo nie można wykoagulować wszystkich naczyń, co spowodowałoby brak gojenia rany. (opinia biegłej z zakresu neurochirurgii R. S. k. 173; opinia uzupełniająca biegłej z zakresu neurochirurgii R. S. k.234; opinia ustna k. 408, dokumentacja medyczna k. 16-20)

Od 2 kwietnia 2009 r., po zabiegu, prowadzono u chorego typową pielęgnację przeciwoleżynową. (dokumentacja opieki pielęgniarskiej k.196-210; opinia biegłej neurolog B. S. k.247 odw.)

Po zabiegu powód skarżył się na dolegliwości prawej ręki. Jego stan ulegał stopniowemu pogorszeniu, a wyraźnie pogorszył się po 4 dniach. (przesłuchanie powódki U. N. k. 159 odw.-160 w zw. z k. 411; przesłuchanie powódki D. K. (2) k. 411 odw.-412; dokumentacja medyczna k. 16-20 i k. 66-89)

Pacjent po operacyjnym odbarczeniu rdzenia może w początkowych dobach wykazywać pogorszenie neurologiczne związane z niedokrwieniem, obrzękiem i z samą manipulacją operacyjną. Rdzeń ma bowiem specyficzne unaczynienie, duże naczynia krwionośne biegną po jego powierzchni i nawet drobna manipulacja operacyjna, w ciasnym kanale, do którego chirurg dostać się musi z narzędziem, może powodować obrzęk. (ustna opinia biegłej z zakresu neurochirurgii R. S. k. 407 odw.)

Nagle pogorszenie neurologiczne u powoda w nocy z 5 na 6 kwietnia nie było spowodowane powstałym w ranie operacyjnej krwiakiem, ponieważ rdzeń był już szeroko odbarczony, a krew z rany operacyjnej wydobywała się przez dren przez pierwsze doby. Krwiak po zabiegu z dojścia tylnego nie mógł bezpośrednio, w mechanizmie ucisku, spowodować uszkodzenia rdzenia. Pogorszenia stanu powoda miało charakter naczyniowy, związane było z obrzękiem rdzenia - świadczy o tym poprawa, jaka nastąpiła po stosowanym farmakologicznym leczeniu przeciwobrzękowym. Gdyby niedowład był spowodowany uciskiem rdzenia przez krwiak, takie leczenie byłoby wówczas nieskuteczne. (opinia biegłej z zakresu neurochirurgii R. S. k. 173, ustna k. 408)

Ponieważ badanie kontrolne MRI wykonane u powoda w dniu 6 kwietnia 2009 r. wykazało obecność krwiaka w ranie operacyjnej, tego samego dnia chory został zoperowany w trybie pilnym - usunięto krwiak i obarczono worek oponowy. Z uwagi na cechy obrzęku rdzenia w dniu 7 kwietnia 2009, w celu zmniejszenia ciasnoty rdzenia, wykonano kolejny zabieg operacyjny, tym razem z dojścia przedniego na szyi - vertebrektomię (korpektomię) trzonu C4. Miał on dodatkowo poszerzyć kanał kręgowy aby poprawić ukrwienie rdzenia. Zabieg operacyjny polegał na usunięciu trzonu C4 wraz z wyrostkami kostnymi - w ten sposób odbarczono tętnice rdzeniowe na przedniej powierzchni rdzenia. Gojenie rany po tym leczeniu było niepowikłane.

(opinia biegłej z zakresu neurochirurgii R. S. k. 174; przesłuchanie powódki U. N. k. 159 odw.-160 w zw. z k. 411; dokumentacja medyczna k. 16-20 i k. 66-89; wyniki badań k. 216-230)

U powoda wykorzystano wszystkie możliwości leczenia operacyjnego odbarczającego rdzeń w odcinku szyjnym. (opinia biegłej z zakresu neurochirurgii R. S. k. 174)

Po zabiegu z 7 kwietnia 2009 roku stan powoda nie uległ poprawie i nadal był ciężki. Nie miał on czucia zarówno w kończynach dolnych jak i górnych. (przesłuchanie powódki U. N. k. 160 -160 odw. w zw. z k. 411; dokumentacja medyczna k. 16-20 i k. 66-89)

Z uwagi na niewydolność oddechową, od dnia 7 kwietnia 2009 r. powód przebywał na Oddziale Intensywnej Terapii - konieczne było wykonanie tracheotomii w celu lepszej kontroli dróg oddechowych. Powód cały czas miał problem z samodzielnym oddychaniem i musiał być podłączany do respiratora.

(przesłuchanie powódki U. N. k. 160 -160 odw. w zw. z k. 411; dokumentacja medyczna k. 21-65)

Duszność, występująca po zabiegu wykonanym na wysokim odcinku rdzenia kręgowego jest objawem typowym, a to z uwagi na bliskość ośrodka oddechowego.

(ustna opinia biegłej z zakresu neurochirurgii R. S. k. 408 odw.)

Każdy zabieg operacyjny w kanale kręgowym może spowodować przemijające pogorszenie funkcji mięśniowej kończyn. Taka sytuacja miała już miejsce u powoda po leczeniu operacyjnym w dniu 28 maja 2008 r.

(opinia uzupełniająca biegłej z zakresu neurochirurgii R. S. k.234)

Leczenie operacyjne mielopatii szyjnych, gdzie istnieje zwykle kilkupoziomowy masywny ucisk rdzenia kręgowego, jest związane ze znacznie większym ryzykiem operacyjnym niż w przypadku operacyjnego leczenia urazów kręgosłupa. Zabieg operacyjny przy ciasnocie w kanale kręgowym może spowodować zmiany niedokrwienne w uciśniętym rdzeniu

już przez sam fakt nawet bardzo ostrożnej manipulacji w kanale kręgowym. Pomimo to ten rodzaj leczenia jest jedynym sposobem niedopuszczenia do trwałych dysfunkcji ruchowych u pacjentów z mielopatią szyjną.

(opinia uzupełniająca biegłej z zakresu neurochirurgii R. S. k.234)

Manipulacja z dościa tylnego przy rewizji kanału rdzeniowego, u chorego ze spondylozą jest dużo bardziej niebezpieczna niż np. przy operacji guza bez ciasnoty kanału, ponieważ nie można dobrze „wejść” z narzędziem dla wykonania laminektomii. Pracując w sytuacji bardzo „ciasnego rdzenia”, jakakolwiek manipulacja, czasem sama dekompresja, prowadzi do obrzęku. Z tego powodu zdarza się nawet, że chorzy umierają w czasie zabiegu. (ustna opinia biegłej z zakresu neurochirurgii R. S. k. 408 odw.)

W czasie pobytu w pozwanym szpitalu na ciele W. N. (1) pojawiły się odleżyny. (bezsporne, przesłuchanie powódki U. N. k. 161 w zw. z k. 411; dokumentacja medyczna k. 21-65; dokumentacja opieki pielęgniarzkiej k.196-210)

Po wystąpieniu nasilonych deficytów neurologicznych i po przeniesieniu chorego do Oddziału Intensywnej Terapii zintensyfikowano pielęgnację przeciwoleżynową, poprzez zmianę pozycji ciała co 2 godz., zastosowano też materac przeciwoleżynowy. (dokumentacja opieki pielęgniarzkiej k.196-210; opinia biegłej neurolog B. S. k.247 odw.; ustna opinia biegłej neurolog B. S. k.355 - protokół rozprawy z dnia 19 września 2014 r. adnotacje czasowe 00:03:49 – 00:42:54; dokumentacja medyczna k. 21-65)

Pomimo tego odleżyny na kości krzyżowej pogłębiały się, a nadto doszło do masywnych obrzęków kończyn. Występowały też zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego w postaci wzdęć i biegunek. Chory żywiony był przez stonię żołądkową. (dokumentacja opieki pielęgniarzkiej k.196-210; ustna opinia biegłej neurolog B. S. k.355 - protokół rozprawy z dnia 19 września 2014 r. adnotacje czasowe 00:03:49 – 00:42:54; przesłuchanie powódki U. N. k. 160 odw.-161 w zw. z k. 411; dokumentacja medyczna k. 21-65)

Mimo stanu chorego, od początku leczenia w Oddziale Intensywnej Terapii wdrożono rehabilitację przyłózkową. Chory był codziennie usprawniany przez fizjoterapeutę i okresowo konsultowany przez specjalistę rehabilitacji medycznej.

(opinia biegłej neurolog B. S. k.248; ustna opinia biegłej neurolog B. S. k.355 - protokół rozprawy z dnia 19 września 2014 r. adnotacje czasowe 00:03:49 – 00:42:54; dokumentacja medyczna k. 21-65; dokumentacja opieki pielęgniarzkiej k.196-210)

Zarówno wczesna, pooperacyjna rehabilitacja chorego, jak i profilaktyka i pielęgnacja przeciwoleżynowa były prowadzone prawidłowo. Jednakże we wczesnym okresie po uszkodzeniu rdzenia (a do tego doszło u powoda na skutek obrzęku), w organizmie chorych zaczynają przeważać procesy kataboliczne prowadzące między innymi do błyskawicznego (w ciągu 12 godzin) powstawania olbrzymich odleżyn. Dlatego u tych chorych, pomimo prawidłowo prowadzonej profilaktyki i pielęgnacji, nie udaje się zapobiec powstaniu odleżyn. Ich gojenie jest długie i udaje się zazwyczaj dopiero po ustabilizowaniu stanu chorego i wyciszeniu procesów katabolicznych. Zdarza się, że u pacjentów po uszkodzeniu rdzenia, bardzo długo trwa faza kataboliczna, a potem następuje przełom i gojenie się odleżyn, czyli faza anaboliczna

(opinia biegłej neurolog B. S. k.248; ustna opinia biegłej neurolog B. S. k.355 - protokół rozprawy z dnia 19 września 2014 r. adnotacje czasowe 00:03:49 – 00:42:54)

Odleżyny u powoda leczono przy współudziale specjalisty ortopedii opatrunkami hydrożelowymi na zmianę z przymoczkami z roztworu AgNO₃ lub Amikacyny. Powód codziennie był usprawniany (kinezyterapia przyłózkowa) i okresowo konsultowany przez specjalistę rehabilitacji medycznej.

(dokumentacja k. 21-65; dokumentacja opieki pielęgniarzkiej k.196-210)

W trakcie leczenia na Oddziale Intensywnej Terapii W. N. (1) był kilkakrotnie konsultowany przez neurologa jak i neurochirurga.

(dokumentacja medyczna k. 21-65)

W dniu 21 maja 2009 r. powód został poddany kolejnej operacji, polegającej na wykonaniu laminektomii odcinka C5 – 06, która nie doprowadziła do poprawy stanu neurologicznego.(dokumentacja medyczna k. 21-65)

W dniu 26 października 2009 r. W. N. (1), na skutek starań żony, został przewieziony do Stołecznego Centrum Rehabilitacji ((...)) w K., celem kontynuowania leczenia usprawniającego. (przesłuchanie powódki U. N. k. 161 odw.-162 w zw. z k. 411; dokumentacja medyczna k. 90-97)

Badanie USG wykazało kamice żółciową i z tego powodu w okresie od 24 – 26 listopada 2009 r. powód był leczony w Oddziale Chirurgicznym MSWiA.

(przesłuchanie powódki U. N. k. 162 w zw. z k. 411; dokumentacja medyczna k. 90-97)

W. N. (1) ponownie został przyjęty do (...) w dniu 26 listopada 2009, gdzie stopniowo wprowadzono żywienie doustne i zamknięto gastrostomię. Włączono także stopniowo usprawnianie. Powód w tym czasie nie wymagał już wspomagania oddechu ani rurki tracheotomijnej, a nadto był usprawniany przyłóżkowo i stopniowo pionizowany. (przesłuchanie powódki U. N. k. 161 odw.-162 w zw. z k. 411; dokumentacja medyczna k. 90-97)

Został odłączony od respiratora w dniu 19 listopada 2009 r., natomiast 25 listopada 2009 r. przeprowadzono kolejny zabieg – cholecystektomię, to jest usunięcie pęcherzyka żółciowego. Odstawiono żywienie pozajelitowe i przez gastrostomię. Po uzyskaniu wydolności oddechowej i krążeniowej podjęto decyzje o przeniesieniu go do Oddziału Ortopedycznego w K., celem dalszego leczenia odleżyn. (przesłuchanie powódki U. N. k. 162 w zw. z k. 411; przesłuchanie powódki D. K. (2) k. 412 odw.; dokumentacja medyczna k. 90-97)

W dniu 31 grudnia 2009 r. powód został wypisany do Pododdziału Ortopedycznego w K., gdzie dokonano opracowania chirurgicznego rozległych odleżyn na kości krzyżowej i obu krętarzach. W placówce tej powód był leczony do 14 lipca 2010 r. Ustąpiły obrzęki kończyn. W. N. (1) oddychał samodzielnie. Odleżyny zostały wygojone. (przesłuchanie powódki U. N. k. 162 w zw. z k. 411; dokumentacja medyczna k. 90-97)

Nie można wykluczyć, że gdyby powód pozostał w pozwanym szpitalu i nie był przewieziony do K. to również odleżyny zostałyby wygojone, z uwagi na wejście w fazę anaboliczną. W przypadku powoda okres kataboliczny trwał długo, aczkolwiek nie można w tym zakresie dopatrzeć się zaniedbań po stronie pozwanego szpitala. Prawdłowo stosowano u chorego opatrunki hydrożelowe, przymocunki z argenty i antybiotyki miejscowe. Można było rozważyć zastosowanie zabiegów fizjoterapii np. laserowej czy teraplusowej, aczkolwiek trudno ocenić, jak zniósłby ją pacjent w takim stanie, w jakim był powód. (ustna opinia biegłej neurolog B. S. k.355 - protokół rozprawy z dnia 19 września 2014 r. adnotacje czasowe 00:03:49 – 00:42:54)

Po powrocie chorego do domu powódka U. N. kontynuowała u niego pielęgnację mającą na celu gojenie odleżyn. Stosowała profilaktykę przeciwoleżynową przewracając go z boku na bok co 3 godziny. Powód nadal był osobą leżącą z niedowładem obu kończyn dolnych oraz prawej kończyny górnej. Jego stan neurologiczny nie uległ poprawie. Wymagał intensywnej rehabilitacji. Jednakże samodzielnie oddychał. Był całkowicie świadomy. (przesłuchanie powódki U. N. k. 162 odw. w zw. z k. 411)

Kolejny raz przyjęto W. N. (1) do Oddziału (...) Neurologicznej Centrum (...) w K. w dniu 14 lipca 2010 r., gdzie kontynuowano usprawnianie oraz pionizację na wózku inwalidzkim z wysokim oparciem. Pojawiły się ruchy czynne w zakresie lewej kończyny górnej. Nie udało się natomiast uzyskać oddawania moczu w drodze automatyzmu pęcherzowego Powód nadal musiał mieć założony cewnik do pęcherza moczowego. W dniu 18 sierpnia 2010 r. został wypisany do domu. (dokumentacja medyczna k. 90-97)

W domu powód był codziennie usprawniany przez dochodzącego rehabilitanta. Godzinna wizyta rehabilitanta kosztowała ok. 50-70 zł. Nadal był osobą leżącą, wymagającą stałej pomocy w czynnościach życia codziennego oraz stałych czynności pielęgnacyjnych w postaci odwracania co 2-3 godziny, ćwiczeń rehabilitacyjnych, pielęgnacji przeciwoodleżynowej i okresowych zmian cewnika.

(przesłuchanie powódki U. N. k. 162 odw. w zw. z k. 411)

Powód wciąż wymagał kontroli internistycznej (stan układu oddechowego, układu moczowego), działań przeciwoodleżynowych, systematycznej rehabilitacji. Koszt leczenia (leki neuroprotektoryjne, naczyniowe, przyspieszające regenerację) to koszt ok. 300 – 350 zł miesięcznie. (opinia uzupełniająca biegłej neurolog B. S. k.266)

Powód nadto wymagał wówczas zaopatrzenia w sprzęt ortopedyczny (łóżko ortopedyczne, materac przeciwoodleżynowy) oraz stosowanych środków higienicznych (pampersy, cewniki, zbiorniki na moc, maści i kremy do pielęgnacji skóry zagrożonej odleżynami). Wymagał też leków pozwalających zwalczać zapalenia dróg moczowych i oddechowych.

(ustna opinia biegłej neurolog B. S. k.355 - protokół rozprawy z dnia 19 września 2014 r. adnotacje czasowe 00:03:49 – 00:42:54; przesłuchanie powódki U. N. k. 162 odw. w zw. z k. 411)

Z uwagi na zakres ubytków u powoda nie było wskazań do dalszego nadzoru neurologicznego, wobec braku sposobu leczenia. Taki nadzór miałby jedynie znaczenie psychologiczne. Wskazana byłaby ewentualnie rehabilitacja mająca na celu utrzymanie istniejącej sprawności. Niedowład czterech kończyn uniemożliwiający poruszanie się i wykonywanie czynności samoobsługi, powodował konieczność stałej opieki i pomocy innych osób w wymiarze 12-14 godz. dziennie.

(opinia biegłej neurolog B. S. k.248, ustna opinia biegłej neurolog B. S. k.355 - protokół rozprawy z dnia 19 września 2014 r. adnotacje czasowe 00:03:49 – 00:42:54)

Niedowład cztero kończynowy (tetraplegia) uniemożliwiający samodzielne poruszanie się jest deficytem powodującym 100 % uszczerbek na zdrowiu (pkt 93 a uszkodzenia rdzenia kręgowego, a/ przy objawach poprzecznego przecięcia rdzenia z całkowitym porażeniem lub niedowładem dużego stopnia dwóch lub czterech kończyn). Z punktu widzenia neurologa, nie można jednak stwierdzić zaniechań w procesie leczenia W. N. (1). Leczenie powikłań neurologicznych, jakie wystąpiły u powoda po leczeniu operacyjnym, było prawidłowe i zgodne z zasadami wiedzy medycznej. Włączono leczenie sterydami, zastosowano leki naczyniowe i płynoterapię, wdrożono wczesną rehabilitację i profilaktykę przeciwoodleżynową.

(opinia biegłej neurolog B. S. k.248)

Nie ma możliwości ustalenia, co było by, gdyby choroba rozwijała się bez ingerencji. Przemijające porażenia kończyn dolnych występujące u powoda przed zabiegiem z 2 kwietnia 2009 r., mogłyby jednak przejść w cztero kończynowe porażenie pełne z powodu udaru rdzenia. (ustna opinia biegłej neurolog B. S. k.355 - protokół rozprawy z dnia 19 września 2014 r. adnotacje czasowe 00:03:49 – 00:42:54)

Nie można dopatrzeć się nieprawidłowości w kolejno wykonywanych zabiegach operacyjnych - po pierwszym leczeniu operacyjnym w roku 2008 konieczne było ponowne wkroczenie operacyjne, celem dokonania bardziej rozległego przedniego obarczenia. Po zabiegi z 2008 roku schorzenie zwyrodnieniowe kręgosłupa postępowało nadal i po kilku miesiącach znów wystąpiły objawy ucisku rdzenia potwierdzone badaniem MRI.

(opinia biegłej z zakresu neurochirurgii R. S. k. 173; ustna opinia biegłej z zakresu neurochirurgii R. S. k. 409-410)

Stosowane metody leczenia neurochirurgicznego były prawidłowe. Zabieg operacyjny z dojścia tylnego wykonany w dniu 2 kwietnia 2009 r. stwarzał szansę uzyskania poprawy neurologicznej na skutek rozległego (na trzech poziomach) odbarczenia rdzenia. Nagłe pogorszenie po 3-4 dniach miało charakter naczyniowy, o czym świadczy

poprawa neurologiczna po zastosowanym leczeniu przeciwochrząstkowym. Takie objawy zdarzają się także na skutek samej dekompresji uciśniętego rdzenia.

(opinia biegłej z zakresu neurochirurgii R. S. k. 174)

W toku operacji z 2 kwietnia 2009 r. nie było komplikacji, ani trudności. Jednak po zabiegu uciśnięty rdzeń obrzęka, bo „robi się miejsce” gdyż nie ma ściany tylnej. Stan taki może powodować zmiany w samym rdzeniu. U W. N. (1) zabieg był prowadzony wyjątkowo wysoko, między 2-4 kręgiem szyjnym, gdzie w rdzeniu na tym poziomie i o krok wyżej znajdują się ośrodki życiowo ważne, zawiadujące funkcjami krążeniowo – oddechowymi. To stwarza większe ryzyko, ale innej metody w sytuacji pacjenta nie było. W obrazie badań rezonansem powoda nie było po zabiegu ognisk krwotocznych, nie opisywano uszkodzenia rdzenia, poza tym, że tam powstał krwiak. Gdyby doszło do ucisku w mechanizmie brutalnego zabiegu operacyjnego, to z całą pewnością w rdzeniu powstałyby ogniska krwotoczne, których w tym wypadku nie opisywano nigdy. Z punktu widzenia neurochirurgicznego, zrobiono wszystko, co można było zrobić. (ustna opinia biegłej z zakresu neurochirurgii R. S. k. 408 odw.)

Spondyloza szyjna jest najbardziej problemowym schorzeniem kręgosłupa szyjnego - z uwagi na wielopoziomowość zmian i wymaga rozległych obciążeń na kilku poziomach. Wymaga także od operującego ogromnego wyczucia i delikatności, ponieważ każda manipulacja przy uciśniętym rdzeniu grozi jego bezpośrednim uszkodzeniem - przy czym usuwanie trzonu z osteofitami wymaga użycia frezów elektrycznych wysokoobrotowych. Posługiwanie się tymi narzędziami jest dodatkowo utrudnione przez fakt, że tkanka kostna wyrosła kostnych (osteofitów) jest znacznie bardziej twarda, niż same trzony. Pomimo tego nie doszło ani do uszkodzenia opony twardej otaczającej rdzeń, ponieważ nie było płynotoku z rany operacyjnej, ani do uszkodzenia struktur rdzenia kręgowego - wówczas w badaniu MRI pooperacyjnym byłyby widoczne ogniska krwotoczne w rdzeniu - a takich nie stwierdzono.

(opinia biegłej z zakresu neurochirurgii R. S. k. 174)

Leczenie operacyjne spondylozy szyjnej dotyczy zwykle ludzi starszych, z dodatkowymi obciążeniami internistycznymi, co stanowi czynnik zwiększonego ryzyka tych operacji. Wszelkie zmiany naczyniowe typu miażdżycowego powodują zwiększoną możliwość wystąpienia niedostateczności krążenia w obrębie rdzenia przy jakichkolwiek zmianach ciśnienia tętniczego krwi (podobnie jak występowanie ognisk niedokrwiennych w mózgu). Z tego także powodu leczenie operacyjne z powodu spondylozy szyjnej wiąże się z większym ryzykiem operacyjnym niż inne zabiegi na tym odcinku. (opinia biegłej z zakresu neurochirurgii R. S. k. 174)

W. N. (1) zmarł w Ł. w dniu 7 grudnia 2014 r.

(odpis skrócony aktu zgonu k. 302)

Zmarły pozostawił po sobie żonę U. N. i córkę D. K. (1). Spadek po zmarłym powódzie na podstawie ustawy nabyły obie powódki po 1/2 części każda z nich.

(akt poświadczenia dziedziczenia k. 316-317)

W okresie od 28 września 2008 r. do 27 września 2010 r. pozwany szpital łączyła z (...) S.A. umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej potwierdzona polisą nr (...). Suma gwarancyjna została określona na kwotę 1.500.000 zł na jedno i 2.000.000 zł na wszystkie zdarzenia w rocznym okresie ubezpieczenia.

(polisa i umowa k. 123-132)

Celem postępowania dowodowego było ustalenie, czy pozwany szpital, a tym samym jego ubezpieczyciel, ponoszą w stosunku do powodów odpowiedzialność za pogorszenie stanu zdrowia W. N. (1) spowodowanego chorobą samoistną, w tym m.in. za czterokończynowe porażenie, w związku z wykonanymi w dniu 2 kwietnia 2009 r. i następnymi zabiegami operacyjnymi, a także w związku z prawidłowością zakwalifikowania powoda do zabiegu i nadzorem medycznym hospitalizowanego.

Ustalając stan faktyczny Sąd oparł się na dowodach z dokumentacji medycznej i korespondujących ze sobą opiniach biegłych neurologa i neurochirurga, przy czym biegła z zakresu neurologii jest także biegłą w zakresie rehabilitacji. Przeprowadzone dowody wykazały, że powództwo nie jest usprawiedliwione co do zasady, co przesądziło o rezygnacji z dowodów zgłoszonych na okoliczność wysokości szkód materialnych i niematerialnych na osobie powoda.

Sąd oddalił wnioski dowodowe strony powodowej o dopuszczenie opinii z innego biegłego zakresu neurochirurgii, uznając opinię biegłej R. S. za rzetelną i wyjaśniającą konieczne do rozstrzygnięcia kwestie. Została one wykonana zgodnie z тезami dowodowymi w oparciu o analizę akt sprawy.

Nie ulega wątpliwości, że dowód z opinii biegłych podlega ocenie przy zastosowaniu art. 233 § 1 k.p.c.- na podstawie właściwych dla jej przedmiotu kryteriów zgodności z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, poziomowi wiedzy biegłego, podstaw teoretycznych opinii, a także sposobu motywowania oraz stopnia stanowczości wyrażonych w niej wniosków (por. postanowienie SN z dnia 7 listopada 2000 r., I CKN 1170/98, OSNC 4/2001, poz. 64). Złożona w rozpoznawanej sprawie opinia biegłej neurochirurg, odznacza się pełną przydatnością dowodową w świetle powołanych kryteriów, zaś wszystkie, zgłaszane przez strony wątpliwości i zastrzeżenia do wniosków opinii, zostały wyczerpująco wyjaśnione w opiniach uzupełniających, w tym w szczególności w obszernie składanej opinii uzupełniającej ustnej. Oceny tej nie zmienia fakt, że strona powodowa nie przyjmując do wiadomości pewnych twierdzeń biegłej, po wielokroć powracała do tych samych kwestii dążąc do uzyskania potwierdzenia tez, na których oparto roszczenie. Wyjaśniona także została rozbieżność między twierdzeniami biegłej neurolog i neurochirurg w zakresie znaczenia i skutków powstania u powoda, ewakuowanego w czwartej dobie po operacji krwiaka. O ile biegła neurolog twierdziła, że krwiak może być przyczyną ciasnoty, ucisku i uszkodzenia rdzenia, o tyle biegła neurochirurg wyjaśniła, że w przypadku metody wykonania zabiegu jak u powoda, to jest z dojścia tylnego, żaden krwiak nie mógł spowodować uszkodzenia rdzenia w mechanizmie ucisku.

Sąd kilkakrotnie oddalał ponawiane wnioski powódek o dopuszczenie dowodu z opinii biegłych: anestezjologa i intensywnej terapii, chirurga naczyniowego, radiologa, ortopedy, psychiatry i psychologa, uznając przeprowadzenie tych dowodów za niecelowe w świetle dotychczasowych opinii, które przesądziły o braku podstaw odpowiedzialności pozwanych w niniejszej sprawie. Przeprowadzenie tych dowodów nie mając wpływu na treść rozstrzygnięcia doprowadziłoby jedynie do zbędnego przedłużenia postępowania i zwiększenia jego kosztów. Co do opinii biegłego chirurga naczyniowego, to wyjaśniono, że ocena znaczenia krwiaka powstałego u powoda w loży pooperacyjnej jest kwestią wyłącznie neurochirurgiczną.

Jako mające niewielką wartość dowodową Sąd ocenił zeznania powódek na okoliczność zakresu informacji udzielonych W. N. (1) przed wyrażeniem przez niego zgody na proponowany zabieg. Powódki nie były obecne przy rozmowie chorego z lekarzem przed wyrażeniem przez niego zgody na zabieg, a zatem nie mogą one bezpośrednio znać tych okoliczności – są jedynie świadkami ze słyszenia relacji chorego, który po przynoszącym poprawę operacyjnym leczeniu z roku 2008, pozostawał w nadziei na dalszą poprawę decydując się na operację w roku 2009.

Ustalając stan faktyczny Sąd oparł się jedynie częściowo na zeznaniach powódek, w szczególności U. N. początkowo w charakterze świadka, a następnie strony, w zakresie, w jakim dotyczyły przebiegu hospitalizacji powoda. Oceniając słowa U. N. Sąd miał na uwadze subiektywność jej relacji z racji emocjonalnego stosunku (jako pielęgniarki, ale przede wszystkim żony chorego) do sposobu opieki pielęgniarstwo – medycznej nad powodem. Powódka jako osoba mocno związana z chorym mężem mogła mieć poczucie, że personel niedostatecznie się nim zajmuje, tym bardziej że stan W. N. (1) nie poprawiał się w pozwanym szpitalu, a po przewiezieniu go do placówki w K. poprawa była dostrzegalna. Jak jednak wynika z opinii biegłych, nie wynika to z zaniedbań pozwanego, a z faktu, że w początkowej fazie po zabiegu na rdzeniu chory znajduje się w fazie katabolicznej, po której następuje przełom, po którym stan ogólny pacjenta poprawia się. Powódka miała zatem podstawy do przypuszczeń, że poprawa nastąpiła na skutek zintensyfikowanych działań lekarzy w K., gdy tymczasem prawdopodobne jest, że poprawa nastąpiłaby także w pozwanym szpitalu.

Oceniając zeznania obu powódek Sąd pominął ich twierdzenia, że podpis umieszczony na dokumencie na k. 368 odw. akt nie jest podpisem W. N. (1). Dokument ten dotyczy, między innymi, zgody pacjenta na leczenie operacyjne z roku

2008, a nie z roku 2009. Pisemne potwierdzenie podpisem zgody pacjenta na proponowane zabiegi z roku 2009 znajduje się na karcie 369 – kopii historii choroby numer (...).

Sąd zważył, co następuje:

Powództwo podlega oddaleniu.

W niniejszej sprawie strona powodowa wskazała, że dochodzona pozwem kwota wiąże się z stanem zdrowia W. N. (1), będącym następstwem błędu w sztuce lekarskiej, popełnionym przez personel pozwanego szpitala w trakcie hospitalizacji od 17 marca 2009 r.

Materialnoprawnych podstaw dochodzonego przez stronę powodową zadośćuczynienia należy poszukiwać w art. 445 § 1 k.c., który pozwala sądowi na przyznanie odpowiedniej sumy tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia. Z kolei podstawę prawną przyznania odszkodowania i renty stanowi przepis art. 444 k.c.

Ewentualną odpowiedzialność ubezpieczyciela można wywodzić z art. 822 i nast. k.c. W § 1 przepis ten stanowi, że przez umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zakład ubezpieczeń zobowiązuje się do zapłacenia określonego w umowie odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim, względem których odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczający albo osoba, na rzecz której została zawarta umowa ubezpieczenia. Odpowiedzialność pozwanego ubezpieczyciela jest determinowana odpowiedzialnością pozwanego szpitala, który był ubezpieczy od odpowiedzialności OC w pozwanym zakładzie w dacie zabiegu operacyjnego.

Podstawą odpowiedzialności szpitala byłby natomiast przepis art. 430 k.c., zgodnie z którym 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.

Zakład opieki zdrowotnej ponosi bowiem odpowiedzialność za błędy organizacyjne i zaniedbania personelu medycznego oraz za naruszenie standardów postępowania i procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, skutkiem czego są poważne szkody doznane przez pacjenta (tak przykładowo wyrok Sądu Apelacyjnego w Rzeszowie z dnia 12 października 2006 r., I ACa 377/06, LEX nr 526714; wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 4 marca 2009 r., I ACa 12/09, LEX 845994).

Przesłankami odpowiedzialności na podstawie wyżej powołanego przepisu art. 430 k.c. za działania podwładnego są:

- wyrządzenie szkody osobie trzeciej przez podwładnego,
- wina podwładnego,
- wyrządzenie szkody nastąpiło przy wykonywaniu przez podwładnego powierzonej mu czynności.

Stosunkiem podporządkowania obejmuje się także działania zatrudnionych w zakładzie fachowców, którym przysługuje stosunkowo szeroki zakres samodzielności w podejmowaniu decyzji np. w odniesieniu do działania lekarzy w zakresie diagnozy i terapii. Jednakże również lekarz, mimo dalece posuniętej samodzielności w zakresie wyboru sposobów leczenia pacjenta, jest podmiotem podlegającym kierownictwu organizacyjnemu zakładu opieki zdrowotnej, a także ma obowiązek stosowania się do jego wskazówek.

Choć stan powoda po przeprowadzonych w 2009 roku, w pozwanym szpitalu operacjach, obiektywnie pogorszył się w stosunku do stanu sprzed zabiegów, przeprowadzone w niniejszej sprawie postępowanie dowodowe nie wykazało, aby odpowiedzialność za to ponosił personel medyczny. Nie wykazano bowiem żadnych nieprawidłowości tak w zakresie diagnostyki i decydowania o poddaniu leczeniu operacyjnemu, w zakresie samego przeprowadzenia interwencji neurochirurgicznych, jak i w zakresie nadzoru nad operowanym.

Jasno i prosto podkreślić należy najważniejsze tezy biegłych:

- Powód od dawna cierpiał na ciężkie schorzenie zwyrodnieniowe kręgosłupa z uciskiem rdzenia, które leczone mogło być wyłącznie operacyjnie.

- Choć powód w marcu roku 2009 był osobą samodzielną i chodzącą, to ubytki neurologiczne manifestujące się chociażby nagłymi utratami czucia (przewracaniem się) były na tyle duże, że nie podjęcie leczenia nieuchronnie prowadziłoby u niego do porażenia cztero kończynowego z wyłączeniem czucia poniżej poziomu zmian (u powoda odcinek szyjny). U powoda występowały bezwzględne wskazania do leczenia operacyjnego.

- Po operacjach przeprowadzonych u pozwanego w roku 2008 i uzyskanej wówczas na kilka miesięcy poprawie, powód chciał poddać się kolejnemu zabiegowi licząc na uzyskanie podobnego, pozytywnego efektu.

- Powód był informowany o zakresie i ryzyku zabiegu, miał też świadomość jego znaczenia (w roku 2008 także wystąpiły powikłania i konieczność reoperacji), udzielił pisemnej zgody na proponowane leczenie.

- Przed hospitalizacją powód miał przeprowadzane badania.

- Choć zastosowany zabieg obarczony był wysokim ryzykiem i należy do najbardziej skomplikowanych, oraz wymaga najwyższych umiejętności, to przeprowadzony został prawidłowo, przy wyborze najlepszego i dającego największe szanse powodzenia podejścia tylnego, a bezpośrednio po zabiegu dobry efekt odbarczenia rdzenia kręgowego na odcinku bliskim najważniejszym ośrodkiem życiowym, był widoczny.

- Miejsce operacyjne zostało prawidłowo zaopatrzone w dren. Powstanie krwiaka w łożu operacyjnej nie było wynikiem błędu. Niezależnie jednak od mechanizmu powstania krwiaka, nie mógł on być ze względu na wybór przy zabiegu podejścia tylnego, przyczyną ucisku skutkującego nagłym pogorszeniem się stanu zdrowia powoda.

- Przyczyną pogorszenia (dalszy ucisk rdzenia z niewydolnością oddechową) był obrzęk, który powstać może na skutek jakiegokolwiek manipulacji narzędziem w ciasnym (u powoda pełna stenoza bezwzględna), pozbawionym rezerwy płynowym kanale rdzeniowym, ale także na skutek samej tylko dekompresji uciśniętego rdzenia, czy też w reakcji na wynaczynioną krew. Dowodem na to jest uzyskanie poprawy po zastosowaniu farmakologicznego leczenia przeciwobrzękowego.

- Przyczyny obrzęku powstałego w mechanizmie naczyniowym, stanowiące ryzyko operacyjne, są nie do uniknięcia podczas operacji polegającej na niczym innym jak na mechanicznym (piłą wysokoobrotową) usuwaniu dużo twardszych niż kości struktur zwyrodnieniowych w bezpośredniej bliskości rdzenia kręgowego unaczynionego dużymi, przebiegającymi po jego powierzchni, naczyniami, pozbawionego ochronnego działania płynu, w maksymalnie, patologicznie zwężonym kanale. Operacja taka ma na celu dekompresję uciskanego rdzenia, a to jest ryzykiem samo w sobie. Nadto operacja wiąże się z dużym krwawieniem z kości i splotów żylnych na oponie twardej rdzenia, a błędem skutkującym nie gojeniem się rany byłoby wykoagulowanie wszystkich naczyń. Zdarza się, że pacjenci umierają podczas tego typu operacji.

- Nadzór nad chorym był prawidłowy, w tym prawidłowo przebiegała rehabilitacja i pielęgnacja przeciwoleżynowa;

- Pacjenci z uszkodzonym rdzeniem, z powodu przewagi procesów katabolicznych, narażeni są na gwałtowane powstawanie olbrzymich odleżyn, którym mimo profilaktyki nie udaje się zapobiec. Gojenie wymaga przełomu i przejścia w fazę anaboliczną.

Oceniając post factum prawidłowość działań medycznych podjętych w stosunku do W. N. (1) w pozwanym szpitalu uznać należało, że jego ciężki stan po zabiegu z dnia 2 kwietnia 2009 roku i następnych, był powikłaniem leczenia, któremu nie można było zapobiec, a którego ryzyko wystąpienia immanentnie wiąże się z samą operacją.

Z powyższych względów Sąd nie znalazł związku przyczynowego (art. 361 k.c.) pomiędzy doznaną przez zmarłego powoda szkodą a działaniem zespołu medycznego. Tym samym brak jest podstaw do przyjęcia, że zostały spełnione przesłanki odpowiedzialności obu pozwanych i uwzględnienia powództwa w oparciu o powołane wyżej regulacje.

Na uwzględnienie nie zasługiwał stawiany personelowi szpitala zarzut naruszenia obowiązków informacyjnych wobec pacjenta, a mianowicie brak pouczenia W. N. (1) przed zabiegiem o możliwych powikłaniach i pogorszeniu jego stanu zdrowia. Zdaniem powódek (choć zarzut zgłoszony został jeszcze przed śmiercią W. N.), powód na tego rodzaju zabieg nie wyrażał zgody.

W dacie przyjęcia W. N. (1) do szpitala jeszcze nie obowiązywały przepisy ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2012 r. poz. 159) regulujące obowiązki informacyjne lekarzy wobec pacjentów. Zgodnie z przepisem art. 9 ust. 1 tej ustawy pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia. Kwestie te były zatem przede wszystkim uregulowane w art. 31 ust 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz.U. z 2008 r., Nr 136 poz. 857 ze zm.) stanowiąc, że lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowanie albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowań.

W niniejszej sprawie nie doszło do naruszenia prawa W. N. (1) jako pacjenta. Podczas przyjęcia do szpitala, w dniu 17 marca 2009 r. własnoręcznie podpisał formularz zgody na zaproponowane mu leczenie, w tym także na wykonanie zabiegu operacyjnego. Sam W. N. (1) za życia nie kwestionował tego podpisu, a także powódki (żona i córka) kwestionowały prawdziwość innych podpisów, ale nie tego złożonego w dniu przyjęcia do szpitala. Oczywiście jest, że taka zgoda obejmowała również czynności zmierzające do ratowania życia, co miało miejsce w analizowanym przypadku.

Jak wynika z ustalonego stanu faktycznego, przede wszystkim z zeznań świadka A. R., z W. N. (1) została przeprowadzona rozmowa na temat zabiegu i ryzyka z nim związanego. W klinice prowadzi się takie rozmowy ze wszystkimi pacjentami poddawany takim poważnym zabiegom neurochirurgicznym. Choć stosowane wówczas formularze zgody pacjenta nie były tak rozbudowane jako stosowane obecnie, nie ma wątpliwości, że powód wiedział nie tylko na czym polega zabieg i jak wygląda rekonwalescencja po nim, ale także miał świadomość ewentualnych jego powikłań. W 2008 r. u W. N. (1) został przeprowadzony podobny zabieg, który także był powikłany z koniecznością reoperacji.

Podsumowując ten fragment rozważań stwierdzić należy, że formalna zgoda na przeprowadzenie zabiegu, zawierająca w sobie godzenie się na jego ewentualne ryzyko, nie może być mylona z wewnętrznym założeniem każdego chyba pacjenta, że leczeniu podaje się w celu poprawy swego stanu. To oczywiście, że choć wiemy o ryzyku, ważąc je, i pragnąc poprawy, zakładamy, że nie może wystąpi.

To, że W. N. (1) chciał, jak zeznała powódka, chodzić i żyć jeszcze długie lata, że szukał poprawy swego stanu, nie jest więc równoznaczne z tym, że nie wiedział o ryzyku proponowanego mu zabiegu na rdzeniu kręgowym. Już chociażby jego wcześniejsze doświadczenie z roku 2008, wskazuje na to, że powinien być lepiej rozeznany w tym ryzyku niż pacjent dopiero rozpoczynający podobne leczenie.

Na podstawie art. 102 k.p.c. Sąd nie obciążył powódek kosztami procesu uznając, iż z uwagi na okoliczności i charakter niniejszej sprawy oraz sytuację zdrowotną i życiową przemawiają za tym względy słuszności. Ostateczny wynik procesu zależał w przeważającej części od treści opinii biegłych sądowych, którzy jednak nie dopatryli się błędu w działaniach lekarzy, podejmowanych wobec W. N. (1).

W punkcie 4 sentencji wyroku Sąd na podstawie art. 84 ust. 1-3 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych z dnia 28 lipca 2005 r. (Dz.U. z 2014 r. poz. 1025 ze zm.) nakazał wypłacić ze Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Łodzi tytułem zwrotu niewykorzystanych zaliczek na poczet wydatków, przy czym w podpunkcie a) na rzecz

pozwanego towarzystwa kwotę 12,83 zł z zaliczki uiszczonej w dniu 6 listopada 2012 r., natomiast w podpunkcie b) na rzecz pozwanego szpitala kwotę 4,24 zł z zaliczki uiszczonej 29 października 2012 r.