

Sygn. akt: II C 674/11

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

dnia 22 sierpnia 2014 r.

Sąd Okręgowy w Warszawie – II Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący: SSO Małgorzata Mączkowska

Protokolant: sekr. sąd. Anita Piłatowicz

po rozpoznaniu w dniu 20 sierpnia 2014 r. w Warszawie

na rozprawie

sprawy z powództwa S. Z., M. Z. i P. Z.

przeciwko (...) spółce akcyjnej z siedzibą w W. i Szpitalowi (...) w J. – samodzielnemu publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej z siedzibą w J.

o zapłatę

I. zasądza od pozwanych (...) spółki akcyjnej z siedzibą w W. i Szpitala (...) w J. – samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej z siedzibą w J. na rzecz powodów S. Z., M. Z. i P. Z. kwoty po 70.000 (siedemdziesiąt tysięcy) złotych wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 17 czerwca 2011 r. do dnia zapłaty, z zastrzeżeniem, że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego;

II. oddala powództwo w pozostałym zakresie;

III. nakazuje pobrać od pozwanych (...) spółki akcyjnej z siedzibą w W. i Szpitala (...) w J. – samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej z siedzibą w J. na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Warszawie kwotę 10.500 (dziesięć tysięcy pięćset) złotych, tytułem opłaty sądowej od pozwu, z zastrzeżeniem, że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego;

IV. koszty opłaty sądowej od pozwu w pozostałej części przejmują na rachunek Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Warszawie;

V. znosi pomiędzy stronami koszty zastępstwa procesowego;

VI. wydatkami obciąża powodów w częściach równych w wysokości 50% (pięćdziesiąt procent) i pozwanych w wysokości 50% (pięćdziesiąt procent), z zastrzeżeniem, że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego; szczegółowe wyliczenie tych kosztów pozostawiając referendarzowi sądowemu.

SSO Małgorzata Mączkowska

Sygn. akt: **II C 674/11**

UZASADNIENIE

Powódka K. Z. pozwem z dnia 18 maja 2011 roku wystąpiła o zasądzenie od pozwanych (...) spółki akcyjnej z siedzibą w W. i Szpitala (...) w J. – samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej z siedzibą w J. in solidum kwoty 1.000.000 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 17 maja 2010 roku do dnia zapłaty, tytułem zadośćuczynienia.

W uzasadnieniu powódka wskazała, że w dniu 17 maja 2010 roku została przyjęta do (...) Szpitala (...) w J. celem przeprowadzenia zabiegu plastyki przepukliny brzusznej. Na skutek wadliwego wykonania operacji doszło do perforacji jelita, a następnie, wobec dalszego nieprawidłowego leczenia i diagnostyki, do rozlanego zapalenia otrzewnej i wstrząsu septycznego. W następstwie powyższego doszło do trwałego uszkodzenia układu nerwowego, co doprowadziło do tego, że K. Z. znajduje się w stanie wegetatywnym i przebywa obecnie w zakładzie opiekuńczo-pielęgnacyjnym.

Odpowiedzialność pozwanego (...) SA wynika z faktu ubezpieczenia (...) Szpitala (...) w J. od odpowiedzialności cywilnej u tego ubezpieczyciela.

Z uwagi na doznany przez powódkę uszczerbek na zdrowiu koniecznym stało się jej całkowite ubezwłasnowolnienie i ustanowienie opiekuna prawnego w osobie jej męża – S. Z. (pozew – k. 1-3).

Powódka K. Z. zmarła 3 dni po wytoczeniu powództwa, to jest w dniu 21 maja 2011 roku (kopia odpisu skróconego aktu zgonu – k. 18).

Postanowieniem z dnia 1 września 2011 roku Sąd podjął zawieszono wcześniej postępowanie w sprawie z udziałem po stronie powodowej S. Z., M. Z. i P. Z., będących następcami prawnymi zmarłej powódki K. Z. (postanowienie – k. 51).

Powodowie S. Z., M. Z. i P. Z. podtrzymali dotychczasowe stanowisko zajęte w pozwie, żądając zasądzenie kwoty 1.000.000 zł łącznie.

Powodowie wskazali, że nieprawidłowości w leczeniu K. Z. polegały na wadliwym wykonaniu pierwszej operacji przepukliny brzusznej, co doprowadziło do perforacji jelit. Spóźnione rozpoznanie perforacji spowodowało zapalenie otrzewnej, nagle zatrzymanie krążenia, a następnie uszkodzenia neurologiczne skutkujące przejściem poszkodowanej w stan wegetatywny, a ostatecznie skończyło się jej śmiercią (pismo procesowe powodów – k. 60-62).

Pozwany (...) spółka akcyjna z siedzibą w W. wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie od powodów kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Pozwany przyznał, że łączyła go ze Szpitalem (...) w J. umowa obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej w okresie od dnia 2 maja 2010 roku do dnia 1 maja 2011 roku z ograniczeniem odpowiedzialności do kwoty 46.500 EUR (190.296,60 zł) na jedno zdarzenia oraz polisa w zakresie rozszerzenia zakresu o nadwyżkę ponad sumę ubezpieczenia obowiązkowego z sumą gwarancyjną do wyczerpania na jedno i wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczeń w wysokości 700.000 zł.

Ubezpieczyciel podkreślił, że powodowie nie udowodnili winy pozwanego, zaś dokumentacja medyczna nie pozwoliła jednoznacznie wskazać przyczyny perforacji jelita, zapalenia otrzewnej i wstrząsu septycznego, konsekwencją czego jest brak podstaw do stwierdzenia, że podczas leczenia K. Z. doszło do popełnienia błędu lub niedołożenia należytej staranności (odpowiedź na pozew – k. 19-20).

Pozwany Szpital (...) w J. – samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej z siedzibą w J. wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie od powodów kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Pozwany zakwestionował roszczenie powódki wskazując, że zatrudnieni u niego pracownicy medyczni i lekarze na żadnym z etapów leczenia powódki nie dopuścili się zaniedbań, które można byłoby sklasyfikować pod ogólnym pojęciem błędu medycznego. W ocenie pozwanej placówki, wszystkie podjęte w czasie hospitalizacji czynności zostały wykonane zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie standardami i najwyższą wiedzą oraz umiejętnościami. Zdaniem

pozwanego, twierdzenia strony powodowej są gołosłowne i nieoparte żadnymi dowodami, które wskazywałyby na jakiegokolwiek zaniedbania Szpitala (odpowiedź na pozew – k. 36-38).

Sąd ustalił następujący **stan faktyczny**:

K. Z. w dniu 17 maja 2010 roku została przyjęta w trybie planowym do Szpitala (...) w J. celem wykonania plastyki olbrzymiej przepukliny brzusznej po przebytej w 2004 roku operacji przepukliny pępkowej. Pacjentka została zbadana przez anestezjologa i zakwalifikowana do znieczulenia ogólnego. Ryzyko operacyjne według anestezyjologicznej skali ASA oceniono na II stopień. Po wykonaniu podstawowych badań laboratoryjnych i obrazowych chorą zakwalifikowano do operacji plastycznej przepukliny brzusznej z wszczepieniem siatki najelitowej. W przeszłości K. Z. była trzykrotnie operowana. W 2004 roku przeszła operację plastyki przepukliny pępkowej, w 2006 roku operację żyłaków kończyn dolnych, a w 2009 roku operacyjnie usunięto jej macicę z powodu stwierdzonej mięśniakowości (dokumentacja medyczna – k. 84-312, opinia biegłego z zakresu anestezyjologii i intensywnej terapii H. P. – k. 537-543).

Operacja przepukliny brzusznej odbyła się w dniu 18 maja 2010 roku. Przebieg operacji nastąpił bez powikłań. W trakcie operacji wypreparowano duży worek przepuklinowy o średnicy około 20 cm zawierający pozrastane pętle jelitowe. Uwolniono zrosty, a jelita odprowadzono do jamy otrzewnowej. Wrota przepukliny zaopatrzone siatką najelitową, obszywając ją do powłok jamy brzusznej od strony jamy otrzewnowej pojedynczymi szwami. Powłoki zamknięto oddzielnie pojedynczymi szwami. W wyniku przeprowadzonej u K. Z. w dniu 18 maja 2010 roku operacji plastycznej pooperacyjnej przepukliny wystąpiło jatrogenne, spowodowane przez personel medyczny, uszkodzenie jelita cienkiego. Uszkodzenie było niewielkie i zostało przeoczone śródoperacyjnie. Mikroperforację można przeoczyć, ale to nie jest usprawiedliwienie, stanowi to niedochowanie należytej staranności operacyjnej. Ponadto w dokumentacji medycznej nie odnotowano kontroli pętli jelitowych po uwolnieniu ze zrostów. Uszkodzenie jelita cienkiego było powodem wystąpienia ropnego zapalenia otrzewnej (opinia biegłego z zakresu chirurgii J. P. – k. 375-378, 423-428, 478-481).

W trzeciej dobie pooperacyjnej w dniu 23 maja 2010 roku u pacjentki wystąpiły zaburzenia rytmu serca pod postacią migotania przedsionków. K. Z. przeniesiono do Oddziału Kardiologicznego, gdzie podjęto udaną próbę farmakologicznego umiarowania rytmu serca. Nastąpiło pogorszenie ogólnego stanu zdrowia.

W dniu 24 maja 2010 roku stan pacjentki pogorszył się. Wystąpiła duszność o zmiennym nasileniu, spadek ciśnienia tętniczego i bradykardia. Pacjentkę poddano badaniu echokardiograficznemu, które nie wykazało zaburzeń kurczliwości mięśnia sercowego ani powiększenia prawej komory. Lekarz internista wezwał na konsultację chirurga i anestezjologa. Konsultacja anestezyjologiczna odbyła się o godzinie 19:30.

O godzinie 20:00 chirurg stwierdził cechy odwodnienia i osłabienia perystaltyki jelit i zlecił nawodnienie, lek pobudzający perystaltykę, lewatywę oraz wykonanie zaleceń anestezjologa (opinia biegłego z zakresu anestezyjologii i intensywnej terapii H. P. – k. 537-543).

W dniu 25 maja 2010 roku o godzinie 01:50 nastąpiło zatrzymanie krążenia. Reanimację rozpoczął personel oddziału kardiologii. Przybyły o godzinie 01:50 anestezjolog kontynuował reanimację. Po około 20 minutach uzyskano powrót akcji serca przy niewydolnym krążeniu wymagającym wspomagania lekami krążeniowymi. Stwierdzony przez anestezjologa stan brzucha wymagał pilnej diagnostyki. Stwierdzona otyłość K. Z., objawy niewydolności krążeniowo-oddechowej były czynnikiem utrudniającym diagnostykę ostrego schorzenia jamy brzusznej i związanego z tym dalszego postępowania leczniczego. Jednak nie mogą być usprawiedliwieniem dla niezamierzonych uszkodzeń poza obszarem pola operacyjnego (opinia biegłego z zakresu chirurgii J. P. – k. 375-378, 423-428, 478-481).

Istniejące zmiany w mięśniu serca, nieujawniające się w czasie normalnego funkcjonowania przed zabiegiem, przy obciążeniach metabolicznych, zaburzeniach jonowych w trakcie rozwijających się powikłań mogły wywołać napad migotania przedsionków u K. Z.. Bez dodatkowego obciążenia, jakim były następstwa rozwijającego się zapalenia otrzewnej z niedrożnością jelit do zatrzymania krążenia w tym czasie nie doszłoby. Dlatego też zatrzymanie krążenia z

pewnością miało związek z powikłaniami po operacji przepukliny brzusznej. Leczenie kardiologiczne było poprawne i w pełni fachowe (opinia biegłego z zakresu kardiologii J. K. – k. 505-507, 581-582).

Mimo, że resuscytacja udała się, to jednak okres, jaki upłynął do wznowienia krążenia mózgowego był tak duży i tak niedostateczne było niedotlenienie mózgu, że u K. Z. wystąpiły ogólne zmiany niedotlenienia komórek nerwowych mózgowych. Konsekwencją tego był głęboki niedowład spastyczny czterokończynowy oraz uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego (opinia biegłego z zakresu neurologii i psychiatrii W. Z. – k. 474-476).

Po reanimacji K. Z. była głęboko nieprzytomna, niewydolna oddechowo i podłączona do respiratora. W dalszym postępowaniu diagnostycznym wysunięto podejrzenie perforacji przewodu pokarmowego, co potwierdziło się w trakcie wykonanej w trybie ostrym laparotomii. Wykonane badanie USG wykazało obecność dużej nawrotowej przepukliny brzusznej w linii pośrodkowej brzucha i znaczną ilość wolnego płynu w jamie otrzewnowej. Obraz USG sugerował perforację przewodu pokarmowego.

Po zakwalifikowaniu przez anestezjologa do znieczulenia ogólnego, wykonano w trybie pilnym relaparotomię. Jamę brzuszną otwarto przez ranę pooperacyjną. Stwierdzono w tkance podskórnej obecność powietrza wydobywającego się z jamy otrzewnowej. W dolnym biegunie wszytej siatki najelitowej uwidoczono pętlę jelitową przemieszczoną ponad siatkę i uciśniętą. Siatkę w całości usunięto i odesano 2 litry treści jelitowej. Kontrola jelit wykazała obecność perforacji jelita cienkiego, którą zaszyto. Jamę brzuszną zamknięto szwami pojedynczymi, po czym założono dren Redona i opatrunek. Po operacji stan chorej nadal był krytyczny. U K. Z. wystąpił wstrząs septyczny (opinia biegłego z zakresu chirurgii J. P. – k. 375-378, 423-428, 478-481).

Z uwagi na zły stan zdrowia pacjentka w okresie od dnia 26 maja 2010 roku do dnia 29 czerwca 2010 roku przebywała na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpitala w J..

W dwudziestej dobie leczenia wykonano zabieg tracheostomii i odłączono chorą od respiratora. Mimo intensywnego leczenia obserwowano stan wegetatywny. K. Z. przeniesiono w dniu 26 czerwca 2010 roku do Oddziału Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej Szpitala w J., gdzie przebywała do dnia 4 lipca 2010 roku. Z uwagi na pogorszenie się wskaźników wydolności oddechowej K. Z. ponownie umieszczono w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii do dnia 12 lipca 2010 roku. Po opanowaniu nieprawidłowości, okresowym wentylowaniu z pomocą respiratora chorą ponownie przekazano do Oddziału Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej Szpitala, gdzie przebywała w okresie od dnia 12 lipca 2010 roku do dnia 17 lipca 2010 roku (opinia biegłego z zakresu chorób wewnętrznych i kardiologii J. K. – k. 505-507).

W dalszym przebiegu wielomiesięcznego, wielospecjalistycznego leczenia uzyskano stabilizację stanu chorej w zakresie ogólnym, nie uzyskując poprawy stanu neurologicznego. Od chwili zatrzymania krążenia stan neurologiczny chorej wskazywał na głębokie uszkodzenie mózgu w przebiegu niedotlenienia. Uszkodzenie to okazało się trwałe. K. Z. pozostawała w stanie wegetatywnym. Miała zachowaną reakcję na ból, ale brak było z nią kontaktu słowno-logicznego. K. Z. nie reagowała w żaden sposób na obecność innych osób. Nie wiadomo, czy zdawała sobie sprawę ze stanu, w jakim się znajdowała. Leczenie K. Z. po globalnym niedotlenieniu mózgu było prawidłowe (opinia biegłego z zakresu neurologii i psychiatrii W. Z. – k. 474-476, opinia biegłego z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii H. P. – k. 537-543, zeznania powodów: S. Z. – k. 653-654, cd – k. 656 i M. Z. – k. 654, cd – k. 656).

W dniu 17 stycznia 2011 roku K. Z. umieszczono w Zakładzie (...) w S. celem zapewnienia jej specjalistycznej opieki. W dniu 21 maja 2011 roku K. Z. zmarła (kopia odpisu skróconego aktu zgonu – k. 18).

Personel medyczny szpitala w J. w sposób niewłaściwy przeprowadził akcję reanimacyjną, na skutek której nastąpiło niedotlenienie mózgu, a co za tym idzie trwałe inwalidztwo K. Z., a w ostateczności jej zgon. W dokumentacji medycznej brak jest zapisów odnośnie tego, co działo się w poszczególnych odcinkach czasu, jaki był stan ogólny chorej, w tym jej stan świadomości, są bardzo skąpe informacje o monitorowanych parametrach życiowych, takich

jak tętno, ciśnienie krwi, saturacja Hb, bilans płynów, wielkość diurezy godzinowej. Brak jest również informacji o podejmowanych działaniach w godzinach od 20.00 w dniu 24 maja 2010 r. do godziny 01.50 w dniu 25 maja 2010 r.

W dniu 24 maja 2010 r., czyli po pierwszej konsultacji anestezjologicznej o godzinie 19:30, przy takim niepokojącym stanie pacjentki jak opisano powyżej, pozostawienie jej oraz zlecenie kontroli gazometrycznej za 3,5 godziny było niedopuszczalne. Również błędnie zlecono włączenie tlenoterapii biernej przez maskę twarzową zamiast wykonania próby poprawienia mechaniki oddychania przez fizykoterapię oddechową, a przy bardzo prawdopodobnym braku efektu, podłączenie do respiratora. Nieprawidłowo zlecono zwiększenie podaży płynów dożylnie do 3.500-4.000 ml/dobę, a także podanie (...) w dawce 4x10 mg dożylnie.

Już na 6 godzin przed nagłym zatrzymaniem krążenia u K. Z. były wskazania do wdrożenia intensywnej terapii, równoległe z postępowaniem diagnostycznym ze strony chirurgicznej. Były także bezwzględne wskazania do prowadzenia diagnostyki i terapii w Oddziale Intensywnej Terapii, a w przypadku braku takiej możliwości specjalista anestezjolog powinien przejąć nadzór nad prowadzeniem terapii i koordynować działania diagnostyczno – terapeutyczne we współpracy z chirurgiem. Dalsza reanimacja oraz dalsze leczenie chorej w Oddziale Intensywnej Terapii przebiegało zgodnie z zasadami sztuki medycznej.

(opinia biegłego z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii H. P. – k. 537-543, 584-588, zeznania świadków M. P. – k. 639-640, cd – k. 642 i I. R. – k. 640, cd – k. 642).

W chwili operacji z dnia 17 maja 2010 roku K. Z. miała ponad (...) lat (ur. (...)). Była w związku małżeńskim z S. Z. od (...) roku. Małżonkowie mieli dwóch synów: M. Z. i P. Z., którzy w chwili śmierci matki mieli odpowiednio (...) lat. Jej małżeństwo z S. Z. było zgodne. Utrzymywała kontakt z synami i ich rodzinami. Przed operacją była na emeryturze. K. Z. była osobą otyłą, ale mogła samodzielnie poruszać się. Prowadziła gospodarstwo domowe, uprawiała ogródek (zeznania powodów S. Z. – k. 653-654, cd – k. 656 i M. Z. – k. 654, cd – k. 656).

Powyzszy stan faktyczny Sąd ustalił **na podstawie** wyżej wskazanych dowodów, w tym dołączonych do pozwu dokumentów i ich odpisów, a w tym przede wszystkim odpisu dokumentacji medycznej, której autentyczność nie była kwestionowana przez żadną ze stron.

Ustalając stan faktyczny Sąd oparł się także na opiniach biegłych: chirurga J. P. (k. 375-375-378, 423-428, 478-481), neurologa psychiatry W. Z. (k. 474-476), kardiologa J. K. (k. 505-507, 581-582) i anestezjologa i specjalisty intensywnej terapii H. P. (k. 537-543, 584-588).

W ocenie Sądu, powyższe opinie zostały sporządzone w sposób rzeczowy, rzetelny i przekonujący, w oparciu o specjalistyczną wiedzę i doświadczenie zawodowe biegłych. Sposób badań reprezentowany przez biegłych wskazuje na prawidłowy tok podejmowania kolejnych czynności analitycznych. Przy czym zauważyć należy, że w przypadku, gdy biegli nie mogli wypowiedzieć się z pewnością o danej kwestii, zaznaczali tę okoliczność, co dodatkowo świadczy o wiarygodności biegłych oraz rozwadze i ostrożności przy wydawaniu opinii.

Strony zgłaszały zastrzeżenia do opinii biegłych. W opiniach uzupełniających biegli odpowiadali na pytania stron, ustosunkowywali się także do odmiennych niż wyrażone w opiniach ocenach stron i wskazywali, dlaczego wyciągnęli poszczególne wnioski.

Zwrócić również należy uwagę na trudności związane z wydaniem przez biegłych opinii w niniejszej sprawie, z uwagi na skomplikowanie zagadnień będących przedmiotem opinii.

Sąd oddalił wniosek strony pozwanej o dopuszczenie dowodu z opinii kolejnych biegłych: chirurga, anestezjologa, chirurga bariatry, hematologa jako zbędne dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy (k. 653). Wskazać należy, że w sprawie wydało opinię 4 biegłych o różnych specjalizacjach, w tym 2 biegłych (kardiolog oraz anestezjolog i specjalista intensywnej terapii) wydało dwie opinie: główną oraz uzupełniającą, zaś biegły chirurg wydał aż 3 opinie: główną i

z uzupełniająco. Pozwany nie podważył skutecznie zasadności opinii, ani kompetencji i doświadczenia zawodowego biegłych.

Z opinii biegłych wynika niezbicie, że podczas leczenia K. Z. zostały popełnione błędy mające bezpośredni wpływ na pogorszenie się stanu zdrowia pacjentki. Pozwany nie przedstawił przekonywujących zarzutów uzasadniających twierdzenie, że biegli wyciągnęli w swoich opiniach niewłaściwe wnioski. Przyjąć należy, że gdyby nawet pewne wątki wyjaśniły się dokładniej na skutek wydania opinii przez biegłych o kolejnych, bardziej wąskich specjalizacjach, to i tak stwierdzone zaniedbania personelu medycznego pozwanego szpitala powodują odpowiedzialność pozwanych, o czym będzie jeszcze mowa w dalszej części uzasadnienia.

Sąd dał wiarę zeznaniom świadków M. P. (k. 639-640, cd – k. 642) i I. R. (k. 640, cd – k. 642). Świadców ci to lekarze anestezjologów. M. P. bezpośrednio zajmowała się K. Z., zaś I. R. udzielała konsultacji M. P. na temat sposobu postępowania odnośnie tej pacjentki. Z zeznań tych świadków wynika, że K. Z. nie była właściwie monitorowana. Dotyczy to przede wszystkim złeconego badania gazometrii, bez jednoczesnego nadzorowania w zakresie niezwłocznego dostarczenia wyniku badania lekarzowi anestezjologowi. Na kwestię tę zwróciła uwagę biegła anestezjolog i z zakresu intensywnej terapii H. P..

Sąd dał wiarę także zeznaniom powodów: S. Z. (k. 653-654, cd – k. 656), M. Z. (k. 654, cd – k. 656).

Sąd zważył, co następuje:

Powództwo było zasadne w części. Powódka K. Z. dochodziła w niniejszej sprawie zapłaty zadośćuczynienia za doznaną krzywdę w związku z pogorszeniem się jej stanu zdrowia na skutek niewłaściwego leczenia w pozwanym szpitalu.

W związku ze śmiercią K. Z. w toku procesu w jej miejsce w charakterze powodów weszli jej spadkobiercy: mąż S. Z. i synowie M. Z. i P. Z..

Spornym w niniejszej sprawie było, czy personel medyczny pozwanego szpitala w związku z wykonywaną operacją w dniu 17 maja 2010 r., a także podczas leczenia po operacji, dopuścił się zaniedbań skutkujących pogorszeniem się stanu zdrowia K. Z.. Sama legitymacja bierna obu pozwanych nie była przez nich kwestionowana.

Podstaw odpowiedzialności pozwanego szpitala należy zatem upatrywać w normie prawnej zawartej w art. 415 k.c., zgodnie z którą, kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę obowiązany jest do jej naprawienia.

Natomiast odpowiedzialności pozwanego ubezpieczyciela należy upatrywać w normie prawnej zawartej w art. 822 § 1 k.c., zgodnie z którą przez umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ubezpieczyciel zobowiązuje się do zapłacenia określonego w umowie odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim, wobec których odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczający albo ubezpieczony. Natomiast zgodnie z art. 822 § 4 k.c., uprawniony do odszkodowania w związku ze zdarzeniem objętym umową ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej może dochodzić roszczenia bezpośrednio od ubezpieczyciela.

Na tej podstawie powodom przysługiwała legitymacja do wystąpienia ze swoimi roszczeniami bezpośrednio przeciwko pozwanemu ubezpieczycielowi, gdyż pozwany szpital posiadał wykupioną polisę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, która to okoliczność nie była kwestionowana w niniejszej sprawie.

Wobec powyższego, stwierdzić należy, że odpowiedzialność cywilna zakładu leczniczego za doznaną przez pacjenta szkodę i krzywdę opiera się na zasadzie winy. Zatem przesłankami odpowiedzialności deliktowej są: szkoda lub krzywda, zawinione działanie lub zaniechanie sprawcy, z którym ustawa łączy obowiązek odszkodowawczy oznaczonego podmiotu (czyn niedozwolony) oraz związek przyczynowy pomiędzy owym działaniem (zaniechaniem) a szkodą. Ubezpieczyciel odpowiada zaś w granicach odpowiedzialności podmiotu, który ubezpiecza.

Wina personelu medycznego, a najczęściej lekarza, która jest konieczną przesłanką odpowiedzialności cywilnej zakładu leczniczego za wynikłą szkodę, winna odnosić się zatem do wadliwie przeprowadzonego postępowania

lecniczego lub innych nieprawidłowości, zaniedbań czy zaniechań popełnionych w trakcie prowadzonego leczenia, których to następstwem jest doznana przez pacjenta szkoda lub krzywda.

Powołane wyżej przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej muszą przy tym zachodzić kumulatywnie, a brak jednej z nich wyklucza możliwość przypisania sprawcy odpowiedzialności odszkodowawczej.

W toku niniejszego postępowania strona powodowa, na której zgodnie z art. 6 k.c. w związku z art. 232 k.p.c., spoczywał ciężar wykazania istnienia wyżej wymienionych przesłanek odpowiedzialności pozwanych, wykazała ich istnienie.

Jak wskazali biegli, przede wszystkim biegły chirurg oraz biegły anestezjolog i specjalista w zakresie intensywnej terapii, podczas leczenia K. Z. w pozwanym szpitalu zostały popełnione błędy skutkujące znacznym pogorszeniem stanu zdrowia K. Z..

Najpierw podczas operacji z dnia 17 maja 2010 r. zespół operujący pozwanego szpitala z powodu niezachowania należytej staranności dopuścił do powstania i nie zauważył mikroperforacji jelita, co następnie doprowadziło do zapalenia otrzewnej oraz w dalszej konsekwencji spowodowało wstrząs septyczny i sytuację zagrożenia życia K. Z., zaś stan pacjentki nie został należycie rozpoznany i nie wdrożono właściwego leczenia i niewłaściwie przeprowadzone reanimację, na skutek czego nastąpiło niedotlenienie mózgu K. Z., a co za tym idzie jej trwale inwalidztwo, a w ostateczności jej zgon. Zostały zatem popełnione dwa zasadnicze błędy czy też zespół błędów: pierwszy podczas samej operacji z dnia 17 maja 2010 r. polegający na niezaopatrzeniu mikroperforacji, a drugi polegający na niewłaściwie przeprowadzonej reanimacji. Każdy z tych błędów z osobna i razem przyczynił się do pogorszenia się stanu zdrowia powódki.

Wskazać w tym miejscu należy, że określenie winy, o jakiej mowa w art. 415 k.c. dotyczy każdego rodzaju winy, a zatem zarówno umyślnej, jak i nieumyślnej. Wszelkie zaniedbania, niedołożenie należytej staranności, działanie niezgodnie z zasadami sztuki medycznej wypełnia przesłanki winy nieumyślnej.

Biegły chirurg J. P. wskazał w swoich opiniach, że podczas wykonywania u powódki zabiegu chirurgicznego nie zachowano należytej staranności operacyjnej (k. 377). Biegły stwierdził, że objawy występujące u K. Z. były wskazaniem do pilnej konsultacji chirurgicznej (k. 423, 424-425, 479). Biegły wyjaśnił, że otyłość K. Z. mogła utrudniać rozpoznanie jej stanu, a także samą operację, ale fakt otyłości pacjentki powinien spowodować jeszcze większą czujność zarówno operatora, jak i lekarza opiekującego się pacjentką w czasie po operacji. Fakt, że w dokumentacji medycznej nie odnotowano kontroli pętli jelitowych po uwolnieniu ze zrostów również może wskazywać na to, że takiej kontroli nie dokonano, w wyniku czego przeoczono mikroperforację jelita, co było następnie przyczyną powstania i rozwinięcia się stanu zapalnego u powódki. Biegły ustosunkował się do zarzutów strony pozwanej w opiniach uzupełniających, wyjaśnił, dlaczego wysnuł w swojej opinii poszczególne wnioski, szczególnie co do chwili powstania perforacji podczas operacji z dnia 17 maja 2010 r. (k. 425-426).

Wątpliwości stron wzbudziło określenie użyte w opinii przez biegłego chirurga, że uszkodzenie było związane z niezachowaniem staranności/ostrożności operacyjnej, ale „niezawinionej”. Zdaniem Sądu, użyte przez biegłego słowa „niezawinione” uszkodzenie (k. 426) należy rozumieć jako „niezamierzone” uszkodzenie. Biegły kilkakrotnie w swoich opiniach tłumaczył bowiem, że „mikroperforację można przeoczyć, ale to nie jest usprawiedliwienie”, „otyłość nie może być usprawiedliwieniem dokonania ewentualnych niezamierzonych uszkodzeń poza obszarem pola operacyjnego” (k. 428), „podczas wykonywania u powódki zabiegu chirurgicznego nie zachowano należytej staranności operacyjnej” (k. 377), „uszkodzenie było związane z nie zachowaniem należytej ostrożności operacyjnej, ale niezawinionej” (k. 479).

Szczególnie to ostatnie zdanie wskazuje na potoczne rozumienie przez biegłego pojęcia „niezawiniony”, skoro w tym samym zdaniu biegły stwierdził niezachowanie należytej ostrożności operacyjnej. O nienależytej staranności biegły pisał także w innych miejscach swojej opinii.

Z kolei biegła anestezjolog i specjalista w zakresie intensywnej terapii H. P. wskazała na szereg błędów popełnionych już po rozpoczęciu się i podczas trwania procesu zapalnego u powódki, a następnie błędów popełnionych w związku z reanimacją powódki. Błędy te zostały opisane w stanie faktycznym. Z opinii biegłej wynika, że reanimacja K. Z. została przeprowadzona w sposób niewłaściwy, na skutek czego nastąpiło niedotlenienie mózgu, a co za tym idzie trwałe inwalidztwo K. Z., a w ostateczności jej zgon.

Biegła wskazała także na braki w dokumentacji medycznej zapisów odnośnie tego, co się działo z pacjentką w poszczególnych odcinkach czasu, zwróciła uwagę na bardzo skąpe informacje o monitorowanych parametrach życiowych. Te braki i niedokładności w zapisach dokumentacji medycznej obciążają pozwanego szpitala. Skoro bowiem monitorowanie wskazanych przez biegłą parametrów jest tak istotne, jak również czas, sposób i częstotliwość ich monitorowania, to powinno to mieć odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej.

Zwrócić także należy wagę, że jak wskazał Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 13 czerwca 2000 r., sygn. V CKN 34/00, (LEX nr 52689): „wykazanie znacznego prawdopodobieństwa związku przyczynowego między określonymi działaniami szpitala a zakażeniem pozwala przyjąć, że powód spełnił obowiązek wynikający z art. 6 k.c.; nie można bowiem stawiać przed powodem nierealnego wymagania ścisłego wykazania momentu i drogi przedostania się infekcji do organizmu.”

Podobnie stwierdził Sąd Apelacyjny w Krakowie w wyroku z dnia 21 marca 2000 r., sygn. I ACa 192/00 OSA 2002/1/3 (LEX nr 50074): „specyfika spraw o zadośćuczynienie strat i krzywd powstałych u pacjentów placówek zdrowia w związku z zaordynowanym im sposobem leczenia wyraża się m.in. w tym, że nie jest możliwe pozyskanie wiedzy o pewności związku przyczynowego pomiędzy pogorszonym stanem zdrowia tego pacjenta a działaniem (zaniechaniem) pracowników tej placówki. Niedoskonałość poziomu nauki i wiedzy medycznej w tych sprawach nakazuje odwoływać się do prawdopodobieństwa takiego związku.” Sąd w niniejszym składzie podziela powyższe poglądy.

Mając na uwadze powyższe Sąd uznał za wykazane, że personel medyczny pozwanego szpitala dopuścił się zawinionych zaniedbań w leczeniu K. Z.. Zaniedbania te doprowadziły zaś do tego, że u K. Z. wystąpiły ogólne zmiany niedotlenienia komórek nerwowych mózgowych, konsekwencją czego był głęboki niedowład spastyczny czterokończynowy oraz uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego. K. Z. pozostawała w stanie wegetatywnym.

Zgodnie z art. 444 § 1 k.c., w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu koszty. Zgodnie zaś z art. 445 § 1 w zw. z art. 444 k.c., sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia.

Przy czym roszczenie o zadośćuczynienie przechodzi na spadkobierców tylko wtedy, gdy zostało uznane na piśmie albo gdy powództwo zostało wytoczone za życia poszkodowanego (art. 445 § 3 k.c.).

K. Z. zmarła w 3 dni po wytoczeniu niniejszego powództwa. Jej spadkobiercy wstąpili w jej miejsce do procesu i zgodnie z art. 445 § 3 k.c., przeszło na nich roszczenie K. Z. o zapłatę zadośćuczynienia.

Sąd rozważał zatem zasadę oraz wysokość zadośćuczynienia należnego K. Z., zaś kwotę należnego K. Z. zadośćuczynienia Sąd zasądził na rzecz jej spadkobierców według przysługujących im udziałów w spadku.

Krzywda polega na odczuwaniu cierpienia fizycznego (ból i innych dolegliwości) i psychicznego (ujemnych uczuć przeżywanych w związku z wypadkiem). Zadośćuczynienie pieniężne ma na celu przede wszystkim złagodzenie cierpienia osoby poszkodowanej. Ze względu na niewymierność krzywdy określenie w konkretnym wypadku odpowiedniej sumy pozostawione zostało sądowi. Odpowiednia suma w rozumieniu omawianego przepisu nie oznacza jednak sumy dowolnej, określonej wyłącznie według uznania sądu, a jej prawidłowe ustalenie wymaga uwzględnienia wszystkich okoliczności mogących mieć w danym przypadku znaczenie. Wobec tego Sąd ustalając wysokość należnego

poszkodowanemu zadośćuczynienia odwołał się do kryteriów wypracowanych przez orzecznictwo Sądu Najwyższego i sądów powszechnych.

Zgodnie z dorobkiem judykatury, określając wysokość zadośćuczynienia sąd powinien wziąć pod uwagę wszystkie okoliczności mające wpływ na rozmiar doznanej krzywdy, a zwłaszcza stopień i czas trwania cierpień psychicznych i fizycznych, trwałość skutków czynu niedozwolonego, prognozy na przyszłość, wiek poszkodowanego, a także przyczynienie się poszkodowanego do powstania szkody. Zadośćuczynienie powinno uwzględniać nie tylko krzywdę istniejącą w chwili orzekania, ale również taką, którą poszkodowany będzie w przyszłości na pewno odczuwać oraz krzywdę dającą się z dużym prawdopodobieństwem przewidzieć (tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 10 marca 2006 r., sygn. IV CSK 80/05, OSNC 2006/10/175).

W tym kontekście Sąd zważył, że poszkodowana K. Z. w wyniku niewłaściwego leczenia w pierwszym okresie po operacji z dnia 17 maja 2010 r. odczuwała zarówno zwykły ból pooperacyjny, jak i zwiększony ból spowodowany procesem zapalnym. Było to cierpienie stosunkowo krótkotrwałe, gdyż po kilku dniach K. Z. straciła świadomość.

Przez okres roku po operacji K. Z. pozostawała w stanie wegetatywnym, brak było z nią kontaktu słowno-logicznego, nie reagowała w żaden sposób na obecność innych osób. Nie wiadomo, czy zdawała sobie sprawę ze stanu, w jakim się znajdowała. Miała jednak zachowaną reakcję na ból.

Pomimo tego, że nie jest wiadomy stan świadomości K. Z., to jednak żyła ona i miała zachowaną reakcję na ból. Sąd wziął pod uwagę fakt, że K. Z. cierpiała z powodu swojego stanu zdrowia przez rok, a nie przez długie lata. Jej stan zdrowia był jednak bardzo ciężki, nie miała możliwości prowadzenia normalnego życia, była w stanie wegetatywnym, a więc zależna od innych osób w dokładnie wszystkich czynnościach życiowych, bez możliwości komunikowania się ze światem zewnętrznym.

Mając na uwadze powyższe Sąd uznał, że odpowiednią kwotą zadośćuczynienia za doznane cierpienia przez K. Z. będzie kwota 210.000 zł., którą Sąd zasądził na rzecz jej spadkobierców zgodnie z udziałami spadkowymi każdego z nich, to jest w wysokości po 1/3 części, a zatem po 70.000 zł na rzecz każdego z powodów: S. Z., M. Z. i P. Z..

Jednocześnie Sąd uznał, że żądana przez K. Z. kwota 1.100.000 zł z tytułu zadośćuczynienia jest wygórowana, wykracza bowiem poza wyżej opisany obszar równoważący cierpienia powódki, głównie z powodu zamkniętego przedziału czasowego odczuwanych cierpień, czyli przez okres roku. Zdaniem Sądu, suma przyznana powódce przedstawia ekonomicznie odczuwalną wartość, a jednocześnie nie jest nadmierna w stosunku do doznanej krzywdy.

Powódka wносиła o zasądzenie odsetek ustawowych od kwoty zadośćuczynienia od dnia 17 maja 2010 roku, czyli od daty operacji.

Zgodnie natomiast z art. 481 § 1 k.c., odsetki należą się, jeżeli dłużnik opóźnia się w spełnieniu świadczenia pieniężnego. Zgodnie zaś z art. 455 k.c., jeżeli termin spełnienia świadczenia nie jest oznaczony ani nie wynika z właściwości zobowiązania, świadczenie powinno być spełnione niezwłocznie po wezwaniu dłużnika do wykonania.

K. Z. zwróciła się z żądaniem zapłaty do pozwanego szpitala w dniu 18 maja 2011 r. (akta szkody). Nie określiła przy tym terminu zapłaty. Natomiast do pozwanego (...) SA powódka zwróciła się w dniu 25 maja 2011 r. (k. 20). Przy czym ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność taką samą jak osoba, którą ubezpiecza.

Mając na uwadze charakter zgłoszonego roszczenia, to jest zadośćuczynienie za błąd medyczny, Sąd przyjął 30-dniowy termin spełnienia świadczenia. Licząc go zatem od dnia wezwania do zapłaty, czyli od dnia 18 maja 2011 r., termin spełnienia świadczenia upłynął w dniu 17 czerwca 2011 r. Od tej daty należą się, zgodnie z art. 481 § 1 k.c., odsetki ustawowe.

Sąd zasądził wskazane wyżej kwoty od pozwanych na rzecz powodów in solidum, czyli z zastrzeżeniem, że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego. Brak jest podstaw do przyjęcia solidarnej odpowiedzialności pozwanych (art. 369 k.c. a contrario). Po stronie pozwanych występuje natomiast tak zwana

solidarność nieprawidłowa. Powodom należy się bowiem tylko jedna kwota tytułem zadośćuczynienia. Mają prawo żądać jego spełnienia od jednego lub od drugiego pozwanego. Możliwe jest także spełnienie świadczenia w części przez jednego, w części zaś przez drugiego pozwanego. Zawsze jednak łącznie pozwani obowiązani są spełnić świadczenie w wysokości 210.000 zł. wraz z odsetkami od tej kwoty.

Mając na uwadze powyższe rozważania faktyczne i prawne, Sąd uwzględnił powództwo we wskazanym wyżej zakresie, w pozostałym zaś oddalił je jako niezasadne.

O **kosztach procesu** Sąd orzekł na podstawie art. 100 k.p.c., zgodnie z którym w razie częściowego tylko uwzględnienia żądań koszty będą wzajemnie zniesione lub stosunkowo rozdzielone. Sąd może jednak włożyć na jedną ze stron obowiązek zwrotu wszystkich kosztów, jeżeli jej przeciwnik uległ tylko co do nieznaczącej części swego żądania albo gdy określenie należnej mu sumy zależało od wzajemnego obrachunku lub oceny sądu.

Na podstawie art. 113 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 roku o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz. U. 2014.1025 – tekst jedn.), Sąd nakazał pobrać od pozwanych na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Warszawie in solidum kwotę 10.500 zł, tytułem opłaty sądowej od pozwu w części, w jakiej pozwani przegrali sprawę (210.000 zł x 0,05).

Na podstawie art. 113 ust. 4 ustawy z dnia 28 lipca 2005 roku o kosztach sądowych w sprawach cywilnych, Sąd przejął na rachunek Skarbu Państwa koszty opłaty sądowej od pozwu w pozostałej części, czyli w części, w której powodowie przegrali sprawę. Powyższe rozstrzygnięcie zostało spowodowane faktem, że kwota zadośćuczynienia jest uznaniowa i jest ustalana przez Sąd, według uznania sędziowskiego, w orzeczeniu kończącym sprawę.

Mając na uwadze powyższe względy, Sąd zniósł pomiędzy stronami koszty zastępstwa procesowego oraz obciążył wydatkami powodów w częściach równych w wysokości 50% i pozwanych in solidum w wysokości 50%, szczegółowe wyliczenie tych kosztów pozostawiając referendarzowi sądowemu, na podstawie art. 108 § 1 k.p.c.

Rozdzielając stosunkowo koszty wydatków oraz znosząc koszty zastępstwa procesowego, na podstawie art. 100 k.p.c., Sąd wziął pod uwagę fakt, że powodowie wygrali sprawę w 21%, zaś pozwani w 79%. Każda ze stron wygrała zatem sprawę w części. Powodowie wygrali sprawę w mniejszej części, ale jednocześnie wygrali ją co do zasady. Postępowanie dowodowe było zaś długotrwałe i pociągało za sobą wydatki przede wszystkim z uwagi na konieczność wykazania zasady odpowiedzialności pozwanych, czyli wykazania nieprawidłowości w leczeniu K. Z., czemu pozwani zaprzeczali.

SSO Małgorzata Mączkowska