

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 21 lutego 2017 roku

Sąd Okręgowy w Białymstoku I Wydział Cywilny

w następującym składzie:

Przewodniczący:	SSO Joanna Dorota Toczydłowska
Protokolant:	Katarzyna Waško

po rozpoznaniu w dniu 14 lutego 2017 roku

na rozprawie

sprawy z powództwa K. Z. (1)

przeciwko (...) Spółka Akcyjna z siedzibą w W. oraz Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej w B.

o zapłatę

I. oddała powództwo

II. odstępuje od obciążania powódki kosztami procesu w całości

UZASADNIENIE

Powód W. Z. (1) w pozwie skierowanym przeciwko (...) S.A. z siedzibą w W. wniósł o zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda tytułem zadośćuczynienia kwotę 1.000.000,00 zł oraz tytułem refundacji kosztów opieki kwotę 201.600,00 zł wraz z ustawowymi odsetkami liczonymi od dnia 29.01.2013 r. do dnia zapłaty. Ponadto wniósł o zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kosztów procesowych w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych oraz kosztów opłaty od pełnomocnictwa w wysokości 17 zł

W uzasadnieniu wskazał, iż w dniach 11.03.2010 r. - 13.03.2010 r. był hospitalizowany w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w B.. W dniu 12.03.2010 r. przeprowadzono zabieg operacyjny w postaci artroskopii, resekcji rogu tylnego łąkotki przyśrodkowej kolana lewego. W następstwie przebytej artroskopii i nieodpowiednich zaleceń pooperacyjnych, dotyczących przede wszystkim przyjmowania środka zmniejszającego krzepliwość krwi, doszło do zakrzepicy żyłnej w operowanej kończynie i zatoru płucnego. Pomimo podjętego leczenia, następstwem przebytego w dniu 28.03.2010 r. zatoru i niedokrwienia mózgu jest niedowład czterokończynowy oraz zmiany malacyjno - niedokrwienne mózgu.

Zdaniem powoda obecny stan jego zdrowia jest wynikiem błędów jakich dopuszczono się w trakcie jego leczenia pooperacyjnego po wykonanym zabiegu artroskopii.

Pozwany (...) Spółka Akcyjna z siedzibą w W. w odpowiedzi na pozew wniósł o oddalenie powództwa oraz zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego wg norm przepisanych.

W uzasadnieniu wskazał, że w opinii lekarzy konsultantów pozwanego po stronie personelu szpitalnego w B. nie doszło do uchybień. Postępowanie proceduralne, medyczne przed i pooperacyjne wykonano zgodnie z ogólnie przyjętymi zasadami, wdrożono profilaktykę heparyną drobnocząsteczkową w trakcie pobytu w szpitalu i zalecono jej kontynuowanie w warunkach domowych (C. 40 mg s.c./dzień).

Pozwany wskazał, iż w oparciu o zalecenia Krajowego Konsultanta w dziedzinie (...). zgodnie z wytycznymi zawartymi w (...) Narządu (...), jak również w Ortopedii Traumatologii (...) 2007 5/6/ (...) 9 555-562 w przypadku planowych /po raz pierwszy/ zabiegów operacyjnych na stawie kolanowym, u pacjentów poniżej 40 roku życia zaleca się stosowanie profilaktyczne dawki C. 40 mg s.c./dzień do pełnego uruchomienia pacjenta, nie krócej niż 5-7 dni.

Stąd, zdaniem pozwanego, roszczenia powoda co do zasady nie można uznać za słuszne. Pozwany podkreślił, iż powód nie wykazał, by działanie lub zaniechanie personelu placówki medycznej było zawinione oraz pozostawało w adekwatnym związku przyczynowym ze szkodą.

Odnosząc się do wysokości żądania powoda pozwany podniósł iż żądana przez powoda kwota 1 000 0000 zł jest rażąco wygórowana w stosunku do doznanej krzywdy.

Powód pismem procesowym z dnia 9 października 2014 roku (k. 332) wniósł o wezwanie do udziału w sprawie w charakterze pozwanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w B., w trybie art. 194 § 3 k.p.c.,

Ponadto w związku z dopozwaniem w/w podmiotu, powód sprecyzował żądania pozwu w ten sposób, że wniósł o:

1. zasądzenie od pozwanego (...) S.A. na rzecz powoda kwoty 180.885,00zł tytułem zadośćuczynienia za krzywdę, ból i cierpienie wraz z ustawowymi odsetkami liczonymi od dnia 29.01.2013r. do dnia zapłaty;
2. zasądzenie od pozwanego (...) S.A. na rzecz powoda kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego wg norm przepisanych
3. zasądzenie od pozwanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w B. na rzecz powoda kwoty 819.115,00 zł tytułem zadośćuczynienia za krzywdę, ból i cierpienie doznane wraz z ustawowymi odsetkami liczonymi od dnia dopozwania, do dnia zapłaty;
4. zasądzenie od pozwanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w B. na rzecz powoda kwoty 201.600,00 zł tytułem zwrotu kosztów leczenia w związku z powstałą szkodą wraz z ustawowymi odsetkami liczonymi od dnia dopozwania, do dnia zapłaty;
5. zasądzenie od pozwanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w B. na rzecz powoda kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego wg norm przepisanych.

Postanowieniem z dnia 22 października 2014 roku Sąd Okręgowy w Białymstoku na mocy art. 194 § 3 k.p.c. wezwał do udziału w sprawie w charakterze pozwanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w B..

Pozwany Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w (...) w odpowiedzi na pozew wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów postępowania w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

W uzasadnieniu pozwany wskazał, że koniecznymi przesłankami odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanego są szkoda, zawinione zachowanie (działanie lub zaniechanie) personelu placówki medycznej oraz łączący je normalny, adekwatny związek przyczynowo-skutkowy. Z uwagi na brak zawinionego działania pozwanego oraz brak normalnego, adekwatnego związku przyczynowo skutkowego pomiędzy szkodą a zachowaniem personelu pozwanego SPZOZ w

B. - pozwany nie ponosi odpowiedzialności. Pozwany podjął wszelkie działania zgodne z aktualną wiedzą medyczną, dokonał wszelkich aktów staranności w trakcie leczenia powoda, dlatego też nie można mu przypisać jakiegokolwiek odpowiedzialności.

Postanowieniem z dnia 1 kwietnia 2015 roku Sąd Okręgowy w Białymstoku w związku ze śmiercią powoda na mocy art. 174 § 1 pkt 1 kpc zawiesił postępowanie w sprawie.

Pismem procesowym z dnia 23 lutego 2016 roku (data wpływu – 11 marca 2016 roku) K. Z. (2) poinformowała, iż na mocy postanowienia Sądu Rejonowego w Białymstoku z dnia 22 września 2015 roku, sygn. akt II Ns 2143/15 spadek po zmarłym W. Z. (1) na podstawie ustawy z dobrodziejstwem inwentarza nabyli żona K. Z. (1), córka H. i P. w 1/3 części, córka W. Z. (2), córka W. i K. w 1/3 części, syn H. Z., syn W. i K. w 1/3 części. Jednocześnie K. Z. (1) wskazała, iż wyraża wolę wstąpienia w prawa powoda w związku z postępowaniem toczącym się przed Sądem Okręgowym w Białymstoku.

Postanowieniem z dnia 10 marca 2016 roku Sąd Okręgowy podjął zawieszono postępowanie oraz określił stronę powodową w osobie K. Z. (1).

Pismem z dnia 31 marca 2016 roku powódka K. Z. (1) sprecyzowała powództwo wnosząc o:

1. zasądzenie od pozwanego (...) S A. na rzecz powódki K. Z. (1) kwoty 60.295,00 złotych tytułem zadośćuczynienia za doznaną przez W. Z. (1) krzywdę wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie liczonymi od dnia 29.01.2013 r. do dnia zapłaty;

2. zasądzenie od pozwanego (...) S A. na rzecz powódki K. Z. (1) kosztów procesu, w tym kosztów postępowania według norm przepisanych;

3. zasądzenie od pozwanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w B. na rzecz powódki K. Z. (1) kwoty 273.038,33 złotych tytułem zadośćuczynienia za doznaną przez W. Z. (1) krzywdę wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie liczonymi od dnia dopoznania do dnia zapłaty;

4. zasądzenie od pozwanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w B. na rzecz powódki K. Z. (1) kwoty 67 200,00 zł skapitalizowanej renty z tytułu zwiększonych potrzeb obejmującej koszty opieki osób trzecich wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie liczonymi od dnia dopoznania do dnia zapłaty,

5. zasądzenie od pozwanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej

w B. na rzecz powódki K. Z. (1) kosztów procesu, w tym kosztów postępowania według norm przepisanych.

W pozostałym zakresie podtrzymała twierdzenia i wnioski sformułowane dotychczas, w szczególności w piśmie procesowym z dnia 9.03.2015 r.

Jednocześnie powódka zmodyfikowała podstawę prawną roszczenia dotyczącego kosztów pomocy i opieki osób trzecich wskazując, że dochodzi ich jako skapitalizowanej renty z tytułu zwiększonych potrzeb obejmującej koszty opieki i pomocy osób trzecich na podstawie art. 444 § 2 k.c., za okres 28 miesięcy przed wytoczeniem powództwa, albowiem na skutek zdarzenia medycznego zwiększyły się potrzeby poszkodowanego W. Z. (1) w tym zakresie, jako że stał się osobą niezdolną do samodzielnej egzystencji, wymagającą nieustannej opieki.

Sąd ustalił, co następuje:

W. Z. (1) w 2009 roku w trakcie gry doznał urazu lewego stawu kolanowego, skutkującego niestabilnością przednią kolana. Po konsultacjach ortopedycznych zakwalifikowany został do zabiegu artroskopii operacyjnej

W dniach 11.03.2010 r. - 13.03.2010 r. poszkodowany W. Z. (1) był hospitalizowany w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w B. w Oddziale O. - Urazowym z rozpoznaniem: „Złożona niestabilność kolana lewego. Uszkodzenie rogu tylnego łąkotki przyśrodkowej” (k - 192).

Po wykonaniu podstawowych badań laboratoryjnych, ocenie anestezyjologicznej otrzymał w dniu 11 marca 2010 roku o godz 20.00 dawkę heparyny drobnocząsteczkowej - F. 0,3 1 amp podskórnie

W dniu 12.03.2010 roku poszkodowany był operowany - artroskopia, resekcja rogu tylnego łąkotki przyśrodkowej kolana lewego; rekonstrukcja (...) lewego z pomocą implantu (...) revo”.

Wczesny okres pooperacyjny był niepowikłany. W dniu operacji o godzinie 20.00 podano poszkodowanemu kolejną dawkę F. Po zabiegu poszkodowany został zaopatrzony w ortezę kolana i w dniu 13.03.2010r. wypisany do domu bez powikłań. W dniu wypisu ze szpitala zalecono powodowi kontrolę w (...) za 2 tygodnie, chodzenie w ortezie stawu kolanowego z pomocą kul łokciowych. Zalecono profilaktykę przeciwzakrzepową (C. a 40mg lx dziennie podskórnie), antybiotykoterapię (D. C.) oraz przeciwbólowo T.. Wystawiono zwolnienie lekarskie na okres 11.03.2010 - 09.04.2010r. Po wypisaniu ze szpitala nie występowały niepokojące stany w zdrowiu W. Z. (1).

Dalsze leczenie W. Z. (1) kontynuował w (...) w B.. W dniu 25 marca 2010 roku w ramach planowej kontroli lekarskiej stwierdzono wygojenie ran pooperacyjnych i zdjęto szwy. Zalecono utrzymanie ortozy jeszcze 2 tygodnie z zakresem ruchomości 30 - 60st.

W kolejnych dniach nie występowały znaczne dolegliwości bólowe ze strony kończyny dolnej lewej poszkodowanego.

W dniu 28.03.2010r. W. Z. (1) wracając z ogrodu zasłabł w progu domu i stracił przytomność.

Wezwana została karetka pogotowia. W wywiadzie zamieszczonym w Karcie Medycznych Czynności Ratowniczych zamieszczono informację: „12.03.2010r. artroskopia, rekonstrukcja (...) lewego, otrzymywał C.. Duszność po wysiłku, zasłabł, duszność bez dolegliwości bólowych” (k — 188). W opisie badania zamieszczono: „Przytomny, błady, skargi na osłabienie i duszność, czynność serca przyspieszona do 150/min, tony głośne, tętno na tętnicach grzbietowych zachowane, ucieplenie symetryczne”. W rozpoznaniu zapisano: „Zasłabnięcie. Tachykardia. Podejrzenie zatorowości”.

Poszkodowany został przewieziony karetką pogotowia ratunkowego do Wojewódzkiego Szpitala (...) w B..

W tym okresie poszkodowany był przytomny, z zachowanym kontaktem z otoczeniem. Po przeprowadzonym badaniu lekarskim i wykonaniu diagnostyki obrazowej (angiografii i badania ECHO serca), w których stwierdzono znaczną ilość materiału zatorowego w miejscu podziału obu tętnic płucnych ("objaw jeźdźca") rozpoznano: „Zator tętnicy płucnej” i skierowano poszkodowanego do Oddziału Kardiologii i rozpoczęto leczenie fibryniolityczne - wlew A.. W trakcie wlewu wystąpiło zatrzymanie akcji serca z zatrzymaniem własnego oddechu.

Poszkodowanego zaintubowano i wdrożono akcję reanimacyjną. Po około 50 minutach masażu serca wróciła czynność serca. Prowadzono stosowne leczenie farmakologiczne. Po konsultacji anestezyjologicznej poszkodowanego przekazano do Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii gdzie przebywał do dnia 29 kwietnia 2010 roku z rozpoznaniem: „Stan po NZK i skutecznej resuscytacji. Stan po wystąpieniu ostrego zatoru płucnego leczonego fibrylizacją (A.), choroba zakrzepowowo - zatorowa lewej kończyny dolnej, zmiany malacyjno - niedokrwienne mózgu. Stan po operacji artroskopowej lewego stawu kolanowego. Niedowład czterokończynowy”

W trakcie pobytu w Oddziale poszkodowany początkowo był nieprzytomny, utrzymywany w sedacji, zaintubowany i podłączony do respiratora. Prowadzono intensywną farmakoterapię. Podawano ciągle wlew heparyny, którą następnie zastąpiono C., a później A..

W wyniku intensywnego leczenia i rehabilitacji stan poszkodowanego ulegał poprawie. Po zaprzestaniu sedacji w 14 dobie pobytu odłączono powoda od respiratora, a następnie ekstubowano.

W 32 dobie pobytu poszkodowanego przytomnego, stabilnego oddechow i krążeniowo, z dużymi deficytami neurologicznymi i częściową afazją przekazano do Oddziału Neurologii.

W dniach 29.04.2010 - 15.06.2010r powód był hospitalizowany w Oddziale (...) Leczniczej SP ZOZ WSzZ w B. z rozpoznaniem: „Niedowład czterokończynowy. Zmiany malacyjno-niedokrwienne mózgu w następstwie nagłego zatrzymania krążenia”.

W trakcie pobytu prowadzono nadal leczenie farmakologiczne i usprawniające. Stan poszkodowanego uległ stopniowej poprawie.

Zastosowano wobec poszkodowanego ćwiczenia bierne w stawach kończyn dolnych, a następnie czynne wspomagane, a następnie czynne wolne w stawach kończyn górnych, ćwiczeń samowspomagane w stawach kończyn górnych, terapię oddechową oraz pionizację na stole pionizacyjnym i wózku pokojowym.

W dniu wypisu zalecono poszkodowanemu wykonanie wyuczonych ćwiczeń w warunkach domowych, badanie kontrolne w (...) oraz wystawiono skierowanie do poradni neurologicznej.

Po wypisaniu ze szpitala poszkodowany pozostawał pod opieką Poradni A. w B. ul. (...), prywatnego gabinetu neurologicznego dr A. K., (...) ul. (...).

W dniach 03.01.2011 - 08.02.2011 roku poszkodowany był hospitalizowany w Katedrze i Klinice (...) w B.. Wobec poszkodowanego zastosowano leczenie usprawniające oraz farmakologiczne, logoterapię, psychoterapię. Podczas hospitalizacji przeprowadzono konsultację laryngologiczną podczas której zauważono trudności w połykaniu oraz brak odruchów w tylnej ścianie gardła. Ponadto poszkodowany odbył konsultację neurologiczną jak również urologiczną.

Poszkodowanego wypisano z zaleceniem kontynuacji ćwiczeń oraz dalszego leczenia usprawniającego w Poradni rehabilitacyjnej.

Powód kilkakrotnie przebywał w Klinice (...) w B. z powodu deformacji końsko - szpotawej obu stóp. Był leczony operacyjnie (każda stopa po 2 zabiegi).

Ze względu na zapalenia płuc powód kilkakrotnie był hospitalizowany w Oddziałach Wewnętrznych.

Poszkodowany przez około 1,5 roku od zdarzenia był zacewnikowany cewnikiem F.. Miał kłopoty z kontrolowaniem czynności fizjologicznych. W sierpniu 2013 roku w Oddziale Urologii SP ZOZ WSzZ w B. poszkodowany przebył zabieg operacyjny usunięcia kamienia z pęcherza moczowego i założenia cewnika dopęcherzowego w powłokach brzusznych.

Poszkodowany zmuszony był stale przyjmować leki przeciwzakrzepowe. Ponadto pozostawał także pod opieką Poradni Psychologicznej (...) w B. ul. (...).

Zauważono trudności w koncentracji i przerzutności uwagi, a także osłabioną pamięć bezpośrednią zarówno materiału wzrokowego jak i słuchowego. Występowały u powoda trudności w uczeniu się materiału słuchowo - werbalnego, które wskazują na podatność na dystrakcję. Specjalista zdiagnozował deficyty poznawcze głównie funkcji wykonawczych i uwagowych.

Poszkodowany rocznie korzystał z 4 tur rehabilitacji, które uzupełnione były prywatnymi zabiegami rehabilitacyjnymi.

Poszkodowany miał ogromne trudności z porozumiewaniem się, jednakże dnia 06.03.2013 r. w trakcie konsultacji logopedycznej zauważono, iż poszkodowany wchodzi w kontakt komunikacyjny, porozumiewał się prostymi gestami oraz tablicą literową. Ponadto stwierdzono ograniczoną sprawność narządów artykulacyjnych oraz zaburzenia oddechow — fonacyjne.

U poszkodowanego występowały okresowe niekontrolowane bolesne skurcze mięśniowe, głównie twarzy i ręki prawej, z wykręcaniem palców, bóle stóp przy próbie pionizacji. Poszkodowany wymagał pomocy przy zmianach pozycji ciała, miał kłopoty z ułożeniem się do snu, przy przesiadaniu się z wózka inwalidzkiego na łóżko wymagał znaczącej pomocy osób bliskich.

Poszkodowany przechodził także częste infekcje dróg oddechowych i układu moczowego oraz utrzymywała się odleżyna na lewej stopie.

Poszkodowany był całkowicie niesamodzielny oraz wymagał stałej opieki osób trzecich. Z czynności samoobsługowych był w stanie jedynie zdjąć obuwie i skarpety, z trudnością ubierał koszulę. Stał tylko gdy był trzymany przez osoby trzecie, chód jego był niewydolny i znacznie utrudniony, w asyście dokonywał jedynie tylko kilka kroków, przy próbach pionizacji towarzyszył mu ból, w związku z czym poruszał się na wózku. Samodzielnie nie mógł zmienić pozycji, wymagał przy tym pomocy, co sprzyjało powstawaniu odleżyn.

Stopień skomplikowania sprawy, konieczność ustalenia stanu zdrowia W. Z. (1) i działań personelu medycznego pozwanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w (...) mogących mieć wpływ na stan zdrowia poszkodowanego determinowało orzeczenie sądu o zasięgnięciu wiedzy specjalistów i dopuszczenie dowodów z opinii szeregu biegłych (postanowienie z dnia 8 kwietnia 2014 roku, k. 254, postanowienie z dnia 26 sierpnia 2014 roku, k. 305, postanowienie z dnia 22 listopada 2016 roku, k. 569).

Zdaniem biegłych z zakresu neurologii oraz ortopedii zastosowany wobec poszkodowanego proces leczenia w SP ZOZ w B. w dniach 11 – 13 marca 2010 roku w związku z przeprowadzonym w dniu 12 marca 2010 roku zabiegiem operacyjnym w postaci artroskopii, resekcji rogu tylnego łąkotki przyśrodkowej oraz rekonstrukcji (...) był prawidłowy i zgodny z aktualną wiedzą medyczną. Podali, iż dostępna im dokumentacja medyczna dostępna nie wskazuje aby wystąpiły jakiekolwiek komplikacje w okresie okołoperacyjnym. W trakcie kontroli powoda w (...) w B. dnia 25.03.2010 roku badający lekarz nie odnotował żadnych zgłaszanych skarg przez poszkodowanego. Stwierdził prawidłowe wygojenie ran pooperacyjnych i zdjął szwy. Nie stwierdzono wówczas objawów przemawiających za zakrzepicą żylną w obrębie operowanej kończyny.

Opiniujący wskazali, iż poszkodowanym po przeprowadzonym zabiegu operacyjnym otrzymał stosowne leczenie farmakologiczne w postaci leku przeciwzakrzepowego (C. a 40mg), antybiotyku (D. C.) oraz leku przeciwbólowego (T.).

Zdaniem biegłych z Zakresu ortopedii i neurologii na pytanie „Czy istnieje związek przyczynowy pomiędzy zastosowanym wobec powoda leczeniem oraz zabiegiem operacyjnym a jego zasłabnięciem w dniu 28.03.2010r. i zatrzymaniem akcji serca oraz doznaniem zatoru płucnym i aktualnym stanem powoda?” powinien odpowiedzieć biegły z zakresu angiologii lub kardiologii. Niemniej biegli wskazali, iż jak wynika z ich wiedzy, każdy zabieg operacyjny w mniejszym lub większym stopniu jest obarczony ryzykiem wystąpienia powikłań zakrzepowo - zatorowych. W związku z czym zwłaszcza po zabiegach w obrębie kończyn dolnych zaleca się i prowadzi profilaktykę przeciwzakrzepową.

Biegli podali, iż uszczerbek poszkodowanego związany z powikłaniami zakrzepowymi po leczeniu operacyjnym wynosi 100% zgodnie z pkt 5a.

Odnosząc się do dolegliwości bólowych oraz cierpienia poszkodowanego, biegli wskazali, iż po zatrzymaniu krążenia poszkodowany przebywał w stanie sedacji, w związku z czym dolegliwości bólowe oraz cierpienie nie mogą być obiektywnie ocenione. Jak wynika z dostępnej biegłym dokumentacji w okresie późniejszym poszkodowany nie wymagał intensywnego leczenia przeciwbólowego. Podkreślili, iż z pewnością cierpieniem, zwłaszcza w sferze psychicznej poszkodowanego, jest jego obecna niesamodzielność, wymagana pomoc osób trzecich przy wykonywaniu wszelkich czynności dnia codziennego. Powodem cierpienia fizycznego jest natomiast ból związany ze zwiększonym napięciem mięśniowym i przykurczami.

Opiniujący z zakresu kardiologii odnosząc się do leczenia farmakologicznego zastosowanego wobec poszkodowanego wskazał, iż

w Oddziale O.-Urazowym Szpitala w B. opracowane i stosowane były wewnętrzne strategie oceny ryzyka oraz profilaktyki i leczenia żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej. W historii choroby poszkodowanego znajduje się m.in. drukowana Karta oceny ryzyka powikłań zatorowo-zakrzepowych. U poszkodowanego określono średni stopień ryzyka powikłań zatorowo-zakrzepowych (średnie: jakikolwiek zabieg chirurgiczny ogólny, urologiczny lub neurochirurgiczny u chorego bez nowotworu złośliwego). W postępowaniu profilaktycznym w trakcie hospitalizacji biegły wskazał, iż poszkodowanemu podano heparynę drobnocząsteczkową (F. 0,3 ml Sc) 12 h przed zabiegiem i 6 godzin po zabiegu. Przy wypisie zlecono kontynuowanie przyjmowania heparyny drobnocząsteczkowej C. 0,4 ml Sc 1 raz dziennie przez 10 dni.

Zdaniem biegłego, profilaktyka zakrzepowo-zatorowa prowadzona u poszkodowanego - dawka przed i po zabiegu HDcz oraz zlecona dawka oraz czas podawania HDcz (C.) po wypisie z oddziału była zgodna z zasadami profilaktyki żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej w ortopedii i traumatologii narządu ruchu.

Biegły podkreślił, iż poszkodowany był w grupie ryzyka małego/średniego i zastosowana wobec niego profilaktyka żyłnej choroby zatorowo-zakrzepowej była wystarczająca i zgodna w zaleceniach w wytycznych. Wskazał, iż uszczerbek na zdrowiu poszkodowanego wynosi 100% jednak nie jest wynikiem nieprawidłowego leczenia poszkodowanego lecz związany jest z powikłaniami zakrzepowo-zatorowymi po leczeniu operacyjnym, Powikłania te chociaż bardzo rzadkie, są wpisane w ryzyko występujące w trakcie tego typu zabiegów oraz w okresie pozabiegowym.

Biegły sądowy z zakresu chirurgii ogólnej i naczyniowej w swojej opinii wskazał, iż nie stwierdził w dokumentacji lekarskiej ani w relacji poszkodowanego lub jego żony, aby w okresie okołoperacyjnym wystąpiły powikłania czy dolegliwości wymagające zastosowania niestandardowych środków zaradczych.

Podał, iż wobec znanych i rozpatrywanych ryzyk operacyjnych takich jak rodzaj znieczulenia, czas trwania zabiegu czy nadwaga uwzględniono ryzyko zakrzepicy żyłnej i wdrożono postępowanie zgodnie z wytycznymi dla tego typu zabiegów tj. podano heparynę drobnocząsteczkową zarówno w okresie przedoperacyjnym jak po operacji.

W dalszej części opinii biegły wskazał, iż w dniu wypisu poszkodowany otrzymał następujące zalecenia: Chodzenie w ortezie kolanowej z pomocą kul łokciowych. Kontrola w (...) za 2 tygodnie. Wystawiono receptę na C. 40 mg x 10 ampułkostrzykawek do stosowania 1 raz dziennie, D. C. 200 mg, oraz T. R. 2 opakowania. Zdaniem biegłego powyższe zalecenia spełniały warunek odbarczenia operowanej kończyny w trakcie przemieszczania się, zapobiegały zakrzepicy żyłnej oraz zakażeniu a także wpływały na zmniejszenie pooperacyjnych dolegliwości bólowych.

Biegły podał, iż w świetle faktów można stwierdzić, że istniał związek przyczynowy między zabiegiem operacyjnym z dnia 12.03.2010 a wystąpieniem zmian zakrzepowo-zatorowych zarówno w operowanej kończynie jak i tętnicy płucnej, co w konsekwencji doprowadziło do zatrzymania krążenia. Podkreślił jednakże, że w przedmiotowej sprawie dochowano wszystkich standardów profilaktyki, które nie zapobiegły jednak zakrzepicy żyłnej co należy określić nieszczęśliwym zbiegiem okoliczności.

Opiniujący z zakresu chorób naczyń obwodowych (angiolog) wskazał, iż nie widzi w okołoperacyjnym postępowaniu lekarzy dotyczącym działań przygotowawczych do operacji i pooperacyjnych, błędów czy zaniedbań. Jego zdaniem, dokonano zgodnie z zaleceniami działań profilaktyki antybiotykowej i przeciw zakrzepowej. Stwierdził, iż stosując okołoperacyjną profilaktykę przeciw zakrzepową nie popełniono błędu, a zalecając jej kontynuowanie przez 10 dni zastosowano się do wytycznych profilaktyki i leczenia żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej.

Wskazał, iż według dokumentacji zawartej w aktach sprawy, poszkodowanemu wykonano badania podstawowe, które wymagane są do kwalifikacji pacjenta do tego typu operacji. Jednakże w załączonej do akt sprawy dokumentacji biegły nie odnalazł wyniku tzw. K..

W opinii uzupełniającej biegły wskazał, że standardem w przygotowaniu do operacji czy też badania inwazyjnego wymagającego naruszenia ciągłości tkanek jest wykonanie badań laboratoryjnych określających: grupę krwi, morfologię krwi, poziom elektrolitów i koagulogram. Pan W. Z. (1) był zakwalifikowany do zabiegu ortopedycznego jakim jest operacyjna artroskopia, którą wykonano w znieczuleniu podpajęczynówkowym. Potrzeba oceny stanu „krzepliwości” w postaci wyniku przynajmniej (...) i (...), wydaje się być niezbędna dla anestezjologa jak i chirurga.

Biegły podał, iż pozwany Szpital nie przeprowadzając badania koagulogramu dopuścił się zaniedbania w fazie przygotowawczej do leczenia operacyjnego.

Jednakże podkreślił, iż w jego ocenie brak omawianego badania nie miał wpływu na przebieg operacji oraz prawidłowość zastosowanych zaleceń pooperacyjnych.

Zdaniem biegłego nieprawidłowe wartości, ich „wydłużenie”, wskazywać by mogły na zwiększone ryzyko krwawienia, tak przy znieczuleniu jak i w czasie zasadniczych działań operacyjnych. Na szczęście do tego rodzaju powikłań nie doszło. W opinii biegłego pooperacyjne działanie profilaktyczne przeciwzakrzepowe było prawidłowo przeprowadzone i należy przyjąć, iż brak badania koagulogramu nie wpłynął na ustalone postępowanie.

Biegły podał, iż z analizy całości materiału zawartego w aktach nie może wysnuć wniosku, iż istnieje związek przyczynowy pomiędzy niewykonaniem badania krzepliwości przed planowanym zabiegiem, a skutkami w postaci pogorszenia stanu zdrowia pacjenta w dniu 28.03.2010 roku.

Biegły uważając, iż brak wykonania badania koagulogramu jest zaniedbaniem, wskazał, iż nie może tego faktu łączyć w związek przyczynowy z wystąpieniem powikłań u W. Z. (1).

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w B. objęty był polisą ubezpieczeniową w (...) SA nr (...), z okresem odpowiedzialności od dnia 01.03.2010 roku do dnia 28.02.2011 roku.

Powyższy stan faktyczny wynika z dokumentów przedłożonych w postępowaniu sądowym, dokumentacji medycznej W. Z. (1) oraz zeznań powódki K. Z. (1) oraz zeznań świadków L. Z., M. W. oraz M. K.,

Podstawę ustaleń faktycznych w sprawie stanowiły również opinie biegłych z zakresu neurologii, ortopedii, chirurgii ogólnej i naczyniowej oraz chorób naczyń obwodowych. W ocenie Sądu opracowane w sprawie opinie biegłych były miarodajne i w pełni zasługiwały na obdarzenie ich walorem wiarygodności, gdyż zostały opracowane w sposób wszechstronny i rzetelny. Poddają się one pozytywnej weryfikacji w oparciu o kryteria takie jak: zgodność z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, poziom wiedzy sporządzającego, podstawy teoretyczne opinii, a także sposób motywowania oraz stopień stanowczości wyrażonych w opinii wniosków (tak m.in. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 7 listopada 2000 r., I CKN 1170/98, OSNC 2001/4/64.).

Wobec wyżej opisanych ustaleń poczynionych przez biegłych, niecelowe jest omawianie zgromadzonej w sprawie dokumentacji medycznej W. Z. (1), albowiem została ona poddana analizie specjalistów, dysponujących w tej materii szczególnie bogatą wiedzą i doświadczeniem zawodowym.

Sąd zważył, co następuje:

Powództwo nie zasługiwało na uwzględnienie. Zdaniem Sądu, strona powodowa nie zdołała wykazać nieprawidłowości po stronie pozwanego oraz związku przyczynowego pomiędzy zachowaniem pracowników pozwanego szpitala a uszczerbkiem na zdrowiu W. Z. (1).

W pierwszej kolejności należało wskazać, iż w niniejszej sprawie doszło do przekształcenia podmiotowego po stronie powodowej, na skutek śmierci w toku procesu powoda W. Z. (1). Roszczenie o zadośćuczynienie co do zasady wygasa z chwilą śmierci uprawnionego, albowiem ma ono charakter osobisty i nie jest dziedziczne (por. np. wyrok SA w Poznaniu z dnia 21 kwietnia 2010 r., I ACa 267/10, LEX nr 628188). Jednakże w myśl art. 445 § 3 k.c. dwóch sytuacjach

może dojść do przejścia roszczenia o zadośćuczynienie na spadkobierców poszkodowanego: jeżeli roszczenie zostało uznane przez dłużnika na piśmie albo jeżeli za życia poszkodowanego zostanie wytoczone powództwo o to roszczenie. W niniejszej sprawie do wytoczenia powództwa doszło za życia powoda, tym samym roszczenie o zadośćuczynienie przeszło na spadkobierczynię powoda w osobie jego małżonki.

Spadkobiercy powoda przysługiwało również roszczenie zmarłego z tytułu stosownego odszkodowania. Roszczenie te nie jest bowiem ściśle związane z osobą uprawnionego i jako prawa o charakterze majątkowym weszło do masy spadkowej.

Zgodnie z treścią art. 415 kc, kto z winy umyślnej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia. Powyższy przepis normuje podstawową zasadę odpowiedzialności opartej na winie sprawcy szkody. Do przesłanek odpowiedzialności deliktowej należą: zdarzenie, z którym system prawny wiąże odpowiedzialność na określonej zasadzie oraz szkoda i związek przyczynowy między owym zdarzeniem a szkodą. Odpowiedzialność odszkodowawczą w tym zakresie, w przypadku szpitala należy wiązać z art. 416 kc, w myśl którego osoba prawna jest obowiązana do naprawienia szkody wyrządzonej z winy jej organu. Szkodą jest uszczerbek w dobrach prawnie chronionych osoby poszkodowanej. Najczęściej ma ona charakter majątkowy, jednak gdy do tego upoważnia ustawa, może mieć również charakter niemajątkowy. Stosownie do treści art. 444 § 1 kc i art. 445 § 1 kc w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia Sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę.

Podstawowe znaczenie dla stosowania art. 415 kc, będącej ogólną podstawą odpowiedzialności, ma określenie zdarzenia, za które podmiotowi przypisywana jest odpowiedzialność (czyn sprawcy) oraz jakie okoliczności pozwalają albo uniemożliwiają uznanie go za czyn zawiniony. Człowiekowi można przypisać określony czyn, jeżeli owo zachowanie (tak działanie jak i zaniechanie) mogło być w ogóle kierowane wolą tego podmiotu. W tradycyjnym ujęciu winy (szerokim) w pojęciu tym ujmowano element obiektywny, czyli bezprawność, oraz subiektywny, czyli winę w ścisłym znaczeniu (określaną też mianem winy sensu stricte). Współcześnie przeważa stanowisko, że należy rozdzielić zakresy winy i bezprawności, a bezprawność ujmować jako przesłankę winy. Przyjmuje się, że pojęcie winy należy odnieść jedynie do opisu podmiotowych cech zachowania się sprawcy szkody. Jednak dopiero czyn bezprawny może być oceniany w kategoriach czynu zawinionego w rozumieniu art. 415 kc. Bezprawność stanowi przedmiotową cechę czynu sprawcy. Judykatura wskazuje, że bezprawność zachowania polega na przekroczeniu mierników i wzorców wynikających zarówno z wyraźnych przepisów, zwyczajów, utartej praktyki, jak i zasad współżycia społecznego (wyrok SN z dnia 22 września 1986 r., IV CR 279/86, LEX nr 530539). Pojęcie winy odnosi się do sfery zjawisk psychicznych sprawcy, z tych względów określa się ją jako znamię podmiotowe czynu. Jednakże dopiero czyn uznany za bezprawny może być rozważany w kategoriach winy.

Jednocześnie na uwagę zasługuje zdaniem Sądu fakt, iż „samo przyjęcie winy, którą należy utożsamiać z niedołożeniem wymaganej w stosunkach danego rodzaju staranności, nie decyduje jeszcze o odpowiedzialności lekarza, jeżeli między jego zachowaniem, a szkodą nie ma związku przyczynowego. Nie wymaga się przy tym, aby związek przyczynowy pomiędzy postępowaniem lekarza, a powstałą szkodą został ustalony w sposób pewny. W tego rodzaju procesach jest to najczęściej niemożliwe, ponieważ w świetle wiedzy medycznej w większości wypadków można mówić tylko o prawdopodobieństwie wysokiego stopnia, rzadko o pewności, czy wyłączności przyczyny. Jeżeli zachodzi prawdopodobieństwo wysokiego stopnia, że działalnie lub zaniechanie lekarza było przyczyną szkody, można uznać związek przyczynowy za ustalony. Za normalne skutki działania i zaniechania uznaje się takie, które zwykle w danych okolicznościach następują. Nie jest przy tym istotne, aby skutek pojawiał się zawsze. Lekarz nie odpowiada za nadzwyczajne, nie do przewidzenia komplikacje oraz za inne, nie pozostające w normalnym związku przyczynowym z jego postępowaniem skutki. Adekwatny związek przyczynowy między zachowaniem lekarza, a szkodą może być bezpośredni lub pośredni. Nie ma znaczenia, czy przyczyna powstania szkody jest dalsza, czy bliższa, byleby tylko skutek pozostawał jeszcze w granicach "normalności". Oznacza to, że wystarczający jest związek przyczynowy pośredni pomiędzy szkodą, a zdarzeniem (zaniedbaniem lekarza), które doprowadziło do wyrządzenia szkody” /tak SA w Białymstoku w wyroku z dnia 07.03.2013 roku, I ACa 879/12, Lex nr 1294707/.

W orzecznictwie przyjmuje się, że błędem w sztuce lekarskiej jest działanie lub zaniechanie lekarza w sferze diagnozy i terapii sprzeczne z zasadami wiedzy medycznej w zakresie dla lekarza dostępnym (tak wyrok SN z 1 IV 1955 r., IV CR 39/54, OSN 1957/1, poz. 7). W przedstawionym ujęciu, błąd lekarski reprezentuje obiektywny komponent winy. Jako postępowanie lekarza *contra legem artis* (tj. działanie lub zaniechanie niewłaściwe, naruszające zasady wiedzy medycznej), stanowi jeden z przejawów bezprawności. Jest więc kategorią całkowicie niezależną od osoby konkretnego lekarza (jego indywidualnych cech, skłonności i umiejętności) oraz od okoliczności, w których podejmował on czynności z zakresu diagnozy i terapii. Błąd nie pociąga więc za sobą odpowiedzialności cywilnej z racji samego tylko zaistnienia nieprawidłowości skutkującej jego stwierdzeniem. Obciążenie lekarza odpowiedzialnością za szkodę możliwe jest wyłącznie wówczas, gdy błąd jest jednocześnie zawiniony subiektywnie tzn. stanowi następstwo niedochowania przez lekarza należytej staranności. Łagodzenie rygorystycznego wymogu wykazywania winy może także nastąpić poprzez zastosowanie domniemania faktycznego na podstawie art. 231 k.p.c. Na pozwanego przechodzi tym samym ciężar wykazania braku winy. Placówka medyczna, aby uniknąć odpowiedzialności, musi obalić domniemanie wykazując, że nie zawińała powstaniu szkody, ponieważ inne niż niedbalstwo pozwanego okoliczności doprowadziły u powoda do powstania uszczerbku na zdrowiu (zob. wyrok SA we Wrocławiu z 28 IV 1998 r., I ACa 308/98, PiM 2002/12, wyrok SA w Warszawie z 21 III 1997 r., I ACa 107/97, Wokanda 1998/7 oraz wyrok SA w Krakowie z 9 II 2000 r., I ACa 69/00). Prawo cywilne wymaga, by związek przyczynowy między zdarzeniem a szkodą miał charakter normalny i adekwatny, co wynika z treści art. 361 § 1 k.c. W sferze odpowiedzialności za szkody wyrządzone w trakcie procesu leczenia czy diagnozowania schorzeń oznacza to, że doznany przez pacjenta uszczerbek na zdrowiu musi pozostawać normalnym następstwem działania szpitala lub personelu medycznego.

Przeprowadzone w sprawie postępowanie dowodowe nie wykazało, aby można się było dopatrzeć błędów w działaniach personelu medycznego SPZOZ w B.. Zachowanie lekarzy należało więc określić w kategoriach prawidłowych, z zachowaniem wymogów sztuki lekarskiej.

Sąd w całości podzielił stanowisko wyrażone przez biegłych uznając sporządzone przez nich opinie w niniejszej sprawie, jako opracowane w sposób prawidłowy i rzetelny, w pełni zasługujące na obdarzenie ich walorem wiarygodności.

Biegli w sporządzonych opiniach przyznali, iż wedle dokumentacji medycznej, po zabiegu artroskopii nie było żadnych oznak komplikacji pooperacyjnych, jednak wskazali iż „zabieg operacyjny w mniejszym lub większym stopniu jest obarczony ryzykiem wystąpienia powikłań zakrzepowo - zatorowych”. Biegli zatem potwierdzili, że pomimo braku powikłań bezpośrednio po zabiegu artroskopii, możliwe jest dojście do zatoru po rzeczoną zabiegu.

Nie znalazło odzwierciedlenia w zebranych w sprawie materiale dowodowym twierdzenie strony powodowej, iż w wyniku niewłaściwie podjęte działania i liczne zaniechania w procesie leczniczym w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w B. w związku z przeprowadzonym w w/w podmiocie leczniczym zabiegiem, a następnie nieodpowiednich zaleceń pooperacyjnych doszło do zakrzepicy żyłnej w operowanej kończynie i zatoru płucnego, niedokrwienia mózgu i niedowładu czterokończynowego u W. Z. (1).

Wręcz przeciwnie, biegli potwierdzili prawidłowość postępowania pozwanego. Wskazali, iż profilaktyka zakrzepowo zatorowa prowadzona w SPZOZ w B. była wystarczająca i zgodna z zaleceniami w wytycznych.

Podali, iż artroskopia i rekonstrukcja lewego kolana została powodowi wykonana zgodnie ze sztuką lekarską i postępowaniem w tym zakresie. Zastosowano w pozwanym zakładzie odpowiednie leczenie przed i pooperacyjne.

Należy podkreślić, iż w przypadku poszkodowanego ryzyko powikłań zatorowo zakrzepowych zostało określone jako średnie. Poszkodowanemu podano heparynę drobnocząsteczkową zarówno w okresie przedoperacyjnym jak i po operacji. Z dokumentacji medycznej wynika, że postępowanie profilaktyczne zastosowano 12 godzin przed operacją, a więc jak to ma miejsce w przypadku dużego ryzyka powikłań zatorowo - zakrzepowych. Zdaniem biegłych nie można było zastosować już bardziej rygorystycznej profilaktyki.

Dlatego też zarzuty powoda jakoby pozwany podjął niewłaściwe działania lub zaniechał czegokolwiek w profilaktyce zakrzepowej nie znajduje uzasadnienia w zebranych materiale dowodowym.

Co prawda, poszkodowanemu W. Z. (1) nie wykonano badania koagulogramu, co zdaniem biegłego angilologa można uznać za zaniedbanie w fazie przygotowawczej do leczenia operacyjnego. Jednak powyższe zaniechanie zdaniem biegłego nie wpłynęło w żaden sposób na późniejszy stan zdrowia poszkodowanego oraz nie miało związku z późniejszym zatorem tętnicy płucnej.

Zdaniem Sądu, w przedmiotowej sprawie dochowano wszystkich standardów profilaktyki, które nie zapobiegły jednak zakrzepicy żyłnej co należy określić nieszczęśliwym zbiegiem okoliczności.

Odpowiedzialność Zakładu zachodzi wówczas, gdy spełnione są wszystkie przesłanki odpowiedzialności deliktowej a mianowicie: wyrządzenie szkody przez personel medyczny, zawinione działanie lub zaniechanie tego personelu, normalny związek przyczynowy pomiędzy tym działaniem lub zaniechaniem, a wyrządzoną szkodą oraz wyrządzenie szkody przy wykonywaniu powierzonej czynności. Nie można przypisać pozwanemu Zakładowi odpowiedzialności deliktowej za szkodę na osobie, która zaistniała, lecz nie z przyczyn zawinionych leżących po stronie pozwanego lecz jako powikłanie związane z ryzykiem zabiegu.

Pozwany nie może odpowiadać za nieszczęśliwy zbieg okoliczności, na który w żaden sposób nie ma wpływu. Zastosowana profilaktyka powinna była zapobiec wystąpieniu powikłań, które zaistniały. Brak więc podstaw do przypisania odpowiedzialności pozwanemu Zakładowi

Z tych wszystkich względów orzeczono jak w punkcie I. wyroku.

O kosztach procesu Sąd rozstrzygnął na podstawie art. 102 k.p.c. odstępując od obciążania powódki obowiązkiem zwrotu pozwanemu poniesionych kosztów zastępstwa procesowego. Stan majątkowy powódki, która w ostatnim czasie musiała zrezygnować z pracy zarobkowej w celu sprawowania opieki nad mężem, nietypowy stan faktyczny sprawy oraz związane z nim okoliczności, które powodowały, iż powódka mogła być subiektywnie przekonana o zasadności swojego roszczenia, w wystarczającym stopniu uzasadniają zdaniem Sądu możliwość skorzystania z dyspozycji przepisu art. 102 k.p.c.