

Sygn. akt: I C 341/12

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 3 grudnia 2015 r.

Sąd Okręgowy w Olsztynie I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

| | |
|-----------------|-----------------------------|
| Przewodniczący: | SSO Beata Grzybek |
| Protokolant: | sekr. sąd. Dagmara Napieraj |

po rozpoznaniu w dniu 20 listopada 2015 r. w Olsztynie

na rozprawie

sprawy z powództwa M. D. (1), M. D. (2), K. D.

przeciwko Miejskiemu Szpitalowi (...) w O.

o zapłatę

I. zasądza od pozwanego Miejskiego Szpitala (...) w O. na rzecz powodów M. D. (1), M. D. (2) i K. D. kwotę 30.000 zł (trzydzieści tysięcy złotych) z ustawowymi odsetkami od 20 kwietnia 2011 roku do dnia zapłaty,

II. w pozostałej części powództwo oddala,

III. nie obciąża powodów kosztami procesu i brakującymi kosztami sądowymi,

IV. nakazuje ściągnąć od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa Sądu Okręgowego w O. kwotę 745 zł tytułem brakującej części na wydatki sądowe.

Sygn. akt I C 341/12

UZASADNIENIE

Powód A. D. wniósł o zasądzenie na jego rzecz od pozwanego – Miejskiego Szpitala (...) w O. kwoty 200.000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu (data prezentaty SO to 20 kwietnia 2011 r.) do dnia zapłaty. Powód wniósł także o zasądzenie na jego rzecz od pozwanego kosztów procesu według norm przepisanych.

W uzasadnieniu pozwu powód wskazał m. in., że w okresie od 21 kwietnia 2010 r. do 30 kwietnia 2010 r. przebywał w (...) Publicznym Zespole (...) z powodu płynu w prawej jamie opłucnej oraz objawów takich jak suchy męczący kaszel oraz obniżona tolerancja dla wysiłku. Po badaniach zdiagnozowano guz tylnego śródpiersia, w związku z czym powód został skierowany do pozwanego celem pobrania wycinka guza. W dniu 12 maja 2010 r. został przyjęty do pozwanego Szpitala. W dniu 13 maja 2010 r. odbył się zabieg. Wycinek potwierdził, że powód cierpi na ostrą białaczkę limfoblastyczną z komórek T. Po operacji stan powoda się pogorszył, rana pooperacyjna nie goiła się, występował wyciek. Zgłaszane dolegliwości były ignorowane, a tydzień po zabiegu lekarz chciał wypisać powoda do

domu. Ostatecznie skierowano powoda do Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w W. celem dalszego leczenia. Powód pojechał tam własnym transportem, z powodu braku karetki, w dniu 25 maja 2010 r. Pomimo dolegliwości tj. puchły mu nogi, czuł się źle, ran pooperacyjna ropiała, jego stan oceniono przy wypisie jako dobry. W Instytucie poddano jego chemioterapii. W jamie opłucnej utworzył się ropniak, rana nie goiła się. W dniu 17 lipca 2010 r. został wypuszczony na przepustkę, jednak ze względu na stan zdrowia zgłosił się na Oddział Ratunkowy w O. przy ZOZ Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji. Po zrobionych badaniach nie wykryto przyczyny ropniaka. W dniu 28 lipca powód został wypuszczony do domu. W dniu 2 sierpnia 2010 r. powód ponownie zgłosił się do Instytutu (...) w W.. Wówczas przeprowadzone badania wykazały, że podczas zabiegu przeprowadzonego w pozwanym Szpitalu, pozostawiono w jamie opłucnej ciało obce tj. seton. Został zakwalifikowany do jego usunięcia. W związku ze złym stanem zdrowia dalsze leczenie powoda w instytucie odroczone. W dniu 12 sierpnia 2010 r. w Instytucie (...) w W. przeprowadzono operację usunięcia ropniaka z ciałem obcym. Po udanej operacji stan powoda polepszył się i w dniu 16 sierpnia powód opuścił Instytut. W okresie od 30 sierpnia 2010 r. do 19 lutego 2011 r. powód pięciokrotnie przebywał w Instytucie (...) celem leczenia choroby pierwotnej. Po wyjęciu setonu dalsza chemioterapia przebiegała bez większych powikłań. Jako podstawą żądania wskazał przepisy o czynach niedozwolonych.(k. 2-4)

W związku ze śmiercią powoda w toku niniejszego procesu, w jego miejsce wstąpili: **K. D. , M. D. (1) i M. D. (2)**, którzy wnieśli jak w pozwie.

W odpowiedzi na pozew, **pozwany Miejski Szpital (...) w O.** wniósł o oddalenie powództwa w całości i o zasądzenie na jego rzecz kosztów procesu według norm przepisanych.

Uzasadniając swoje stanowisko pozwany przyznał, że powód był przyjęty do pozwanego w dniu 12 maja 2010 r. zaś następnego dnia przeprowadzono u niego zabieg operacyjny, który został wykonany zgodnie ze sztuką lekarską i standardami chirurgii klatki piersiowej. Skutek w postaci pozostawienia gazika był wynikiem nietypowego powikłania przebiegu operacyjnego, którego nie można było przewidzieć. Ujawniona choroba- białaczka, spowodowała, że operacja przebiegała w szczególnie trudnych warunkach, w szczególności że w trakcie zabiegu wystąpił silny krwotok śródoperacyjny, który spowodował znaczne utrudnienia w polu widzenia lekarza operatora . Sprawdzano ilość zarówno przed jak i po operacji, i ilość ta się zgadzała. Pomimo usunięcia ciała obcego, nie miało to negatywnego znaczenia na stan zdrowia powoda, a jego proces leczenia przebiegał prawidłowo. Podkreślił, że postępowanie lekarzy cechowała należyta staranność oraz dbałość o stan zdrowia pacjenta. Nie prawdziwe jest twierdzenie powoda, że personel Szpitala dopuścił się jakiegokolwiek zaniedbania, czy też błędu lekarskiego.

(k. 142 – 144)

Sąd ustalił następujący stan faktyczny sprawy:

W okresie od 21 kwietnia 2010 r. do 30 kwietnia 2010 r. A. D. przebywał w (...) Publicznym Zespole (...) z powodu płynu w prawej jamie opłucnej oraz objawów takich jak suchy męczący kaszel oraz obniżona tolerancja dla wysiłku. Po badaniach zdiagnozowano guz tylnego śródpiersia, w związku z czym A. D. został skierowany do pozwanego Szpitala celem pobrania wycinka guza.

W dniu 12 maja 2010 r. A. D. został przyjęty do pozwanego Szpitala. W dniu 13 maja 2010 r. odbył się zabieg. Metodą wideotorakoskopii pobrano wycinek z rozległego nacieku śródpiersia tylnego i z podejrzeniem chłoniaka w trybie pilnym przekazana do zakładu histopatologii szpitala wojewódzkiego w O.. Operując, wystąpiło obfite krwawienie. W związku z tym zabieg wymagał konwersji, czyli zmiany dostępu operacyjnego, co wiązało się z usunięciem kamery i poszerzeniem cięcia skórniego, założeniem rozwieracza i operowanie bezpośrednio pod kontrolą wzroku. Wcześniej podjęta została próba zatrzymania krwawienia przez dostęp wideotorakoskopowy. Krwawienie było intensywne, pacjent wymagał przetoczenia śródoperacyjnej krwi oraz osocza, co potwierdza, że krwawienie było intensywne. Krwawienie nie wynikało z przecięcia jakiegoś dużego naczynia, lecz z uporczywego krwawienia z łoży po wycinku pobranym do badania histopatologicznego. Początkowe wprowadzania i setonowanie miejsca krwawienia nie było skuteczne, dlatego wykonano konwersję, czyli klasyczną operację torakochirurgiczną polegającą na zużyciu dużych serwet operacyjnych, ale ten typ tamowania krwawienia

nie ustąpił, przerwano zabieg, przetoczono trzy jednostki krwi i jeszcze trzy jednostki osocza mrożonego i dodatkowo podano leczenie farmakologiczne dożylnie przeciwkrzepliwości krwi. Część gazika została w zachyłku za przeponą przykręgosłupowo, za guzem, w miejscu niewidocznym dla oka operatora. Podczas zabiegu użyto jeszcze dodatkowo specjalnej gąbki z klejem tkankowym" żeby zatrzymać miejsce krwawienia, Założono dreny, policzono materiał operacyjny, który był zgodny, to jest w protokole instrumentariuszki i zamknięto klatkę piersiową pozostawiając dren. W późniejszym okresie pooperacyjnym ewakuował się masywny krwiak z opłucnej.

Wycinek potwierdził, że A. D. cierpi na ostrą białaczkę limfoblastyczną z komórek T. Jeden z lekarzy operujących powołał do Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w W. celem ustalenia miejsca dla pacjenta i tam też został przekazany celem kontynuacji leczenia

W Instytucie poddano go chemioterapii. Otrzymał leczenie hemostatyczne, które trwało około miesiąca. Po uzyskaniu poprawy hematologicznej A. D. został wypisany do domu w dniu 17 lipca 2010 r. jednak ze względu na stan zdrowia zgłosił się na Oddział Ratunkowy w O. przy ZOZ Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji. Po zrobionych badaniach nie wykryto przyczyny ropniaka. W dniu 28 lipca został wypuszczony do domu.

W dniu 2 sierpnia 2010 r. ponownie zgłosił się do Instytutu (...) w W.. W wykonanym wówczas badaniu radiologicznym klatki piersiowej stwierdzono obecność ciała obcego tj. setonu w jamie opłucnej, pozostawionego podczas zabiegu przeprowadzonego w pozwanym Szpitalu. A. D. został zakwalifikowany do jego usunięcia. W dniu 12 sierpnia 2010 r. w Instytucie (...) w W. przeprowadzono operację usunięcia ropniaka z ciałem obcym. Gojenie rany pooperacyjnej przebiegało bez powikłań.

Po udanej operacji stan A. D. polepszył się i w dniu 16 sierpnia 2010 r. opuścił Instytut (...) w W..

Pod koniec sierpnia powód został przyjęty ponownie do Instytutu (...) i kontynuowano leczenie chemioterapią. W okresie od 30 sierpnia 2010 r. do 19 lutego 2011 r. powód pięciokrotnie przebywał w Instytucie (...) celem leczenia choroby pierwotnej. Po wyjęciu setonu dalsza chemioterapia przebiegała bez większych powikłań.

Opóźnienie leczenia pierwotnej choroby w związku z operacją usunięcia setonu wynosiło około 25 dni.

Powód A. D. zmarł w dniu 28 lipca 2011 r.

(dowód : zeznania świadków A. S. k. 167-168, G. K. k. 169-170, K. D. k.170, M. S. k. 202, I. S. k. 248, dokumentacja medyczna k. 10-51, 164, akt zgonu k. 176, opinia Instytutu k. 292-308, 342-343)

Sąd zważył, co następuje:

Przedmiotowe powództwo jest częściowo zasadne

W niniejszym postępowaniu pierwotnie powód A. D., a po jego śmierci, jego następcy prawni żona K. D. i synowie M. D. (1) i M. D. (2) dochodzili roszczenia o zadośćuczynienie od pozwanego Miejskiego Szpitala (...) w O., podnosząc, że zatrudnieni tam lekarze dopuścili się nieprawidłowości podczas zabiegu polegającego na pobraniu wycinka, podczas którego pozostawili w jamie opłucnej A. D. ciało obce tj. seton.

Tak zakreślona podstawa faktyczna wskazuje na dochodzenie przez stronę powodową roszczeń w oparciu o odpowiedzialność deliktową. Podstawę prawną zgłoszonych żądań stanowi w tym wypadku przepis art. 415 kc w związku z art. 430 k.c.

W orzecznictwie przyjmuje się, że powołany wyżej przepis znajduje zastosowanie w stosunku do odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej, na rachunek którego lekarze zatrudnieni w tych jednostkach wykonują czynności medyczne (zob. m.in. wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 2 marca 2012r., sygn. akt I ACa 123/12, LEX nr 1238466). Odpowiedzialność samodzielnego zakładu opieki zdrowotnej na podstawie art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c. zachodzi wówczas, gdy spełnione są wszystkie przesłanki tej odpowiedzialności deliktowej, a mianowicie

do wyrządzenia szkody doszło przez personel medyczny przez zawinione działanie lub zaniechanie personelu medycznego, istnieje normalny związek przyczynowy pomiędzy tym działaniem lub zaniechaniem a wyrządzoną szkodą, przy czym do wyrządzenia szkody doszło przy wykonywaniu powierzonych czynności medycznych.

Należy przy tym wskazać, że fakt samodzielności lekarza świadczącego usługi jako lekarz tzw. kontraktowy (działający na podstawie umowy cywilnoprawnej) i jednocześnie przedsiębiorca, nie jest istotny dla przyjęcia odpowiedzialności zakładu medycznego, zważywszy, że nie ma znaczenia, na jakiej podstawie następuje powierzenie czynności w ramach zastosowania art. 430 k.c. W takim wypadku zakład opieki zdrowotnej dalej pozostaje stroną umowy o świadczenie usług medycznych. Lekarz jest jedynie wykonawcą świadczenia (usługi medycznej), a więc podmiotem, któremu zakład opieki zdrowotnej powierzył przeprowadzenie określonego zabiegu lub wykonanie określonej usługi medycznej. Istotne jest jedynie występowanie relacji zwierzchnictwa i podporządkowania, bowiem z jednej strony zachodzić musi kierownictwo, a z drugiej obowiązek stosowania się do wskazówek powierzającego czynność. Decydujące jest tu podporządkowanie ogólne i w konkretnej sytuacji osoba wykonująca czynność może mieć pozostawioną stosunkowo dużą samodzielność, a nawet faktycznie nie stosować się do poleceń swego zwierzchnika (zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 20 stycznia 2010r., sygn. akt I ACa 571/09, OSAB 2011/2-3/8-14).

Uwzględniając powyższe, nie można mieć wątpliwości co do tego, że pozwany ponosi odpowiedzialność na mocy art. 415 kc w zw. z 430 k.c. za działania i zaniechania lekarzy, którzy świadczą usługi medyczne w Szpitalu pozwanego.

W dalszej kolejności należało dokonać ustalenia, czy doznana przez powoda A. D. szkoda niemajątkowa -krzywda jest wynikiem – jak podnosił - nieprawidłowego działania lub zaniechania strony pozwanego, a dokładniej lekarzy, za których ponosi odpowiedzialność. Dokonując oceny powyższej kwestii pamiętać należało, że to na poszkodowanym spoczywa ciężar dowodu wykazania zarówno istnienia szkody i związku przyczynowego między powstaniem szkody a działaniem lub zaniechaniem sprawcy szkody, jak i faktu, iż szkoda została wyrządzona z winy osoby pociągniętej do odpowiedzialności (art. 6 k.c.). Obowiązek naprawienia szkody spoczywa bowiem tylko na tym, kto ją wyrządził, tzn. tylko wtedy, gdy określone działanie lub zaniechanie przy wykonywaniu powierzonych czynności stanowiło przyczynę powstania szkody.

Zgodnie z art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (t. j. Dz. U. z 2011 r., Nr 277, poz. 1634 ze zm.) lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. O zawinięciu lekarza może zdecydować nie tylko zarzucenie mu braku wystarczającej wiedzy i umiejętności praktycznych, odpowiadających aprobowanemu wzorcowi należytej staranności, ale także niezręczność i nieuwaga przeprowadzanego zabiegu, jeżeli oceniając obiektywnie nie powinny one wystąpić w konkretnych okolicznościach. Nie chodzi zatem o staranność wyższą od przeciętnej wymaganej wobec lekarza, lecz o wysoki poziom przeciętnej staranności każdego lekarza jako staranności zawodowej (art. 355 § 2 k.c.) i według tej przeciętnej ocenianie konkretnego zachowania. Do obowiązków lekarzy oraz personelu medycznego należy bowiem podjęcie takiego sposobu postępowania (leczenia), które gwarantować powinno, przy zachowaniu aktualnego stanu wiedzy i zasad staranności, przewidywalny efekt w postaci wyleczenia, a przede wszystkim nie narażenie pacjentów na pogorszenie stanu zdrowia (zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 14 lutego 2013r., sygn. akt I ACa 970/12, Lex nr 1289424, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 lutego 2010r., sygn. akt V CSK 287/09, Lex nr 786561).

Zasadniczy spór między stronami niniejszego postępowania sprowadzał się do rozstrzygnięcia kwestii, czy lekarzom świadczącym na rzecz powoda usługę medyczną w pozwanej placówce w postaci pobrania wycinka guza w dniu 13 maja 2010 r. można postawić zarzut działania naruszającego obowiązki lekarza. Celem poczynienia ustaleń faktycznych w tym zakresie Sąd dopuścił dowód z opinii instytutu (...) w T. C. M. im. L. R. w B. Katedra Medycyny Sądowej Zakład Medycyny Sądowej na okoliczność, czy proces leczenia powoda w pozwanym szpitalu był prawidłowy, czy w jego toku popełniono błąd (jaki?), jakie były jego skutki, a w szczególności czy pozostawienie gazika i konieczność przeprowadzenia operacji polegającej na usunięciu ciała obcego miała wpływ

na wydłużenie procesu leczenia w związku z występującą u powoda chorobą - ostrą białaczką limfoblastyczną), czy skutkowało to koniecznością odroczenia rozpoczętego leczenia ostrej białaczki limfoblastycznej, a także czy miało wpływ (jaki?) na pogorszenie stanu zdrowia powoda, a następnie utratę przez niego życia.

Biegli ustalili, że w czasie operacji wykonanej 13.05.2010r. wystąpiło gwałtowne krwawienie z guza, po pobraniu z niego wycinków. Z tego powodu dalszy przebieg operacji miał przebieg dramatyczny. Wykonano konwersję z wideotorakoskopii do klasycznej torakotomii, przetoczono koncentrat krwinek czerwonych i osocze krwi, co świadczy o dużej utracie krwi. Biegli uznali, że w takich warunkach nie jest trudno o pozostawienie gazika, setonu lub serwety w polu operacyjnym. Aby tego uniknąć przed zamknięciem klatki piersiowej wykonuje się rutynowo kilka czynności. Po pierwsze: instrumentariuszka tzw. "czysta" liczy, czy w każdej nowo otwieranej paczce gazików, setonów i serwet znajduje się tyle sztuk, ile podano na opakowaniu. Na ogół liczba ta się zgadza, ale niekiedy w paczce brakuje jednej sztuki lub jest jej nadmiar. W sytuacji zagrożenia życia pacjenta spowodowanej intensywnym krwawieniem takie liczenie jest pobieżne lub nie odbywa się wcale, dla dobra pacjenta. Po drugie: płucze się jamę opłucnową w celu usunięcia skrzepów, co ułatwia identyfikację takiego ciała obcego. Płukania nie można jednak wykonać, jeśli w celu zatamowania krwawienia na miejsca, z których sączy się krew, naklejono materiał hemostatyczny (wchłaniające gąbki lub siatki), tak jak w przypadku tego pacjenta. Po trzecie: liczy się zużyty w czasie operacji materiał (robi to tzw. "brudna" instrumentariuszka) i ewentualną niezgodność w ilości użytego i usuniętego materiału zgłasza instrumentariuszce i operatorowi. Pozostawienie gazika (w niektórych miejscach dostarczonej dokumentacji nazywanego setonem) mogło być spowodowane błędem liczenia gazików z powodu stresu spowodowanego nietypową operacją lub nieprawidłową liczbą gazików w paczce, które nie były liczone przed podaniem chirurgowi (lub były liczone pobieżnie), ze względu na sytuację bezpośredniego zagrożenia życia. W przypadku intensywnego krwawienia śródoperacyjnego niekiedy celowo pozostawia się serwety lub setony w polu operacyjnym, które następnie usuwa się po kilku dniach w czasie kolejnej planowanej operacji. W tym przypadku krwawienie obserwowano również po operacji, czego dowodem był obfity drenaż. W takim przypadku paradoksalnie przypadkowe pozostawienie gazika w polu operacyjnym mogło działać na korzyść chorego, poprzez stymulowanie krzepnięcia krwi w jamie opłucnowej.

W przebiegu pooperacyjnym u powoda nie występowała gorączka, również wyniki badań laboratoryjnych wykonanych w ciągu następnych trzech miesięcy nie wskazywały na rozwijanie się zakażenia, mimo że powód otrzymywał leki osłabiające odporność (cytostatyki i steroidy). Oznacza to, że wokół gazika nie było drobnoustrojów (bakterii lub grzybów), które mogły spowodować zakażenie, nie było podstaw rozpoznania ropniaka opłucnej. Ropniak opłucnej jest wskazaniem do pilnej interwencji chirurgicznej (początkowo drenażu, w późniejszym okresie można wykonać dekortykację płuca). Na tomografii komputerowej wykonanej w sierpniu stwierdzono obecność zbiornika płynu, w obrębie którego stwierdzono możliwość ciała obcego. W tamtym czasie powód nie gorączkował ani nie miał innych objawów zakażenia. Dlatego przyjąć należy, że nie było bezwzględnych wskazań do usuwania takiego ciała obcego zwłaszcza, gdy wiązało się to z koniecznością odroczenia kolejnego cyklu chemioterapii. Często chorzy otrzymują chemioterapię mimo, że w jamie opłucnowej znajduje się ciało obce. Typowym przykładem jest tutaj obecność drenu w jamie opłucnowej, założonego z powodu ropniaka lub odmy opłucnowej. Operację usunięcia gazika można było wykonać poprzez małe cięcie, z użyciem kamery i wtedy nie spowodowałaby ona odroczenia kolejnego cyklu chemioterapii. W przypadku wykonania operacji z dużego cięcia, co wykonano u powoda, trzeba było opóźnić podanie kolejnego cyklu chemioterapii do czasu zagojenia się rany operacyjnej.

Przewlekła białaczka limfoblastyczna jest chorobą o złym rokowaniu u osób dorosłych (powyżej 10 roku życia), podobnie jak u dzieci do 2 roku życia. Gorzej rokuje też u osób płci męskiej. Gorzej też rokuje u tych chorych, u których remisja choroby po chemioterapii jest słaba (częściowa) jak w przypadku powoda. Zgon powoda nie nastąpił z powodu pozostawienia gazika w polu operacyjnym. Mało prawdopodobne, aby opóźnienie

podania kolejnego cyklu chemioterapii w istotny sposób pogorszyło rokowanie. Druga operacja, wykonana w celu usunięcia gazika pozostawionego w czasie pierwszej operacji z pewnością spowodowała pogorszenie jakości życia chorego i spowodowała żal do personelu

Szpitala Miejskiego w O.. Należy jednak podkreślić, że personel tego szpitala zapewnił powodowi ponadstandardową opiekę, zapewniając przyspieszoną diagnostykę (rozpoznanie ustalono po mniej niż 2 tygodniach) oraz skierowanie do dalszego leczenia w trybie przyspieszonym (bezpośrednie przeniesienie powoda w 12 dobie po operacji) do Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w W.. Prawdopodobną przyczyną utrudnień w procesie gojenia się rany mogły być zaburzenia immunologiczne występujące w ostrej białaczce limfoblastycznej (już w chwili rozpoznania), wynikające z zajęcia szpiku kostnego przez proces nowotworowy, czego skutkiem są: niedostateczne i nieefektywne wytwarzanie granulocytów obojętnochłonnych (neutrofilii) oraz znaczne obniżenie liczby neutrofilii we krwi obwodowej i upośledzenie ich funkcji. Neutrofile stanowią główny system obrony komórkowej organizmu i uczestniczą między innymi w procesie gojenia ran, stąd mogą wynikać problemy w gojeniu rany na klatce piersiowej.

N. stwierdzoną u A. D., po odbytej chemioterapii ostrej

białaczki limfoblastycznej przeprowadzonej w (...), wiązać można z niewyleczoną jeszcze chorobą nowotworową i związanymi z nią zaburzeniami immunologicznymi bądź też efektem ubocznego działania intensywnej chemioterapii (co występuje u wszystkich chorych z nowotworami układu krwiotwórczego, leczonych cytostatykami). C. wchodzące w skład chemioterapii działają toksycznie na komórki ukierunkowane układu granulocytarnego, będące w różnych okresach cyklu komórkowego, czego efektem jest obniżenie liczby neutrofilii, limfocytów i płytek krwi.

Przyczyną infekcji występujących przy neutropenii jest niedostateczna

liczba neutrofilii stanowiących obronę komórkową organizmu przeciw bakteriom i grzybom. Neutrocyty pełnią ważną rolę w skutecznej reakcji odpornościowej organizmu przeciwko bakteriom i grzybom. Reakcje neutrocytów na patogeny wiążą się z obecnością odpowiednich receptorów na ich powierzchni oraz użycia szerokiej gamy białek o właściwościach bakteriobójczych i bakteriostatycznych. W ostrej białaczce limfoblastycznej stwierdza się nie tylko obniżenie liczby neutrofilii, ale obniżenie liczby monocytów i makrofagów, które wspólnie niszczą patogeny.

W walce z zakażeniami czynny udział biorą również pewne subpopulacje limfocytów, które mają zdolność rozpoznawania antygenów własnych i obcych oraz wytwarzanie swoistej odpowiedzi immunologicznej (komórkowej i humoralnej), co ma szczególnie znaczenie w zakażeniach wirusowych. W ostrej białaczce limfoblastycznej stwierdza się również obniżenie liczby limfocytów co przyczynia się do obniżenia odporności organizmu.

Zakażenia bakteryjne, wirusowe lub grzybicze mogą stanowić poważne zagrożenie życia lub być przyczyną śmierci chorych na ostre białaczki. W celu zmniejszenia ryzyka zakażeń u tych chorych w czasie leczenia choroby zasadniczej, prowadzona jest profilaktyka zakażeń. Do działań zmniejszających ryzyko infekcji zalicza się: umieszczenie chorych na salach o podwyższonym standardzie sanitarnym, ograniczenie kontaktów z

rodziną oraz antybiotykoterapia szeroko wachlarzowa, leczenie przeciwwirusowe, przeciwgrzybicze i stosowanie czynników stymulujących odnowę układu granulocytarnego. Należy podkreślić, że intensywna chemioterapia, mimo wielu działań ubocznych, jest jedyną opcją leczenia ostrej białaczki limfoblastycznej, a w połączeniu z albo przeszczepem szpiku znacznie poprawia rokowanie u tych chorych.

W przebiegu pooperacyjnym u powoda nie stwierdzono gorączki, również

wyniki badań laboratoryjnych wykonywanych w ciągu kolejnych trzech miesięcy nie wskazywały na rozwijanie się zakażenia, mimo, że powód otrzymywał leki obniżające odporność. Oznacza to, że wokół gazika nie było drobnoustrojów, które mogłyby spowodować proces zapalny i wystąpienie gorączki.

Biegli nadto stwierdzili, że z danych literaturowych nie wynika, że opóźnienie leczenia ma negatywny wpływ na rokowanie chorych z ostrą białaczką limfoblastyczną. Brak jest możliwości udzielenia jednoznacznej odpowiedzi na pytanie czy opóźnienie kontynuacji leczenia (ponieważ leczenie - I indukcję chory otrzymał podczas hospitalizacji w

(...) w W. w dniach 25.05 - 17.07.2010r.) ostrej białaczki imfoblastycznej miało wpływ na przebieg leczenia i dalsze losy chorego, gdyż jest to cecha osobniczo zmienna.

W ocenie Sądu, ze zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego wynika, że podczas zabiegu pobierania wycinka w pozwanym Szpitalu pozostawiono w jamie gazik. Podkreślić należy, że choć z opinii wynika, iż niekiedy celowo pozostawia się serwety lub setony w polu operacyjnym, które następnie usuwa się po kilku dniach w czasie kolejnej planowanej operacji, to jednak w przypadku konkretnym przypadku pozostawiono ten gazik nie wskutek celowego planowanego działania, ale na skutek nieuwagi. Z opinii biegłych wynika także, że pozostawienie gazika (w niektórych miejscach dostarczonej dokumentacji nazywanego setonem) mogło być spowodowane błędem liczenia gazików z powodu stresu spowodowanego nietypową operacją lub nieprawidłową liczbą gazików w paczce, które nie były liczone przed podaniem chirurgowi (lub były liczone pobieżnie), ze względu na sytuację bezpośredniego zagrożenia życia.

Dlatego dla Sądu oczywistym jest, że gazik pozostawiony został przez nieuwagę w trakcie przeprowadzanego zabiegu. Mówiąc o nieuwadze przy przeprowadzaniu zabiegu, mówimy wówczas, jeżeli oceniając obiektywnie nie powinny one wystąpić w konkretnych okolicznościach. Nie chodzi zatem o staranność wyższą od przeciętnej wymaganej wobec lekarza, lecz o wysoki poziom przeciętnej staranności każdego lekarza jako staranności zawodowej (art. 355 § 2 k.c.) i według tej przeciętnej ocenianie konkretnego zachowania. Pozostawienie gazika nastąpiło przez nieuwagę operujących. Z całą pewnością nie jest to czynność, którą można byłoby zakwalifikować, jako mieszczącą się w granicach powikłań i ryzyka o których informowany jest pacjent przed przeprowadzaniem zabiegami. W przeciwieństwie natomiast do obfitego krwawienia, które wystąpiło i które spowodowało, że zmieniono metodę pobrania wycinków w wideotoroskopii na konwersję, a która wiązała się ze zmianą dostępu operacyjnego, tj. z usunięciem kamery i poszerzeniem cięcia skórniego, założeniem rozwieracza i operowanie bezpośrednio pod kontrolą wzroku. Okolicznością, jaką był pozostawienie nieplanowane gazika, nie zmienia zachowanie lekarzy, o którym wspominają biegli, a mający miejsce po przeprowadzonym zabiegu tj. zapewniona przez personel pozwanego szpitala powodowi ponadstandardową opiekę, zapewniając przyspieszoną diagnostykę (rozpoznanie ustalono po mniej niż 2 tygodniach) oraz skierowanie do dalszego leczenia w trybie przyspieszonym (bezpośrednie przeniesienie powoda w 12 dobie po operacji) do Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w W.. Działania te należy oczywiście wyróżnić pozytywnie, nie mniej jednak fakt pozostaje faktem, że po zabiegu, setonu (gazika) nie powinno być w jamie opłucnej powoda. Pozostawienie jego skutkowało opóźnieniem w podjęciu dalszego leczenia choroby pierwotnej powoda. Wprawdzie zdaniem biegłych nie było bezwzględnych wskazań do usuwania takiego ciała obcego zwłaszcza, gdy wiązało się to z koniecznością odroczenia kolejnego cyklu chemioterapii, nie mniej jednak jak to wynika z zeznań świadka lekarza leczącego powoda I. S., spowodowało to opóźnienie w podaniu kolejnej chemii o 25 dni. Nie zmienia powyższej oceny okoliczność wskazana przez biegłych, że z danych literaturowych nie wynika, iż opóźnienie leczenia ma negatywny wpływ na rokowanie chorych z ostrą białaczką limfoblastyczną. Tym niemniej biegli stwierdzili, iż brak jest możliwości udzielenia jednoznacznej odpowiedzi na pytanie czy opóźnienie kontynuacji leczenia ostrej białaczki imfoblastycznej miało wpływ na przebieg leczenia i dalsze losy chorego, gdyż jest to cecha osobniczo zmienna.

Choć brak jest możliwości przesądzenia, że opóźnienie leczenia będące konsekwencją zabiegu usunięcia gazika, wpłynęło na dalszy przebieg leczenia, to bez wątpienia sam zabieg usunięcia gazika (dodatkowy nie przewidziany w planie leczenia powoda) wiązał się z dodatkowym cierpieniem i bólem pooperacyjnym (tym bardziej, że nie był on wykonany metodą laparoskopową tylko tradycyjną), co biorąc pod uwagę także osłabiony organizm powoda na skutek podania uprzednio chemii, poczucie, że leczenie opóźnia się, co może mieć wpływ na jego ostateczny wynik, mogły wywołać i wywołały u powoda poczucie krzywdy pozostającej w bezpośrednim związku z pozostawieniem setonu i jego następnie operacyjnym usunięciem.

Mając na względzie powyższe okoliczności Sąd doszedł do przekonania, że zgromadzony w sprawie materiał dowodowy pozwala na ustalenie, iż zaistniałe uchybienie pozostaje w związku przyczynowo – skutkowym z krzywdą powoda. Powyższe skutkuje przyjęciem odpowiedzialności pozwanych placówek opieki zdrowotnej za powyższe następstwa.

W pierwszej kolejności zaznaczyć należy, że zgodnie z art. 445 § 1 k.c. w przypadku uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę pieniężną tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę, przy czym suma pieniężna stanowić ma ekwiwalent szkody niemajątkowej. W myśl przyjętego w doktrynie i ugruntowanego w orzecznictwie Sądu Najwyższego poglądu, zadośćuczynienie winno mieć przede wszystkim charakter kompensacyjny, przy czym jego wysokość nie może stanowić zapłaty symbolicznej, lecz musi przedstawiać wartość ekonomicznie odczuwalną. Zadośćuczynienie powinno być środkiem pomocy dla poszkodowanego i pozostawać w odpowiednim stosunku do rozmiaru krzywdy i szkody niemajątkowej. Na krzywdę poszkodowanego składają się z kolei cierpienia fizyczne w postaci bólu i innych dolegliwości oraz cierpienia psychiczne polegające na ujemnych uczuciach przeżywanych bądź w związku z cierpieniami fizycznymi, bądź w związku z następstwami uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, zwłaszcza trwałymi i nieodwracalnymi. Jednocześnie kwota zadośćuczynienia nie może być nadmierna oraz winna być należycie wyważona i utrzymana w rozsądnych granicach, odpowiadających aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa (vide: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 22 kwietnia 1985 r., II CR 94/85, Lex nr 8713).

Tak więc z jednej strony zadośćuczynienie musi przedstawiać wartość ekonomicznie odczuwalną, z drugiej zaś powinno być utrzymane w rozsądnych granicach, odpowiadających aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej. Zasada umiarkowanej wysokości zadośćuczynienia trafnie łączy wysokość zadośćuczynienia z wysokością stopy życiowej społeczeństwa, gdyż zarówno ocena, czy jest ono realne, jak i czy nie jest nadmierne, pozostawać musi w związku z poziomem życia (vide: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 września 2002 r., IV CKN 1266/00). Jednocześnie reguła umiarkowanej wysokości zadośćuczynienia nie może oznaczać przyzwolenia na lekceważenie takich bezcennych wartości jak zdrowie czy integralność cielesna, a okoliczności wpływające na określenie tej wysokości, jak i kryteria ich oceny muszą być zawsze rozważane indywidualnie w związku z konkretną osobą poszkodowanego i sytuacją życiową, w której się znalazł (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 grudnia 2007 r., I CSK 384/07, LEX nr 351187).

Zgodnie zaś z utrwalonym już stanowiskiem Sądu Najwyższego, przy ocenie wysokości zadośćuczynienia należy uwzględnić przede wszystkim nasilenie cierpienia, długotrwałość choroby, rozmiar kalectwa, trwałość następstw zdarzenia oraz konsekwencje uszczerbku na zdrowiu w życiu osobistym i społecznym (tak Sąd Najwyższy m. in. w wyroku z dnia 10 czerwca 1999 r., UKN 681/98, OSNAP 2000/16/626 oraz w wyroku z dnia 24 października 1968 r., I CR 383/68, LEX nr 6407).

W związku z powyższym dla określenia rozmiaru krzywdy doznanej przez powoda koniecznym stało się ustalenie rozmiaru doznanych przez niego następstw. Choć biegli nie wykazali bezpośredniego skutku tego działania na śmierć powoda, tym niemniej podniesione przez Sąd powyżej okoliczności uzasadniają przyznanie następcom prawnym powoda tj., żonie i dwóm synom łącznie kwoty 30.000 zł.

Oceniając rozmiar krzywdy powoda nie można pominąć okoliczności, że powód był w tym czasie w złym stanie fizycznym i psychicznym, dla niego każdy dzień to była walka o życie, stąd zrozumiałe jest, że okoliczność jaką było przesunięcie kolejnej chemii o 25 dni, w związku z usuwaniem gazik, którego nie powinno być w jamie opłucnej po pobraniu wycinak, dodatkowa operacja i związane z nią dolegliwości bólowe. W tej sytuacji nie może dziwić fakt, że na skutek działania pozwanego, powód doznał niemajątkowej szkody w postaci krzywdy.

W tym miejscu jeszcze raz podkreślić trzeba, że zadośćuczynienie ma mieć charakter kompensacyjny, wobec czego jego wysokość nie może stanowić zapłaty symbolicznej, lecz musi przedstawiać ekonomicznie odczuwalną wartość. Oczywiście jest, że zasądzając zadośćuczynienie Sąd winien się kierować zasadą umiarkowanej wysokości omawianego roszczenia, co nie może jednak oznaczać przyzwolenia na lekceważenie takich bezcennych wartości jak zdrowie (vide wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 grudnia 2007 r., I CSK 384/07, Lex nr 351187 czy też wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 1 lutego 2005 r., III APa 9/04, OSA 2005/12/33).

Mając na względzie wszystkie wyżej wskazane okoliczności, w tym kompensacyjny charakter zadośćuczynienia i zasadę jego umiarkowanej wysokości Sąd uznał, że kwotą zadośćuczynienia odpowiednią dla następców powoda A. D. w realiach niniejszej sprawy jest kwota 30.000 zł nie może ona być uznana za wygórowaną.

Uwzględniając wszystkie wyżej wskazane okoliczności, Sąd zasądził od pozwanego na rzecz strony powodowej kwotę 30.000 zł. Uwzględniając żądanie powoda zasądzenia odsetek ustawowych, Sąd zasądził odsetki od dnia 20 kwietnia 2011 r. który to dzień jest dniem wpłynięcia pozwu do Sądu (wcześniej było z dnia 1 marca 2011 r. k. 8 wezwanie przedsądowe) na podstawie art. 455 kc. W pozostałej części roszczenie jako wygórowane Sąd oddalił.

Sąd odstąpił od obciążania powodów brakującymi kosztami sądowymi z uwagi na specyfikę sprawy.

O kosztach procesu Sąd orzekł na podstawie art. 102 k.p.c., w myśl którego w wypadkach szczególnie uzasadnionych sąd może zasądzić od strony przegrywającej tylko część kosztów albo nie obciążać jej w ogóle kosztami.

W zakresie kosztów procesu Sąd uznał, iż w sprawie zaistniały podstawy z powołanego przepisu prawa. Podkreślenia także wymaga, że przedmiotowa sprawa miała skomplikowany charakter i opierała się w głównej mierze na treści sporządzonej opinii instytutu. Biorąc powyższe okoliczności pod uwagę, Sąd doszedł do przekonania, że w niniejszej sprawie zaistniał wypadek szczególnie uzasadniony, o którym mowa w art. 102 k.p.c. Z powyższych względów Sąd nie obciążył powodów kosztami procesu na rzecz pozwanego (punkt III wyroku).

Na podstawie art. 113 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych nakazano ściągnięcie od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa Sądu Okręgowego w O. brakującą część kosztów (wydatków sądowych na poczet wynagrodzenia biegłych) tj., 15 % kwoty wydatków.