

UZASADNIENIE

W dniu 30 marca 2018 r. I. M. oraz E. B. wystąpiły przeciwko (...) S.A. w W. o zapłatę na rzecz każdej z nich po 80.000 zł tytułem zadośćuczynienia za śmierć osoby bliskiej (ojca), po 40.000 zł tytułem odszkodowania za pogorszenie się sytuacji życiowej w związku z tym zgonem oraz dodatkowo kwoty 15.000 zł tytułem zwrotu kosztów pogrzebu i nagrobka - wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od tych kwot od dnia 25 grudnia 2017 r. do dnia zapłaty.

Wskazały, że osoba im bliska zmarła wskutek błędu medycznego placówki medycznej, korzystającej z ochrony ubezpieczeniowej w zakresie o.c. świadczonej przez pozwanego ubezpieczyciela (pozew k. 3-4, uzupełnienie pozwu k. 33-39).

Pozwany wniósł o oddalenie powództwa oraz zasądzenie od każdej z powódek kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według nom przepisanych. Pozwany nie negował faktu zgonu ojca powódek podczas hospitalizacji w ubezpieczonej placówce medycznej, jednak powołał się na brak odpowiedzialności deliktowej placówki za to zdarzenie, niewykazanie związku przyczynowego między zgonem osoby bliskiej powódkom a zawinionym działaniem pracowników szpitala (odpowiedź na pozew k. 56-59).

W toku procesu pozwany wystąpił o wezwanie placówki medycznej - Miejskiego Centrum Medycznego im. (...) w Ł. do wzięcia udziału w sprawie w charakterze interwenienta ubocznego (pismo procesowe k. 66-67).

Miejskie Centrum Medyczne im. (...) w Ł. zgłosiło przystąpienie w charakterze interwenienta ubocznego po stronie pozwanego (...) S.A. W., wnosząc o oddalenie pozwu i zasądzenie od każdej z powódek kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według nom przepisanych. Powołał się na leczenie ojca powódek ze zachowaniem staranności, bez zbędnej zwłoki z wykorzystaniem niezbędnej wiedzy, umiejętności i doświadczenia. Jako przyczynę zgonu wskazał zaostrzenie chorób przewlekłych i wiek pacjenta, które spowodowały postępujące pogorszenie stanu zdrowia (pismo procesowe k. 93-95).

Sąd ustalił, co następuje:

S. P. co najmniej od 2011 r. leczył się w Poradni Chorób Płuc z powodu przewlekłej zaporowej choroby płuc – ciężkiej POChP, rozedmy płuc. Z tego powodu był hospitalizowany w dniu 08 września 2015 r. (dokumentacja medyczna k.80-90).

S. P. w dniu 12 lipca 2017 r. został skierowany przez lekarza pierwszego kontaktu do szpitala z powodu rozpoznania: POChP, astmy oskrzelowej, choroby wieńcowej, zapalenia żołądka i dwunastnicy (bezsporne).

W dacie skierowania do szpitala miał 80 lat (bezsporne).

S. P. został przyjęty w dniu 12 lipca 2017 r. o godzinie 17:11 na Oddział Chorób Wewnętrznych i Geriatrii Miejskiego Centrum Medycznego im. (...) w Ł.. Powodem przyjęcia były bóle brzucha z towarzyszącym pustym odbijaniem - od dwóch dni oraz dusznością. Przy przyjęciu negował wymioty, biegunkę, gorączkę, zgłosił niewielki kaszel, uczucie pieczenia w gardle oraz zgagę. Wstępnie rozpoznano: niedrożność przewodu pokarmowego, zaostrzenie przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, przewlekłą niewydolność oddechową, przewlekłą niewydolność serca II st. Wg (...), niedomykalność zastawki mitralnej oraz trójdzielnej łagodnego stopnia, nadciśnienie tętnicze, miażdżycę uogólnioną. W badaniach laboratoryjnych ujawniono podwyższone wskaźniki stanu zapalnego. W dniu przyjęcia przeprowadzono badanie RTG jamy brzusznej (stwierdzono krótkie, pojedyncze poziomy płynowo-gazowe) i badanie RTG klatki piersiowej (stwierdzono cechy przewlekających się zmian zapalnych ze wzmożonym rysunkiem naczyniowym) oraz konsultację chirurgiczną. S. P. podczas konsultacji chirurgicznej zgłaszał uczucie odbijania się po posiłkach. Lekarz radiolog stwierdził, że obraz rentgenowski może odpowiadać niedrożności mechanicznej jelit.

Odnotowano w dokumentacji medycznej, że jego stan kliniczny nie wskazuje na niedrożność przewodu pokarmowego, nie wymaga leczenia chirurgicznego. W dniu 14 lipca 2017 r. przeprowadzono konsultację anestezjologiczną.

W dniu 14 lipca 2017 r. o godzinie 10:24 został przeniesiony na Oddział Chirurgiczny Ogólny z uwagi na objawy niedrożności, wymiotowanie treścią kałową oraz zaburzenia oddechu, sinicę, hoptonię, a następnie o godzinie 14:50 na Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, gdzie przeszedł zabieg operacyjny. Zmarł w tym samym dniu o godzinie 20:00. W dokumentacji medycznej wskazano jako przyczynę wyjściową zgonu – ostre naczyniowe zaburzenie jelit, przyczynę wtórną – ostre zapalenie otrzewnej, za przyczynę bezpośrednią – zatrzymanie krążenia ze skuteczną resuscytacją, a w uzupełnieniu opisu bezpośredniej przyczyny zgonu – zatrzymanie krążenia u pacjenta z zatorom tętnicy krezkowej, zapalenie otrzewnej, zapaleniem uchyłków esicy, w stanie nagłym po zatrzymaniu krążenia ze skuteczną resuscytacją krążeniowo-oddechową (...), u pacjenta z miażdżycą uogólnioną, zaawansowana (...), z niewydolnością oddechową wymagającą tlenoterapii domowej, niewydolnością serca z wadą wielozastawkową, nadciśnieniem tętniczym, wstrząsem nie poddającym się leczeniu i niewydolnością wielonarządową. (dokumentacja medyczna k. 15-28, k.50, akt zgonu k.45).

Za początek choroby S. P. należy uznać datę 10 lipca 2017 r., gdy wystąpiły u niego bóle brzucha połączone pustym odbijaniem, nasiliła się też duszność. Nie zgłosił się do lekarza w ciągu dwóch pierwszych dni choroby - w ten sposób przyczynił się do niekorzystnego przebiegu choroby i złego wyniku leczenia. Choroby naczyniowe jelit obarczone są cezurą czasową, nie można przewlekać czasu rozpoznania ostrego niedokrwienia jelit, diagnostyka i leczenie operacyjne ostrego niedokrwienia jelit winny być przeprowadzone do 24 godzin od początku wystąpienia choroby.

U S. P. rozpoznano śródoperacyjnie zator tętnicy krezkowej. Nie przeprowadzono badania angiograficznego układu tętniczego jamy brzusznej. Bezpośrednio po zgłoszeniu do szpitala w dniu 12 lipca 2017 r. nie przeprowadzono skutecznej diagnostyki obrazowej jamy brzusznej, zignorowano wyniki badania obrazowego jamy brzusznej z dnia 12 lipca 2017 r. mimo, że lekarz radiolog postawił rozpoznanie niedrożności mechanicznej jelit. Konsultujący w tym dniu chirurg nie stwierdził odchyień od normy w badaniu przedmiotowym jamy brzusznej i badaniu per rectum, nie rozpoznał objawów niedrożności mechanicznej jelit, nie ustalił wskazań do leczenia chirurgicznego. Nie poddano chorego a priori badaniu tomografii komputerowej jamy brzusznej, uczyniono to dopiero w dniu 14 lipca 2017 r., gdy stan chorego był bardzo ciężki a rokowanie złe. Pozostałe etapy leczenia i hospitalizacji S. P. były prawidłowe, ale ze względu na ogromne obciążenia chorobami współistniejącym i złe rokowania, ostateczny wynik leczenia był zły.

U zmarłego nie przeprowadzono sekcji zwłok, przyczyna zgonu została ustalona przez lekarza bez sekcji. Rozpoznanie odcinkowej martwicy jelita cienkiego nie budzi wątpliwości, brak jest dowodu na wystąpienie zatoru tętnicy krezkowej i etiologii materiału zatorowego. Bezpośrednią przyczyną zgonu była choroba samoistna – odcinkowa martwica niedokrwienna jelita cienkiego oraz liczne zmiany niedokrwienne w ścianie jelita, co skutkowało utratą nieprzepuszczalności jelita dla treści pokarmowej. Stany takie są obarczone śmiertelnością ponad 90%. Wystąpiło ostre rozlane zapalenie otrzewnej, potem wstrząs septyczny i niewydolność wielonarządowa. Dodatkową okolicznością pogarszającą rokowanie była przewlekła niewydolność oddechowa na tle POChP.

Jedyną szansą na uratowanie życia S. P. była wczesna diagnostyka jamy brzusznej i wczesna laparotomia – do 24 godzin od początku choroby, co zostało zaprzepaszczone wskutek zgłoszenia się chorego do szpitala po dwóch dobach od początku choroby.

Nie przeprowadzono przedoperacyjnej diagnostyki układu tętniczego jamy brzusznej. Zator tętnicy krezkowej został rozpoznany dopiero śródoperacyjnie w dniu 14 lipca 2017 r., gdy było już za późno na jakiegokolwiek próby udrożnienia tej tętnicy. Leczenie ograniczono do resekcji 40 cm martwiczego odcinka jelita cienkiego, wytworzenia ileostomii, oczyszczenia i drenażu jamy otrzewnej.

W pozwanym szpitalu nie wykorzystano wszystkich dostępnych metod diagnostycznych, co oznacza brak dołożenia należytej staranności. Jednakże zgłaszane przez chorego w dniu przyjęcia samo odbijanie się po posiłkach nie jest objawem chorobowym, jest to odruch fizjologiczny. Wobec oczywistych rozbieżności w obrazie klinicznym i

stwierdzonych nietypowo ciężkich i rozległych zmian w jamie brzusznej należało wykorzystać dostępne metody diagnostyczne, ponadto zignorowanie rozpoznania radiologa z 12 lipca 2017 r. Wykonanie tomografii komputerowej w dniu 12 lipca 2017 r. nie pogorszyłyby stanu pacjenta, natomiast potwierdziłyby rozpoznanie niedrożności mechanicznej jelita, ale przy zastosowaniu badania z kontrastem mogłyby przynajmniej pośrednio wskazać na niedrożność tętnicy kręzkowej górnej. Badanie to mogłoby przyczynić się do ustalenia prawidłowego rozpoznania i ewentualnego przyspieszenia leczenia operacyjnego lub ewentualnej angiografii trzewnej i endowaskularnego – czyli przeprowadzenia próby udrożnienia tętnicy kręzkowej.

Badanie tomografii komputerowej wykonano dopiero w dniu 14 lipca 2017 r., stwierdzając objawy niedrożności mechanicznej jelit.

W początkowych okresach choroby można było podejmować próby udrożnienia zablokowanych tętnic, a w późniejszych okresach choroby – operację rekonstrukcyjną przewodu pokarmowego: resekcję martwiczo zmienionych, niedokrwionych fragmentów jelita i odtworzenie ciągłości przewodu pokarmowego. Pozostawienie pacjenta bez przyczynowego leczenia chirurgicznego doprowadziło do wystąpienia rozlanego zapalenia otrzewnej, wstrząsu septycznego m. in. Na tle translokacji bakterii przez ścianę jelita i wysokiego zagrożenia zgonem.

Skuteczna wczesna diagnostyka jamy brzusznej u pacjenta winna mieć miejsce na początku zachorowania t.j. około 10 lipca 2017 r. kiedy jeszcze istniały szanse na rozpoznanie niedrożności tętnicy kręzkowej i na wdrożenie zabiegu rewaskularyzacyjnego z uniknięciem martwicy niedokrwiennej jelita cienkiego. Późne zgłoszenie się pacjenta do szpitala przyczyniło się istotnie do progresji zmian chorobowych: wystąpienie zmian martwiczych w jelicie cienkim, rozwoju zapalenia otrzewnej, wystąpienia wstrząsu nie poddającego się leczeniu i niewydolności wielonarządowej.

(...) to białko osocza z grupy tzw białek ostrej fazy, które są produkowane przez wątrobę, a ich stężenie zwiększa się w wyniku infekcji. Stężenie (...) we krwi w trakcie infekcji lub po operacji chirurgicznej może wzrosnąć nawet 1000-krotnie w ciągu jednego dnia. Wzrost stężenia (...) we krwi S. P. był wieloprzyczynowy; mógł się na to nałożyć stan zapalny w drogach oddechowych, jakiejkolwiek ognisko infekcji w organizmie pacjenta, a także zmiany zapalne w jelitach i otrzewnej.

U tego pacjenta nie występowała niedrożność porażenna jelit w okresie poprzedzającym otwarcie jamy brzusznej.

Mechaniczna niedrożność jelit charakteryzuje się trzema objawami pojawiającymi się typowo w następującej kolejności:

- kurczowymi bólami brzucha,
- wymiotami,
- wzdęciem brzucha,
- zatrzymaniem wiatrów i stolca.

Objawy te występują w różny sposób i o różnym nasileniu w zależności od lokalizacji etiopatologii niedrożności, czasu trwania niedrożności, wysokości niedrożności.

Ostre niedokrwienie jelit ma również swoją symptomatologię. Ból brzucha bardzo silny, ciągły i rozlany nad całą jamą brzuszną to objaw ostrego niedokrwienia jelit z mechanicznym zamknięciem tętnic doprowadzających krew do jelit. U S. P. pełny kliniczny obraz niedrożności mechanicznej jelit poprzedziło nagle zatrzymanie krążenia, stanowiące wyraz zaawansowania choroby podstawowej. Ostre niedokrwienie jelita skutkowało odcinkową martwicą jelita cienkiego, a to z kolei – mechaniczną niedrożnością jelita, wskutek wyłączenia zmienionej chorobowo części jelita z pasaży treści pokarmowej. W niedrożności jelitowej fala antyperystaltyczna przesuwająca zawartość niższego odcinka w kierunku żołądka. Krańcowym wyrazem tego są tzw kałowe wymioty, charakterystyczne dla późniejszego okresu niedrożności jelita cienkiego.

W początkowym stadium ostrego niedokrwienia jelit objawy mogą być mało specyficzne.

Ryzyko ostrego niedokrwienia jelit zwiększają: miażdżyca, migotanie przedsionków, niewydolność serca, niedawno przebyty zawał serca, tętniaki aorty, starszy wiek, zapalne choroby jelit, choroby nowotworowe w jamie brzusznej, zaburzenia krzepnięcia. Choroby współistniejące u S. P. powodowały zwiększone ryzyko wystąpienia ostrego niedokrwienia jelit – w tej sytuacji lekarz chirurg winien zachować szczególną ostrożność.

Dwie doby opóźnienia w leczeniu, kiedy pacjent przebywał w domu zaprzepaściły możliwość uzyskania dobrego efektu leczenia, do tego doszła kolejna doba od zgłoszenia się do szpitala. W tym wypadku jedynym badaniem, które może przybliżyć rozpoznanie jest TK jamy brzusznej z użyciem kontrastu – to badanie było robione późno. Sumując opóźnienia, do leczenia operacyjnego upłynęły 3 doby. Gdyby pacjent zgłosił się do szpitala bezpośrednio po wystąpieniu dolegliwości brzusznych, byłaby szansa na przeżycie i wyzdrowienie. W przypadku przebywania w domu z ostrą chorobą naczyniową jelit, w organizmie pacjenta zaszły nieodwracalne zmiany. Nawet wdrożenie diagnostyki niezwłocznie po przyjęciu pacjenta do szpitala nie dałoby dobrego efektu leczniczego.

(opinia biegłego sądowego z dziedziny chirurgii ogólnej M. G. k. 107-108, pisemne opinie uzupełniające k. 141-143, k.153, k.155-156, k.161-162, k.178-180, 182, k.189, ustna opinia uzupełniająca w protokole rozprawy z dnia 20 listopada 2019 r. 00:03:36-00:43:55).

W dacie hospitalizacji i zgonu S. P. Miejskie Centrum Medyczne im. (...) w Ł. korzystało z ochrony ubezpieczeniowej w zakresie o.c. świadczonej przez (...) S.A. w W. (bezsporne).

S. P. był ojcem I. M. i E. B. (akty stanu cywilnego k. 46-47).

Zamieszkiwał wspólnie ze swoją żoną i córką I. M. (zeznania powódki I. M. w protokole rozprawy z dnia 20 listopada 2019 r. 01:03:36 w zw. z 00:01:08 w protokole rozprawy z dnia 09 listopada 2018 r.).

S. P. osiągał miesięczny dochód w wysokości około 1.800 zł świadczenia emerytalnego. Emerytura ta była przeznaczana na utrzymanie mieszkania i jedzenie, około 300 zł na leki, pozostawał jeszcze około 1.000 zł S. P. często pomagał finansowo E. B. – dawał jej kwoty po 100-300 zł, brał dla niej na raty sprzęt agd, meble. Po jego śmierci stopa życiowa całej rodziny pogorszyła się. I. M. brakuje na zakup leków (zeznania powódki I. M. w protokole rozprawy z dnia 20 listopada 2019 r. 01:03:36-01:08:29, zeznania powódki E. B. w protokole rozprawy z dnia 20 listopada 2019 r. 01:14:06-01:18:02).

Po śmierci ojca powódki nie korzystały z terapii psychologicznej, jedynie I. M. zażywała leki uspokajające (zeznania powódek w protokole rozprawy z dnia 20 listopada 2019 r. 01:03:36, 01:14:06 w zw. z 00:01:08-00:04:54 w protokole rozprawy z dnia 09 listopada 2018 r.).

Obie powódki były silnie i prawidłowo związane emocjonalnie ze zmarłym ojcem. Relacje były codzienne i bardzo zażyłe, zmarły stanowił ich źródło bezpieczeństwa i był dla powódek wzorem. Obie powódki po stracie ojca weszły w psychologiczny proces żałoby, który obecnie jeszcze trwa, jego dynamika jest prawidłowa. Emocje wynikające ze starty są dotkliwe, nie dezorganizują codziennego życia powódek. Śmierć ojca miała jednoznacznie negatywny wpływ na stan emocjonalny powódek, strata miała charakter nagły i nienaturalny. Powódki są przekonane, że gdyby proces leczenia i diagnostyki był prawidłowy, ojciec nadal żyłby. Z tego powodu ich reakcje emocjonalne są nieco odmienne i bardziej nasilone od typowych dla procesu żałoby, gdzie śmierć jest naturalnym końcem życia z powodu wieku, choroby, wypadku losowego.

Żałoba powódek do chwili obecnej przebiegała prawidłowo, powoli zmierza ku końcowi. W przypadku powódek terapia psychologiczna wcześniej byłaby przydatna, jednak nie jest bezwzględnie konieczna. Rokowania na przyszłość związane z przewidywanym domknięciem żałoby są korzystne, brak oznak patologii procesu żałoby.

Na stan emocjonalny I. M. oddziałują również inne czynniki – całodobowa opieka nad niepełnosprawną matką, okresowo trudne relacje z córką, przeżyty udar (opinia biegłego sądowego z dziedziny psychologii M. M. k. 1201-123).

Powódki zgłosiły szkodę ubezpieczycielowi w piśmie z dnia 14 listopada 2017 r., dochodząc dla każdej z nich po 80.000 zł tytułem zadośćuczynienia za śmierć ojca, po 50.000 zł tytułem odszkodowania za pogorszenie się sytuacji życiowej w związku z tym zgonem oraz kwoty 15.000 zł tytułem zwrotu kosztów pogrzebu i nagrobka - wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od tych kwot od dnia doręczenia zgłoszenia do dnia zapłaty. Pismo to doręczono adresatowi w dniu 24 listopada 2017 r.

Ubezpieczyciel w decyzji z dnia 23 stycznia 2018 r. odmówił powódkom wypłaty świadczeń w związku ze zgonem ojca (zgłoszenie szkody z dowodami nadania i doręczenia k. 40-44, decyzja k. 62-64, akta szkody – płyta CD k. 55).

E. B. prowadzi samodzielne gospodarstwo domowe. Nie jest właścicielką nieruchomości, cennych ruchomości, papierów wartościowych. Nie zgromadziła oszczędności. Jej dochody miesięczne to 640 zł zasiłku stałego z opieki społecznej. Korzysta również pomocy finansowej rodziny w zakresie kwot 100-200 zł miesięcznie. W stałych miesięcznych wydatkach znajduje się pozycja 250-300 zł na leki na reumatoidalne zapalenie stawów.

Mieszka z dziećmi i wnukami. Jej dzieci zarabiają, ale nie pomagają jej finansowo.

E. B. jest osobą niepełnosprawną w stopniu umiarkowanym (oświadczenie o stanie rodzinnym, majątku, dochodach i źródłach utrzymania k. 5-7, orzeczenie o niepełnosprawności k. 12, zeznania powódki E. B. w protokole rozprawy z dnia 20 listopada 2019 r.) 01:14:06.

I. M. prowadzi gospodarstwo domowe wspólnie z matką. Jest właścicielką mieszkania w Ł. o wartości około 140.000 zł. Nie jest właścicielką cennych ruchomości, papierów wartościowych. Nie zgromadziła oszczędności. Jej dochody miesięczne wynoszą 624 zł zasiłku stałego z opieki społecznej, dochody jej matki – 1.419 zł emerytury. Korzysta również pomocy finansowej rodziny w zakresie kwot 250-300 zł miesięcznie. Do stałych miesięcznych wydatków powódki i jej matki zaliczają się koszty leków - łącznie 500 zł, koszt zakupu pieluchomajtek dla dorosłych - 120 zł.

I. M. jest osobą niepełnosprawną w stopniu umiarkowanym (oświadczenie o stanie rodzinnym, majątku, dochodach i źródłach utrzymania k. 8-10, decyzja MOPS k.13, orzeczenie o niepełnosprawności k. 14, zeznania powódki I. M. w protokole rozprawy z dnia 20 listopada 2019 r. 01:03:36).

Sąd dokonał ustaleń w oparciu o powołane dowody z dokumentów oraz zeznania świadka i w części przesłuchanie powódek – w zakresie, w jakim nie budziły wątpliwości co do swojej prawdziwości, były zbieżne z pozostałym materiałem dowodowym i nie były kwestionowane przez strony.

Sąd nie dał wiary zeznaniom powódki I. M., iż S. P. zgłosił się do lekarza pierwszego kontaktu a następnie do szpitala w pierwszym dniu odczuwania dolegliwości brzusznych (w protokole rozprawy z dnia 20 listopada 2019 r. 01:03:36) – zeznania te są sprzeczne z treścią dokumentacji medycznej z hospitalizacji ojca powódek.

Złożona przez powódki w dniu 02 grudnia 2019 r. t.j. po zamknięciu rozprawy) dokumentacja medyczna sporządzona przez lekarza pierwszego kontaktu nie była przedmiotem oceny Sądu i nie mogła być podstawą orzekania. W tym zakresie Sąd kierował się treścią art. 316 § 1 k.p.c., zgodnie z którym po zamknięciu rozprawy sąd wydaje wyrok, biorąc za podstawę stan rzeczy istniejący w chwili zamknięcia rozprawy. Przy czym dokumentacja ta istniała już w chwili wytoczenia powództwa i powódki mogły załączyć ją do akt sprawy na każdym etapie procesu - nie można więc uznać, że jej treść zawiera istotne okoliczności, które ujawniły się dopiero po zamknięciu rozprawy (zob. art. 316 § 2 k.p.c.)

Dla oceny, czy doszło do błędu diagnostycznego w placówce medycznej oraz oceny skutków tego zdarzenia dla zdrowia ojca powódek Sąd posłużył się oceną biegłego sądowego z zakresu chirurgii ogólnej.

Dla oceny wpływu zgonu osoby bliskiej na funkcjonowanie psychiczne powódek Sąd posłużył się oceną biegłego sądowego z zakresu psychologii – niezakwestionowanej przez strony i interwenienta ubocznego.

Opinia biegłego z dziedziny chirurgii ogólnej oraz kolejne wydawane w sprawie opinie uzupełniające były zakwestionowane przez strony (pismo procesowe k.126-127, k.128-130, k.131-133, k.146-147, k.149, k.150-153, k.171, k.172-173, k. 174-176, k.186. k.187-188). W opinii Sądu biegły wyczerpująco odpowiedział na pytania i wątpliwości stron w treści łącznie ośmiu uzupełniających.

Dowód z opinii biegłych (biegłego) podlega szczególnej ocenie, bowiem sąd nie mając wiadomości specjalnych jedynie może oceniać logiczność wypowiedzi biegłego. Ocena dowodu z opinii biegłego nie jest dokonywana według kryterium wiarygodności w tym znaczeniu, że nie można "nie dać wiary biegłemu", odwołując się do wewnętrznego przekonania sędziego, czy też zasad doświadczenia życiowego. Opinia biegłego podlega, tak jak inne dowody, ocenie według art. 233 § 1 k.p.c., jednakże co odróżnia ją pod tym względem, to szczególne dla tego dowodu kryteria oceny, które stanowią: poziom wiedzy biegłego, podstawy teoretyczne opinii, sposób motywowania sformułowanego w niej stanowiska oraz stopień stanowczości wyrażonych w niej ocen, a także zgodność z zasadami logiki i wiedzy powszechnej. Jakkolwiek opinia biegłych jest oparta na wiadomościach specjalnych, to podlega ona ocenie sądu w oparciu o cały zebrany w sprawie materiał, a zatem, na tle tego materiału, koniecznym jest stwierdzenie, czy ustosunkowała się ona do wynikających z innych dowodów faktów mogących stanowić podstawę ocen w opinii zawartych oraz czy opierając się na tym materiale w sposób logiczny i jasny przedstawia tok rozumowania prowadzący do sformułowanych w niej wniosków.

Sąd nie jest obowiązany dążyć do sytuacji, aby opinia biegłego (biegłych) przekonała strony sporu. Wystarczy zatem, że opinia jest przekonująca dla sądu, który wiążąco ocenia, czy biegły wyjaśnił wątpliwości zgłoszone przez stronę (zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 16 czerwca 2016 r., sygn. V ACa 723/15, opubl. LEX nr 2081572).

Wszystkie wydane w sprawie opinie biegłych, jako fachowe, rzetelne i wykonane zgodnie z obowiązującymi zasadami, wiedzą i doświadczeniem biegłych zostały przyjęte przez Sąd, jako pełnowartościowe dowody w sprawie spełniające wszystkie warunki do uznania ich za podstawę wydania orzeczenia.

Sąd zważył, co następuje:

Między stronami było bezsporne, iż ojciec powódek zmarł w trakcie hospitalizacji w pozwanej placówce medycznej, a pierwotną przyczyną jego śmierci była choroba naczyniowa jelita, mechaniczna niedrożność jelita cienkiego i jego dalsze skutki. Jednocześnie jednak ojciec powódek w dacie hospitalizacji cierpiał na wiele chorób wieku starczego, w tym - przewlekłą niewydolność oddechową na tle POChP.

Powódki wytaczając powództwo powołały się na krzywdę i szkodę, pozostającą w związku ze zgonem osoby im bliskiej, który to zgon w ich opinii wynikał z błędnej diagnozy medycznej i w konsekwencji - z zaniechania podjęcia prawidłowego leczenia, ewentualnie podjęcia takiego leczenia zbyt późno. Z tego zdarzenia powódki wywodzą swe roszczenia o zadośćuczynienie i odszkodowanie. Wskazują na pogorszenie się ich sytuacji życiowej w następstwie tego zgonu.

Na podstawie art. 23 k.c. dobra osobiste człowieka, pozostają pod ochroną prawa cywilnego niezależnie od ochrony przewidzianej w innych przepisach. Otwarty katalog dóbr osobistych obejmuje również dobro w postaci szczególnej więzi uczuciowej i emocjonalnej między rodzicami, dziećmi i rodzeństwem, prawo do życia w pełnej rodzinie i do kultywowania więzi rodzinnych (tak wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 26 czerwca 2015 r., sygn. I ACa 218/15, opubl. LEX nr 1765929).

Możliwość przyznania najbliższym osobom zmarłego zadośćuczynienia pieniężnego za naruszenie tego dobra wynika z art. 448 w zw. z art. 24 § 1 k.c. Natomiast na podstawie art. 446 § 3 k.c. Sąd może przyznać najbliższym członkom

rodziny zmarłego odszkodowanie za pogorszenie się sytuacji życiowej wskutek tego zgonu oraz zwrot kosztów pogrzebu i nagrobka - na podstawie art. 446 § 1 k.c.

Co do zasady podstawą odpowiedzialności placówki medycznej za błąd medyczny jest art. 415 k.c., zgodnie z którym kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia oraz art. 430 k.c. - kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonych jej czynności. Personel medyczny, w tym także lekarz, mimo dalece posuniętej samodzielności w zakresie wyboru sposobów leczenia pacjenta, jest podmiotem podlegającym kierownictwu organizacyjnemu zakładu opieki zdrowotnej, a także ma obowiązek stosowania się do jego wskazówek w zakresie przykładowo- grafików operacji, dyżurów (zob. wyrok A. Apelacyjnego w Ł. z dnia 16 marca 2016 r., sygn.. I ACa 1363/15, opubl. Portal Orzeczeń Sądów Powszechnych).

Dla oceny odpowiedzialności pozwanej placówki medycznej w niniejszej sprawie powódki musiały wykazać, iż zostały spełnione wszelkie przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej, tj. błąd w sztuce medycznej, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia, zawinione działanie lub zaniechanie personelu medycznego oraz adekwatny związek przyczynowy pomiędzy tym działaniem (zaniechaniem) a szkodą.

Poszukując definicji błędu medycznego, w ocenie Sądu należy sięgnąć do przepisów ustawy z dnia 06 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r, poz. 159 z późn. zm.). W przepisie art. 67a ustawa ta definiuje pojęcie zdarzenia medycznego, za które uważa się zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta albo śmierć pacjenta będące następstwem niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną: diagnozą, jeżeli spowodowała ona niewłaściwe leczenie albo opóźniła właściwe leczenie, przyczyniając się do rozwoju choroby; leczeniem, w tym wykonaniem zabiegu operacyjnego; zastosowaniem produktu leczniczego lub wyrobu medycznego. Ustawa ta wprawdzie nie używa sformułowania „błąd medyczny”, jednakże treść tego przepisu w sposób jednoznaczny wskazuje, jakie zdarzenia muszą wystąpić, aby uznać, iż doszło do powstania zdarzenia medycznego, w ocenie Sądu tożsamego z pojęciem błędu medycznego.

Należy podkreślić, że odpowiedzialność szpitala za błąd medyczny nie jest odpowiedzialnością na zasadzie ryzyka. Aby można było w sposób jednoznaczny stwierdzić, iż wystąpił błąd medyczny, należy zbadać, czy lekarz bądź inny członek personelu medycznego dopuścił się zawinonego działania bądź zaniechania; odpowiedzialność cywilna za błędy medyczne opiera się na zasadzie winy. Wysokie wymagania stawiane lekarzowi nie oznaczają jego odpowiedzialności za wynik (rezultat) leczenia ani odpowiedzialności na zasadzie ryzyka. Lekarz odpowiada na zasadzie winy, którą można mu przypisać tylko w wypadku wystąpienia jednocześnie elementu obiektywnej i subiektywnej niewłaściwości postępowania (tak wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 16 marca 2016 r. sygn.. I ACa 1363/15, opubl. Portal Orzeczeń Sądów Powszechnych). Wystarczające zatem jest ustalenie w procesie chociażby winy nieumyślnej (zaniedbania, rażącego niedbalstwa), aby można było danej osobie przypisać odpowiedzialność cywilną.

Należy tu podzielić pogląd Sądu Najwyższego przedstawiony w wyroku z dnia 01 lutego 2004 r. w sprawie sygn. I CK 222/03 (opubl. LEX nr 175945), że w sytuacji, w której przyczynę szkody ma stanowić zaniechanie, a zatem kiedy ocena związku przyczynowego przebiega w oparciu o hipotetyczne założenie, iż określone działanie, gdyby zostało podjęte, zapobiegałoby szkodzie, należy wskazać to niezbędne działanie zapobiegawcze oraz wykazać, że istniała obiektywna potrzeba i możliwość jego podjęcia.

W oparciu o dokumentację medyczną i dowody z opinii biegłych sądowych wykazano zaistnienie w pozwanej placówce medycznej w chwili przyjęcia pacjenta błędu medycznego - nie przeprowadzono skutecznej diagnostyki obrazowej jamy brzusznej (brak wykonania tomografii komputerowej jamy brzusznej z użyciem kontrastu) oraz zignorowano wynik badania obrazowego RTG jamy brzusznej, co wpłynęło na decyzję o niezakwalifikowaniu pacjenta do leczenia operacyjnego w tym dniu. Niedrożności mechaniczną jelit rozpoznano dopiero w trzecim dniu od przyjęcia t.j. 14 lipca 2017 r., a dalsze leczenie było już prawidłowe (podjęto niezwłocznie decyzję o operacji), natomiast w chwili podejmowania tej decyzji stan chorego był już bardzo ciężki a rokowanie złe.

Jednakże z opinii biegłego chirurga, którą Sąd przyjął za podstawę rozstrzygnięcia, wynika ponadto, że diagnostyka i leczenie operacyjne ostrego niedokrwienia jelit winny być przeprowadzone do 24 godzin od początku wystąpienia choroby. Zgłoszenie się ojca powódek do szpitala po około dwóch dniach od wystąpienia dolegliwości brzusznych spowodowało, że w jego organizmie zaszły już nieodwracalne zmiany. Dwie doby opóźnienia w leczeniu, kiedy pacjent przebywał w domu, zaprzepaściły możliwość uzyskania dobrego efektu leczenia. Ponadto na stan pacjenta wpływ miało obciążenie wieloma chorobami współistniejącym. Dlatego nawet wdrożenie odpowiedniej diagnostyki niezwłocznie po przyjęciu pacjenta do szpitala nie dałoby dobrego efektu leczniczego.

W oparciu o dyspozycję art. 361 § 1 k.c. zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła. Normalny związek przyczynowy w rozumieniu art. 361 § 1 k.c. zachodzi wówczas, gdy w danym układzie stosunków i warunków oraz w zwyczajnym biegu rzeczy bez szczególnego zbiegu okoliczności szkoda jest typowym następstwem tego rodzaju zdarzenia (tak wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 04 listopada 2015 r., sygn. I ACa 310/15, opubl. Portal Orzeczeń Sądów Powszechnych).

Zaistnienie powiązania pomiędzy określonym działaniem bądź zaniechaniem a wystąpieniem skutku wywołującego powstanie odpowiedzialności jest warunkiem, który uruchamia w procesie ustalania istnienia przesłanek koniecznych pewne kryteria wartościujące.

Warunek istnienia adekwatnego związku przyczynowego stanowi kategorię o charakterze obiektywnym i koniecznym jest rozumienie owego związku jako oparte na doświadczeniu życiowym jak i wiedzy naukowej obiektywne połączenie ze sobą dwóch elementów w postaci przyczyny i skutku. Za normalne następstwa określonego działania bądź braku działania, których wynikiem jest powstanie szkody należy rozumieć przede wszystkim takiego typu skutki, które zwykle występują w pewnych ściśle określonych okolicznościach.

W kontekście powyższego należy wskazać na treść wyroku Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 29 marca 2011 r. (sygn. I ACa 917/10), z treści którego należy wysnuć wniosek, iż charakter adekwatnego związku przyczynowo – skutkowego może być tak bezpośredni jak i pośredni ale sam skutek powinien pozostawać w ramach przywołanego wyżej kryterium normalności. Celem określenia szkody koniecznym jest przeanalizowania sytuacji, w której dany podmiot, a w kontekście poruszanej problematyki - staranny lekarz rozpocząłby zaniechane działanie a w konsekwencji uzyskałby możliwość powstrzymania ewentualnych negatywnych skutków.

Pojawienie się w przebiegu kauzalnym przyczyny zewnętrznej, nie powiązanej z działaniem lub zaniechaniem podmiotu odpowiedzialnego za powstanie szkody, przesądza o braku związku przyczynowego – jeśli bez przyczyny pierwotnej szkoda i tak by powstała (zob. uzasadnienie wyroku Sądu Najwyższego z dnia 23 stycznia 2008 r., sygn. V CSK 373.2007).

W świetle dokonanych ustaleń, w szczególności zbyt późnego zgłoszenia się chorego do lekarza, zgon S. P. podczas hospitalizacji nie może być uznany za normalne następstwo błędu medycznego pozwanej placówki, polegającego na opóźnieniu o dwa dni leczenia operacyjnego.

Powyższe prowadzi do konkluzji, iż zgon S. P. nie pozostaje w bezpośrednim związku przyczynowym ze stwierdzonymi nieprawidłowościami w zakresie diagnostyki, jakie doprowadziły do opóźnień we wdrożeniu prawidłowego leczenia.

Z tych wszystkich względów powództwo winno ulec oddaleniu.

O nieobciążaniu pozwanych kosztami procesu orzeczono na podstawie art. 102 k.p.c. uznając, że ich sytuacja życiowa i materialna stanowi wypadek szczególnie uzasadniony w rozumieniu tego przepisu. Ponadto nie posiadając wykształcenia medycznego powódki w momencie wytaczania powództwa mogły być subiektywnie przekonane o zasadności roszczenia.

Przyznanie wynagrodzenia za pomoc prawną udzieloną w urzędzie nastąpiło przy uwzględnieniu poświęconego czasu i nakładu pracy pełnomocnika z urzędu, na podstawie § 2 i § 8 pkt 6 w zw. z § 4 ust. 3 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 03 października 2016 r. w sprawie ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej przez adwokata z urzędu (t. j. Dz. U. 2016 poz. 1714).

Z/ Doręczyć odpis wyroku z uzasadnieniem zgodnie z wnioskiem.