

*Sygn. akt II C 1728/12*

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 10 marca 2015 roku

Sąd Okręgowy w Łodzi II Wydział Cywilny

Przewodniczący SSO Adam Kmiecik

Protokolant Monika Bartos

po rozpoznaniu w dniu 24 lutego 2015 roku w Łodzi

sprawy z powództwa D. P.

przeciwko Niepublicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej Centrum Medyczne Sp. z o.o. w P.

o zapłatę

1. oddała powództwo;
2. nie obciąża powódki nieuiszczoną opłatą sądową i wydatkami, poniesionymi tymczasowo ze Skarbu Państwa i przejmuje je na rachunek Skarbu Państwa;
3. nie obciąża powódki zwrotem kosztów zastępstwa procesowego na rzecz pozwanego.

Sygn. akt IIC 1728/12

## UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 27 listopada 2012 roku wniesionym przeciwko (...) Zakład Opieki Zdrowotnej (...) Centrum Medyczne sp. z o.o. w P., powódka D. P. wniosła o zasądzenie od pozwanego renty w wysokości 2000 zł w stosunku miesięcznym z góry od dnia wniesienia pozwu do 10-go dnia każdego miesiąca z odsetkami w wypadku uchybienia którejkolwiek z rat, zasądzenie na swoją rzecz od pozwanego odszkodowania w wysokości 250.000,00 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty.

W uzasadnieniu powódka wskazała, iż podstawą zgłoszonych w pozwie roszczeń jest śmierć jej męża, która w ocenie powódki nastąpiła na skutek źle przeprowadzonego rozpoznania stanu zdrowia w chwili, kiedy dotarł on na oddział (...) z jednoczesną odmową przyjęcia go przez lekarza pozwanego szpitala na oddział (...) w celu dalszego leczenia mimo braku poprawy stanu zdrowia pacjenta.

( pozew k. 2-7)

Postanowieniem z dnia 3 grudnia 2012 roku Sąd zwolnił powódkę od kosztów sądowych w całości.

( postanowienie z dnia 3 grudnia 2012 roku k. 23)

W dniu 21 stycznia 2013 roku wpłynęła do Sądu odpowiedź na pozew pozwanego, w której pozwany wniósł o oddalenie powództwa w całości. Pozwany wniósł również o zawiadomienie (...) S.A w W. Oddział w Ł. o sporze toczącym się pomiędzy powodem a pozwanym oraz wezwanie P.Z.U S.A do wzięcia udziału w sprawie.

W uzasadnieniu pozwany wskazał, iż podjęte wobec Z. P. (1) procedury medyczne wykonano ze starannością przewyższającą staranność należyłą. W postępowaniu kierowano się wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej z

zachowaniem reguł właściwych dla mającego miejsce przypadku medycznego. Pozwany podniósł, że odrzuca zarzut powódki o dopuszczenie się błędu lekarskiego w wykonywanych procedurach poprzez nierozpoznanie choroby i podejmowanie czynności leczniczych w oddziałach szpitalnych niestosownych do przypadku chorobowego Z. P. (1).

( odpowiedz na pozew k.27-31)

Zarządzeniem z dnia 23 stycznia 2013 roku, przewodniczący nakazał zawiadomić P.Z.U. S.A w W. Oddział w Ł., o toczącym się postępowaniu, przesyłając odpowiedz na pozew z wnioskiem o przyznanie.

( zarządzenie z dnia 23 stycznia 2013 roku k.44)

Na rozprawie w dniu 24 lutego 2015 roku pełnomocnik powódki poparł powództwo, wskazując, iż w zakresie pkt 2 powództwa, na dochodzoną kwotę 250.000zł składa się kwota 150.000 zł tytułem zadośćuczynienia za krzywdę i kwota 100.000 zł tytułem odszkodowania za pogorszenie sytuacji życiowej.

( protokół rozprawy z dnia 24 lutego 2015 roku k. 147)

### **Sąd ustalił następujący stan faktyczny:**

W dniu 21 grudnia 2011 roku Z. P. (1) po incydencie pełnej utraty przytomności w domu (podobny incydent miał miejsce dzień wcześniej) przyjęty został na Szpitalny Oddział Ratunkowy pozwanego szpitala o godzinie 20:20. Mąż powódki został przewieziony przez załogę Pogotowia (...) z lekarzem, skierowany do Oddziału Wewnętrznego. Przyjęty do (...), z krótkotrwałym prężeniem i bezwiednym oddaniem moczu, z ciśnieniem tętniczym krwi 60/40mmHg tętno 66/min, saturacją 98%.

Z. P. (1) w chwili przywiezienia go na (...) Oddział (...) był przytomny, zachowany był z nim kontakt słowno-logiczny, stwierdzono pobudzenie psycho-ruchowe, powłoki skórne miał zasinione, ciało złane potem. Mąż powódki zgłaszał dyskomfort w klatce piersiowej i objawy dyspeptyczne – nudności, zgagę .

Ze względu na napad padaczkowy, męża powódki poddano konsultacji neurologicznej. W badaniu neurologicznym nie stwierdzono, objawów przemawiających za przyjęciem Z. P. (1) na oddział neurologiczny. Lekarze (...) zlecieli wykonanie EKG oraz badanie laboratoryjne.

Podczas pobytu w (...) próbowano podwyższyć Z. P. (1) ciśnienie tętnicze krwi jednak podjęte zabiegi okazały się nieskuteczne - 60/40mmHg, 75/40mmHg, jedynie przejściowo po dopaminie ciśnienie krwi uległo chwilowemu podwyższeniu - 100/70mmHg, po czym ponownie nastąpił jego spadek.

Ze względu na pogarszający się stan zdrowia, lekarz z (...)u poprosił o konsultację lekarza z (...) pierwszym razem lekarz z (...) odmówił przyjęcia na (...), po upływie około 5 minut ponownie u Z. P. (1) wystąpiły drgawki z zatrzymaniem oddechu podjęto akcję resuscytacyjną powtórnie wezwano lekarza z (...), Z. P. (1) zaintubowano. W akcji reanimacyjnej uczestniczył cały zespół (...)u. Pielęgniarki uczestniczące w akcji reanimacyjnej miały niezbędne przeszkolenie, umiejętności i doświadczenie w zakresie prowadzenia w/w akcji.

Akcja resuscytacyjna trwała około 40 minut, zakończyła się niepowodzeniem, , o godzinie 21: 45 stwierdzono zgon Z. P. (1).

W rozpoznaniu stwierdzono wstrząs hipowolemiczny, napad padaczkowy; w rozpoznaniu klinicznym ostatecznym: ostry zespół wieńcowy, wstrząs kardiogeny, zatrzymanie krążeniowo-oddechowe.

(kserokopia kart medycznych czynności ratunkowych z dnia 21 grudnia 2011 roku k. 36, kserokopia historii choroby z (...) Centrum Medycznego w P. k.36 kserokopia wpisów z książki raportów pielęgniarstwa gdzie odnotowano k.36 zeznania świadka M. B. zapis dźwiękowy 00:11:44-00:24:59 , zeznania świadka W. A. zapis dźwiękowy 00:26:1000:53:03 protokół rozprawy z dnia 23 kwietnia 2013 roku, zeznania świadka I. J. zapis dźwiękowy 00:53:37-01:10:26, zeznania świadka I. K. zapis dźwiękowy 01:11:56-01:17:38, zeznanie świadka A. K.

zapis dźwiękowy 01:18:41-01:29:48, zeznania świadka K. L. zapis dźwiękowy 01:30:37-01:35:33 protokół rozprawy z dnia 23 kwietnia 2013 roku k.77 )

Po ośmiu dniach od zgonu Z. P. (1), wykonano sekcje zwłok zmarłego. Oględziny i sekcja zwłok Z. P. (1) wykazała obecność: tętniaka rozwarstwiającego aorty piersiowej w odcinku nadzastawkowym z dwumiejscowym pęknięciem ściany naczynia; masywny krwiak worka osierdziowego; przekrwienie narządów wewnętrznych; obrzęk płuc; obrzęk mózgu; miażdżycę naczyń tętniczych; przerost mięśnia sercowego; ślady po wkłuciach lekarskich w miejscach typowych; poprzeczne złamanie mostka między III a IV żebrem (o wyglądzie powstałego w czasie akcji reanimacyjnej). Stwierdzono, iż Z. P. (1) zmarł śmiercią naturalną w następstwie tętniaka rozwarstwiającego aorty piersiowej z pęknięciem ściany naczynia i następową tamponadą serca. W chwili śmierci Z. P. (1) był trzeźwy.

(kserokopia protokołu nr (...) sądowo –lekarskiej sekcji zwłok Z. P. (1) k. 8-12 )

O bezskuteczności akcji ratowniczej zaważył charakter schorzenia zasadniczego Z. P. (1), do jakich zalicza się tętniaka rozwarstwiającego tętnicy głównej wstępującej z pęknięciem w odcinku nadzastawkowym prowadzącym do ostrej tamponady worka osierdziowego. Z zapisu wykonanych czynności prowadzonych w (...) pozwanego wylania się brak koncepcji diagnostycznej polegającej na eliminacji schorzeń o wysokim ryzyku śmierci pacjenta poprzez inne stany nagłego zagrożenia zdrowotnego do schorzeń nie wymagających pilnej interwencji. W obrazie klinicznym prezentowanym przez Z. P. (1) należało brać pod uwagę zawał mięśnia sercowego, tętniaka rozwarstwiającego tętnicy głównej oraz tamponadę worka osierdziowego. Obligatoryjne usankcjonowane normą powszechnie obowiązującego prawa wyposażenie (...) nakazuje posiadanie urządzenia do badania UKG – badanie ultrasonograficzne klatki piersiowej i serca. Tym samym ustawodawca stawia wymóg 24 godzinnej obecności lekarzy posiadających umiejętność diagnozowania za pomocą tego urządzenia chorób serca. Tą metodą można rozpoznać ostrą tamponadę worka osierdziowego, zaburzenia kurczliwości w zawale mięśnia sercowego oraz stwierdzić obecność tętniaka tętnicy głównej. W związku z czym natychmiastowe wykonanie badania echokardiograficzne umożliwiłoby postawienie prawidłowego rozpoznania i podjęcie odbarczenia worka osierdziowego. W tym szczególnym przypadku nie doprowadziłoby to jednak do uratowania życia Z. P. (1). Taka możliwość była mało prawdopodobna z uwagi na stale dopełniającą się tamponadę krwią z pęknięcia nadzastawkowego tętnicy głównej.

W przypadku męża powódki nie przyjęto właściwej strategii diagnostycznej, którą stwarzają możliwości (...) u chorego z podejrzeniem wstrząsu kardiogennego.

(...) Oddział (...) jest takim samym oddziałem tego samego Szpitala jak Oddział Intensywnej Terapii. Brak koncepcji diagnostycznej i niewykonanie strategicznej diagnostyki jaką jest badanie echokardiograficzne nie może być zastępowane przenoszeniem do innego oddziału w tym przypadku Intensywnej Terapii gdzie możliwości diagnostycznej są dużo mniejsze a z pewnością odroczone w stosunku do możliwości diagnostycznych (...). Do chwili gdy u Z. P. (1) nie doszło do wystąpienia ostrej niewydolności oddechowej umieszczenie go w Oddziale Intensywnej Terapii bez jasnego rozstrzygnięcia diagnostycznego nie było uzasadnione.

O nieskuteczności akcji ratowniczej zaważył brak prawidłowego rozpoznania ostrej tamponady worka osierdziowego, co można było rozpoznać w ramach możliwości diagnostycznych (...), a w drugiej kolejności istota schorzenia, która doprowadziła do ostrej tamponady serca, tj. pęknięcie nadzastawkowe tętnicy głównej, które nie rokowało szans na uratowanie życia Z. P. (1).

Akcja resuscytacyjna była prowadzona prawidłowo, natomiast nieprawidłowym było zaniechanie prowadzenia intensywnego nadzoru nad pacjentem obejmującego: monitorowanie w stałych odstępach czasu częstości akcji serca, ciśnienia tętniczego, diurezy godzinowej, monitorowania czynności elektrycznej serca kardiomonitorem. Wskazane zaniechanie nie zaważyło jednak na możliwości uratowania życia Z. P. (1) z uwagi na wyjściowo skrajnie ciężkie schorzenie zasadnicze.

W zaistniałej sytuacji nie można również postawić zastrzeżeń co do postępowanie wezwanego dwukrotnie anestezjologa.

Biorąc pod uwagę skargi oraz objawy, jakie stwierdzano u Z. P. (1) wskazujące na ostrą chorobę układu krążenia należało wykonać najszybciej osiągalne badanie obrazowe w (...) tj. badanie echokardiograficzne, które ujawniłoby tętniaka rozwarstwiającego tętnicy głównej wstępującej z być może obecną tamponadą serca. Postawienie takiego rozpoznania po pierwsze spowodowałoby skierowanie natychmiast pacjenta do ośrodka kardiochirurgicznego oraz założenie drenażu worka osierdziowego. Takie czynności stwarzałyby szanse na podjęcie ukierunkowanych działań relevantnych dla schorzenia zasadniczego, natomiast jak już wspomniano szanse na uratowanie życia Z. P. (2) były nikłe z uwagi na wysoką śmiertelność w przypadkach tętniaka rozwarstwowanego tętnicy głównej w odcinku wstępującym leczonego operacyjnie ze wskazań nagłych z towarzyszącą tamponadą serca.

W przypadku Z. P. (1) możliwym było postawienie

prawidłowego rozpoznania pod warunkiem zastosowania prawidłowej strategii diagnostycznej. Przyjęta w (...) strategia diagnostyczna była błędna.

Zapis, iż Z. P. (1) w dniu poprzedzającym zasłabł, co spowodowało interwencję (...) jest na tyle enigmatyczna, iż mogła być interpretowana stosunkowo dowolnie, mogła dziwić, iż skoro nie przewieziono wówczas Z. P. (2) do (...), a sam zainteresowany nie szukał pomocy lekarskiej dnia następnego to przyczyny tego stanu rzeczy nie mają charakteru nagłego.

(opinia instytutu (...) k. 116-120)

Powódka była obecna podczas pobytu Z. P. (1) na oddziale (...)u, w tym przy czynnościach medycznych podejmowanych przez personel medyczny pozwanego szpitala. Była naocznym świadkiem, zgonu swjego męża.

Śmierć Z. P. (1), doprowadziła do znacznego pogorszenia sytuacji życiowej powódki. Obecnie jest pod stałą opieką psychiatryczną, zarzywa leki psychotropowe. Znacznie obniżyła się aktywność życiowa .

Powódka nie może do chwili obecnej pogodzić się ze śmiercią męża. Powódka była bardzo związana z mężem, byli udanym, zgodnym małżeństwem, łączyła ich przyjaźń.

W związku ze śmiercią Z. P. (1) pogorszyła się diametralnie sytuacja finansowa powódki. Z. P. (1), utrzymywał dom natomiast powódka zajmowała się praniem, gotowaniem, opłacaniem rachunków. Na utrzymanie domu powódka otrzymywała miesięcznie od męża 3000 zł miesięcznie. Z. P. (3) zarabiał średnio miesięcznie 10.000 zł do 7000zł, był brokerem ubezpieczeniowym, udzielał korepetycji z języków obcych. Powódka ma problem z uzyskaniem środków finansowych na życie. W okresie od października 2014 r. do końca lutego 2015 roku powódka pracowała z wynagrodzeniem miesięcznym w wysokości 1300 zł.

Powódka ma obecnie długi, w tym 7000 zł zadłużenia z tytułu nieopłaconego czynszu. Celem periodycznego uiszczania rachunków powódka sprzedawała wartościowe książki, biżuterie, obrazy. Przez jakiś czas powódkę utrzymywał szwagier i siostra.

( zeznania powódki zapis dźwiękowy00:09:11- 00:41:46 protikół rozprawy z dnia 24 lutego 2015 roku k.147)

Pozwany szpital na dzień śmierci męża powódki objęty był ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej -POLISA nr (...) z dnia 31 października 2011 roku udzielonym przez P.Z.U S.A Oddział w Ł. z siedzibą w Ł. .

( polisa z dnia 31 października 2011 roku k.37)

**Sąd Okręgowy, zważył, co następuje:**

Powództwo, jako bezzasadne podlegało oddaleniu.

Podstawę odpowiedzialności niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych stanowi art. 430 k.c., zgodnie, z którym kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności. Powołany przepis statuuje odpowiedzialność z tytułu czynu niedozwolonego na zasadzie ryzyka za szkody wyrządzone osobie trzeciej przez podwładnego z jego winy, a więc przyjęcie odpowiedzialności publicznego zakładu opieki zdrowotnej na podstawie art. 430 k.c. wymaga uprzedniego stwierdzenia, iż pracownik zakładu wyrządził szkodę w sposób zawiniony i odpowiada z tego tytułu na zasadach ogólnych (art. 415 k.c.). Należy nadmienić, iż 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. Ze względu na brak podstaw do przypisania odpowiedzialności pozwanym na podstawie w/w artykułów, brak jest również podstaw do zasądzenia renty oraz odszkodowania i zadośćuczynienia na podstawie art. 446 kc.

Spowodowanie szkody na osobie w warunkach błędu w sztuce lekarskiej jest specyficzną postacią deliktu prawa cywilnego, którego powstanie wymaga zaistnienia przesłanek odpowiedzialności z tytułu czynu niedozwolonego, czyli szkody, winy i adekwatnego związku przyczynowego (art. 415 k.c.).

Ściśle biorąc, błąd w sztuce medycznej jest jedynie obiektywnym elementem winy lekarza wykonującego czynności medyczne, stanowi, bowiem czynność (zaniechanie) lekarza w zakresie diagnozy i terapii, niezgodną z nauką medycyny w zakresie dla lekarza dostępnym. Subiektywnym natomiast elementem koniecznym dla przypisania winy lekarzowi jest jego umyślność lub niedbalstwo (M. Filar, S. Krześ, E. Marszałkowska-Krześ, P. Zaborowski, Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej, Warszawa 2004, s. 29 i n.; orzeczenie SN z 1 kwietnia 1955 r., IV CR 39/54, OSNCK 1/1957, poz. 7 oraz Lex nr 118379).

Sąd dokonał analizy materiału dowodowego pod kątem prawidłowości postępowania medycznego względem męża powódki oraz pierwotnej przyczyny zgonu Z. P. (1).

W ocenie Sądu nie podlega wątpliwości, co wprost wynika z wniosków instytutu (...), iż Z. P. (1) był diagnozowany przez lekarzy pozwanego szpitala w niewłaściwym kierunku. Lekarze nie podjęli stosownych środków i zabiegów, które mogłyby doprowadzić do poprawnej diagnozy chorego. Nie przeprowadzono właściwego w przedmiotowej sytuacji badania UKG tj. badania echokardiograficznego pozwalającego postawienie prawidłowego rozpoznania i podjęcie czynności w celu odbarczenia worka osierdziowego. Metodą tą można rozpoznać ostrą tamponadę worka osierdziowego, zaburzenia kurczliwości w zawale mięśnia sercowego oraz stwierdzić obecność tętnika tętnicy głównej.

Z drugiej strony Sąd przy swoich rozważaniach, uwzględnił, iż zgon męża powódki wystąpił w następstwie tętniaka rozwarstwiającego aorty piersiowej z pęknięciem ściany naczynia i następową tamponadą serca, która to dolegliwość była na tyle poważna, iż nawet rozpoznanie jej przez lekarzy na oddziale (...)u, najprawdopodobniej nie uchroniłoby Z. P. (1) przed zgonem.

Wskazać również należy, iż o poważnym charakterze dolegliwości męża powódki świadczy fakt, szybkiego pogarszania się jego stanu zdrowia. Okoliczność ta uniemożliwiała lekarzom pozwanego szpitala, na prowadzenie szerszej diagnostyki. Od przyjęcia męża powódki na oddział (...)u około godzinie 20:20 do zgonu o godz. 21:45 minęło około 1,5 h przy czym sama reanimacja męża powódki trwała 40 min co wskazuje, że lekarze mieli na postawienie diagnozy zaledwie niecałą godzinę. Zastosowana w pierwszej kolejności diagnostyka okazała się błędna, a czasu na zastosowanie przez lekarzy innych metod diagnostycznych już zabrakło ze względu na pogarszanie stanu zdrowia Z. P. (1) i konieczność podjęcia akcji reanimacyjnej.

Skrajnie ciężkie schorzenie zasadnicze Z. P. (1), w zasadzie wyłączało, nawet przy zachowaniu prawidłowej diagnostyki połączonej z odpowiednim nadzorem nad chorym, możliwość przywrócenia jego poprawnych funkcji życiowych i powstrzymania wystąpienia zgonu.

Nie można również, uznać, iż do zgonu Z. P. (1) nie doszłoby, w sytuacji umieszczenia go na Oddziale Intensywnej Terapii. Stan męża powódki był na tyle nie stabilny i ciężki, iż bezpieczne przeniesienie go na inny oddział i odpowiednie zabezpieczenie w aparaturę medyczną na w/w oddziale było niemożliwe, bez realnego zagrożenia jego życia. Decyzję lekarza anestezjologa o odmowie przyjęcia na (...) uznać należy za słuszną, w szczególności również ze względu na fakt, iż oddział (...)u wyposażony jest w niezbędną aparaturę diagnostyczną pozwalającą na przeprowadzenie kompleksowej diagnostyki pacjenta.

Reasumując uznać należy, iż mimo nieprawidłowości w zakresie diagnostyki zastosowanej w stosunku do Z. P. (1) na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym pozwanego szpitala, nie można ze względu na pierwotną w/w przyczynę zgonu męża powódki przypisać odpowiedzialności pozwanemu szpitalowi.

O kosztach procesu Sąd orzekł w oparciu o art. 102 kpc., i nie obciążył powódki obowiązkiem ich uiszczenia. Sąd orzekając w zakresie kosztów procesu miał na względzie charakter przedmiotowej sprawy. Składając pozew strona powodowa mogła być przekonana o słuszności swoich żądań. Po sporządzeniu opinii przez instytut strona powodowa wprowadziła nadal formalnie popierała powództwo, jednakże Sąd uznał, że sytuacja w jakiej znalazła się powódka oraz fakt, że w rzeczywistości o zasadności roszczeń rozstrzygnęła specjalistyczna opinia, dają podstawę do uznania, że w niniejszej sprawie zachodzi szczególnie wypadek uzasadniający nie obciążanie strony przegrywającej sprawę kosztami procesu.