

Sygn. akt. I C 549/13

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 11 lipca 2017 r.

Sąd Okręgowy Warszawa Praga w Warszawie Wydział I Cywilny w składzie następującym:

Przewodniczący: **SSO Marcin Kołakowski**

Protokolant: Żaneta Rewczuk

po rozpoznaniu w dniu 28 czerwca 2017 r. w Warszawie

na rozprawie

sprawy z powództwa **E. S. (1)**,

przeciwko **(...) Szpitalowi (...) Spółce z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w W.**,

o zapłatę

I. oddała powództwo;

II. zasądza od E. S. (1) na rzecz (...) Szpitala (...) Spółki

z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w W. kwotę 1.817,00 zł (tysiąc osiemset siedemnaście złotych) tytułem zwrotu kosztów procesu;

III. nakazuje pobrać od E. S. (1) na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego Warszawa – Praga w Warszawie kwotę 1.133,63 zł (tysiąc sto trzydzieści trzy złote sześćdziesiąt trzy grosze) tytułem kosztów sądowych poniesionych tymczasowo przez Skarb Państwa.

SSO Marcin Kołakowski

Sygn. akt I C 549/13

UZASADNIENIE

E. S. (1) wniosła o zasądzenie na swoją rzecz od (...) Szpitala (...) Spółki z o.o. z siedzibą w W. kwoty 200.000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę z ustawowymi odsetkami od dnia 2 października 2012 r. do dnia zapłaty.

W uzasadnieniu pozwu powódka twierdziła, że jej ojciec E. S. (2) zgłosił się do (...) Szpitala (...) Spółki z o.o. z siedzibą w W. na planowany zabieg endoprotezy prawego stawu kolanowego, że w dniu operacji jego stan zdrowia był konsultowany z kardiologiem i anestezjologiem, którzy nie znaleźli przeciwwskazań do wykonania zabiegu, że zabieg endoprotezy miał miejsce w dniu 1 marca 2011 r., że E. S. (2) zmarł dnia 5 marca 2011 r. na skutek ostrej niewydolności oddechowo – krążeniowej, że śmierć jej ojca była wynikiem zaniedbań i błędów popełnionych przez personel medyczny pozwanego szpitala podczas hospitalizacji pacjenta oraz po zabiegu, że nie podjęli oni działań diagnostyczno – terapeutycznych wobec wystąpienia dolegliwości brzusznych u chorego, że zlekceważyli nieprawidłowe wyniki badań morfologicznych, że przedwcześnie przerwali antybiotykoterapię, że niestaranie monitorowali stan zdrowia chorego, że nie koordynowali akcji reanimacyjnej i zbyt późno ją podjęli po zatrzymaniu pracy serca E. S. (2), oraz że śmierć ojca stanowiła dla niej silny wstrząs psychiczny.

W odpowiedzi na pozew (...) Szpital (...) Spółka z o.o. z siedzibą w W. wniósł o oddalenie powództwa oraz zasądzenie na swoją rzecz kosztów procesu.

Pozwany zaprzeczył twierdzeniom powódki podnosząc, że podczas hospitalizacji E. S. (2) nie doszło do działań lub zaniechań personelu szpitala, że z inicjatywy lekarza prowadzącego ojciec powódki przed zabiegiem operacyjnym był konsultowany przez anesteziologa i kardiologa, że w dniu 1 marca 2011 r. nie stwierdzono u niego przeciwwskazań do operacji, że stan pacjenta był weryfikowany w czasie codziennego obchodu lekarskiego, że podejmowano działania medyczne mające na celu usunięcie dolegliwości chorego, że antybiotykoterapia stosowana była zgodnie z zaleceniami lekarskimi, że stan pacjenta był dobry do dnia 5 marca 2011 r. do godz. 17.00, że podczas konsultacji internistycznej u E. S. (2) nastąpiło zatrzymanie akcji serca, oraz że proces reanimacyjny prowadzony był według schematu (...) przy udziale osób posiadających odpowiednie kwalifikacje. Pozwany wskazał, że w dacie śmierci E. S. (2) miał ukończone 82 lata, powódka zaś była osobą dorosłą, nie doznała zatem takich cierpień psychicznych, które uzasadniałyby żądaną przez nią kwotę zadośćuczynienia.

W pismach z dnia 14 lutego 2014 r., 26 marca 2014 r. i 8 maja 2014 r. powódka twierdziła, że biegli, którzy sporządzali opinię sądowo – lekarską dla celów postępowania karnego prowadzonego w związku ze śmiercią E. S. (2), podali, że stan zdrowia chorego opisywany był w sposób lakoniczny, a dokumentacja pozostawała nieczytelna i zawierała rozbieżności w stosunku do zeznań lekarzy. Powódka zarzuciła, że pozwany – poza wskazaniem leków i sposobu ich dawkowania – nie wyjaśnił na czym miała polegać pomoc choremu w związku ze zgłoszonymi przez niego dolegliwościami, że nie określił jakie skutki miało stosowanie konkretnych leków, że pominięto okoliczność samodzielnego podawania ojcu przez powódkę laktulozy, że personel medyczny był obojętny wobec ojca powódki, że podczas akcji reanimacyjnej panował w szpitalu chaos i nerwowa atmosfera, że szpital dopuścił się zaniedbań względem ojca powódki w postaci niepodjęcia koniecznych czynności mających na celu ratowanie zdrowia oraz życia pacjenta, że o wielkości krzywdy nie decyduje wiek poszkodowanego. Powódka twierdziła, że odpowiedzialność pozwanego oparta jest na zasadzie ryzyka (naruszenie obowiązku starannego działania przez zatrudniony w szpitalu personel medyczny, lekceważenie zgłaszanych dolegliwości, niepodjęcie czynności diagnostyczno – leczniczych w odpowiednim czasie), a także na zasadzie winy (nieprawidłowa organizacja oddziału ortopedii i zespołu reanimacyjnego, niedostępność defibrylatora na oddziale, oraz zbyt długi czas oczekiwania na przybycie zespołu reanimacyjnego).

Na dalszym etapie postępowania strony podtrzymały swoje dotychczasowe stanowiska w sprawie.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

Ojciec E. S. (1) – E. S. (2) został przyjęty do (...) Szpitala (...) Spółki z o.o. z siedzibą w W. w dniu 25 lutego 2011 r. w celu przeprowadzenia endoprotezowania stawu kolanowego prawego. Podobny zabieg został już u niego wykonany kilka miesięcy przed hospitalizacją, z tymże obejmował on wówczas lewy staw kolanowy. W dacie przyjęcia do placówki medycznej E. S. (2) miał zaawansowaną miażdżycę tętnic wieńcowych, stan po zawale mięśnia sercowego, niedomykalność zastawek serca i przerost mięśnia sercowego. Z jego historii choroby wynikało, że w 1993 r. zdiagnozowano u niego nowotwór jelita grubego, który usunięto podczas operacji. Z uwagi na przebyte i nadal trwające schorzenia układu krążenia i narządu ruchu, przed przyjęciem do Oddziału – poza badaniem ortopedycznym – poddano pacjenta dalszej diagnostyce specjalistycznej, w tym odbyto z nim konsultację anesteziologiczną i kardiologiczną. Po wywiadzie anesteziologicznym ustalono, że E. S. (2) nie ma dolegliwości bólowych i jest wyrównany krążeniowo. Jednocześnie podczas konsultacji kardiologicznej, na którą skierowała pacjenta J. S. (anesteziolog), wskazano, że „ryzyko kardiologiczne zabiegu operacyjnego jest średnie, w badaniach zwraca uwagę niedomykalność obu zastawek serca, przerost serca”. Okoliczność ta nie była jednak przeszkodą do wykonania operacji, E. S. (2) zgodził się na zabieg i został przy tym poinformowany o możliwych powikłaniach pozabiegowych. W badaniach laboratoryjnych pacjenta stwierdzono znacznie podwyższoną leukocytozę z limfocytozą 78%, lecz przy prawidłowych wynikach pozostałych badań uznano, że jego stan kliniczny jest na tyle dobry, że nie istnieją przeciwwskazania do przeprowadzenia planowego zabiegu ortopedycznego.

Dowód: dokumentacja medyczna – k.77 – 208, k.582 – 593, k.642 - 643; zeznania świadka J. S. – k.399 – 401; przesłuchanie powódki – k.682 – 687.

Operacja odbyła się planowo w dniu 1 marca 2011 r., jej przebieg był prawidłowy i niepowikłany, stan ogólny pacjenta, jak i stan miejscowy po zabiegu nie budziły zastrzeżeń. Pacjent po operacji otrzymał antybiotyk przeciwbakteryjny biotrakson (jako zabezpieczenie przed infekcją) oraz leki przeciwzakrzepowe (preparaty heparyny) zabezpieczające przed tworzeniem się w naczyniach żylnych operowanej kończyny skrzeplin. Nie odnotowano również u pacjenta procesu gorączkowego, zbadano ukrwienie i unerwienie operowanej kończyny i ustalono, że jest ono prawidłowe. W drugiej dobie po operacji (2 marca 2011 r.) usunięto u E. S. (2) dren ze stawu kolanowego prawego i cewnik z pęcherza, zmieniono opatrunek, zalecono też kontynuację profilaktyki przeciwzakrzepowej, antybiotykoterapii oraz rehabilitację przyłóżkową, na którą E. S. (2) nie wyraził zgody. E. S. (1) poinformowała personel medyczny o tym, że samopoczucie jej ojca nie jest dobre, odczuwa on bowiem dolegliwości bólowe po stronie brzucha oraz mdłości. Podano zatem pacjentowi leki przeciwbólowe T. i P., zaś dyżurujący lekarz A. P. określił stan chorego jako stabilny. W trzeciej dobie po operacji (3 marca 2011 r.) stwierdzono właściwe gojenie się rany pooperacyjnej, wciąż podawano E. S. (2) antybiotyk b. 2 razy dziennie po 1 gramie i leki przeciwzakrzepowe. O godz. 16.00 chory zgłosił dyżurnemu lekarzowi wystąpienie bólów brzucha oraz wymiotów ciemnych fusowatych. Na zlecenie internisty podano pacjentowi N. w dawce 500 ml i 1 fiolkę C.. W dniu 4 marca 2011 r. ustalono, że E. S. (2) nadal uskarża się na dolegliwości ze strony układu pokarmowego, stwierdzono wówczas wysoki poziom białka (...) (objaw stanu zapalnego) oraz wciąż podwyższoną leukocytozę. E. S. (2) otrzymał wtedy lek rozkurczowy N. oraz 1.000 ml soli fizjologicznej. Wykonano też enemę, po której jego dolegliwości ustąpiły.

Dowód: dokumentacja medyczna – k.77 – 208, k.582 – 593, k.642 - 643; zeznania świadka A. P. – k.300 – 301, k.677 – 678; przesłuchanie powódki – k.682 – 687.

Następne pogorszenie stanu zdrowia pacjenta nastąpiło w dniu 5 marca 2011 r., E. S. (2) – po wizycie w toalecie – zgłosił lekarzowi pojawienie się dolegliwości bólowych i problemy z oddychaniem. Podano zatem pacjentowi czopek glicerynowy, A. 15 mg oraz tlen. W karcie leczenia odnotowano także wyniki badań wykonanych ciśnieniomierzem - o godz. 18.50 ciśnienie krwi E. S. (2) wynosiło 134/114, a czynność serca pozostawała na poziomie 76 uderzeń na minutę, zaś o godz.19.10 ciśnienie krwi - 115/60, natomiast czynność serca - 105 uderzeń/min. Chory zgłaszał nudności oraz narastającą duszność. Z uwagi na powyższe dyżurny lekarz ortopeda K. K. podjął decyzję o niezwłocznej konsultacji internistycznej. Odbyła się ona o godz. 19.40. Internista K. A. (1) przeprowadziła wówczas wywiad lekarski, po którym ustaliła, że pacjent skarżył się od kilku dni na trudności w oddychaniu, a także na bóle brzucha, które wiązał z zaparciami. W badaniu przedmiotowym stwierdzono, że u pacjenta pojawiły się silne duszności od godzin porannych, odksztuszanie brunatnej wydzieliny, ale bez bólów stenokardialnych (bóle związane z chorobą niedokrwienną serca pod postacią pieczenia, dławienia, ucisku za mostkiem). Nad polami płucnymi zaobserwowano rozlane rżężenia i świsty, brzuch pozostawał jednak bez objawów otrzewnowych. Zdiagnozowano znaczny przyrost leukocytozy (osiągnął on już bowiem u E. S. (2) ekstremalnie dużą wartość 84.900 jednostek), co stanowiło podstawę do podjęcia niezwłocznych działań diagnostyczno – leczniczych. Lekarz internista K. A. (1) zleciła zaaplikowanie pacjentowi A. z hydrokortyzonem (co miało na celu rozszerzenie oskrzeli, aby poprawić wentylację płuc), tlen, płyny nawadniające (N., (...), F.), K. (antybiotyk z grupy linkozamidów, lek przeciwbakteryjny), jak również poleciła wykonać badania, tj. posiew krwi na bakterie tlenowe i beztlenowe, morfologię krwi, jonogramy, mocznik, kreatyninę, badanie ogólne moczu z posiewem, RTG klatki piersiowej oraz USG jamy brzusznej (z uwagi na otrzymanie od pacjenta informacji, że od kilku dni nie oddawał stolca). Powyższe zalecenia nie zostały jednak zrealizowane, podczas konsultacji internistycznej u E. S. (2) doszło bowiem do nagłej niewydolności krążeniowo – oddechowej w następstwie zawału mięśnia sercowego. Po zatrzymaniu krążenia i braku wyczuwalności tętna K. A. (1) z dwoma innymi lekarzami K. K. i Ł. N. podjęła natychmiastową resuscytację pacjenta według schematu „I- bls, II- als”, który polega na sprawdzaniu wszystkich funkcji życiowych, a po ustaleniu, że praca układu oddechowego i krążenia są nieobecne, podejmuje się masaż serca i sztuczne oddychanie za pomocą worka ambu. Jednocześnie zawiadomiono zespół reanimacyjny – pielęgniarkę i dyżurnego lekarza anestezjologa. Do czasu ich przybycia E. S. (2) nie podawano jakichkolwiek leków, K. A. (1) nie udało się bowiem założyć pacjentowi wkłucia

dożylnego i tą drogą podawać leki. Po przejęciu pacjenta przez zespół reanimacyjny, m.in. anestezjologa A. Ż., E. S. (2) został zaintubowany, prowadzono u niego wentylację workiem oddechowym przez rurkę intubacyjną, założono wkłucie do żyły szyjnej zewnętrznej i rozpoczęto podawanie leków tj. adrenalina, atropina, węglan wapnia w odpowiednich sekwencjach czasowych (co 3 min.), regularnie przy tym sprawdzano, czy doszło do powrotu akcji serca i oddychania. Podczas akcji reanimacyjnej na krótką chwilę udało się przywrócić u E. S. (2) proces krążenia, ostatecznie doszło jednak do ponownego zatrzymania akcji serca. O godz. 21.30 stwierdzono zgon pacjenta.

Dowód: dokumentacja medyczna – k.77 – 208, k.582 – 593, k.642 – 643; zeznania świadka K. A. (1) – k.297 – 299, k.625 – 626; zeznania świadka Ł. N. – k.339 – 341; zeznania świadka A. Ż. – k.341 – 343; zeznania świadka K. K. – k.401 – 403, k.665 – 666; przesłuchanie powódki – k.682 – 687.

Podjęta u E. S. (2) akcja reanimacyjna była prowadzona w sposób prawidłowy w zakresie posiadanych możliwości technicznych i kadrowych. Nie było przy tym potrzeby korzystania z defibrylatora. Nie każde zatrzymanie krążenia wymaga bowiem użycia tego urządzenia, a w niektórych przypadkach jest on nawet nieprzydatny, jak to miało miejsce podczas zdarzenia z dnia 5 marca 2011 r. Zatrzymanie krążenia u E. S. (2) początkowo nastąpiło w mechanizmie (...) (rozkojarzenie elektromechaniczne, gdy obecna jest czynność elektryczna serca jednak bez czynności mechanicznej jako pompy), a następnie w mechanizmie asystolii, gdy brak jest zarówno czynności elektrycznej serca, jak i hemodynamicznej. W obu tych sytuacjach nie było wskazań do korzystania z defibrylatora, zaś prawidłowo prowadzona akcja reanimacyjna powinna przebiegać bez użycia tego sprzętu.

Przyczyną zgonu E. S. (2) była ostra niewydolność krążeniowo – oddechowa w następstwie zawału mięśnia sercowego u osoby z pomaźdżycowym uszkodzeniem mięśnia sercowego (blizna pozawałowa w obrębie tylnej ściany lewej komory, cechy przerostu włókien mięśnia sercowego, włóknienie śródmiąższowe i wokółnaczyńnicowe, nasilone zmiany w tętnicach wieńcowych serca z koniecznością implantacji stentu). U pacjenta pośmiertnie zdiagnozowano przewlekłe zapalenie wątroby o średnim nasileniu, masywne naczyniopochodne zmiany miąższowe nerek z cechami zapalenia śródmiąższowego i szklawieniem pojedynczych kłębuszków, a także masywne zrosty w jamie otrzewnej będące powikłaniem operacyjnym usunięcia guza odbytnicy.

Szanse powodzenia resuscytacji krążeniowo – oddechowej w przypadku wystąpienia nagłego zatrzymania krążenia z powodu zawału mięśnia sercowego u starszej osoby obciążonej kardiologicznie po rozległym zabiegu operacyjnym nie były zbyt duże. Do zgonu E. S. (2) mogło dojść w każdej chwili z uwagi na zaawansowane zmiany chorobowe w układzie krążenia. W takich sytuacjach dodatkowe obciążenie starszego pacjenta zabiegiem operacyjnym może zainicjować szereg skomplikowanych mechanizmów, które następnie mogą skutkować nagłym zgonem sercowym. Działania podjęte przez lekarzy i personel medyczny szpitala wobec E. S. (2) nie naraziły jednak pokrzywdzonego na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

Dowód: opinia biegłego sądowego S. C. – k.452 – 474, k.520 – 549, k.626 – 628.

Po zgonie E. S. (2) powódka powiadomiła prokuraturę, że na skutek błędnego leczenia i nieprawidłowej opieki w dniu 5 marca 2011 r. po przeprowadzonym zabiegu endoprotezy stawu kolanowego w (...) Szpitalu (...) Spółce z o.o. z siedzibą w W. doszło do zgonu pacjenta. W związku z powyższym zgłoszeniem w dniu 10 marca 2015 r. dokonano otwarcia i oględzin zwłok zmarłego, sporządzono też protokół sekcyjny. Po przeprowadzonej sekcji biegli Zakładu Medycyny Sądowej stwierdzili, że przyczyną zgonu E. S. (2) było niedokrwienie mięśnia sercowego. Biegli wskazali, że niepodjęcie działań diagnostyczno – terapeutycznych wobec wystąpienia zaparć i dolegliwości brzusznych u chorego było postępowaniem niewłaściwym, niemniej jednak leczenie po przyjęciu chorego do Oddziału, jak i leczenie bezpośrednio po zabiegu, które były kontynuacją już wcześniej stosowanego leczenia, było prawidłowe.

Dowód: opinia ZKS – k.212 – 226.

W dniu 17 września 2012 r. E. S. (1) zawiadzała pozwanego do próby ugodowej. W odpowiedzi na jej wniosek (...) Szpital (...)Spółka z o.o. z siedzibą w W. nie wyraził zgody na zawarcie ugody. Na rozprawie w dniu 14 listopada 2012

r. Sąd Rejonowy dla Warszawy Pragi – Północ w Warszawie, sygn. akt II Co 2188/12 stwierdził, że do zawarcia ugody nie doszło.

Dowód: wniosek o zawiązanie do próby ugodowej - k.228 – 231; odpowiedź na wniosek – k.232 – 234; protokół – k.235.

Dokonując powyższych ustaleń i mając je na uwadze Sąd zważył, co następuje:

W rozpoznawanej sprawie E. S. (1) dochodziła roszczeń z tytułu zadośćuczynienia za doznane cierpienia psychiczne związane ze śmiercią ojca E. S. (2). W toku procesu pozwany kwestionował swoją odpowiedzialność za skutki zdarzenia, jakie miało miejsce w dniu 5 marca 2011 r. w (...) Szpitalu (...) w W.. Kwestią sporną między stronami postępowania pozostawało zatem ustalenie, czy lekarze zatrudnieni w pozwanej placówce przyczynili się do zgonu pacjenta, czy podjęli wszystkie niezbędne działania celem ratowania jego życia, czy przeprowadzone przez nich czynności diagnostyczno – lecznicze w dniach od 1 do 5 marca 2011 r. były prawidłowe, a także – czy żądana przez powódkę kwota zadośćuczynienia jest wygórowana. Zajęcie stanowiska w powyższych kwestiach pozwoliło Sądowi rozstrzygnąć, czy powództwo jest uzasadnione.

Sąd przyznał moc dowodową wszystkim dowodom z dokumentów zgromadzonym w niniejszej sprawie, uznając, że stanowią one pełnowartościowy materiał dowodowy. Ich wiarygodność i autentyczność nie była bowiem przez strony procesu kwestionowana.

Dokonując ustalenia opisanego stanu faktycznego Sąd oparł się na zeznaniach świadków K. A. (1), A. P., Ł. N., A. Ż., J. S. i K. K., którzy przedstawili okoliczności związane ze zdarzeniem z dnia 5 marca 2011 r., przebiegiem akcji reanimacyjnej, stanem zdrowia E. S. (2) zarówno przed zabiegiem, jak i po nim oraz podejmowanymi działaniami diagnostyczno – leczniczymi w związku ze zgłaszanymi przez pacjenta dolegliwościami. Zeznania tych świadków co do zasady były spójne, logiczne i wzajemnie się uzupełniały.

Sąd dał wiarę także twierdzeniom powódki, lecz miał przy tym na uwadze, iż przedstawiane przez nią okoliczności towarzyszące zdarzeniu z dnia 5 marca

2011 r., czy też ocena sposobu sprawowania opieki nad jej ojcem w kolejnych dniach po zabiegu, ma charakter wyłącznie subiektywny, wobec czego twierdzenia w tej części wymagały wyważenia pod względem obiektywnej analizy i po uwzględnieniu wszystkich okoliczności sprawy.

Sąd dał wiarę i przyznał moc dowodową opinii biegłego S. C.. Wnioski zawarte w tej opinii stanowiły bowiem wartościowy materiał dowodowy, który umożliwił zarówno poczynienie ustaleń faktycznych w niniejszej sprawie, jak i dokonanie oceny zgłoszonego przez powódkę roszczenia. Biegły S. C. ustalił prawidłowość opieki okołozabiegowej, jaką objęto E. S. (2), przy uwzględnieniu zgłaszanych przez niego i członków jego rodziny dolegliwości oraz wypowiedział się na temat tego, czy doszło do nieprawidłowości w diagnozowaniu E. S. (2) w okresie od 25 lutego 2011 r. do 5 marca 2011 r., czy dopuszczono się wówczas błędów i zaniedbań, także w zakresie przeprowadzania akcji reanimacyjnej. Opinia sporządzona przez ww. biegłego w niniejszej sprawie została wykonana przez osobę dysponującą odpowiednią wiedzą specjalistyczną i doświadczeniem zawodowym. Zdaniem Sądu, opinia ta jest logiczna, spójna, przekonująca, obiektywna, rzetelna, zgodna z zasadami wiedzy specjalistycznej. Strony wносиły o uszczegółowienie zawartych w opinii wniosków, co biegły uczynił w opiniach uzupełniających, w których rzeczowo odniósł się do zadawanych przez strony pytań i jasno uzasadniał swoje stanowisko.

Jednocześnie żadna ze stron reprezentowana przez zawodowego pełnomocnika nie wniosła o przeprowadzenie dalszych innych wniosków dowodowych w tym w także dowodu z opinii biegłych: ortopedy i hematologa składając w tym zakresie stosowne oświadczenia na terminie rozprawy w dniu 8 lutego 2017 (k. 665) mimo sygnalizowania przez Sąd na możliwość przeprowadzenia takiego dowodu za biegłym sądowym. Każda ze stron procesu zobowiązana jest wykazać odpowiednio podnoszone twierdzenia i zarzuty, co wprost wynika z tzw. ciężaru dowodu. Mimo powyższego, żadna ze stron procesu takiego wniosku nie zgłosiła. Jednocześnie w ocenie Sądu nie było podstaw do działania Sądu

z urzędu w ww. zakresie. Zgodnie bowiem utrwalonym poglądem tak judykatury, jak i doktryny nie ma podstaw do działania przez sąd z urzędu, gdy obie strony od początku procesu są reprezentowane przez profesjonalnych pełnomocników, a spór należy do sporów typowych z danej dziedziny.

Roszczenia powódki wobec (...) Szpitala (...) Spółki z o.o. z siedzibą w W. nie były uzasadnione w świetle treści art. 415 i nast. k.c., który warunkuje odpowiedzialność zobowiązanego za bezprawne i zawinione działania lub zaniechania.

Przesłankami odpowiedzialności deliktowej z tytułu tzw. błędu lekarskiego jest zawinienie lekarza (czy też szerzej personelu medycznego), szkoda, oraz związek przyczynowy między szkodą, a zawinionym działaniem lub zaniechaniem lekarza. Między szkodą, a zawinionym działaniem lekarza musi zachodzić tzw. adekwatny związek przyczynowy (art. 361 § 1 k.c.). Podobne przesłanki muszą zaistnieć w przypadku żądania zadośćuczynienia za doznaną krzywdę (art. 448 k.c.) z tą jedynie różnicą, że w miejsce szkody wykazana musi być krzywda. Zadośćuczynienie ma kompensować nie tyle doznany ból spowodowany śmiercią osoby bliskiej, lecz przedwczesną utratę członka rodziny. Dobrem osobistym, którego naruszenie wymaga rekompensaty, jest zatem prawo do życia w rodzinie (P. Hyrlik "Zadośćuczynienie za śmierć tylko dla członków najbliższej rodziny", Rzeczpospolita z 9 lipca 2009 r.). W wypadku zadośćuczynienia znajdującego podstawę prawną w przepisie art. 448 k.c. ma ono pomóc dostosować się do nowej rzeczywistości, złagodzić cierpienie wywołane utratą osoby bliskiej. Pod uwagę przy uwzględnianiu szkody niematerialnej brane są pod uwagę takie elementy jak dramatyzm doznań osób bliskich zmarłego, poczucie osamotnienia, cierpienia moralne, wstrząs psychiczny wywołany śmiercią osoby najbliższej, rolę, jaką w rodzinie pełniła zmarła osoba, rodzaj i intensywność więzi łączącej poszkodowanego ze zmarłym, wystąpienie zaburzeń będących skutkiem śmierci, wiek poszkodowanego (tak: Sąd Apelacyjny w Łodzi w wyroku z dnia 11 lipca 2013 r., sygn. akt I ACa 220/13, Lex 1369350 oraz Sąd Apelacyjny w Katowicach w wyroku z dnia 10 października 2013 r., sygn. akt I ACa 604/13, Lex 1394202).

Na pojęcie winy lekarza w sytuacji tzw. błędu medycznego składa się zarówno element obiektywny w postaci naruszenia reguł prawidłowego postępowania, jak również element subiektywny (tzw. przypisywalność winy) w postaci przynajmniej niedbalstwa, czy też lekceważenia obowiązków. Podkreślić należy, że tylko zawiniony błąd lekarski może skutkować odpowiedzialnością lekarza, czy też placówki medycznej względem pacjenta. Działanie lub zaniechanie lekarza musi nosić znamiona bezprawności. Dopiero wówczas, gdy zaistnieją przesłanki pozwalające na przypisanie odpowiedzialności deliktowej lekarzowi, możliwe jest przypisanie tej odpowiedzialności (art. 430 k.c.) również szpitalowi w strukturze którego lekarz ten wykonuje swoją praktykę lekarską.

Jak wynika z treści art. 430 k.c. odpowiedzialność szpitala za zawiniony błąd medyczny lekarza opiera się na zasadzie ryzyka. Szpital nie może się więc uwolnić od odpowiedzialności powołując się np. na brak winy w wyborze lekarza, winy w zakresie nadzoru nad wykonywaniem powierzonych czynności, itp. Obowiązek odszkodowawczy po stronie szpitala nie powstaje jednak w przypadku, gdy lekarzowi nie można przypisać winy, bądź w razie braku którejkolwiek z pozostałych przesłanek odpowiedzialności np. związku przyczynowego między zawinionym działaniem lekarza a wyrządzoną szkodą.

Materiał dowodowy zgromadzony w niniejszej sprawie pozwolił na ustalenie, że działania podjęte przez personel medyczny szpitala, w szczególności w dniu 5 marca 2011 r., były prawidłowe i zostały podjęte zgodnie z obowiązującymi procedurami i sztuką medyczną. Dokonując powyższego ustalenia Sąd oparł się na wydanej w sprawie opinii biegłego (pisemnej i ustnej uzupełniającej) z zakresu medycyny sądowej, którą uznał za w pełni przekonującą, ale także na dowodach z dokumentów w tym przede wszystkim wynikach badań oraz historii choroby E. S. (2). Biegły na podstawie dołączonej do akt sprawy dokumentacji medycznej pacjenta wskazał, że działaniom lekarzy nie można przypisać żadnych nieprawidłowości i winy. Przede wszystkim działali oni według przyjętych standardów wykonywania tego rodzaju badań i z należytą starannością. Biegły podniósł, że w przypadku E. S. (2) zaistniał tzw. związek czasowy (zgon w szpitalu w bezpośrednim okresie pooperacyjnym), nie zaś związek przyczynowo – skutkowy, który należałoby wiązać z nieprawidłowym postępowaniem lekarskim. Wprawdzie biegły sygnalizował, że opisy stanu chorego w kolejnych dniach pobytu w Oddziale Ortopedii są lakoniczne bądź nieczytelne, lecz okoliczność ta nie stanowiła podstawy do stwierdzenia, że w placówce medycznej doszło do jakichkolwiek uchybień ze strony lekarzy sprawujących opiekę

nad pacjentem. Biegły początkowo zwracał uwagę na nieprawidłowe wyniki badań morfologicznych z dnia 25 lutego 2011 r. i 4 marca 2011 r. (podwyższony poziom leukocytozy i białka (...)), które powinny skutkować podjęciem działań diagnostycznych np. przez zlecenie konsultacji internistycznej. Zastrzeżenia biegłego dotyczyły również braku zainicjowania pogłębionej diagnostyki z próbą wykluczenia choroby rozrostowej oraz to, że pacjent nie został przed operacją skonsultowany ze specjalistą hematologiem. Z dokumentacji medycznej nie wynikało, aby obserwowano i odnotowywano oddawanie stolca przez pacjenta. Zaparcia u osoby w podeszłym wieku, zwłaszcza po zabiegu usunięcia nowotworu przewodu pokarmowego, były bowiem istotnym problemem, którego nie można było lekceważyć.

Pomimo powyższych uwag – dokonując całokształtu materiału dowodowego, w tym mając na względzie zeznania przesłuchanych lekarzy – biegły ustalił, że leczenie pacjenta po przyjęciu go do Oddziału, jak i leczenie bezpośrednio po zabiegu, było prawidłowe. Świadek A. P. (ortopeda) zeznał, że przed zabiegiem endoprotezy stawu kolanowego pacjent przechodzi procedurę kwalifikacyjną. Lekarz, który kwalifikuje pacjenta do operacji, informuje go o możliwych powikłaniach. Przeprowadzony uprzednio u E. S. (2) wywiad specjalistyczny przez anesteziologa i kardiologa nie pozwolił na przyjęcie, że istnieją przeciwwskazania do wykonania zabiegu operacyjnego. Pacjenta poinformowano przy tym o średnim ryzyku kardiologicznym operacji z uwagi na niedomykalność obu zastawek serca i jego przerost. J. S. przyznała, że gdyby E. S. (2) zgłaszał wówczas dolegliwości bólowe, zostałyby to odnotowane, a w szczególności – mogłyby stać się przyczyną dyskwalifikującą dalsze przygotowania go do operacji. Po konsultacjach przedoperacyjnych pacjent został jednak zakwalifikowany do zabiegu operacyjnego, który następnie przeprowadzono w dniu 1 marca 2011 r. Operacja alloplastyki totalnej cementowania prawego stawu kolanowego przebiegła prawidłowo bez powikłań. A. P. zeznał, że w pierwszych trzech dobach po zabiegu stan zdrowia E. S. (2) był stabilny, a ukrwienie i unerwienie operowanej kończyny prawidłowe. Nie zanotowano przy tym żadnych niepokojących objawów, które wskazywałyby na potrzebę natychmiastowej ingerencji lekarskiej. E. S. (2) otrzymywał po operacji preparaty h. jako profilaktykę przeciwzakrzepową oraz antybiotyk b. jako zabezpieczenie przed infekcją. Wskazaniem do ich kontynuacji był nie tylko przeprowadzony zabieg, ale też wciąż utrzymujący się wysoki poziom leukocytów oraz białka (...). Antybiotykoterapia była następnie kontynuowana do dnia 3 marca 2011 r. (cykle trzydniowe zgodnie z przyjętą procedurą, zob. zeznania K. K.), ponowiono ją dopiero w dniu 5 marca 2011 r., gdy po konsultacji internistycznej K. A. (1) wdrożyła k. ze względu na nasilone objawy stanu zapalnego u chorego. Jednodniowa przerwa w podawaniu antybiotyku (w dniu 4 marca 2011 r.) nie miała przy tym bezpośredniego wpływu na niepowodzenie akcji reanimacyjnej pacjenta.

Nie sposób również zgodzić się z powódką co do tego, że jej ojciec nie był w dostateczny sposób obserwowany i monitorowany, w szczególności – że nie zauważono u niego nieprawidłowości w postaci zaparć i dolegliwości brzusznych oraz nie podjęto w tym kierunku działań diagnostyczno – leczniczych. Z okoliczności sprawy wynika, że w trzeciej i czwartej dobie po zabiegu u chorego podjęto próby zachowawczego leczenia bólów brzucha. Początkowo podano pacjentowi C. i sól fizjologiczną w dawce 500 ml, a następnie ją dwukrotnie zwiększono wdrażając jednocześnie leki rozkurczowe N.. Wykonano też enemę, po której dolegliwości bólowe chorego ustąpiły. Takie postępowanie lekarzy należy uznać za prawidłowe, podjęte wówczas działania diagnostyczno – terapeutyczne zmierzały do poprawy stanu zdrowia pacjenta. Wbrew zarzutom powódki bóle brzucha E. S. (2) nie były bagatelizowane. Z raportów pielęgniarских wynika, że pacjent miał zaordynowane leki i personel reagował na zgłaszane dolegliwości. W takich sytuacjach reaguje się zachowawczo, skoro brak jest rozpoznania co do źródła tych schorzeń. Równocześnie nie można rozstrzygnąć, co było przyczyną występujących u E. S. (2) bóli. Mógł to być zarówno objaw zgłaszanych zaparć, jak i zrostów wewnątrzotrzewnowych (w sekcji zwłok stwierdzono masywne zrosty międzypętlowe w jamie otrzewnej). Jeżeli pacjent nie może zlokalizować bólu, to podaje się leki przeciwbólowe, rozkurczowe, hamujące, zmieniające działanie kwasu solnego, co uczynił dyżurny lekarz. Według oświadczeń świadka K. K. (ortopeda) kilka dni po zabiegu wezwano go na konsultację z uwagi na zgłaszane przez E. S. (2) dolegliwości w postaci zaparć i duszności. Informacje takie lekarz otrzymał od powódki. K. K. przeprowadził wtedy wywiad i badanie pacjenta, zlecił doraźne leczenie (czopek glicerynowy, A. 15 mg). Mając jednak na względzie niepowodzenie tej terapii lekarz zdecydował się skierować chorego na ponowną konsultację internistyczną. Zgodnie z twierdzeniami internisty K. A. (1) podczas badania E. S. (2) wykazywał on wyłącznie cechy świadczące o nieprawidłowej pracy jego układu oddechowego, miał też wysokie parametry stanu zapalnego, lecz bez objawów ze strony układu krążenia (dobre

ciśnienie krwi, prawidłowa praca serca, brak ostrego zapalenia stanu jamy brzusznej). Świadek zleciła zatem leczenie kolejnym antybiotykiem – k. oraz wykonanie innych specjalistycznych badań. Zgodnie z relacją świadka, w czasie tej konsultacji doszło do nagłego zatrzymania akcji serca pacjenta, wobec czego rozpoczęto pierwszy etap procesu ratunkowego. K. A. (1) sprawdziła funkcje życiowe chorego, a wobec braku tętna i oddechu, wdrożyła masaż serca i sztuczne oddychanie za pomocą worka ambu. W akcji restytucyjnej brał udział również Ł. N. (ortopeda). Jednocześnie zawiadomiono zespół reanimacyjny, który niezwłocznie przybył na miejsce zdarzenia. Anestezjolog A. Ż. natychmiast zaintubowała pacjenta, założyła mu wkłucie do żyły szyjnej zewnętrznej i rozpoczęła podawanie 1 adrenaliny i atropiny (co się uprzednio nie udało K. A. (1)), wentylowano przy tym chorego workiem oddechowym przez rurkę intubacyjną. Podczas procedury reanimacyjnej nie stosowano defibrylatora, co była właściwym postępowaniem. Biegły uznał, że skoro zatrzymanie krążenia u E. S. (2) początkowo nastąpiło w mechanizmie (...) (rozkojarzenie elektromechaniczne, gdy obecna jest czynność elektryczna serca jednak bez czynności mechanicznej jako pompy), a następnie w mechanizmie asystolii (brak czynności elektrycznej serca i hemodynamicznej), to nie było wskazań do korzystania z defibrylatora, zaś prawidłowo prowadzona akcja reanimacyjna powinna przebiegać bez użycia tego sprzętu. Zdaniem biegłego procedura ratunkowa prowadzona była przez fachowy personel. Nie można zatem zarzucić lekarzom biorącym udział w tej akcji jakiegokolwiek nieprawidłowego postępowania. Odczucia powódki i jej przekonanie co do licznych uchybień, jakich dopuścił się personel medyczny, są subiektywne i wynikają z emocji towarzyszących jej podczas prowadzenia czynności ratunkowych. Skoro akcja reanimacyjna zakończyła się niepowodzeniem i zgonem osoby dla niej bliskiej, to błędnie uznała, że musiało do tego dojść na skutek niewłaściwie podejmowanych działań przez lekarzy, a nie z przyczyn od nich zupełnie niezależnych.

Biegły sądowy zwrócił uwagę, że w dniu 5 marca 2011 r. E. S. (2) udał się do toalety. Jego wysiłki defekacyjne były wówczas bezskuteczne, jest zatem prawdopodobne, że związany z tym wysiłek fizyczny pracy tłoczni brzusznej z przewlekłą chorobą wieńcową serca zainicjował ostry epizod niedokrwienia mięśnia sercowego (zawał), który był przyczyną jego zgonu. E. S. (2) był człowiekiem schorowanym w zaawansowanym w wieku, z niewydolnością krążenia spowodowaną przebyłym zawałem i obecnością w obrębie lewej komory serca dużej blizny. Była to osoba, która miała przewlekłe zaostrome zapalenie wątroby i nerek, z zaawansowaną miażdżycą tętnic. Przebyty zabieg był w jego przypadku czynnikiem obciążającym, nie można jednak zarzucić lekarzom kwalifikującym pacjenta na operację błędną ocenę ryzyka zabiegowego. Istnienie wielu jednostek chorobowych (choroba nerek i wątroby, zrosty jamy brzusznej) zostało ujawnione dopiero w protokole sekcyjnym, tych informacji nie znali lekarze przed dokonaniem zabiegu. Ogólny stan zdrowia E. S. (2) nie wskazywał przy tym na konieczność odstąpienia od zabiegu, w szczególności w sytuacji, gdy kilka miesięcy wcześniej poddawany był on endoprotezie lewego stawu kolanowego i nie wiązano z tym jakichkolwiek skutków pozabiegowych. Przyczyną zgonu E. S. (2) w piątej dobie po operacji była ostra niewydolność krążeniowo – oddechowa w następstwie zawału mięśnia sercowego u osoby z pomiażdżycowym uszkodzeniu mięśnia sercowego. Do śmierci E. S. (2) mogło dojść w każdej chwili z uwagi na zaawansowane zmiany chorobowe w układzie krążenia, zaś rokowania powodzenia resuscytacji krążeniowo – oddechowej w jego przypadku nie były pomyślne. Okoliczności sprawy pozwalają zatem uznać, że działania podjęte przez personel medyczny pozwanego szpitala wobec E. S. (2) nie naraziły go na niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

Wobec braku przesłanki pozwalającej na przypisanie odpowiedzialności deliktowej lekarzom, nie było możliwe przypisanie tej odpowiedzialności również szpitalowi, w strukturze którego lekarze ci wykonują swoją praktykę lekarską, na podstawie przepisu art. 430 k.c. W związku z niewykazaniem działania pozwanego pozostającego w związku przyczynowym z doznaną przez powódkę krzywdą, powództwo oparte o treść art.415 k.c. w zw. z art.430 k.c., art.448 k.c. podlegało oddaleniu.

O kosztach procesu Sąd orzekł na podstawie art. 98 k.p.c. w zw. z art. 102 k.p.c., § 6 pkt 6 w zw. z § 2 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r., w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (tekst jednolity Dz. U. z 2013 r., poz. 490) zasądzać od powódki na rzecz pozwanego, który w całości wygrał niniejszy proces, kwotę 1.817,00 zł, na którą składają się kwota 1.800,00 zł stanowiąca 1/2 stawki wynagrodzenie pełnomocnika procesowego pozwanego, a także kwota 17 zł stanowiąca opłatę skarbową

uiszczoną przez pozwanego od udzielonego pełnomocnictwa procesowego. W ocenie Sądu zastosowanie art. 102 k.p.c. uzasadnione było przede wszystkim rodzajem dochodzonego roszczenia, a także pewnymi nieprawidłowościami pozwanego podczas hospitalizacji ojca powódki na co wskazał biegły sądowy, choć nie pozostawały one w adekwatnym związku przyczynowym ze śmiercią E. S. (2) (nieprawidłowe wyniki badań morfologicznych z dnia 25 lutego 2011 r. i 4 marca 2011 r. (podwyższony poziom leukocytozy i białka (...)), które powinny skutkować podjęciem działań diagnostycznych np. przez zlecenie konsultacji internistycznej, brak zainicjowania pogłębionej diagnostyki z próbą wykluczenia choroby rozrostowej czy brak zapisów w dokumentacji medycznej na temat tego, czy obserwowano i odnotowywano oddawanie stolca przez pacjenta), co mogło wzbudzić u niej przekonanie o zasadności dochodzonego roszczenia choćby w części. Jednocześnie Sąd nie uwzględnił w całości wniosku powódki o nieobciążanie jej kosztami zastępstwa procesowego, gdyż pozwany Szpital de facto poniósł koszty zastępstwa prawnego zatrudniając zawodowego pełnomocnika, który stawał się na terminach rozpraw, wnosił pisma procesowe oraz podejmował działania zmierzające do wyjaśnienia zaistniałej sprawy.

Dodatkowo Sąd miał na uwadze to, że koszty poniesione na opinie biegłego łącznie wyniosły 5.133,63 zł, oraz to, że powódka uiściła zaliczkę na poczet wynagrodzenia biegłego w wysokości 4.000,00 zł. Z uwagi na oddalenie jej roszczenia powódka powinna pokryć pozostałą część kosztów opinii biegłych tj. 1.133,63 zł (k. 552, k.646), którą to kwotę Sąd zarządził pobrać od powódki.

Mając na uwadze powyższe Sad orzekł jak w sentencji wyroku.

Zarządzenie: (...)