

Sygn. akt I C 1541/19

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 29 września 2020 r.

Sąd Okręgowy w Piotrkowie Trybunalskim, Wydział I Cywilny w składzie następującym:

Przewodniczący	Sędzia Alina Gąsior
Protokolant	Beata Gurdziołek

po rozpoznaniu w dniu 15 września 2020 roku w Piotrkowie Trybunalskim

na rozprawie

sprawy z powództwa S. A., M. A., P. A.-następców prawnych J. A.

przeciwko (...) Sp. z o.o. w T.

o odszkodowanie

- zasądza od pozwanego (...) Spółki z o.o. w T. na rzecz każdego z powodów - S. A., P. A. i M. A. kwotę po 33.000,00 (trzydzieści trzy tysiące 00/100) złotych na rzecz każdego z nich tytułem zadośćuczynienia należnego zmarłej powódce J. A.;
- oddala powództwo w pozostałym zakresie;
- nakazuje ściągnąć od pozwanego (...) Spółki z o.o. w T. na rzecz Skarbu Państwa- Sądu Okręgowego w Piotrkowie Trybunalskim kwotę 4.950,00 (cztery tysiące dziewięćset pięćdziesiąt 00/100) złotych tytułem opłaty sądowej od uwzględnionej części powództwa i kwotę 3.800,00 (trzy tysiące osiemset 00/ 100) tytułem zwrotu części wydatków poniesionych tymczasowo przez Skarb Państwa- Sąd Okręgowy w Piotrkowie Trybunalskim;
- nie obciąża powodów S. A., M. A., P. A. kosztami sądowymi od oddalonej części powództwa;
- znosi wzajemnie między stronami koszty procesu .

Sędzia Alina Gąsior

Sygn. akt IC 1541/19

UZASADNIENIE

W pozwie wniesionym w dniu 28 stycznia 2016 roku powódka J. A. wniosła o zasądzenie od pozwanego (...) spółki z o.o. w T. na swoją rzecz kwoty 220 tysięcy złotych za szkodę jaką poniosła w związku ze skutkami zaniedbań szpitala w T.. Powódka podała, że będąc osobą zdrową doznała ataku kamieni na woreczku, co miało miejsce w lutym 2013 roku. Szpital uznał, że powódka ma raka trzustki, co okazało się nieprawdą. W szpitalu powódka przeszła operację na raka trzustki, którego nie było. Po operacji nastąpiło wytrzewienie, czego lekarz nie zauważył. W 2014 roku powódka

ponownie trafiła do szpitala z owrzodzeniem nogi i wówczas przez zaniedbania szpitala doszło do sepsy. Zdaniem powódki doszło do zaniedbań ze strony szpitala i powódka stała się osobą niezdolną do samodzielnej egzystencji.

Postanowieniem wydanym dnia 4 marca 2020 roku Sąd zwolnił powódkę od kosztów sądowych w całości i ustanowił dla powódki pełnomocnika z urzędu.

W odpowiedzi na pozew złożonej w dniu 11 kwietnia 2016 roku pozwany reprezentowany przez pełnomocnika wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie od powódki na rzecz pozwanego kosztów postępowania.

Pozwany wskazał, że na żadnym etapie leczenia powódki nie doszło do nieprawidłowości. Powódka kilkakrotnie przebywała w szpitalu i za każdym razem zastosowane leczenie przynosiło poprawę. Jednocześnie pozwany podał, że z uwagi na ogólne informacje podane w pozwie trudno w sposób szczegółowy odnieść się do stawianych zarzutów.

W piśmie procesowym złożonym w dniu 11 kwietnia 2016 roku powódka reprezentowana przez pełnomocnika podtrzymała swoje stanowisko i zgłosiła szereg wniosków dowodowych. Jednocześnie pełnomocnik powódki wskazała, że nieprawidłowości w leczeniu powódki dotyczą jej pobytu w szpitalu w 2009 roku od 18 lutego do 13 marca 2013 roku oraz w 2014 roku.

W piśmie złożonym w dniu 29 kwietnia 2016 roku pozwany zgłosił wniosek o przypozwanie (...) S.A. w W., którego Sąd powiadomił o toczącym się postępowaniu, informując, że (...) może przystąpić do sprawy w charakterze interwenienta ubocznego. (...) nie przystąpił do sprawy w charakterze interwenienta ubocznego.

W piśmie złożonym w dniu 12 maja 2016 roku pozwany podniósł, że nie ponosi odpowiedzialności za ewentualne działania czy zaniechania odnoszące się do leczenia w lutym i marcu 2009 roku. Usługi medyczne świadczył wówczas samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, który już dawno został zlikwidowany. Pozwana spółka jako podmiot założycielski nie istniejącego już (...) Centrum (...) nie udzielała świadczeń zdrowotnych. W myśl art. 60 ust. 5 nie obowiązującej już ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej, odpowiedzialność za zobowiązania SPZOZ po jego likwidacji ponosi, m.in. jednostka samorządu terytorialnego, w tym przypadku Powiat (...).

Postanowieniem wydanym dnia 11 października 2019 roku Sąd zawiesił postępowanie w sprawie na podstawie art. 174 par. 1 pkt 1 k.p.c. z uwagi na śmierć powódki.

Po wskazaniu następców prawnych powódki, postanowieniem z dnia 20 listopada 2019 roku Sąd podjął postępowanie z udziałem S. A., M. A. i P. A..

Na rozprawie w dniu 15 września 2020 roku pełnomocnik powoda S. A. wniósł o zasądzenie na rzecz S. A. 1/3 dochodzonej przez zmarłą kwoty, tj. kwoty 73.333,33 zł.

Powód M. A. również wniósł o zasądzenie na swoją rzecz takiej samej kwoty.

Powód P. A. w piśmie złożonym w dniu 29 września 2020 roku wskazał, że jego stanowisko jest tożsame ze stanowiskiem ojca S. A. i brata M. A..

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

Powódka J. A. od wielu lat była osobą schorowaną. Cierpiała na aktywną postać reumatoidalnego zapalenia stawów, miała zwyrodnienia licznych stawów, brała silne leki immunosupresyjne, poza tym chorowała na chorobę niedokrwienną serca. Miała też anemię. W 2008 roku w okresie od 20 października do 6 listopada przebywała w Oddziale Chirurgicznym SP ZOZ w T. z powodu ostrego zapalenia trzustki. Po zastosowanym leczeniu zachowawczym, bez leczenia operacyjnego, chorą wypisano do domu z zaleceniem „kontrola w POZ, zabieg operacyjny za 2 – 3 miesiące”. W karcie nie podano żadnych zaleceń dotyczących diagnostyki nieprawidłowej zmiany w trzustce. W dniach 18 lutego – 13 marca 2009 roku chora przebywała w Oddziale Chirurgicznym SP ZOZ w T.. W rozpoznaniu

wypisowym wskazano „ guz głowy trzustki. Kamica pęcherzyka żółciowego. Choroba niedokrwienna serca. W.. Opis badania ultrasonograficznego jamy brzusznej podaje, między innymi, że w okolicy głowy trzustki torbiel z echogenicznymi masami w świetle o wym. 68x59 mm. Zastosowane leczenie obejmuje 1. laparotomia, R. abdominis. G. modo B. 24.02.2009, 2. R.. Wtórne zeszyt rany 08.03.2009 r. W zaleceniach nie wskazano na potrzebę dalszego diagnozowania guza głowy trzustki ani kwalifikacji do leczenia onkologicznego.

(dowód; dokumentacja lekarska – k. 42, 12, opinia biegłego onkologa E. W. – k. 215,216, opinia biegłego chirurga R. K. – k. 280)

W przypadku podejrzenia choroby nowotworowej konieczna jest dalsza diagnostyka i ewentualne leczenie. W przypadku J. A. chirurg prowadzący nie pokierował pacjentki do dalszej diagnostyki i leczenia. Dokumentacja lekarska potwierdza, że poinformowaną chorą o możliwości zabiegu operacyjnego z zapisem „zgodę wyraziła”, jednak w dokumentacji brak jest dowodu na świadome wyrażenie zgody na leczenie operacyjne, ani też poinformowania o możliwych powikłaniach. W dniu 24 lutego 2009 roku, wykonano u pacjentki USG jamy brzusznej i zaproponowano chorej zabieg operacyjny. W Protokole pooperacyjnym z dnia 24 lutego 2009 roku widnieje zapis „Uwidoczniono duży, twarde, nieruchomy guz trzustki pokryty żołądkiem, bez ewidentnych zmian meta w wątrobie. Węzły chłonne wzdłuż ogona trzustki powiększone, twarde. Ze względu na objawy upośledzonej drożności wykonano zespolenie żołądkowo – jelitowe przedokrężnicze i zespolenie B.. W dniu 25 lutego 2009 roku wpisano, że „z uwagi na zaawansowany proces nowotworowy zabieg paliatywny”.

W przypadku takiego podejrzenia klinicznego należy dążyć do potwierdzenia diagnozy choroby przez pobranie biopsji do oceny histopatologicznej, do czego najlepsze warunki są w trakcie zabiegu operacyjnego. U powódki takiego badania nie wykonano. Po kilku dniach od operacji, w dniu 28 lutego 2009 roku odnotowano stan podgorączkowy, a następnie gorączka wzrosła do 38.2 st. C.. Potwierdzono prawidłowe gojenie się rany. W dniu 4 marca 2009 roku w trakcie zmiany opatrunku stwierdzono ewentrację rany pooperacyjnej na całej długości i podłączono płyny dożylnie. Chora została zakwalifikowana na zabieg operacyjny, który przeprowadzono w dniu 8 marca 2009 roku – wtórne zeszyt rany.

J. A. przebywała w pozwanym szpitalu również w 2014 roku. Początkowo na Oddziale (...) Ogólnej, a następnie w dniach 26 czerwca – 3 lipca 2014 roku na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej T. z powodu owrzodzenia kończyny dolnej. Stwierdzono też „reumatoidalne zapalenie stawów z zajęciem innych narządów i układów, ostrą niewydolność nerek . Wstrząs inny”. W dokumentacji lekarskiej podano, że postępowanie pozwoliło na uzyskanie szybkiej poprawy i ponowne przeniesienie do Oddziału (...) w dniu 3 lipca 2014 roku, gdzie pacjentka przebywała do dnia 17 lipca 2014 roku. Następnie J. A. została przeniesiona na Oddział Chorób Wewnętrznych , gdzie przebywała do 20 sierpnia 2014 roku i została wypisana do domu z rozpoznaniem : „ Ostra niewydolność nerek. K. miażdżycowa w okresie niewydolności krążenia wg (...). Nadciśnienie tętnicze. Masywny refluks żółciowy do żołądka i przełyku. Owrzodzenie troficzne podudzi kończyn dolnych . R. zapalenie stawów. H.. H. przemijająca. Niedokrwistość makrocytarna. Stan po przebytych wstrząsach septycznym. Nieprawidłowa glikemia.

Opisy w dokumentacji lekarskiej nie zawierają żadnych informacji o aktywnej chorobie nowotworowej.

Torbiel trzustki rozpoznano u powódki już w trakcie jej pobytu w szpitalu w 2008 roku. Nie podjęto wówczas prób diagnostyki obejmującej możliwość badania płynu z torbieli , ani nie pobrano wycinków czy biopsji w trakcie laparotomii. Diagnostyka torbieli (guza trzustki) była niepełna. Decyzja o laparotomii nie była błędem. U powódki nie potwierdzono choroby nowotworowej, natomiast mimo jej podejrzenia nie podjęto próby diagnostyki w tym kierunku.

(dowód: dokumentacja lekarska – k.78-k.87, k.14,17,44 opinia biegłego onkologa E. W. – k.216-221)

Wieloletnie pogarszanie stanu zdrowia u powódki wynikało głównie z nasilenia reumatoidalnego zapalenia stawów, na które powódka brała leki przeciwbólowe – medrol, metotreksat oraz liczne zmiany skórne. W 2012 roku i w 2013 roku, mimo stwierdzonej grzybicy skóry i stwierdzenia owrzodzenia żyłaków ponownie przepisywano powódce metotreksat.

W kwietniu 2012 roku w trakcie wizyty domowej odnotowano, iż powódka została uderzona przez pijanego syna, doznając rozcięcia dolnej wargi, otarcia naskórka, twarzy i nosa. Pacjentka z trudem porusza się po domu”.

(dowód: opinia biegłego onkologa E. W. – k. 221, 222)

W trakcie pobytu powódki w szpitalu w 2009 roku postawiono diagnozę, że ma guza trzustki, jednak nie przeprowadzono żadnej diagnozy w tym kierunku. Zdaniem członków rodziny odwiedzającej wówczas powódkę, lekarze nie interesowali się jej stanem zdrowia.

W trakcie pobytu J. A. w szpitalu w 2014 roku, rodzina nie miała z nią kontaktu. Lekarz zainteresował się stanem pacjentki dopiero po interwencji rodziny. Po wyjściu ze szpitala w 2014 roku powódka była osobą leżącą, wymagała pomocy przy wszystkich codziennych czynnościach. Musiała być karmiona, korzystała z pampersów. Opiekował się nią mąż oraz syn. Powódka po wyjściu ze szpitala w 2014 roku była w złej kondycji psychicznej, była załamana. Po 2014 roku do powódki przychodziła opiekunka z MOPS – u oraz pielęgniarka, która zmieniała opatrunki, myła powódkę.

(dowód: zeznania świadków na rozprawie w dniu 7 czerwca 2016 roku – S. A. – protokół k. 192v, 193, M. A. – protokół k. 193v, 194, 194v, J. K. – protokół k. 194v, 195, zeznania powodów na rozprawie w dniu 15 września 2020 roku – S. A. – protokół k. 561v, M. A. – protokół k. 562)

Powódka została zakwalifikowana jako osoba trwale niezdolna do samodzielnej egzystencji . Orzeczenie zostało wydane po badaniu w dniu 6 maja 2013 roku.

(dowód: orzeczenie lekarza orzecznika – k. 9)

Zabiegi przeprowadzone w pozwanym szpitalu nie były przyczyną kalectwa J. A., której przyczyną było przede wszystkim reumatoidalne zapalenie stawów i wieloletnia terapia metotreksatem. Lek ten był wielokrotnie przepisywany powódce mimo aktywnych zakażeń skóry pod postacią grzybicy czy też niegojących się owrzodzeń skóry kończyn dolnych. Wieloletnia terapia metotreksatem mogła wpłynąć na ciężką niewydolność nerek i wstrząs septyczny, którego doznała powódka.

Kalectwo powódki i konieczność opieki oraz pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych pozostaje bez związku z zabiegami przeprowadzonymi w pozwanej jednostce.

(dowód: opinia biegłego onkologa E. W. – k. 223,224)

U powódki prawidłowo przeprowadzona diagnostyka i badania obrazowe prawdopodobnie nie doprowadziłyby do uniknięcia laparotomii. Operacja zwiadowcza – diagnostyczna, nie ma na celu leczenia, a rozpoznanie choroby. U powódki chirurg stwierdził śródoperacyjnie brak możliwości leczenia radykalnego, co spowodowało zmianę intencji zabiegu na paliatywny, to znaczy mający na celu zmniejszenie dolegliwości wtórnych do zmiany, pomimo braku możliwości usunięcia ich przyczyny.

(dowód: uzupełniająca opinia biegłego onkologa E. W. – k.247-251)

U powódki istniały wskazania medyczne do wykonania operacji chirurgicznej w 2009 roku. W historii choroby nie ma pisemnej zgody na zabieg, dlatego też nie wiadomo co zaproponowano powódce i czy w trakcie zabiegu zmieniono plan działania i zakres operacji. W dacie operacji istniały wskazania do laparotomii. Zespół operujący powinien był kontynuować zabieg i usunąć pęcherzyk, a nie wykonywać zespożeń jelitowo – żołądkowych i jelitowo – jelitowych, nie mając potwierdzenia że istniejący naciek trzustki jest chorobą nowotworowa. Przed zabiegiem należało wykonać badanie tomografii komputerowej brzucha lub badanie (...). W historii choroby nie ma też dokładnych obserwacji lekarskich, które powinny być napisane w dniach 19 lutego – 23 lutego 2009 roku. Do wytrzewienia u powódki doszło w wyniku tego, że był przeprowadzony zabieg operacyjny, po którym powłoki nie zdążyły zrosnąć się.

Dwa kolejne zabiegi operacyjne i wykonane dwa zespolenia jelitowe mogły pogorszyć stan zdrowia pacjentki. U powódki błędnie oceniono charakter choroby trzustki, co skutkowało zmianą zakresu operacji. Pacjentka nie została dostatecznie zdiagnozowana przed zabiegiem operacyjnym.

Po wyjściu ze szpitala w dniu 13 marca 2009 roku powódka mogła wymagać pomocy i opieki w zakresie 4 godzin przez 2 tygodnie, a następnie 2 godzin przez kolejne dwa tygodnie i 1 godziny dziennie przez okres dalszych 8 tygodni.

W wyniku dwóch zabiegów operacyjnych doszło u powódki do powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu, który wynosi 5%. Powódka mogła też doznać urazu psychicznego. Cierpienia powódki, które wystąpiły po zabiegach operacyjnych i po postawieniu nieprawdziwego rozpoznania choroby były długotrwałe.

Dwa zabiegi operacyjne przeprowadzone u powódki w 2009 roku nie poprawiły jej stanu zdrowia.

J. A., przed przyjęciem do szpitala w 2014 roku, miała już rozwijającą się sepsę. W szpitalu choroba osiągnęła pełny obraz i została rozpoznana. Lek, który powódka brała przez długi okres czasu, metotreksat, ubocznie obniża odporność, poza tym brała także steryd medrol, który także osłabia odporność organizmu na infekcje. Powódka cierpiała na owrzodzenia podudzi, grzybicę, niewydolność krążenia, białkomocz i inne schorzenia. Te czynniki predysponowały ją do rozwinięcia się infekcji ogólnoustrojowej tzw. sepsy. W trakcie pobytu w szpitalu, pobrano posiewy z miejsca wycieku na stopie i z owrzodzenia na podudziu i z tych wymazów wyhodowano gronkowca złocistego wrażliwego na liczne antybiotyki.

U powódki wystąpiła ostra niewydolność wielonarządowa w tym nerek w przebiegu wstrząsu septycznego. Nastąpiła też poinfekcyjna polineuropatia obwodowa, ruchowa, cztero kończynowa z przewagą niedowładu kończyn dolnych. Po przebytej sepsie wzrósł u powódki uszczerbek na zdrowiu, pozostawała w depresji, prowadziła łózkowy tryb życia. Wymagała kilku godzin opieki osób trzecich.

Po przyjęciu powódki do szpitala w 2014 roku, w pierwszych dniach hospitalizacji nie dostrzeżono objawów rozwijającej się infekcji ogólnoustrojowej. W dokumentacji lekarskiej widnieje zapis, że „stan pacjentki jest dobry”. W pierwszych dniach hospitalizacji 23 – 26 czerwca 2014 roku, pacjentka była niedokładnie badana i zbyt pasywnie leczona. W dniu 26 czerwca anestezjolog rozpoznał w pełni rozwinięty wstrząs septyczny. W dokumentacji lekarskiej nie są opisane działania, które podejmowano, aby do takiego stanu nie dopuścić.

(dowód: opinia biegłego chirurga R. K. – k. 279-285, opinia uzupełniająca – k. 303-305,359-361,378-380)

W 2014 roku, w chwili przyjęcia do szpitala, stan zdrowia powódki zagrażał jej życiu. Wstrząs septyczny obciążony jest śmiertelnością w około 40 procentach. Zastosowana wówczas terapia przeciwbakteryjna była niewystarczająca. Podanie antybiotyku w dniu 25 czerwca 2014 roku było spóźnione, podobnie jak i spóźniona była konsultacja anestezjologa. Rozwój wstrząsu septycznego nastąpił z powodu aktywnego procesu zapalnego, który towarzyszył owrzodzeniu podudzi, przewlekłej chorobie reumatycznej, zapaleniu stawów. Powódka przez długi czas przyjmowała leki, które wpływały hamująco na odporność i podnosiły ryzyko wystąpienia sepsy. Wystąpienie wstrząsu septycznego jest stanem zagrożenia życia. Powódka, w wyniku chorób w okresie pobytu na Oddziale (...) i Intensywnej Terapii, doznała cierpienia fizycznych i psychicznych, ale spowodowane one były jej chorobami i nie były związane z postępowaniem medycznym. Powódka była obciążona chorobami przewlekłymi, nie rokującymi wyleczenia.

Po przyjęciu powódki do szpitala, w dniu 23 czerwca 2014 roku jako lek przeciwbakteryjny podano B.. Lek ten nie był wskazany do leczenia zmian zapalnych tkanek miękkich jakie obserwowano u J. A.. Antybiotyk A. dożylnie podano dopiero w dniu 25 czerwca 2014 roku. Podanie tego leku było zgodne z zasadami i zaleceniami producenta. A. wprowadzona została zbyt późno. Powinna być podjęta z chwilą hospitalizacji, tj. w dniu 23 czerwca 2014 roku. Sporządzona dokumentacja lekarska z oddziału chirurgii jest mało czytelna i nie zawiera wyników badań dodatkowych z dni 23 – 25 czerwca 2014 roku.

Podanie antybiotyku w dniu 25 czerwca 2014 roku było spóźnione. Nadzór i obserwacja chorej nie były wnikliwe. Konsultacja anestezjologa, która miała miejsce w dniu 26 czerwca 2014 roku o godzinie 19:00, powinna być zrealizowana wcześniej. W dniu 26 czerwca 2014 roku rozpoznano u J. A. wstrząs septyczny. Do rozpoznania sepsy nie jest konieczne badanie mikrobiologiczne. Materiał do badania powinien być pobrany i przekazany do badania przed podaniem antybiotyku. Objawy opisane przez anestezjologa w dniu 26 czerwca 2014 roku w pełni pozwalają na rozpoznanie ciężkiej sepsy lub wstrząsu septycznego. Dokumentacja sporządzona w szpitalu nie pozwala stwierdzić kiedy został pobrany materiał mikrobiologiczny. Dokumentacja nie podaje również, czy poza USG D. zlecono inne badania dodatkowe. Brak również informacji o stanie ogólnym chorej w dniach 25 – 26 czerwca 2014 roku i pogorszeniu się stanu ogólnego w godzinach popołudniowych w dniu 26 czerwca 2014 roku. Wtedy można było najprawdopodobniej zaobserwować pierwsze objawy sepsy. Anestezjolog został wezwany do „założenia drogi dożylniej”, natomiast powinien być wezwany ze względu na zły stan ogólny chorej i wówczas wcześniejsze wezwanie anestezjologa skutkowałoby wcześniejszym rozpoznaniem sepsy. Dokumentacja lekarska nie wskazuje, aby powódka w dniach 23 – 26 czerwca 2014 roku miała monitorowane przyrządowo czynności życiowe. Brak jest również informacji o sposobie leczenia miejscowego.

(dowód: opinia biegłego z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii prof. dr. H.. W. K. – k. 462-470)

Nie jest możliwe ustalenie rozmiaru krzywdy, jakiej doznała powódka na skutek nieprawidłowości w postępowaniu personelu medycznego w trakcie jej pobytu w szpitalu w 2014 roku. Stan zdrowia pacjentki był wynikiem ciężkiej choroby realnie zagrażającej życiu. Nie można jednoznacznie wskazać, że prawidłowe postępowanie uchroniłoby powódkę od następstw choroby. Przyczyn rozwoju sepsy należy dopatrywać w aktywnym procesie zapalnym, który towarzyszył owrzodzeniu podudzi, przewlekłej chorobie reumatycznej leczonej metyloprednizolonem i metotreksatem. Oba te leki i choroba podstawowa wpływają hamująco na odporność i podnoszą ryzyko wystąpienia sepsy.

Wdrożenie prawidłowego postępowania najprawdopodobniej nie uchroniłoby chorej od choroby, a także w niedającym się określić stopniu od skutków, także odległych, niewydolności wielonarządowej. Pacjentka, w wyniku przebytej choroby – sepsy, doznała uszczerbku na zdrowiu, którego nie można ustalić, zwłaszcza wobec śmierci J. A. w 2019 roku. Nie można jednoznacznie ustalić, który z uszczerbków jest następstwem chorób pierwotnie ją obciążających oraz wieku, a który następstwem przebytego zakażenia i sepsy.

(dowód: opinia uzupełniająca biegłego z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii prof. dr. H.. W. K. – k.526-527)

Pobyt powódki w szpitalu, w 2009 roku, przebyte wówczas zabiegi operacyjne i informacja o chorobie nowotworowej były dla niej źródłem znacznego stresu. Doszło do urazu psychicznego, powódka odczuwała tę sytuację jako zagrażającą jej życiu. Powódka doznała długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w wysokości 5%. W 2019 roku powódka wykazywała zaburzenia depresyjne związane z jej ogólnym stanem somatycznym. Od 6 lat powódka była osobą leżącą, wymagającą całodobowej opieki. Miała liczne dolegliwości. Ta sytuacja wywoływała u powódki lęk, uczucie bezradności, żal z powodu utraconego zdrowia i zależności od rodziny. Przez rok czasu powódka pozostawała pod opieką psychologa.

(dowód: opinia biegłych psychologa M. P. i psychiatry B. J. – k. 403-407)

Sąd zważył co następuje:

W niniejszej sprawie powódka wywodziła swoje roszczenie odszkodowawcze z niewłaściwego leczenia, opieki i błędnej diagnozy, których to nieprawidłowości doznała w trakcie pobytu w szpitalu w T. w lutym i marcu 2009 roku oraz w czerwcu 2014 roku.

Zgodnie z art. 60 ust 5 nieistniejącej już ustawy z 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej odpowiedzialność za zobowiązania Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej przejmuje Skarb Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego, a zatem w niniejszej sprawie Powiat (...). W trakcie pobytu powódki w szpitalu w 2009 roku usługi medyczne świadczył samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, który został zlikwidowany. Pozwana spółka, w tym okresie nie udzielała świadczeń zdrowotnych i nie ponosi odpowiedzialności za zobowiązania SPZOZ.

Pozwany wskazał, że (...) rozpoczął udzielanie świadczeń zdrowotnych od 1 lipca 2009 roku.

Postępowanie dowodowe wykazało, że w trakcie pobytu powódki w szpitalu w 2009 roku doszło do szeregu nieprawidłowości, jak błędnie postawiona diagnoza, brak diagnostyki, niewłaściwy śródoperacyjny rodzaj zabiegu operacyjnego, nie zastosowanie właściwych sposobów na rozejście się ran pooperacyjnych, brak świadomej zgody pacjentki na leczenie operacyjne i brak informacji o możliwych powikłaniach, brak danych o obserwacjach lekarskich, lakoniczne opisy o stanie zdrowia pacjentki, jednak za wskazane uchybienia i niewłaściwe leczenie powódki w tym okresie pozwana spółka nie ponosi odpowiedzialności.

Jednocześnie Sąd uznał, że pozwany ponosi odpowiedzialność za nieprawidłowości, których dopuszczono się podczas leczenia powódki w 2014 roku.

Odpowiedzialność odszkodowawcza wynika z treści przepisu art. 415 k.c. i opiera się na trzech przesłankach w postaci: bezprawności działania lub zaniechania, winie osoby, która dopuściła się bezprawnego działania lub zaniechania i szkodzie będącej normalnym następstwem bezprawnego i zawinionego działania lub zaniechania. Stosownie do treści 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 czynności.

Przesłankami odpowiedzialności z art. 430 kc są: powierzenie na własny rachunek wykonania czynności podwładnemu, zawiniony czyn niedozwolony podwładnego, szkoda wyrządzona przy wykonywaniu powierzonych czynności oraz związek przyczynowy między czynem niedozwolonym podwładnego a szkodą. Ciężar dowodu przesłanek odpowiedzialności obciąża stronę powodową.

Podwładny przy wykonywaniu czynności nie jest samodzielny, jednakże pojęcie podporządkowania można rozumieć jako podporządkowanie tylko ogólnoadministracyjne, dlatego też stosunkiem podporządkowania obejmuje się także działanie zatrudnionych w zakładzie fachowców, którym przysługuje szeroki zakres samodzielności w podejmowaniu decyzji, jak na przykład lekarzy w zakresie diagnozy i terapii. Lekarz podlega ogólnoadministracyjnemu kierownictwu danej placówki medycznej, na jej rachunek wykonuje czynności lecznicze.

W zakresie samej przesłanki zawinięcia podwładnego wskazać należy, iż dopuszczalne jest stosowanie koncepcji winy anonimowej. Pozwala ona uznać winę określonej jednostki organizacyjnej na podstawie ustaleń niewłaściwego postępowania bliżej niezidentyfikowanych osób fizycznych, działających w danej strukturze. Nie jest więc konieczne identyfikowanie osób, które dopuściły się zaniechań, wykonując zabiegi wobec pacjenta. Wystarczy ustalić, że z pewnością należą do tej grupy osób, której powierzono wykonanie czynności. W praktyce oznacza to, że poprzestaje się na ustaleniu bezprawności zachowania podwładnego (por. wyrok SA w Gdańsku z dnia 9 października 2014 r., V ACa 674/13, L.). Bezprawnym działaniem (zaniechaniem) lekarza będzie zaś uchybienie obowiązkowi zawodowemu traktowanym szeroko, wynikającym z zasad wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii zawodowej. Winę należy utożsamiać z niedołożeniem wymaganej w stosunkach danego rodzaju staranności (por. wyrok SA w Białymstoku z dnia 9 maja 2013 r., I ACa 119/13, L.).

Również związek przyczynowy pomiędzy działaniami medycznymi a powstałą szkodą podlega udowodnieniu przez poszkodowanego, jednakże w przypadku roszczenia o naprawienie szkody wyrządzonej przy leczeniu, rygoryzm jest w znacznym stopniu złagodzony z uwagi na trudności z tym związane, w szczególności co do wykazania w sposób

absolutnie pewny związku przyczynowego między zdarzeniem sprawczym a szkodą. Jednak konieczne jest wykazanie dostatecznej dozy prawdopodobieństwa jego wystąpienia (wyroki Sądu Najwyższego z dnia 20 sierpnia 1968 r., II CR 310/68, z dnia 17 czerwca 1969 r., II CR 165/69 i z dnia 12 stycznia 1977 r., II CR 571/76). Jeżeli poszkodowany wykaże w znacznym stopniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy błędem sztuki lekarskiej a szkodą, to okoliczności podważające istnienie związku przyczynowego w tym zakresie powinien udowodnić pozwany.

Powódka, a następnie jej następcy prawni powoływali się na nieprawidłowe leczenie powódki, a właściwie brak takiego leczenia w trakcie jej pobytu w szpitalu w 2014 roku, a w konsekwencji nierozpoznanie we właściwym czasie rozwijającej się u powódki sepsy, co miało wpływ na pogorszenie jej stanu zdrowia.

W niniejszej sprawie z zebranego materiału dowodowego wynika, że powódka została przyjęta w dniu 23 czerwca 2014 roku na oddział pozwanego z rozwijającym się zakażeniem septycznym. Stan zdrowia powódki zagrażał jej życiu. Zastosowana wówczas terapia przeciwbakteryjna była niewystarczająca. Podanie antybiotyku w dniu 25 czerwca 2014 roku było spóźnione, podobnie jak i spóźniona była konsultacja anestezjologa. Rozwój wstrząsu septycznego nastąpił z powodu aktywnego procesu zapalnego, który towarzyszył owrzodzeniu podudzi, przewlekłej chorobie reumatycznej, zapaleniu stawów. Powódka przez długi czas przyjmowała leki, które wpływały hamująco na odporność i podnosiły ryzyko wystąpienia sepsy. Personel medyczny nie zastosował właściwego leczenia, poza tym powódka nie była należycie obserwowana, co skutkowało późnym rozpoznaniem sepsy.

Po przyjęciu powódki do szpitala, w dniu 23 czerwca 2014 roku jako lek przeciwbakteryjny podano B.. Lek ten nie był wskazany do leczenia zmian zapalnych tkanek miękkich jakie obserwowano u J. A.. Antybiotyk A. dożylnie podano dopiero w dniu 25 czerwca 2014 roku. A. wprowadzona została zbyt późno. Powinna być podjęta z chwilą hospitalizacji, tj. w dniu 23 czerwca 2014 roku. Sporządzona dokumentacja lekarska z oddziału chirurgii jest mało czytelna i nie zawiera wyników badań dodatkowych z dni 23 – 25 czerwca 2014 roku.

Niewątpliwym jest, że powódka była osobą schorowaną, co zaznaczyli wszyscy biegli sporządzający opinie, przyjmowała leki osłabiające odporność i mające uboczne skutki, co tym bardziej powinno wzmocnić czujność lekarzy dokonujących diagnostyki i leczenia, a tego ewidentnie zaniechano. Leczenie powódki w trakcie jej pobytu w szpitalu w 2014 roku było zbyt pasywne, co podkreślił w swojej opinii biegły chirurg.

Po opuszczeniu szpitala w 2014 roku powódka przez kolejne lata była osobą leżącą, wymagała całodobowej pomocy ze strony innych bliskich, była karmiona, korzystała z pampersów, nie była nawet w stanie samodzielnie zmienić pozycji.

Rozważając kwestię bezprawności należy zaznaczyć, że bezprawnym działaniem lekarza jest uchybienie obowiązkowi zawodowemu traktowanym szeroko, wynikającym z zasad wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii zawodowej. Winę należy utożsamiać z niedołożeniem wymaganej w stosunkach danego rodzaju staranności (por. wyrok SA w Białymstoku z dnia 9 maja 2013 r., I ACa 119/13, L.).

Przenosząc powyższe rozważania na grunt niniejszej sprawy Sąd uznał, że niewłaściwe leczenie powódki w 2014 roku, spóźnione podanie odpowiedniego antybiotyku, brak właściwych badań i nienależyta obserwacja pacjentki były działaniami i zaniechaniami bezprawnymi.

W ocenie Sądu pracownicy pozwanego szpitala, mimo ciężącego na nich prawnego obowiązku podejmowania działań służących ochronie zdrowia nie podjęli właściwego leczenia, a nawet nie podjęli czynności, które pomogłyby właściwie zdiagnozować powódkę i odpowiednio wcześniej rozpoznać rozwijającą się sepsę.

Przyjęcie winy jako przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej oznacza, że podstawą zasądzenia odszkodowania będzie każdy najmniejszy nawet stopień zawinięcia, a więc do granic culpa levisissima. Według dominującej obecnie w nauce prawa cywilnego teorii normatywnej wina sprowadza się najogólniej do możliwości postawienia sprawcy zarzutu niewłaściwego zachowania się. Przy takim założeniu niedbalstwo ocenia się według zobiektywizowanego kryterium staranności (stosowanie miernika in abstracto).

Kolejną przesłanką wymaganą przy odpowiedzialności odszkodowawczej jest istnienie związku przyczynowego pomiędzy bezprawnym działaniem bądź zaniechaniem personelu medycznego, a powstałą szkodą.

Zaznaczyć także należy, że w przypadku szkód związanych z leczeniem, poszkodowany z reguły nie jest w stanie w sposób ścisły udowodnić oddziaływania czynnika szkodzącego. W celu ułatwienia poszkodowanemu dochodzenia odszkodowania w orzecznictwie przyjmowana jest konstrukcja tzw. dowodu *prima facie*, który polega na wykazaniu prawdopodobieństwa istnienia związku przyczynowego. W wyroku z 17.6.1969 r. (II CR 165/69, L.) Sąd Najwyższy stwierdził, że "Istnienie takiego związku, gdy chodzi o zdrowie ludzkie z reguły nie może być absolutnie pewne, to też do przyjęcia go wystarcza, gdy jest on ustalony z dostateczną dozą prawdopodobieństwa".

W wyroku z 4.10.1974 r. (II CR 415/74, L.) Sąd Najwyższy uznał, że dla ustalenia odpowiedzialności za zakażenie w trakcie pobytu w szpitalu wystarczające jest udowodnienie złego stanu sanitarnego placówki, który stwarzał prawdopodobieństwo takiego zakażenia, nierealne jest stawianie przed poszkodowanym wymogu ścisłego udowodnienia, jakimi drogami infekcja przedostała się do organizmu. Podobnie w wyroku z 4.11.2005 r. (V CK 182/05, L.) Sąd Najwyższy przyjął, że dla przyjęcia istnienia związku przyczynowego między pobytym pacjentem w szpitalu a doznany zakażeniem wystarczające jest ustalenie istnienia "prawdopodobieństwa wysokiego stopnia".

Z zebranego w sprawie materiału dowodowego, w szczególności z opinii biegłego anestezjologa wynika, że nie jest możliwe ustalenie rozmiaru krzywdy, jakiej doznała powódka na skutek nieprawidłowości w postępowaniu personelu medycznego w trakcie jej pobytu w szpitalu w 2014 roku. Stan zdrowia pacjentki był wynikiem ciężkiej choroby realnie zagrażającej życiu. Nie można jednoznacznie wskazać, że prawidłowe postępowanie uchroniłoby powódkę od następstw choroby. Wdrożenie prawidłowego postępowania najprawdopodobniej nie uchroniłoby chorej od choroby, a także w niedającym się określić stopniu od skutków. Pacjentka, w wyniku przebytej choroby – sepsy, doznała uszczerbku na zdrowiu, którego nie można ustalić, zwłaszcza wobec śmierci J. A. w 2019 roku. Nie można jednoznacznie ustalić, który z uszczerbków jest następstwem chorób pierwotnie ją obciążających oraz wieku, a który następstwem przebytego zakażenia i sepsy.

Powódka od wielu lat była osobą leżącą, w 2019 roku wykazywała zaburzenia depresyjne związane z jej ogólnym stanem somatycznym. Powódka miała liczne dolegliwości i jak zaznaczyli biegli psychiatra i psycholog ta sytuacja wywoływała u powódki lęk, uczucie bezradności, żal z powodu utraconego zdrowia i zależności od rodziny. Przez okres roku powódka pozostawała pod opieką psychologa.

W ocenie Sądu, mimo braku jednoznacznego stanowiska i niemożności wskazania przez biegłych rozmiaru krzywdy doznanej przez powódkę w wyniku nieprawidłowości w postępowaniu personelu medycznego w trakcie jej pobytu w szpitalu w 2014 roku, niewątpliwym jest, że powódka doznała krzywdy, a prawidłowe postępowanie lecznicze być może uchroniłoby powódkę przed następstwami choroby lub też skutki te byłyby inne. Jak już zaznaczył Sąd, to właśnie po wyjściu ze szpitala w 2014 roku powódka stała się osobą leżącą, uzależnioną od innych osób, wymagała pomocy i wsparcia, korzystała z pomocy psychologa.

Sąd uznał, że istnieje wysokie prawdopodobieństwo, że uszczerbek na zdrowiu powódki, przynajmniej częściowo jest wynikiem błędnego leczenia i zaniechania w tym leczeniu przez personel medyczny, w trakcie pobytu powódki w szpitalu w 2014 roku. W związku z tym istnieje prawdopodobieństwo związku przyczynowo - skutkowego pomiędzy tym działaniem, a właściwie brakiem odpowiedniego działania a zaistniałą szkodą.

Z uwagi na spełnienie wszystkich przesłanek odpowiedzialności deliktowej określonych w przepisach art. 415k.c. w związku z art. 430 k.c. Sąd uznał, że roszczenie powódki jest częściowo zasadne wobec pozwanego.

Przedmiotem żądań powódki było zadośćuczynienie za doznaną krzywdę. Zgodnie z art. 445 § 1 k.c. w wypadkach przewidzianych w artykule poprzedzającym, Sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.

W praktyce najczęstszą podstawą zadośćuczynienia za krzywdę jest właśnie uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia. Chodzi tu o krzywdę ujmowaną jako cierpienie fizyczne (ból i inne dolegliwości), cierpienia psychiczne (ujemne uczucia przeżywane w związku z cierpieniami fizycznymi lub następstwami uszkodzenia ciała albo rozstroju zdrowia w postaci np. zeszpecenia, niemożności uprawienia działalności artystycznej, naukowej, wyłączenie z normalnego życia itp.).

Zadośćuczynienie pieniężne ma na celu przede wszystkim złagodzenie tych cierpień, ma więc ono charakter całościowy i winno stanowić rekompensatę pieniężną za całą krzywdę doznaną przez poszkodowanego, ponieważ mowa jest o „odpowiedniej sumie tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę”, przyznawaną jednorazowo.

Przepisy kodeksu cywilnego nie zawierają żadnych kryteriów, jakie należy uwzględniać przy ustalaniu wysokości zadośćuczynienia pieniężnego, ponieważ wypracowała je judykatura, szczególnie Sądu Najwyższego. Kierując się tymi wskazaniem można ogólnie stwierdzić, że określając wysokość zadośćuczynienia, Sąd powinien wziąć pod uwagę wszystkie okoliczności mające wpływ na rozmiar doznanej krzywdy, a zwłaszcza stopień i czas trwania cierpień fizycznych i psychicznych (pobyt w szpitalu, bolesność zabiegów, dokonywane operacje, leczenie sanatoryjne itp.), trwałość skutków czynu niedozwolonego (kalectwo, oszpecenie, bezradność życiową, poczucie nieprzydatności), prognozy na przyszłość (polepszenie lub pogorszenie stanu zdrowia), wiek poszkodowanego (zwykle większą krzywdą jest kalectwo dla osoby młodszej), niemożność wykonywania ulubionego zawodu, uprawiania sportu, pracy twórczej, artystycznej, zawarcia związku małżeńskiego, posiadania dzieci, utratę kontaktów towarzyskiego, możliwości atrakcyjnych wyjazdów, wycieczek, chodzenia do teatru, kina, na plażę itp., a także ewentualne przyczynienie się poszkodowanego do powstania lub zwiększania szkody (art. 362 k.c.).

Zadośćuczynienie z art. 445 k.c. ma, więc przede wszystkim charakter kompensacyjny i tym samym jego wysokość musi przedstawiać jakąś ekonomicznie odczuwalną wartość. Wysokość ta nie może być jednak nadmierna w stosunku do doznanej krzywdy i aktualnych stosunków majątkowych społeczeństwa, a więc powinna być utrzymana w rozsądnych granicach (tak SN w wyroku z dnia 26 lutego 1962r., IV CR 902/61, OSNCP z 1963., poz. 105; w wyroku z dnia 24 czerwca 1965r., I CR 203/65, OSPiKA z 1966r., poz. 92; w wyroku z dnia 22 marca 1978r., IV CR 79/79, niepubl.).

Przenosząc powyższe rozważania na grunt rozpoznawanej sprawy należy zaznaczyć, że powódka, w trakcie pobytu w pozwanej jednostce w 2014 roku, nie była właściwie leczona i diagnozowana. Jej leczenie biegły chirurg określił jako pasywne. Mimo stanu zagrażającemu życiu pacjentki personel medyczny nie podjął właściwych działań, aby podjąć skuteczne leczenie. Ogólnoustrojowe zakażenie organizmu zostało rozpoznane ze znacznym opóźnieniem, a zastosowane początkowo leczenie było niewłaściwe, a co za tym idzie nieskuteczne. W konsekwencji, powódka, która już była osobą bardzo schorowaną, musiała zmagać się z kolejną chorobą, bez właściwego rozpoznania i leczenia. Po wyjściu ze szpitala, powódka była już osobą leżącą, wymagała stałej pomocy innych osób, zmagając się z bólem i cierpieniem zarówno fizycznym jak i psychicznym. Odczuwała żal z powodu utraconego zdrowia, miała poczucie bezsilności. Z opinii lekarskich wynika, że doznała uszczerbku na zdrowiu, chociaż biegli nie byli w stanie sprecyzować stopnia tego uszczerbku, z uwagi na liczne schorzenia powódki występujące już wcześniej.

W ocenie Sądu, wysokość uszczerbku na zdrowiu jest jedynie okolicznością pomocniczą, przy ustalaniu zadośćuczynienia. Dlatego też, mając na uwadze całokształt postępowania dowodowego, zasadnym było przyznanie na rzecz powódki zadośćuczynienia w kwocie około 100.000 złotych.

Z uwagi na śmierć powódki w toku postępowania, Sąd zasądził na rzecz jej następców prawnych kwoty po 33.000 zł na rzecz każdego z nich tytułem zadośćuczynienia należnego powódce. Sąd miał na uwadze, że wszyscy powodowie wnieśli o zasądzenie jednakowych kwot, zgodnie ze stanowiskiem pełnomocnika powoda S. A..

Z uwagi na brak żądania odsetek, zadośćuczynienie zostało zasądzone bez ustawowych odsetek za opóźnienie.

Jednocześnie Sąd na podstawie art. 113 ust. 1 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych w związku z art. 100 k.p.c. obciążył pozwanego kosztami sądowymi od uwzględnionej części powództwa. Na kwotę tę złożyła się opłata sądowa wynosząca 4.950,00 zł od uwzględnionej części powództwa i kwota 3.800,00 zł tytułem zwrotu części wydatków poniesionych przez Skarb Państwa (45% z kwoty 8.446, 61 zł)

O kosztach procesu Sąd orzekł na podstawie art. 100 k.p.c. zgodnie z zasadą stosunkowego rozliczenia kosztów. Powództwo zostało uwzględnione w około 50 procentach, dlatego też Sąd zniósł wzajemnie między stronami koszty procesu.

Sąd, mając na uwadze charakter dochodzonego roszczenia i sytuację majątkową zmarłej powódki J. A. oraz powoda S. A., nie obciążył powodów kosztami sądowymi od oddalonej części powództwa, przejmując koszty na rachunek Skarbu Państwa.

SSO Alina Gąsior

z/ odpisy doręczyć pełnomocnikom stron.