

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 10 marca 2014 r.

Sąd Okręgowy w Łodzi, w II Wydziale Cywilnym,

w składzie: Przewodniczący: SSO Mariola Kaźmierak

Protokolant: sekr. sąd. Dorota Jankiewicz

po rozpoznaniu w dniu 26 lutego 2014 r. w Łodzi

na rozprawie

sprawy z powództwa M. K.

przeciwko Spółdzielni Pracy Lekarzy (...) w Ł., Wojewódzkiej (...) w Ł., Wojewódzkiemu Ośrodkowi (...)w Ł. , (...) Zespołowi (...) w Ł. i Wojewódzkiemu (...) im. dr W. B. w Ł.

przy udziale interwenientów ubocznych (...) S.A. z siedzibą w Ł. i (...) S.A. w W.

o 365.530,03 zł.

1.zasądza solidarnie od Spółdzielni Pracy Lekarzy (...) w Ł., Wojewódzkiej (...) w Ł., Wojewódzkiego Ośrodka (...)w Ł. , (...) Zespołu (...) w Ł. i Wojewódzkiego (...) im. dr B. w Ł. na rzecz M. K. następujące kwoty;

A.150.000 zł. (sto pięćdziesiąt tysięcy złotych) z tytułu zadośćuczynienia wraz z ustawowymi odsetkami:

- od kwoty 80.000 zł. (osiemdziesiąt tysięcy złotych) od pozwanych Spółdzielni Pracy Lekarzy (...) w Ł. i Wojewódzkiej (...) w Ł. od dnia 22 grudnia 2010 roku, zaś od pozwanych Wojewódzkiego Ośrodka (...)w Ł. , (...) Zespołu (...) w Ł. i Wojewódzkiego (...) im. dr B. w Ł. od dnia 10 maja 2011 roku

- i od kwoty 70.000 zł (siedemdziesiąt tysięcy złotych) od wszystkich pozwanych od dnia 13 sierpnia 2013 roku do dnia zapłaty,

B. 95.406,76 zł. (dziewięćdziesiąt pięć tysięcy czterysta sześć złotych, siedemdziesiąt sześć groszy) z tytułu odszkodowania wraz z ustawowymi odsetkami:

- od kwoty 50.000 zł. (pięćdziesiąt tysięcy złotych) od pozwanych Spółdzielni Pracy Lekarzy (...) w Ł. i Wojewódzkiej (...) w Ł. od dnia 22 grudnia 2010 roku, zaś od pozwanych Wojewódzkiego Ośrodka (...)w Ł. , (...) Zespołu (...) w Ł. i Wojewódzkiego (...) im. dr B. w Ł. od dnia 10 maja 2011 roku

- i od kwoty 45.406,76 zł. (czterdzieści pięć tysięcy czterysta sześć złotych, siedemdziesiąt sześć groszy) od wszystkich pozwanych od dnia 29 czerwca 2013 roku do dnia zapłaty,

C.70.000 zł (siedemdziesiąt tysięcy złotych) z tytułu zaległych rat renty na zwiększone potrzeby za okres od 16 sierpnia 2010 roku do dnia 30 czerwca 2013 roku wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 29 czerwca 2013 roku do dnia zapłaty ,

D. **po 3.100 zł.** (trzy tysiące sto złotych) miesięcznie począwszy od 1 lipca 2013 roku i na przyszłość z tytułu renty na zwiększone potrzeby, płatnej do dnia 10 – tego każdego miesiąca wraz z ustawowymi odsetkami w przypadku uchybienia terminu płatności którejkolwiek z rat,

E. **4.920,37 zł.** (cztery tysiące dziewięćset dwadzieścia złotych, trzydzieści siedem groszy) z tytułu zwrotu kosztów procesu;

2. oddała powództwo w pozostałej części;

3. nakazuje pobrać solidarnie od Spółdzielni Pracy Lekarzy (...) w Ł., Wojewódzkiej (...) w Ł., Wojewódzkiego Ośrodka (...) w Ł., (...) Zespołu (...) w Ł. i Wojewódzkiego (...) im. dr B. w Ł. na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Łodzi kwotę 19.676,70 zł. (dziewięćnaście tysięcy sześćset siedemdziesiąt sześć złotych, siedemdziesiąt groszy) z tytułu nie uiszczonych kosztów sądowych ;

4. odstępuje od obciążenia powódki kosztami sądowymi od oddalonej części powództwa.

Sygn. akt IIC 1116/10

UZASADNIENIE

W pozwie z dnia 16 sierpnia 2010 roku, skierowanym przeciwko Samorządowi Województwa (...) – Pogotowiu (...) w Ł., Wojewódzkiemu Ośrodkowi (...) w Ł., Wojewódzkiemu (...) im. dr B. w Ł., (...) Zespołowi (...) im. dr B. w Ł., Spółdzielni Pracy Lekarzy (...) w Ł., M. K. wniosła o solidarne zasądzenie od pozwanych kwoty 50.000 zł z tytułu odszkodowania, 80.000 zł z tytułu zadośćuczynienia i po 2.000 zł miesięcznie tytułem renty związanej z utratą zdolności zarobkowania i zwiększeniem się potrzeb oraz zmniejszeniem widoków na przyszłość, płatnej do dnia 10 – tego każdego miesiąca.

W uzasadnieniu swego żądania powódka wskazała, iż wszystkie pozwane placówki w okresie od czerwca do 17 sierpnia 2007 roku dopuściły się względem niej zaniedbań mających cechy błędu medycznego, które skutkowały dwukrotnymi udarami, w następstwie których powódka jest osobą niepełnosprawną i nie zdolną do samodzielnej egzystencji.

(pozew k- 2-6)

W odpowiedzi na pozew z dnia 4 stycznia 2011 roku **Wojewódzka (...) w Ł.** nie uznała powództwa i wniosła o jego oddalenie oraz zasądzenie zwrotu kosztów procesu. Pozwana przyznała, iż w dniach 9 czerwca i 15 sierpnia 2007 roku udzielała powódce doraźnej pomocy lekarskiej. Wobec nie stwierdzenia stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego u powódki, lekarze po zabezpieczeniu w leki, nie podjęli decyzji o hospitalizacji. Schorzenie powódki ma charakter przewlekły i wymagało systematycznego leczenia i rehabilitacji. Brak jest jakiegokolwiek związku przyczynowego pomiędzy stanem powódki z doraźną pomocą pozwanego.

Na podstawie art. 84 kpc pozwany wniosł o powiadomienie o toczącym się postępowaniu ubezpieczyciela – (...) S.A.

(odpowiedź na pozew k- 61-62)

Samorząd Województwa (...) wniosł w dniu 9 lutego 2011 roku o odrzucenie pozwu, a na wypadek nie uwzględnienia tegoż zarzutu o oddalenie powództwa. Ten pozwany podniósł tylko, iż każda z pozwanych jednostek medycznych jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej i posiada osobowość prawną zatem nie ma potrzeby pozywania Samorządu jako organu założycielskiego

(odpowiedź na pozew k- 79-81)

W piśmie z dnia 17 maja 2011 roku powódka cofnęła powództwo wobec Samorządu Województwa (...).

(pisma k- 110 i 125)

W odpowiedzi na pozew z dnia 20 maja 2011 roku **(...) im. dr W. B. w Ł.** również nie uznał powództwa i wniósł o jego oddalenie oraz zasądzenie zwrotu kosztów procesu. Ten pozwany wniósł także o powiadomienie o toczącym się postępowaniu ubezpieczyciela (...) S.A. w Ł. . Pozwany podniósł, iż brak było podstaw do hospitalizacji powódki , dlatego też skierowanie powództwa przeciwko niemu uznać należy za chybione.

(odpowiedź na pozew wraz z wnioskiem o przyznanie k- 128-132)

(...) Zespół (...) w Ł. w odpowiedzi na pozew z dnia 24 maja 2011 roku także nie uznał swej odpowiedzialności. W pierwszej kolejności podniósł zarzut przedawnienia, a na wypadek jego nie uwzględnienia brak przesłanek odpowiedzialności pozwanego szpitala. Wniósł także o zasądzenie na jego rzecz zwrotu kosztów postępowania. Pozwany wskazał, iż powódka przebywała w jego szpitalu od 17 sierpnia do 12 września 2007 roku, kiedy to po przeprowadzeniu badań zdiagnozowano udar niedokrwieny lewej półkuli mózgu z niedowładem prawostronnym i afazją. Dzień 12 września 2007 roku uznać należy jako dzień, w którym powódka dowiedziała się o szkodzie. Wystąpienie z pozwem w dniu 11 marca 2011 roku uznać należy za spóźnione.

Na podstawie art. 84 kpc pozwany wniósł o powiadomienie o toczącym się postępowaniu ubezpieczyciela – (...) S.A.

(odpowiedź na pozew k- 140-143)

Wojewódzki Ośrodek (...)w Ł. wniósł odpowiedź na pozew w dniu 27 maja 2011 roku, w której to nie uznał powództwa i wniósł o jego oddalenie oraz zasądzenie zwrotu kosztów postępowania. Pozwany przyznał, iż powódka była jego pacjentką u lekarza poz, poradni rehabilitacyjnej i odbyła konsultację neurologiczną. Lekarze pozwanego podjęli wobec chorej prawidłowe działania medyczne i nie stwierdzili objawów udaru niedokrwienego. Pacjentka zaś otrzymała skierowania na badania diagnostyczne, konsultacje specjalistyczne oraz skierowanie do szpitala. Takie działania leżały w zakresie kompetencji lekarza poz.

Na podstawie art. 84 kpc pozwany wniósł o powiadomienie o toczącym się postępowaniu ubezpieczyciela – (...) S.A.

(odpowiedź na pozew k- 155-158)

Postanowieniem z dnia 12 lipca 2011 roku Sąd Okręgowy w Łodzi umorzył postępowanie wobec Województwa (...).

(postanowienie k- 189)

W dniu 11 sierpnia 2011 roku Towarzystwo (...) S.A. w Ł. przystąpiło do sprawy w charakterze interwenienta ubocznego po stronie pozwanego (...) im. Dr B. w Ł.. Interwenient wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie od powódki zwrotu kosztów procesu. Podniósł, iż odpowiedzialność ubezpieczonego opiera się na zasadzie winy, a powódka do chwili obecnej winy pozwanego szpitala nie wykazała.

(interwencja uboczna k- 191)

Spółdzielnia Pracy Lekarzy (...) w Ł. odpowiedź na pozew wniosła na rozprawie w dniu 12 września 2011 roku. Ta pozwana również wniosła o oddalenie powództwa i zasądzenie na jej rzecz zwrotu kosztów procesu.

Na podstawie art. 84 kpc wniosła o powiadomienie o toczącym się postępowaniu ubezpieczyciela – (...) S.A. Pozwana zgłosiła zarzut przedawnienia. Przyznała, iż w dniu 2 sierpnia 2007 roku przeprowadziła konsultację neurologiczną oraz badanie USG tętnic szyjnych powódki . Pozwana zaprzeczyła jednak twierdzeniom z pozwu jakoby lekarz neurolog jeszcze tego samego dnia zapoznał się z wynikiem tegoż badania. Brak jest zatem podstaw do przyjęcia odpowiedzialności pozwanej. Jako datę, w której powódka dowiedziała się o szkodzie na osobie ta pozwana wskazuje dzień 12 sierpnia 2007 roku.

(odpowiedź na pozew k- 234 – 236)

Pismem procesowym z dnia 28 czerwca 2013 roku powódka rozszerzyła powództwo w ten sposób, że od kwoty zadośćuczynienia zażądała odsetek ustawowych od dnia wytoczenia powództwa tj. 16 sierpnia 2010 roku oraz rozszerzyła żądanie w zakresie odszkodowania o kwotę 58.330,03 zł . Wniosła ponadto o zasądzenie odsetek ustawowych od kwoty 50.000 zł od wytoczenia powództwa i od kwoty 58.330,03 zł. od dnia rozszerzenia powództwa. Powódka rozszerzyła także żądanie renty na zwiększone potrzeby z kwoty po 2.000 zł miesięcznie od kwoty po 3.100 zł. Wskazała datę początkową naliczania renty po 2.000 zł na dzień 17 sierpnia 2007 roku , zaś renty po 3.100 zł poczynając od dnia doręczenia pisma rozszerzającego powództwo i na przyszłość, płatnej do 10 – tego każdego miesiąca wraz z ustawowymi odsetkami w razie uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat. Ponadto powódka wskazała, iż na kwotę odszkodowania składają się koszty leczenia, opieki nad powódką, rehabilitacji i dojazdów do szpitala członków rodziny powódki w okresie od 17 sierpnia 2007 roku do **16 sierpnia 2010 roku**. Przy wyliczaniu renty jako datę początkową powódka wskazała ten sam dzień 16 sierpnia 2010 roku. Na wysokość renty składają się również koszty opieki, rehabilitacji i leczenia.

(pismo procesowe k- 499-503)

Ponownie powództwo zostało rozszerzone w dniu 12 sierpnia 2013 roku. Powódka zażądała kwoty 150.000 zł z tytułu zadośćuczynienia , wnosząc o zasądzenie odsetek ustawowych od rozszerzonej kwoty 70.000 zł od dnia rozszerzenia powództwa do dnia zapłaty.

(pismo procesowe k- 679-680)

W dniu 6 sierpnia 2013 roku do sprawy przystąpił w charakterze interwenienta ubocznego po stronie Specjalistycznego (...)– ubezpieczyciel (...) S.A. Interwenient zasadniczo nie zajął merytorycznego stanowiska w sprawie, a jedynie wskazał, iż nie wyklucza możliwości zawarcia ugody. Na rozprawie jednak przedstawiciel interwenienta nie stawił się.

(interwencja k- 669)

Strony prowadziły negocjacje ugodowe, lecz nie przyniosły one rezultatu. Stanowiska stron w toku procesu nie uległy zmianie, z wyjątkiem zgłoszenia na ostatniej rozprawie przez Wojewódzki Ośrodek (...)zarzutu przedawnienia roszczenia.

(protokół skrócony k- 806 v)

Sąd Okręgowy ustalił, co następuje:

W maju 2007 roku, 56 letnia M. K. zaczęła skarżyć się na coraz częstsze bóle, zawroty głowy i drętwienie prawej ręki. Powódka zaczęła wtedy mieć także problemy z mową. W tym okresie powódka, poza nadciśnieniem, na nic innego się nie leczyła.

(zeznania świadka M. N. k- 272 i T. K. k- 804, 00:34:54)

W dniu 8 czerwca 2007r. powódka zgłosiła się do lekarza rodzinnego w Wojewódzkim Ośrodku (...). Lekarz internista odnotował, iż pacjentka leczy się powodu nadciśnienia, zgłosiła się z powodu drętwienia prawej ręki od około 2 tygodni, zgłasza osłabienie prawej kończyny górnej i skierował na konsultację neurologiczną.

(historia choroby k- 18)

Tego samego dnia 08 czerwca 2007r. odbyła się konsultacja neurologiczna, również w (...), podczas której odnotowano naczyniopochodne bóle głowy, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa szyjnego. Zalecono regularne przyjmowanie leków i kontrole u lekarza prowadzącego.

(historia choroby k 18 odwrót i k 19)

W dniu 09 czerwca 2007r. rodzina powódki wezwała do niej Pogotowie (...). Rozpoznano „nerwica”, podano iniekcję H. 1 ampulkę. Pacjentkę pozostawiono w domu.

(zaświadczenie (...). K 11 akt)

W dniu 17 lipca 2007 r. powódka zgłosiła się do lekarza rodzinnego w (...), który skierował ją na badanie neurologiczne. U powódki wdrożono rehabilitację kręgosłupa. Kolejne badanie lekarza rodzinnego miało miejsce w dniu 27 lipca 2007 roku , kiedy to oceniono samopoczucie powódki jako „nieco lepsze; ciśnienie krwi w normie”.

(dokumentacja medyczna k- 21 odwrót)

Powódka, wobec nasilających się dolegliwości, w dniu 2 sierpnia 2007 roku zdecydowała się na zasięgnięcie porady neurologicznej w Spółdzielni Pracy Lekarzy (...) w Ł., ul. (...). Lekarz neurolog dr S. zleciła badanie USG Doppler tętnic szyjnych, które to wykonano w tej samej placówce niezwłocznie o godzinie 9.47. Badaniem tym stwierdzono zwężenie prawej tętnicy szyjnej wewnętrznej do 88% oraz zwężenie lewej tętnicy szyjnej wewnętrznej do wartości powyżej 75% i odwrócenie przepływów w obu tętnicach ocznych. Z wynikiem badań powódka i jej mąż wrócili do neurologa, który obejrzał wynik. Neurolog przepisał powódce leki: Betaserc i Nilogrin i wyznaczył termin następnej wizyty kontrolnej za 2 tygodnie. Dzień 2 sierpnia 2007 roku był to czwartek. Lekarz neurolog przyjmował w spółdzielni od godziny 9.00 do 11.00.

(dokumentacja medyczna, wynik badania k 13-14, , zeznanie M. G. k- 366 v i J. S. k- 367, zeznanie świadka T. K. 01;06;18 k-805v)

W dniu 10 sierpnia 2007r. powódka ponownie udała się do lekarza rodzinnego (...), który wystawił jej skierowanie do szpitala z rozpoznaniem „nadciśnienie tętnicze”.

(dokumentacja medyczna k-10)

Powódka tego samego dnia zgłosiła się do Izby Przyjęć Chorób Wewnętrznych (...) im. B.. Tutaj odmówiono hospitalizacji. Wpis konsultanta jest mało czytelny.

(dokumentacja medyczna k- 10 odwrót)

W dniu 14 sierpnia 2007r. powódka zgłosiła się do lekarza neurologa w NZOZ (...), gdzie rozpoznano „niedowład prawostronny i nadciśnienie tętnicze” powódkę skierowano do Oddziału Neurologicznego w Szpitalu im. (...) w Ł..

W dniu 14 sierpnia 2007r. powódka zgłosiła się , ale nie została przyjęta do Oddziału Neurologicznego w Szpitalu im. (...) w Ł.. Powódka miała wtedy ze sobą badanie USG Dopplera, z którym lekarz pełniący dyżur zapoznał się. Wyznaczono jej termin przyjęcia na dzień 17 sierpnia 2007r., mimo stwierdzonych zmian w tętnicach szyjnych i objawów niedowładu prawostronnego.

(dokumentacja k- 33, księga odmów k-263-264 , zeznania świadka A. P. k- 397 – 397v)

W dniu 15 sierpnia 2007r powódka ponownie wezwała Pogotowie (...). Stwierdzono: nadciśnienie tętnicze, niedowład lewostronny, nerwica. Powódki nie przewieziono do szpitala ze względu na „ogólny stan dobry, wyznaczony termin do szpitala na dzień 17. 08. 2007r.” Mąż powódki pokazywał lekarzowi z pogotowia wyniki badań, w tym USG-D tętnic szyjnych.

(zaświadczenie K 12 akt, zeznania T. K. k-805v, 01:13:30))

Powódka zgłosiła się do Oddziału Neurologicznego w Szpitalu im. (...) w Ł. w dniu 17 sierpnia 2007r. Przy przyjęciu stwierdzono niedowład połowiczy prawostronny z dodatkim objawem Babińskiego i afazją. Po przyjęciu do szpitala jej

stan uległ dalszemu pogorszeniu, objawy niedowładów połowiczego prawostronnego uległy nasileniu. W wykonanym w dniu 20 sierpnia 2007r. badaniu CT głowy u powódki stwierdzono udar niedokrwienny lewej półkuli mózgu w okolicy czołowo - ciemieniowej. Ta zmiana nałożyła się na wcześniejsze obszary poniedokrwienne mózgu. W trakcie hospitalizacji w Oddziale Neurologicznym ponownie wykonano badanie USG Doppler tętnic szyjnych. Chora bez zaleceń konsultacji w Poradni Chirurgii Naczyniowej czy też możliwości i celowości leczenia operacyjnego tętnic szyjnych przewieziona na Oddział Rehabilitacji Neurologicznej w Szpitala (...).

(dokumentacja k- 251-276)

Na tymże oddziale powódka przebywała do dnia 22 października 2007 roku z rozpoznaniem udaru lewej półkuli z niedowładem prawostronnym i afazją. Przy wypisie odnotowano, iż pacjentka chodzi o trójnogu z zaleceniem leczenia neurologicznego i wskazaniem do kontynuacji leczenia usprawniającego.

(dokumentacja medyczna k- 278)

W dniach 12 - 13 czerwca 2008 roku powódka była rehabilitowana na Oddziale (...) Szpitala im. K. (...) w Ł..

W dniu 19 lutego 2009r. u powódki wykonano ponowne badanie USG Doppler tętnic domózgowych. Stwierdzono istotne hemodynamiczne zwężenie w opuszcze prawej tętnicy szyjnej wewnętrznej do 90%, a lewa tętnica szyjna była niedrożna. Powódka została zakwalifikowana do leczenia operacyjnego w Oddziale Chirurgii Naczyniowej (...) im. K., gdzie przebywała w dniach od 7 do 10 kwietnia. W dniu 08 kwietnia 2009r. dokonano udroźnienia prawej tętnicy szyjnej wewnętrznej metodą ewersji (wycinowania).

(dokumentacja medyczna k – 282)

W okresie od 30 kwietnia 2009 roku do 11 maja 2009 roku M. K. była poddana rehabilitacji na Oddziale Rehabilitacji (...) im. M. C. w Z..

(dokumentacja k- 610)

W dniu 16 sierpnia 2009r. u powódki wystąpił udar mózgu niedokrwienny nawracający z niedowładem prawostronnym i afazją mieszaną głównie ruchową. Powódkę hospitalizowano w Oddziale Neurologicznym (...) przy ul. (...) w Ł. do dnia 4 września 2009 roku. Badania obrazowe tętnic domózgowych wykonane w tym czasie wykazały utrzymującą się niedrożność lewej tętnicy szyjnej wewnętrznej oraz stan po operacyjnym udroźnieniu prawej tętnicy szyjnej wewnętrznej z utrzymującym się zwężeniem prawej tętnicy szyjnej wewnętrznej do 60% światła. Kolejna rehabilitacja miała miejsce w okresie od 4 września do 27 października 2009 roku w SPZOZ im. B. w Ł.

(karta informacyjna K 284 -287akt)

W dniu 25 stycznia 2010 roku u powódki wykonano zabieg udroźnienia lewej tętnicy szyjnej wewnętrznej metodą ewersji (wycinowania).

(dokumentacja k- 283)

Tętnice szyjne wewnętrzne stanowią główną drogę napływu krwi do mózgu, stąd upośledzenie ich drożności wyjątkowo niekorzystnie odbija się na zaopatrzeniu mózgu w krew. Zmiany o typie miażdżycy zarostowej tętnic szyjnych poddają się leczeniu chirurgicznemu - możliwe jest usunięcie blaszek miażdżycowych zwężających światło tętnic lub wprowadzenie stentów do zwężonych odcinków tętnic celem ich rozszerzenia.

Leczenie operacyjne takich zmian należy do chirurgii naczyniowej lub do tzw. radiologii zabiegowej, natomiast kwalifikacji do leczenia operacyjnego lub endowaskularnego dokonuje się wspólnie ze specjalistami z zakresu neurologii i/lub okulistyki. Leczeniem udarów niedokrwiennych mózgu w Polsce zajmują się głównie specjaliści

neurologii i chorób wewnętrznych. Natomiast tacy specjaliści jak radiolodzy zabiegowi i chirurdzy naczyniowi zajmują się udrażnianiem tętnic domózgowych.

Pierwsze przesłanki, wskazujące na konieczność poddania powódki konsultacji chirurga naczyniowego, pojawiły się po badaniu USG Doppler tętnic szyjnych wykonanym w dniu 2 sierpnia 2007r. w Spółdzielni Lekarzy (...), Ł. ul. (...). U powódki stwierdzono wówczas zmiany wywołane miażdżycą zarostową tętnic szyjnych, pod postacią krytycznych zwężeń obu tętnic szyjnych (zwężenie prawej tętnicy szyjnej wewnętrznej do 88% oraz zwężenie lewej tętnicy szyjnej wewnętrznej do wartości powyżej 75% i odwrócenie przepływów w obu tętnicach ocznych). Po tej dacie powódka zasięgała porad lekarskich w następujących placówkach służby zdrowia:

w Izbie Przyjęć (...) im. B. w dniu 10 sierpnia 2007r. - lekarze winni już znać wynik badań USGD tętnic szyjnych i przynajmniej poinformować powódkę o możliwości leczenia chirurgicznego,

w Izbie Przyjęć Oddziału Neurologicznego Szpitala dr B. w dniu 14 sierpnia 2007r., gdzie u powódki rozpoznano - połowiczny niedowład prawostronny", a mimo tego nie przyjęto jej do szpitala ,

-wizyta domowa Pogotowia (...) w dniu 15 08 2007 godz. 19,11

gdzie mimo rozpoznania niedowładu mylnie rozpoznanego jako niedowład połowiczny (lewostronny) powódkę pozostawiono w domu.

Postępowanie diagnostyczne i lecznicze we wszystkich wymienionych placówkach służby zdrowia nie było prawidłowe z przyczyn chirurgicznych.

Po dacie 2 sierpnia 2007r., kiedy był już znany wynik badania USGD tętnic domózgowych u powódki istniały wskazania przynajmniej do konsultacji chirurga naczyniowego. W żadnej z placówek medycznych nie udzielono powódce, ani informacji, ani stosownej konsultacji chirurgicznej. Wywiad chorobowy u powódki oraz prezentowane objawy kliniczne mogły sugerować konieczność wdrożenia stosownej diagnostyki naczyniowej tętnic domózgowych już w czerwcu 2007 roku. Z przyczyn chirurgicznych u powódki istniały wskazania zarówno do wdrożenia wcześniejszej diagnostyki jak i do wcześniejszej hospitalizacji pacjentki.

Z dokumentacji medycznej dołączonej do akt oraz przedstawionej przez powódkę nie wynika fakt poinformowania jej o możliwościach leczenia chirurgicznego. W rubryce „Zalecenia” karty informacyjnej Oddziału Neurologii z dnia 12. 09. 2007r. zapisano: „chora przeniesiona do Oddziału Rehabilitacji Szpitala (...)”. Należy uznać, że powódce nie udzielono właściwych zaleceń dotyczących możliwości leczenia chirurgicznego.

Obecnie za wskazanie do udroźnienia tętnicy szyjnej wewnętrznej uważa się:

- Zwężenie większe lub równe 70% u chorych, u których stwierdzono pojedyncze lub mnogie epizody TIA w ciągu ostatnich 6 miesięcy.
- Przebycie małego udaru w okresie ostatnich 6 miesięcy.
- Bezobjawowe zwężenia większe lub równe 75%, przy istniejącym zwężeniu tętnicy szyjnej wewnętrznej po stronie przeciwległej ponad 75 %
- Jednostronne lub obustronne bezobjawowe zwężenie większe lub równe 70%

U osoby z TI A w wywiadzie, u której konieczne jest pomostowanie aortalno-wieńcowe lub inna duża operacja.

- U chorych, u których zwężenie tętnicy szyjnej wewnętrznej było przyczyną niedokrwienia mózgu (TIA lub udaru) wskazanie do operacji istnieje bez względu na obecność lub brak uszkodzenia blaszki miażdżycowej i wcześniejsze leczenie antyagregacyjne.

Według wielu operatorów, wskazaniem do udrażniania tętnicy szyjnej wewnętrznej, jest także bezobjawowe zwężenie tętnicy szyjnej wewnętrznej, wiefcsar niż 60%. Kryterium to dotyczy szczególnie pacjentów z niestabilnymi złoгами miażdżycowymi.

Chorzy z bezobjawowym zwężeniem i po epizodzie TTA lub amaurosis fugax. powinni być operowani jak najszybciej, po przeprowadzeniu badań i potwierdzeniu obecności zwężenia tętnicy szyjnej wewnętrznej.

Przeciwwskazaniami do operacji udrożnienia tętnicy szyjnej wewnętrznej, są ciężkie schorzenia ogólne, wskazujące c/as oczekiwanego przeżycia do 1 roku niedrożność tętnicy oraz świeże ognisko niedokrwienne mózgu. Reasumując: wynik badania USGD tętnic szyjnych u powódki z 2 sierpnia 2007 r. był wskazaniem do podjęcia zabiegowego leczenia naczyniowego. a przynajmniej skierowania powódki na konsultację chirurga naczyniowego.

Za prawdopodobną przyczynę udaru niedokrwiennego mózgu u powódki należy uznać należy upośledzenie dopływu krwi do mózgu wskutek krytycznego zwężenia obu tętnic szyjnych wewnętrznych. Bezpośrednia przyczyna uniedrożnienia tętnicy nie jest znana (zakrzep czy zator).

Przy wdrożeniu właściwych procedur medycznych w stosownym czasie, przed wystąpieniem udaru niedokrwiennego mózgu, z przeważającym prawdopodobieństwem można było uchronić pacjentkę przed wystąpieniem tak nasilonego udaru niedokrwiennego mózgu. Bardzo ważnym elementem postępowania jest zmniejszenie ryzyka nawrotu udaru. Ten etap postępowania obejmuje ocenę przyczyn powstałego udaru oraz wszystkich czynników ryzyka i chorób towarzyszących. Również stosuje się leki przeciwzakrzepowe, zarówno z grupy leków przeciwplatekcyjnych jak i antykoagulantów albo nawet obie te grupy leków łącznie. Należy wykryć i leczyć wszystkie potencjalnie odwracalne nieprawidłowości w zakresie serca, aorty, naczyń dogłowych i naczyń mózgowych. Ciężkie zwężenie naczyń szyjnych oraz mózgowych można leczyć technikami operacyjnymi lub wewnątrznacyniowymi wymienionymi wyżej.

W stosunku do pacjentów z udarem obowiązują dwie zasady postępowania: - 1 – sz

aby uchronić tkanki przed uszkodzeniem niedokrwiennym konieczne jest natychmiastowe udrożnienie zamkniętej tętnicy, a 2 występowanie i ciężkość krwawień można zmniejszyć poprzez wczesną aktywną interwencję pod warunkiem, że nastąpi ona w czasie krótszym niż 6-8 godzin od pojawienia się objawów. Najkorzystniejsze w tym zakresie jest stosowanie aktywatorów plazminogenu, których działanie polega na upłynnianiu skrzeplin. Takie były możliwości skutecznego leczenia powódki w stosownym czasie.

Udar niedokrwienny mózgu stanowi stan bezpośredniego zagrożenia życia. Z danych uzyskanych w procesie diagnostycznym u powódki wiadomo, że cierpiała ona na wyjątkowo nasiloną postać miażdżycy tętnic szyjnych. Tętnice szyjne wewnętrzne stanowią główną drogę napływu krwi do mózgu, stąd upośledzenie ich drożności wyjątkowo niekorzystnie odbija się na zaopatrzeniu mózgu w krew. Biorąc pod uwagę przytoczone wyżej zasady postępowania oraz aktualny stan wiedzy, można odpowiedzieć, iż stwierdzone nieprawidłowości w leczeniu powódki pozostają w związku przyczynowym z jej aktualnym stanem zdrowia głównie ze względu na istotne opóźnienie we wdrożeniu leczenia chirurgicznego zwężenia i niedrożności tętnic szyjnych wewnętrznych.

W sytuacji objawowego zwężenia tętnic szyjnych wedle Wytycznych opracowanych przez zespół Konsultanta Krajowego w dziedzinie chirurgii naczyniowej z 5 kwietnia 2006 roku powódka w terminie krótszym niż miesiąc powinna być poddana operacji. Każda z placówek medycznych mogła się podjąć, bądź przynajmniej skierować na taką operację. Gdyby taka operacja odbyła się ryzyko wystąpienia udaru byłoby mniejsze.

Aktualnie u powódki utrzymuje się niedowład prawostronny z afazją na tle przebytych udarów niedokrwiennych mózgu. Powódka jest całkowicie zależna od osób trzecich, jest osobą niezdolną do samodzielnej egzystencji. Zmiany w mózgu u powódki są utrwalone i nieodwracalne. Obecnie powódka jest niezdolna do samodzielnej egzystencji, jest całkowicie zależna od otoczenia, wymaga stałej opieki i pomocy osób trzecich w życiu codziennym.

Powódka jest poddawana zabiegom rehabilitacyjnym w zakresie narządu ruchu oraz mowy.

(opinia pismena biegłego chirurga naczyniowego prof. M. G. (2) k- 401 -407 v, ustna k-490, krajowe wytyczne k-486)

Z punktu widzenia neurologicznego powódka jest w stanie:

- po przebytych dwukrotnym (17.08.2007 i 16.08.2009 r.) udarze niedokrwiennym lewej półkuli mózgu z prawostronnym niedowładem spastycznym znacznego stopnia i afazją ruchową znacznego stopnia w przebiegu zmian miażdżycowych tętnicy szyjnej wewnętrznej lewej,

-po zabiegach operacyjnych metodą ewersji udrażniających kolejno tętnice szyjne wewnętrzne , zwężonych krytycznie w przebiegu miażdżycy. Ma także nadciśnienie tętnicze, jest otyła i stwierdzono nikotynizm w wywiadzie.

Postępowanie lekarzy wszystkich pozwanych placówek medycznych było nieprawidłowe, miało w zasadzie działanie kaskadowe i pozostaje w związku z obecnym stanem powódki.

Powódka na wizycie w dn. 02.08.2007 otrzymała od neurologa pracującego w Spółdzielni Pracy Lekarzy (...) w Ł. kierowanie na badanie USGD tętnic szyjnych, co było postępowaniem prawidłowym. Należy przyjąć, iż kierując na to badanie lekarz miał określone oczekiwania diagnostyczne związane z tym badaniem. Jeśli nawet nie znał wyników tego badania w tym samym dniu, to winien się z nim zapoznać niezwłocznie.. Wykonane w dn. 02.08.2007 roku badanie USGD tętnic szyjnych było wskazaniem do hospitalizacji w trybie pilnym, wykonania badania TK głowy i zaproponowania leczenia operacyjnego. A zatem decyzja o odroczeniu przyjęcia do szpitala była błędna ponieważ w sytuacji krytycznego zwężenia tętnic szyjnych i przy zgłaszanych w wywiadzie dolegliwościach nie można przewidzieć, kiedy dokona się udar.

W zaleceniach wypisowych ze Szpitala (...) na karcie informacyjnej nie ma wzmianki o możliwości i celowości leczenia operacyjnego tętnic szyjnych ani o konieczności konsultacji w Poradni Chirurgii Naczyniowej. Nie ma też zaleceń kontroli badania USGD. W epikryzie brak też odniesienia do badania USG-D wykonanego w dn. 02.08.2007r., bardziej niepokojącego w treści, niż badanie wykonane w Oddziale. Brak też zalecenia zaprzestania palenia papierosów. Zalecenia odnośnie terapii farmakologicznej mieszczą się w granicach zaleceń powszechnie stosowanych i należy je uznać za właściwe.

Jednym z najważniejszych elementów zapobiegania udarowi mózgu jest czas. Jak najszybsze przewiezienie chorego do szpitala i wykonanie niezbędnych badań diagnostycznych stwarza możliwość podejmowania właściwych form terapii i skutecznego zapobiegania wczesnym powikłaniom. Traktowanie udaru mózgu jako stan ; bezpośredniego zagrożenia życia, podobnie jak to ma miejsce w przypadku zawału serca oraz przyjęcie zasady, że czas to mózg, a udar mózgu to atak mózgu, co zostało już powszechnie zaakceptowane w USA i krajach Unii Europejskiej, pozwoli na osiągnięcie znacznie lepszych wyników leczenia.

W chwili podjęcia podejrzenia zagrażającego udaru mózgu lub postawienia rozpoznania udaru mózgu pacjent wymaga pilnej diagnostyki w warunkach szpitalnych. Sytuację taką należy traktować jako stan bezpośredniego zagrożenia życia, zwłaszcza, że nie da się przewidzieć dynamiki tej sprawy chorobowej. Niestety, objawy neurologiczne przepowiadające możliwość wystąpienia udaru nie zawsze są jednoznaczne i często są mylone zwłaszcza z chorobami kręgosłupa lub uszkodzeniami nerwów obwodowych. Problem postawienia niewłaściwej diagnozy u pacjenta z takimi objawami dotyczy częściej lekarzy ogólnych, ale zdarza się również neurologom. W przypadku powódki przed datą 17.08.2007 tj datą przyjęcia do Oddziału Neurologii S.. Im. J. B. występowały prawdopodobnie kilka tygodni wcześniej objawy odpowiadające najprawdopodobniej krótkim incydentom TI A (przemijającego niedokrwienia mózgu) pod postacią drętwienia prawej kończyny górnej, które potraktowano jako objawy choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa szyjnego.

Obecnie u powódki stwierdza się utrwalony znacznego stopnia spastyczny niedowład prawostronny z afazją ruchową, agrafią i aleksją znacznego stopnia. Niedowład ten jest wypadkową obu przebytych toż stronnych udarów mózgu.

Na skutek przebytych udarów powódka doznała trwałego uszczerbku na zdrowiu w wysokości 80% wg p. 5b tabeli oraz 80% wg p.1 a tabeli.

Powódka wymaga stałej opieki osób trzecich w codziennych czynnościach życiowych i nie jest zdolna do samodzielnej egzystencji.

Ze wskazań ściśle neurologicznych chora przyjmowała w różnych okresach: Nootropil, Cavinton, Nilogrin, Polocard - są to leki nierefundowane i średnio miesięcznie koszt tych leków zamykał się w granicach 120-150 zł miesięcznie.

Palenie tytoniu jest tylko jednym z czynników ryzyka chorób naczyniowych, głównie serca i mózgu, w tym również udaru mózgu. Do czynników tych poza tym należą m. in.: nadciśnienie tętnicze, migotanie przedsionków, wady zastawkowe serca, otyłość, cukrzyca, zaburzenia gospodarki lipidowej, czynniki genetyczne itd.. Tak więc nie można wybiórczo traktować nikotynizmu jako jedyne go czynnika powodującego „zmiany w naczyniach, które skutkowały udarem mózgu” zwłaszcza, iż powódka chorowała na nadciśnienie i miała w wywiadzie udarowe obciążenie rodzinne.

(opinia pismena biegłego neurologa A. N. k- 448-452 i ustna k- 487v-489v)

Po zakończeniu leczenia neurologicznego przeniesiono powódkę do Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej, w którym osiągnęła zdolność samodzielnego poruszania się z pomocą trójnoga po płaskich, bezpiecznych podłożach na kilkumetrowych odcinkach. Po wypisie z Oddziału Rehabilitacji celem utrzymania osiągniętego stanu czynnościowego, usprawniana była w domu przez prywatnie opłacanego fizjoterapeutę 6 x w tygodniu po 60 min. oraz 1 x w tygodniu przez logopedę. Koszt 1 terapii fizjoterapeutycznej wynosił 40zł, a terapii logopedycznej 50zł.

Od stycznia 2008r. rehabilitacja prowadzona była ambulatoryjnie 2 x w tygodniu w Poradni Rehabilitacji, a w pozostałe dni tygodnia nadal w domu.

W maju 2009r. przebywała w Oddziale Rehabilitacji, w którym przeprowadzono usprawnianie metodami neurofizjologicznymi. Po powrocie do domu usprawnianie było prowadzone w systemie jak przed zabiegiem operacyjnym.

W sierpniu 2009r. z powodu udaru niedokrwienne go nawracającego, powódka była hospitalizowana w Oddziale Neurologii, a następnie usprawniana w Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej do końca 2009 r..

W styczniu 2010r. przeprowadzono zabieg udrożnienia lewej tętnicy szyjnej wewnętrznej z powodu jej krytycznego zwężenia. Kolejna rehabilitacja neurologiczna stacjonarna przeprowadzona była w kwietniu/maju 2011 r..

W okresach przebywania powódki w domu tj. od grudnia 2009 r. do września 2013 r. rehabilitacja domowa prowadzona była przez 5 dni w tygodniu przez prywatnego fizjoterapeutę - koszt 1 terapii wynosi 50 zł oraz 1 x w tygodniu przez logopedę — koszt 50zł. We wrześniu 2013r. przyznano powódce rehabilitację domową refundowaną przez NFZ. Od października 2013r. ponownie jest prowadzona prywatna rehabilitacja domowa.

Powódka rozumie co się do niej mówi, wypowiada pojedyncze słowa, nie czyta, ogląda telewizję. Budowa ciała prawidłowa. U podstawy szyi obustronnie blizny pooperacyjne. Kręgosłup z pogłębioną kyfozą piersiową i wygładzoną lordozą. Ruchomość kręgosłupa szyjnego w granicach normy. Ocena ruchomości kręgosłupa piersiowo-lędźwiowego niemożliwa z powodu niedowładu kończyn prawych nadmiernej otyłości.

Kończyny lewe w ułożeniu pośrednim, bez zaników mięśniowych z pełną ruchomością we wszystkich stawach. Kończyna górna prawa w zgięciu w stawie łokciowym i przywiedzeniu do tułowia, z zaciśniętymi palcami w dużą pięść.

Powódka jest praworęczna. Wykorzystując wyłącznie lewą rękę spożywa przygotowane pokarmy, zakłada obuwie ortopedyczne i z pomocą trójnoga wstaje. Pozycję stojącą, z kończynami prawymi w ustawieniu Wernickiego- Manna, utrzymuje z podporem. Chód koszący z pomocą trójnoga możliwy kilkunastometrowych odcinkach po płaskim podłożu. Chodzenie

o schodach bardzo utrudnione z pomocą trójnoga i osoby towarzyszącej.

Powódka wymaga rehabilitacji w systemie ciągłym przez całe życie. Mimo braku szans na powrót czynności struktur nerwowych uszkodzonych przez udar, poprzez usprawnianie dąży się do poprawy zaburzonych funkcji i kończyn pobudzając mechanizmy kompensacji i wykorzystując zjawiska adaptacji do niesprawności. Zaniechanie usprawniania prowadziło do powstania wtórnych patologii pod postacią narastania w kończynach i niedowładnych przykurczów stawowych, skostnień okołostawowych, odwapnień kości, podwichnięcia w stawie ramiennym, przeprostu w stawie kolanowym oraz odleżyn.

Rehabilitacja powódki powinna polegać na usprawnianiu metodami: tradycyjnymi z zastosowaniem ćwiczeń biernych i biernych-redresyjnych stawów kończyn prawych, ćwiczeń czynnych w odciążeniu, ćwiczeń czynnych wolnych kończyn prawych, ćwiczeń koordynacyjnych kończyn i reedukacji chodu;

metodami neurofizjologicznymi:

- metodą PNF opartą na założeniu, że człowiek dorosły może odzyskać utraconą funkcję ruchową poprzez stopniowe uczenie się jej z wykorzystaniem swoich wcześniejszych doświadczeń w okresie rozwoju ruchowego w dzieciństwie,

- metodą NDT (Bobathów) opierająca się na założeniu, że istotą deficytu ruchowego w uszkodzeniu OUN jest zaburzenie prawidłowych odruchów postawy służących do koordynacji ruchów w przestrzeni i ich kontroli w stosunku do otoczenia. relaksacyjnymi wykorzystującymi elementy psychoterapii, muzykoterapii, farmakoterapii i fizykoterapii w celu uzyskania relaksacji psychicznej i fizycznej spastycznych mięśni.

Usprawnianie narządu ruchu powódki powinno być prowadzone co najmniej 3 razy w tygodniu, a rehabilitację mowy prowadzoną przez logopedę 1x w tygodniu. Z powodu znacznej spastyczności mięśniowej wykonywanie ćwiczeń tradycyjnych musi być poprzedzone masażem rozluźniającym lub termoterapią. Zastosowanie metod neurofizjologicznych wymaga znajomości anatomii narządu ruchu i etapów rozwoju człowieka. W związku z powyższym rehabilitację powinien prowadzić wykwalifikowany fizjoterapeuta.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 30.08.2009 r. powódce niezdolnej do samodzielnej egzystencji z powodu ciężkiego stopnia inwalidztwa powodującego konieczną stałą pomoc drugiej osoby (5 stopień wg Rankina), przysługuje refundowana przez NFZ rehabilitacja domowa co 2-gi dzień, prowadzona w cyklach trwających do 4 tygodni i powtarzanych co 12 tygodni. Ze względu na limity finansowe placówek rehabilitacyjnych uzyskanie 16 tygodni w roku rehabilitacji domowej refundowanej przez NFZ jest bardzo trudne i najczęściej pacjentom z utrwaloną dysfunkcją udaje się uzyskać 1-2 cykle w roku. W pozostałych okresach usprawnianie powinien prowadzić prywatnie opłacany fizjoterapeuta.

Obecnie koszt 1 fizjoterapii domowej około 60 min. wynosi 50 - 100 zł w zależności od dysfunkcji pacjenta oraz kwalifikacji terapeuty, a koszt 1 logoterapii domowej trwającej od 30 do 60 min wynosi 50 -80 zł.

Rodzina powódki powinna zachęcać powódkę do codziennego chodzenia z asekuracją oraz prowadzić ćwiczenia relaksacyjne i logopedycznych wg wskazówek psychologa i logopedy. Powódka może być rehabilitowana kompleksowo w ramach 3 tygodniowych

turnusów Oddziałach Rehabilitacji jednak oczekiwanie na uzyskanie miejsca w Oddziale trwa około 12 miesięcy.

Powódka nie jest zdolna do samodzielnej egzystencji i wymaga opieki i pomocy osób trzecich w wymiarze 10 godz. na dobę

(opinia pisemna biegłej d/s rehabilitacji G. B. k- 732-737)

Powódka z uwagi na dysfunkcję ruchową wymaga obuwia ortopedycznego, o które można się ubiegać raz na rok z refundacją z NFZ do 70 % kwoty limitu. Wymaga także trójnoga i wózka inwalidzkiego. W przypadku powódki zasadna

była fizjoterapia w okresie pierwszych trzech lat od udaru w wymiarze 6 godzin tygodniowo. Aktualnie zasadna jest fizjoterapia po 3 godziny w tygodniu. Choć wskazania mogłyby być wyższe, nawet 7 razy w tygodniu.

(opinia ustna biegłej d/s rehabilitacji G. B. k-803 -804, 00:07:24 – 00:32:45)

Po pierwszym udarze członkowie rodziny powódki – jej córka M. oraz mąż codziennie dojeżdżali do niej do szpitali własnym samochodem Opel Astra, gdzie przebywali po kilka godzin. Chora była spokojniejsza kiedy widziała kogoś bliskiego. Mąż powódki zatrudnił prywatnie rehabilitanta, który przez pierwsze pół roku przychodził do powódki codziennie, następnie przez 1,5 roku 6 razy w tygodniu, potem 5 razy, a od lipca 2013 roku przychodzi do powódki po 3 razy w tygodniu. Początkowo opłata wynosiła po 40 zł za godzinę, a od lipca ubiegłego roku wynosi po 50 zł. Po wyjściu ze szpitala w Tuszynie w październiku 2007 roku powódka korzysta na stałe z wizyt logopedy – 4 razy w miesiącu. Koszt jednej wizyty wynosi 40 zł. Za leki dla powódki jej mąż płaci 140 zł na miesiąc. Mąż też przejął całkowitą opiekę nad chorą. Robi wszystko w domu i przy niej. Chora wymaga stałej obecności męża. Ćwiczenia logopedyczne przynoszą rezultaty, gdyż od pojedynczych słów, powódka przechodzi aktualnie na mówienie całymi zdaniem.

Oboje małżonkowie są emerytami. Emerytura powódki wynosi około 1.000 zł łącznie z dodatkami, a męża powódki 2.450 zł. Małżonkowie zamieszkują w mieszkaniu w blokach, położonym na III piętrze. W związku z trudnościami w poruszaniu się powódki, na zewnątrz powódka wychodzi tylko kiedy idzie do lekarza. Aktualnie pozostaje pod stałą opieką internisty, chirurga naczyniowego, kardiologa. Te ostatnie wizyty odbywają się prywatnie co 3 miesiące i kosztują po 120, 150 zł. Mąż powódki poszukuje w różnych punktach dostępności nieodpłatnej rehabilitacji. Udaje się skorzystać z niej 3,4 razy do roku.

(zeznania świadka M. N. k- 272 i T. K. k- 804v 00:48:46-01:02:56)

Koszty dojazdów rodziny powódki do szpitali w 2007 roku, 2008 i 2009 roku wyniosły 2.635,44 zł.

Koszty rehabilitacji w okresie od 23 października 2007 roku do 31 grudnia 2008 roku wyniosły 14.640 zł., Koszty rehabilitacji w 2009 roku wyniosły 8.000 zł, zaś w okresie od 1 stycznia do 15 sierpnia 2010 roku – 3.360 zł. Koszty rehabilitacji logopedycznej w okresie od 23 października 2007 roku do 15 sierpnia 2010 roku wyniosły 5.640 zł. Za dojazdy rehabilitanta powódka zapłaciła 200 zł, zaś za dojazdy na rehabilitację autem męża – 109,62 zł.

Zasadny koszt zakupu lekarstw i medykamentów związanych z chorobą powódki za 2007 rok wyniósł 402,05 zł, za 2008 roku – 218,63 zł, za 2009 roku 1.513,54, zaś za okres od stycznia do sierpnia 2010 roku 806,68 zł.

(faktury, rachunki – 545-605)

Koszt opieki według stawek obowiązujących w (...) Komitecie Pomocy (...) w Ł. wynosił w 2007 i 2008 roku 7,20 zł za godzinę, od stycznia do 30 czerwca 2009 po 7,50 zł, a od 1 lipca do 15 sierpnia po 9,50 zł na godzinę.

(okoliczność znana Sądowi urzędowo, zaświadczenie k-620)

W dniu 5 marca 2010 roku powódka reprezentowana przez swojego męża wniosła skargę do Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej na leczenie jej w okresie od 1 czerwca do 17 sierpnia 2007 roku.

(skarga k-290-292)

Postępowanie dyscyplinarne zakończyło się w 2012 roku.

Orzeczeniem z dnia 13 stycznia 2012 roku, w sprawie sygn. akt (...)Okręgowy Sąd Lekarski uznał za winnych przewinień zawodowych polegających na naruszeniu art. 8 i 4 ustawy o zawodach lekarza i dentystry:

- **dr. D. O. Oddziału Neurologii Szpitala i. B. w Ł.** – poprzez niedołożenie należytej staranności przy leczeniu powódki w okresie od 17 sierpnia do 12 września 2007 roku, które to polegało na nie zleceniu przy wypisie kontrolnego badania

USG-D tętnic szyjnych , nie skierowaniu przy wypisie na konsultacje u chirurga naczyniowego i nie poszerzeniu , w trakcie pobytu w szpitalu, diagnostyki o badania naczyniowe – np angio- TK, czy angio- NMR,

- **dr. A. P.** – pracującego na izbie przyjęć szpitala im. B. w Ł. poprzez niedołożenie należytej staranności przy badaniu powódki w dniu 14 sierpnia 2007 roku , co polegało na nieprawidłowym dokonaniu oceny stanu zdrowia pacjentki i podjęciu decyzji o odroczeniu terminu przyjęcia do szpitala, pomimo istnienia wskazań do natychmiastowej hospitalizacji,

- **dr. W. G.** – pracującego w izbie przyjęć Szpitala im. dr B. w Ł. poprzez niedołożenie należytej staranności przy badaniu powódki w dniu 10 sierpnia 2007, co polegało na pobieżnym zebraniu wywiadu od pacjentki, niestarannym zbadaniu oraz nie zleceniu konsultacji neurologicznej , pomimo istniejących po temu wskazań, co w konsekwencji spowodowało podjęcie błędnej decyzji o braku wskazań do hospitalizacji powódki.

(orzeczenie wraz z uzasadnieniem k- 688-696)

Na skutek odwołań dr. A. P. i W. G. Naczelny Sąd Lekarski orzeczeniem z dnia 13 lipca 2012 roku utrzymał w mocy zaskarżone orzeczenie sądu I instancji.

(wyrok z uzasadnieniem k- 698-702)

Wyrokiem z dnia 24 kwietnia 2012 roku w sprawie sygn. akt (...)doktor **E. M.** – lekarz internista pracujący w Wojewódzkim Ośrodku (...)została uznana za winną przewinienia zawodowego polegającego na naruszeniu art. 8 i 4 ustawy o zawodach lekarza i dentysty poprzez niedołożenie należytej staranności w postępowaniu lekarskim wobec powódki, które to polegało na nie skierowaniu jej w dniu 8 czerwca 2007 roku na badania diagnostyczne TK głowy i USG-D tętnic szyjnych, na nie skierowaniu na badanie tętnic także w dniu 22 listopada 2007 roku i 20 marca 2008 roku oraz nie skierowanie w tych dniach na konsultację z chirurgiem naczyniowym.

(orzeczenie k- 682-687)

Wszyscy wyżej wymienieni lekarze zostali skazani na karę upomnienia.

Pozew został doręczony:

- Wojewódzkiej (...) i Spółdzielni Pracy Lekarzy (...) w dniu 21 grudnia 2010 roku (potwierdzenia odbioru k-58, 59),
- wszystkim pozostałym pozwanym w dniu 9 maja 2011 roku (potwierdzenia odbioru k-118, 119, 121).

Sąd dokonał następującej oceny dowodów:

Sąd pomógł zeznania świadka S. W., który jest pracownikiem (...) jako, że świadek nic nie pamiętał i powołał się na zapis z kart choroby. Tak samo jeśli chodzi o zeznania świadka J. J. . Ten świadek również opierał się o zapis dokumentacji medycznej. Nie pamiętał nawet kto mu udzielał informacji.

Podobnie Sąd pominął zeznania świadka W. G. – lekarza szpitala im. B. w Ł. oraz zeznania świadka D. G., która była ordynatorem szpitala (...) w okresie hospitalizacji powódki, jako że zeznania te nie wnoszą nic do sprawy. Ocena zaś medycznego przypadku powódki zaprezentowana przez świadków na rozprawie jest odległa od oceny przedstawionej przez biegłych sądowych, a co istotne oboje świadkowie za nieprawidłowe działania medyczne w stosunku do powódki zostali skazani w postępowaniu dyscyplinarnym.

Sąd nie dał wiary zeznaniom świadka dr. J. S. – lekarz neurolog, która konsultowała powódkę w dniu 2 sierpnia 2007 roku w Przychodni Lekarzy (...). Pozostają one bowiem w sprzeczności z zeznaniami świadka T. K. – męża powódki oraz z zasadami doświadczenia życiowego. Skoro bowiem lekarz, na prywatnej wizycie zlecił określone badanie , a jego wynik był znany już o godzinie 9.47 i jak wynika z niesprzecznych ustaleń ten sam lekarz przyjmował pacjentów w dniu badania od 9.00 do 11.00, to wysoce prawdopodobne wydaje się być twierdzenie powódki, przytaczane

konsekwentnie w pozwie oraz jej męża, że wobec niepokojących wyników tego badania, niezwłocznie udali się z powrotem do dr neurolog aby to badanie obejrzała. Taki bowiem był cel wizyty i badania. Za nieprawdziwe albo co najmniej pozbawione profesjonalizmu należy uznać twierdzenia lekarza, że z wynikiem zapoznana się 3 lata później w toku postępowania dyscyplinarnego. Skoro bowiem widziała potrzebę zlecenia dość specyficznego badania, to tym bardziej winna odczuwać potrzebę zapoznania się z jego wynikiem. Rozumowanie przeciwne zaprzecza wszelkiemu sensowi pogłębiania diagnostyki specjalistycznej. Twierdzenia zaś pełnomocnika tego pozwanego, że powódka tylko raz zapłaciła za wizytę u neurologa i na tej podstawie wyciąganie wniosków, że nie wróciła do gabinetu jest chybione. Taka praktyka, że podczas wizyty pacjent jest odsyłany na badanie, a potem wraca z wynikiem, nie płacąc ponownie za wizytę jest powszechnie stosowana. Tym bardziej, że odbywało się to w tym samym budynku i w okresie czasu około pół godziny. Z rachunków przedłożonych na ostatniej rozprawie przez pełnomocnika pozwanego wynika, że najpierw powódka udała się do neurologa, płacąc za wizytę 65 zł, a później zgłosiła się na badanie usg za 85 zł. Skoro wynik USG był znany o 9.47, oznacza to, że do końca przyjęć dr. neurolog było jeszcze ponad godzinę. Zatem wersja o powrocie do dr jest bardzo prawdopodobna, konsekwentna i logiczna.

Sąd oddalił wniosek dowodowy zgłoszony przez pełnomocnika pozwanego Szpitala (...) na ostatniej rozprawie o wskazanie danych personalnych osób, które przeprowadzają prywatną rehabilitację powódki, a następnie przesłuchanie tych osób w charakterze świadków. Po pierwsze świadek K. zeznał, że prosił rehabilitantów aby zechcieli zeznawać w sprawie, ale odmówili. Po wtóre nie zna dokładnych ich danych personalnych. Po trzecie i najistotniejsze w sprawie została wydana, niekwestionowana opinia biegłego specjalisty do spraw rehabilitacji, która w sposób precyzyjny określa zakres potrzeb rehabilitacyjnych powódki. Potrzeby te wskazał także mąż powódki w toku swoich zeznań. Sąd nie znalazł podstaw aby zeznania te zdyskredytować.

Z przebiegu leczenia powódki, a zwłaszcza okresu poprzedzającego udary, w sposób oczywisty wynika, że powódka wraz z rodziną za wszelką cenę i w ponad przeciętny sposób dążyła do wyjaśnienia pogorszenia się jej stanu zdrowia. Była w tym zakresie zdeterminowana. Była odsyłana, a mimo to udawała się do kolejnych placówek medycznych. Świadczy to, w ocenie Sądu o dużej dbałości powódki i jej męża o stan zdrowia. Tym bardziej wydają się być logiczne i prawdziwe zeznania męża powódki o pokazywaniu lekarzom wyników badań, a później zatrudnieniu prywatnych rehabilitantów dla powódki. Tym bardziej, że koszty ponoszone przez powódkę są niższe, niż przeciętne. Zatem nie sposób zaakceptować rozumowania pozwanego o chęci wzbogacenia się jego kosztem.

Z uwagi na konieczność skorzystania z wiadomości specjalnych, Sąd dopuścił dowód z opinii biegłych lekarzy chirurga naczyniowego, neurologa i do spraw rehabilitacji. Żadna z tych opinii nie została ostatecznie zakwestionowana. Wszystkie one są sporządzone zgodnie z wymaganiami z art. 285 k.p.c., są rzetelne i logiczne. Biegli chirurg oraz neurolog nie mieli wątpliwości, co do wadliwości postępowania pozwanych placówek oraz ich wpływu na aktualny stan zdrowia powódki. Opnie te pośrednio, zakresie zaniedbań szpitali oraz (...) potwierdziły orzeczenia skazujące w postępowaniu dyscyplinarnym.

Z dokonanych przez Sąd ustaleń faktycznych wynika, iż we wszystkich pozwanych placówkach medycznych doszło do nieprawidłowości w leczeniu powódki, co uzasadnia odpowiedzialność tych podmiotów na podstawie przepisu art. 430 k.c.

Przesłanki odpowiedzialności na podstawie powołanego wyżej przepisu są następujące:

- wyrządzenie szkody osobie trzeciej przez podwładnego,
- wina podwładnego,
- wyrządzenie szkody nastąpiło przy wykonywaniu przez podwładnego powierzonej mu czynności.

Między osobą powierzającą wykonanie czynności a tym, komu czynność powierzono, musi istnieć stosunek zwierzchnictwa i podporządkowania. Zwierzchnikiem jest ten, kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy jej wykonywaniu podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek.

W doktrynie i judykaturze przyjmuje się, że chodzi o pojęcie podporządkowania tylko ogólnooorganizacyjne. W konsekwencji tego, stosunkiem podporządkowania obejmuje się także działania zatrudnionych w zakładzie fachowców, którym przysługuje stosunkowo szeroki zakres samodzielności w podejmowaniu decyzji np. w odniesieniu do działania lekarzy w zakresie diagnozy i terapii (stanowisko takie zostało przedstawione w tezie 8 do art. 430 k.c. Komentarz do Kodeksu Cywilnego Księga Trzecia, Zobowiązania tom 1, pod redakcją Gerarda Bieńka, Wydanie 7 LexisNexis Warszawa 2006 s. 389)

Warunkiem odpowiedzialności pozwanych placówek jest kumulatywne spełnienie wszystkich wymienionych wyżej przesłanek.

W nauce prawa cywilnego i orzecznictwie, przyjmuje się, że lekarz ponosi winę za powstanie szkody, jeżeli nie zastosował właściwych środków w należyty sposób.

Przez „zastosowanie właściwych środków” rozumie się takie fachowe postępowanie (np. zastosowanie właściwej diagnozy, przeprowadzenie określonego badania), które w danej sytuacji było wskazane z medycznego punktu widzenia. Postępowanie odmienne określane zazwyczaj jest jako błąd w sztuce lekarskiej. Natomiast przez pojęcie „w należyty sposób” należy rozumieć dołożenie takiej staranności jaka w określonej sytuacji była należna, wymagana i potrzebna.

Przez błąd lekarski należy rozumieć obiektywny element winy. Stwierdzenie błędu lekarza dostarcza jedynie naukowych kryteriów oceny postępowania lekarza i oznacza jedynie, że postępowanie lekarza wywołuje określone zastrzeżenia z naukowego punktu widzenia. Stanowi jedynie teoretyczną ocenę tego postępowania, którą następnie należy skonfrontować z pełnym zakresem powinności lekarza i konkretnymi warunkami, w jakich miało miejsce jego postępowanie (M. Sośniak, „Cywilna odpowiedzialność lekarza”, Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1977, s. 98-100).

Zagadnienie związku przyczynowego jest niezwykle istotne w procesach odszkodowawczych. Artykuł 361 § 1 kc wyznacza podstawową przesłankę odpowiedzialności odszkodowawczej wskazując, że zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania bądź zaniechania z którego wynika szkoda. W polskim kodeksie cywilnym przyjęta jest teoria adekwatnego związku przyczynowego oznaczająca, że odpowiedzialność ponosi się tylko za normalne następstwa działania bądź zaniechania tzn., że za normalne skutki działań uznaje się tylko takie, które w danych okolicznościach następują. O normalności następstw decyduje aktualny stan wiedzy medycznej. Nie znaczy to, że dany skutek powinien zawsze pojawić się jako efekt podjętych konkretnych działań ale, że w danych okolicznościach zwykle następuje. Nie należy się jednak posługiwać kategorią statystyczną wskazującą, że nawet w najmniejszej liczbie przypadków określone działanie może spowodować określony efekt. Przyjęcie winy lekarza nie jest decydującą przesłanką odpowiedzialności za skutek. Związek przyczynowy pomiędzy działaniami medycznymi a powstałą szkodą podlega udowodnieniu przez poszkodowanego zgodnie z ogólną regułą art.6 kc. To na powódzie spoczywa ciężar tego dowodu. Jednakże w procesach medycznych poszkodowany może mieć trudność w wykazaniu istnienia związku przyczynowego. Poszkodowany działaniami służby zdrowia często nie jest w stanie przeprowadzić tego dowodu zwłaszcza w dobie znacznego „zaawansowania technicznego i sprzętowego” procedur medycznych oraz występowania zwykle wielu przyczyn mogących powodować określony skutek.

Zwłaszcza w tej sprawie można rozważać wieloprzyczynowość i to we wszystkich trzech aspektach jako przyczynowość: kumulatywna (działania lub zaniechania wszystkich placówek), alternatywna (tylko działania jednej albo drugiej placówki były przyczyną aktualnego stanu zdrowia powoda), hipotetyczna (co by było gdyby w jednej lub drugiej placówce przeprowadzono badania i postawiono właściwą diagnozę, skutkującą wcześniejszym wdrożeniem leczenia operacyjnego). Szeroki zakres ochrony zdrowia powinien zmniejszać do minimum ryzyko pacjenta poddawanego leczeniu. Dopuszcza się przyjęcie związku przyczynowego także w trybie domniemania faktycznego z art.231 kpc (por. wyrok Sądu Najwyższego z 11.01.1972 r. w sprawie CR 516/71 opubl. OSNCP 1972, nr 9 poz.159). Dalej idąc tym tokiem rozumowania, Sąd Najwyższy zalecił przyjęcie w sposób elastyczny, uwzględniający specyfikę danych przypadków, regułę ciężaru dowodu. Jeżeli strona powoda udowodniła fakty przemawiające za zasadnością powództwa, to na stronie pozwanej spoczywa ciężar udowodnienia ekscypcji i faktów uzasadniających, jej zdaniem

oddalenia powództwa (tak Sąd Najwyższy w niepublikowanych wyrokach z 20.04.1982 r. w sprawie I CR 79/82 i z 14.10.1974 w sprawie II CR 415/74).

Najistotniejsze w rozpoznawanej sprawie jest to, że nie ma wymogu by związek przyczynowo – skutkowy pomiędzy wadliwym zastosowaniem określonej procedury medycznej a szkodą miał charakter bezpośredni. Adekwatny związek przyczynowy między zachowaniem lekarza a szkodą może być bezpośredni, może być również pośredni. Jest zatem rzeczą obojętną, czy przyczyna jest dalsza czy bliższa, byleby tylko skutek pozostawał jeszcze w granicach normalności. Oznacza to, że wystarczający jest związek przyczynowy pośredni pomiędzy szkodą a zdarzeniem (np. zaniechaniem lekarza), które doprowadziło do jej wyrządzenia (tak Mirosław Nestorowicz w pracy - Prawo Medyczne Wydawnictwo Dom Organizatora TNOIK Wydanie III Toruń 1998 na str.38:

Skutki dla zdrowia pacjenta nie muszą być bezpośrednim następstwem „zdarzenia sprawczego”. Zawinione działanie (zaniechanie) lekarza nie musi stanowić bezpośredniej przyczyny pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta. Związek między zachowaniem lekarza a szkodą musi być adekwatny, pozostawać w granicach normalnego powiązania kauzalnego (art. 361 § 1 KC), ale nie musi być bezpośredni.

Zaniechanie, obejmujące opóźnienie zawinione przez lekarza, powoduje odpowiedzialność za pogorszenie stanu zdrowia w takim zakresie, w jakim pogorszenie to pozostaje jego normalnym następstwem. Szkada spowodowana zaniechaniem odpowiednich czynności lub zaniechaniem podjęcia ich we właściwym czasie może polegać na utracie lub zmniejszeniu szans wyleczenia, a także na zmniejszeniu szans na poprawę zdrowia; jeżeli wyrazi się ona w jednej z postaci określonych w art. 444 § 2 K.C. (per analogiam także określonych w § 1 art. 444 k.c.), będzie stanowić przesłankę zasądzenia (por. wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 17 czerwca 2009 r., IV CSK 37/09 ; OSP 2010 nr 9, poz. 93, str. 655).

W orzeczeniu z 5.07.1967 r. w sprawie I PR 74/67 Sąd Najwyższy stwierdził: „W procesie nie da się przeprowadzić dowód bez reszty. Jest to częstokroć utrudnione aktualnym stanem wiedzy medycznej, która nie zawsze jest w stanie dać stanowczą odpowiedź na każde pytanie. W takiej sytuacji sąd może, po rozważeniu całokształtu okoliczności sprawy , uznać dowód za przeprowadzony mając na uwadze wysoki stopień prawdopodobieństwa (...)” (OSN 1968 nr 2 poz.26). W orzeczeniu z 17.06. 1969 w sprawie II CR 165/69 jeszcze dalej rozluźnił te reguły stwierdzając, że istnienie związku przyczynowego jest możliwe do przyjęcia gdy jest on ustalony „z dostateczną dozą prawdopodobieństwa” (OSPika 1969 z.7-8 poz.155).

Oznacza to, że tendencja o dopuszczalności obniżenia standardów dowodowych w procesach lekarskich jest dominująca i szeroko stosowana.

Przechodząc na grunt rozpoznawanej sprawy postępowanie dowodowe wykazało w sposób nie budzący wątpliwości, że zaniechania po kolei wszystkich pozwanych placówek zadziałały tutaj kaskadowo (jak określił to biegły neurolog). Gdyby którakolwiek z placówek wykazała się odpowiednią dozą wrażliwości i czujności przed 17 sierpnia 2007 roku być może nie doszłoby u powódki do udaru. Obaj biegli byli zgodni co do tego ,że jest wysoce prawdopodobne , że udar by nie wystąpił.

Zaniechania wszystkich pozwanych zostały szczegółowo opisane i przytoczone wyżej. Nie ma zatem potrzeby ich powtarzania za biegłymi. Lekarze z obydwu szpitali oraz Wojewódzkiego Ośrodka (...)zostali ukarani dyscyplinarnie za przypadek powódki.

Jeśli chodzi o zaniechanie (...) wskazać należy szczególnie na drugą, sierpniową wizytę u powódki, podczas której były znane i okazane wyniki badań USG. Łącznie ze zgłaszanymi przez chorą dolegliwościami w postaci bólów i zawrotów głowy oraz drętwieniem kończyn wynik ten, bez posiadania specjalistycznej wiedzy, winien stanowić przynajmniej podstawę do hospitalizacji w celu dalszej diagnostyki.

Te same zarzuty odnoszą się do pozwanej Przychodni (...). Jak to zostało już opisane wyżej, lekarz neurolog z tejże przychodni najpierw prawidłowo zleciła badania, a później je zignorowała. Jak wynika z opinii biegłym już w tym momencie, w dniu 2 sierpnia 2007 roku istniały wskazania do hospitalizacji powódki.

Te wszystkie wadliwe działania personelu medycznego pozwanych placówek spowodowały utratę przez powódkę, szansy na skuteczne leczenie w optymalnym zakresie. Utrata szansy na leczenie i zwiększenie, zamiast zminimalizowania ryzyka leczenia, przyjmowane są jako pozostające w pośrednim związku przyczynowym pomiędzy działaniami lekarza a negatywnym skutkiem dla pacjenta.

Jak wynika z obydwu opinii nie zlecenie konsultacji z chirurgiem naczyniowych, opóźnienie hospitalizacji i ponad roczne opóźnienie w podjęciu decyzji o operacji pozostaje w bezpośrednim związku z aktualnym stanem zdrowia powódki. To niewdrożenie procedur należy uznać za rażące zaniedbanie i naruszenie obowiązku należytej staranności (art. 355 k.p.c.). Jak wykazało postępowanie dowodowe powódka w sposób, wręcz desperacki w okresie czerwiec – 17 sierpień szukała pomocy u specjalistów, a ci nie wykazali minimum wrażliwości i nie poświęcili powódce wystarczającej uwagi, traktując ją rutynowo.

Zakres odpowiedzialności pozwanych, a co za tym idzie wysokość należnego powódce zadośćuczynienia określa art. 445 § 1 k.c., który stanowi, iż w wypadku uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia, Sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Przez krzywdę rozumie się przy tym doznane cierpienia fizyczne i psychiczne, zarówno doznane jak i przyszłe. Zadośćuczynienie ma ją zaś zrekomensować, ma przy tym charakter kompensacyjny. Jego przyznanie jest zależne od uznania Sądu, a wysokość winna uwzględniać wszelkie okoliczności wpływające na rozmiar krzywdy.

W wyroku z dnia 30 stycznia 2004 roku wydanym w sprawie sygn. akt I CK 131/03 Sąd Najwyższy stwierdził, że powoływanie się przez Sąd przy ustalaniu zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na potrzebę utrzymania wysokości zadośćuczynienia w rozsądnych granicach, odpowiadających aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa, nie może prowadzić do podważenia kompensacyjnej funkcji zadośćuczynienia (OSNC z 2005 roku, z. 2 poz. 40).

W świetle powyższego przy określaniu wysokości zadośćuczynienia należy wziąć pod uwagę całokształt okoliczności sprawy, zadośćuczynienie bowiem ma na celu naprawienie krzywd niematerialnych, więc trudno wymiernych i jego wysokość zależy od każdego, indywidualnego przypadku.

Wysokość zadośćuczynienia została określona mianem „odpowiedniej sumy”. Kwota ta w każdym przypadku powinna być ustalana indywidualnie przy uwzględnieniu całokształtu okoliczności sprawy. Z jednej strony należy więc brać pod uwagę, czas trwania oraz intensywność cierpień fizycznych i psychicznych, nieodwracalność skutków urazu (kalectwo, oszpeccenie), stopień doznanego uszczerbku na zdrowiu, wiek pokrzywdzonego. Z drugiej strony kwota zadośćuczynienia nie może stanowić zapłaty symbolicznej lecz musi stanowić odczuwalną wartość ekonomiczną, a jednocześnie nie może być nadmierna w stosunku do doznanej krzywdy. Należy również mieć na uwadze fakt, iż zadośćuczynienie musi mieć charakter całościowy i obejmować wszystkie cierpienia fizyczne i psychiczne zarówno te doznane, jak i te które wystąpią w przyszłości.

Powódka ostatecznie zażądała kwoty 150.000 zł zadośćuczynienia. W świetle opinii biegłych powódka jest w ciężkim stanie. Z osoby sprawnej, chorującej jedynie na nadciśnienie, powódka w wyniku zaniedbań pozwanych, stała się osobą niepełnoprawną i całkowicie uzależnioną od innych osób. Trwały uszczerbek na zdrowiu powódki wynosi łącznie 160%. Rokowania co do dalszego stanu zdrowia nie są pomyślne. Konieczne jest dożywotnie stosowanie przez powódkę zabiegów rehabilitacyjnych.

Z tych wszystkich przytoczonych powyżej względów, Sąd uznał, iż żądana kwota jest rozsądna i adekwatna oraz skompensuje powódce rozmiar doznanych przez nią krzywd.

O odsetkach ustawowych od kwoty zadośćuczynienia Sąd orzekł w oparciu o przepis art. 481 kc . Przed wytoczeniem powództwa , powódka nie zgłosiła szkody pozwanym i nie wzywała ich do zapłaty (brak na to dowodów w aktach) . Dlatego też Sąd stanął na stanowisku, iż pierwszą możliwą datą żądania odsetek jest doręczenie odpisu pozwu pozwanym jako wezwania do zapłaty. Od dnia następnego po tej dacie pozwani pozostają bowiem w opóźnieniu . Jak to zostało wskazane wyżej odpisy pozwu Spółdzielni Pracy Lekarzy (...) oraz (...) zostały doręczone 21 grudnia 2010 roku, zaś pozostałym pozwanym w dniu 9 maja 2011 roku. Mając powyższe na uwadze, Sąd zasądził od pozwanych odsetki od kwoty zadośćuczynienia żądanej w pozwie (80.000 zł) od dnia następnego po doręczeniu odpisu pozwu. Od kwoty 70.000 zł , Sąd zasądził odsetki od dnia następnego po rozszerzeniu powództwa o tę kwotę.

Na podstawie art. 444§ 1 kc powódka zażądała od pozwanych zwrotu kosztów leczenia , rehabilitacji, dojazdów do placówek medycznych i opieki osób trzecich za okres od dnia 17 sierpnia 2007 do 15 sierpnia 2010 roku w łącznej kwocie 108.330,03 zł. Co do zasady Sąd uznał roszczenie to za usprawiedliwione. Jednakże przedstawione przez powódkę wyliczenia podlegały weryfikacji.

Jako zasadny Sąd uznał koszt dojazdu rodziny do powódki , przebywającej w placówkach medycznych zgodnie z wyliczeniem powódki na podstawie Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 19 grudnia 2002 roku w sprawie wysokości oraz warunków ustalania należności przysługujących pracownikowi zatrudnionemu w państwowej lub samorządowej jednostce budżetowej z tytułu podróży służbowych w kraju (Dz.U z 2002 roku, Nr 236, poz.1990) . Wyliczenie to jest co do zasady prawidłowe i spełnia wymogi przepisu art. 322 kpc . Sąd stanął jednak na stanowisku, iż zasadny jest zwrot kosztów jednego dojazdu. Nie było bowiem potrzeby aby zarówno mąż, jak i córka przyjeżdżali do chorej codziennie odrębnymi samochodami. Dlatego też Sąd zasądził z tego tytułu kwotę **2.635,44 zł**.

Za usprawiedliwione co do zasady Sąd uznał także koszty rehabilitacji za okres od 23 października 2007 roku (tj. po opuszczeniu szpitala w Tuszynie) do 15 sierpnia 2010 roku. Jak wynika z opinii wszystkich biegłych, a w szczególności biegłego do spraw rehabilitacji powódka wymaga ciągłej rehabilitacji do końca życia. Jako uzasadniony biegła uznała zakres tej rehabilitacji w początkowym okresie 3 lat po udarze w wymiarze 6 godzin tygodniowo. Aktualnie zaś usprawiedliwiony jest wydatek na minimum 3 godziny tygodniowo. Koszty jednej godziny wahają się od 50 do 100 zł. Powódka płaciła 40, a teraz płaci 50 zł. Rehabilitacja logopedyczna , nie refundowana przez NFZ w żadnym wymiarze, jest potrzebna powódce minimum 4 razy w miesiącu. Koszt jednej godziny waha się od 50 – 80 zł, a powódka płaci 40 zł.

W 2007 i 2008 roku powódka odbyła 366 godzin rehabilitacji (61 tygodni po 6 h), która kosztowała 40 zł za godzinę. W sumie daje to kwotę **14.640 zł**.

W 2009 roku powódka wyliczyła, iż rehabilitacja odbywała się przez 52 tygodnie po 5 godzin tygodniowo. W tym okresie jednak powódka przebywa przez okres 12 tygodni w szpitalach ((...) Z., im. K. w Ł., Szpital przy ul. (...), szpital (...)) i ten okres Sąd odliczył. W sumie dało to kwotę **8.000 zł**.

Jeśli chodzi o rehabilitację w 2010 roku , Sąd uznał dochodzoną kwotę **3.360 zł** (28 tygodni po 3 godziny) z tego tytułu za usprawiedliwioną . Tak samo jeśli chodzi o rehabilitację logopedyczną za pełen okres od 23 października do 15 sierpnia 2010 roku w kwocie **5.640 zł** (141 tygodni , 1 godzina x 40 zł) oraz koszty dojazdu rehabilitanta zgodnie z fakturami – **200 zł** .

Sąd częściowo oddalił żądanie zwrotu kosztów dojazdu na rehabilitację powódki albowiem z zaświadczenia Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy, na które powódka powołuje się wynika , że powódka miała 9 serii zabiegów fizjoterapeutycznych , a nie 20 jak twierdzi (zaświadczenie k- 606) . Dlatego też stosując ten sam przelicznik 0,87 zł za kilometr otrzymujemy należność **109,62 zł** z tego tytułu (9x7kmx2x0,87).

Wreszcie też powódka zażądała zwrotu kosztów zakupu lekarstw, pieluch zgodnie z fakturami za lata 2007 do 15 sierpnia 2010 . Po szczegółowej weryfikacji tychże rachunków Sąd odjął te lekarstwa oraz suplementy i środki opatrunkowe, które nie są związane z chorobą powódki. Powódka zaś, reprezentowana przez profesjonalnego

pełnomocnika , nie wykazała aby zakażenie układu moczowego, grzybice , alergja , czy choroba oczu pozostawały w związku przyczynowym z zaniedbaniami pozwanych i aby koszty te były niezbędne. W przypadku zaś roku 2008 powódka dwukrotnie przedstawiła te samą fakturę numer (...). Jako niezasadne Sąd uznał także takie pozycje jak mięta, pokrzywa , srebro koloidalne, czy środki przeciwbólowe Reasumując za zasadne Sąd uznał koszty zakupu lekarstw i pieluch w 2007 roku na kwotę 402,05 zł, w 2008 roku 218,63 zł, 2009 roku 1.513,54 i w 2010 roku (do 15 sierpnia 2010) 806,68 zł. W sumie jest to kwota **2.940,90 zł**.

Do kwoty odszkodowania powódka doliczyła także koszty pomocy osób trzecich za okres od 17 sierpnia 2007 roku do 15 sierpnia 2010 roku po 8 godzin dziennie. Jest to koszt całkowicie uzasadniony , potwierdzony opiniami biegłych. Biegła do spraw rehabilitacji wskazała, iż powódka wymaga opieki po około 10 godzin na dobę. Powódka co prawda zaznaczyła, iż odjęła okres pobytu w szpitalach, lecz nie uczyniła tego w swych obliczeniach. Dlatego żądanie podlegało częściowemu oddaleniu.

Za okres od 23 listopada 2007 roku do 31 grudnia 2008 roku koszty opieki wyniosły **23.212,80 zł** (tj. 403 dni x8hx7,20 zł). Za okres od 1 stycznia 2009 roku do 30 czerwca 2009 roku koszty opieki wyniosły **9.840 zł**. (164 dni x8 x7,50 zł). Za okres od 1 lipca 2009 do 15 sierpnia 2010 roku koszty te wyniosły **25.308 zł** (333 dni x8h x9,50 zł) . Jak wynika z powyższego Sąd odliczył w 1 połowie 2009 roku dodatkowo pobyt w Szpitalu i, K. (4 dni) i nie odliczone 2 dni pobytu w szpitalu w Z. oraz w II połowie i w 2010 roku pobyt w szpitalach w okresie od 16 sierpnia do 4 września 2009 roku, od 4 września do 27 października 2009 roku i od 24 stycznia do 28 stycznia 2010 roku.

Mając powyższe na uwadze, Sąd uwzględnił roszczenie odszkodowawcze w części.

O odsetkach ustawowych od odszkodowania Sąd orzekł na identycznej podstawie, jak przy zadośćuczynieniu , przyjmując tę samą datę początkową ich naliczania w odniesieniu do kwoty 50.000 zł żądanej już w pozwie, zaś od pozostałej kwoty 45.406,76 zł od dnia następnego po rozszerzeniu powództwa . Wobec braku wcześniejszego wezwania pozwanych do zapłaty roszczenie dalej idące należało oddalić.

Zgodnie z art. 444 § 2 k.c., poszkodowany może żądać od zobowiązanego do naprawienia szkody odpowiedniej renty jeżeli zwiększyły się jego potrzeby.

Powódka żądała takiej renty w pozwie po 2.000 zł, zaś od dnia rozszerzenia powództwa (28 czerwca 2013 r.) po 3.100 zł na miesiąc. Na wysokość renty złożyły się koszty opieki nad powódką po 8 godzin dziennie, koszty zakupu lekarstw – średnio po 134 zł miesięcznie.

W tym miejscu należy zwrócić uwagę, iż w pozwie powódka żądała renty na przyszłość tj. od 16 sierpnia 2010 roku bez odsetek, natomiast w piśmie rozszerzającym powództwo zażądała jej od 17 sierpnia 2007 roku wraz z odsetkami. W uzasadnieniu jednak jej wyliczenia – wskazała na datę 16 sierpnia 2010 roku, gdyż do tej daty żądała odszkodowania obejmującego także koszty opieki i leczenia oraz rehabilitacji. Ponieważ żądania te pokryły się i choć inaczej nazwane dotyczą tego samego, Sąd oddalił żądanie zasądzenia renty za okres objęty odszkodowaniem tj. od 17 sierpnia 2007 roku do 16 sierpnia 2010 roku.

Sąd uznał żądanie renty za usprawiedliwione tak co do zasady, jak i wysokości. Jak to już było niejednokrotnie podnoszone wyżej w przypadku powódki zasadny jest koszt prywatnej rehabilitacji ruchowej minimum w wymiarze po 3 godziny tygodniowo (tj kwota około 650 zł), zaś logopedycznej po 1 godzinę na tydzień (to kwota około 160 zł) . Powódka wymaga opieki po 10 godzin dziennie , zaś żąda za 8 godzin. Już tylko te koszty to jest kwota 2280 zł na miesiąc (30 dni x8h x 9,50 zł). Dla ustalenia wysokości odpłatności za opiekę Sąd posłużył się stosowaną przez (...) Komitet Pomocy (...) stawką – 9,50 zł za godzinę. Stawka ta jest Sądowi znana urzędowo i nie jest wygórowana. Sam koszt lekarstw neurologicznych (jak wskazywał biegły neurolog) to kwota 140 zł miesięcznie. Zatem kwota po 2.000 zł na miesiąc od dnia wytoczenia powództwa do dnia 28 czerwca 2013 roku jest w pełni zasadna. Sąd zsumował zaległe raty renty , co dało kwotę 70.000 zł (35 miesięcy).

Od lipca 2013 roku i na przyszłość Sąd, zgodnie z żądaniem zasądził rentę w wysokości po 3.100 zł miesięcznie. Suma wyżej wskazanych kwot jest wyższa, niż kwota renty dochodzonej przez powódkę. Powódka dodatkowo wskazała przy wyliczaniu tej renty na zakup obuwia ortopedycznego. Zgodnie z opinią biegłej do spraw rehabilitacji zarówno ten zakup, jak i innego sprzętu rehabilitacyjnego jest celowy.

Należy w tym miejscu jedynie wskazać, iż przypadku obliczania renty jak i odszkodowania z tytułu zwiększonych potrzeb sąd nie jest zobowiązany do drobiazgowej dokładności. W tym zakresie powinien się kierować wskazaniem art. 322 KPC. (por. wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 3 listopada 2009 r. II CSK 249/09, Legalis).

Rozszerzając powództwo do kwoty po 3100 zł, powódka zażądała także odsetek od każdej opóźnionej raty.

Dlatego też Sąd orzekł o nich na podstawie art. 481 k.c.

Wszystkie kwoty Sąd, w oparciu o przepis art.441 § 1 k.c. zasądził solidarnie od pozwanych.

Jako bezzasadny Sąd potraktował zarzut przedawnienia, zgłoszony przez pozwanych (...) Zespół (...) w Ł., Wojewódzki Ośrodek (...)w Ł., Spółdzielnię Pracy Lekarzy (...) w Ł. .

Jak wynika bowiem z poczynionych i niespornych ustaleń powódka pierwszego udaru doznała w dniu 17 sierpnia 2007 roku. Pozew został nadany listem poleconym w Urzędzie Poczтовым w dniu 16 sierpnia 2010 roku, a nie jak twierdzą pozwani w datach późniejszych. Proces leczenia powódki wtedy dopiero się zaczął. Można wskazać, iż stan ustabilizował się po drugim zabiegu operacyjnym w styczniu 2010 roku. Odnośnie chwili powzięcia wiadomości o szkodzie porównaj także wyrok SN z 19.05.1999 roku, IIUKN 647/98, OSNAPiUS 2000 nr 15, poz. 589, PiZS 1999 nr 11, poz. 32, Legalis. Z porównania dat w sposób oczywisty wynika, że powódka wytoczyła powództwo przed upływem 3 lat, o których traktuje przepis art. 442⁽¹⁾ kc. Rozważania zatem o chwili powzięcia wiadomości o szkodzie uznać zatem należy za zbędne.

O kosztach procesu Sąd orzekł na podstawie art. 100 zd. 2 kpc i obciążył nimi w całości pozwanych solidarnie (art. 105 kpc) . Powódka wygrała bowiem proces w 96,5 %. Na zasądzoną kwotę składają się wynagrodzenie pełnomocnika w kwocie 3.600 zł, opłata od pełnomocnictwa 17 zł oraz uiszczone przez powódkę w toku procesu opłaty i zaliczki na wynagrodzenia biegłych w łącznej wysokości 1.303,37 zł.

W oparciu o przepis art. 113 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 roku o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz.U. Nr 167, poz. 1398 ze zm.) w zw. z art. 100 i 105 kpc Sąd obciążył pozwanych kosztami sądowymi, od których powódka była zwolniona. Na kwotę tę składa się opłata o pozwu 17.031 zł (600 zł uiszcza powódka) oraz wynagrodzenie biegłych w łącznej wysokości 2.645,70zł. (96,5 % z kwoty 2.741,67 zł.)

Na podstawie art. 113 ust. 4 powołanej wyżej ustawy Sąd odstąpił od obciążenia powódki kosztami sądowymi od oddalonej części powództwa. Sąd wziął pod uwagę zarówno ciężką sytuację materialną powódki jak i charakter dochodzonego roszczenia.