

UZASADNIENIE

W pozwie z dnia 14 października 2010 r. małoletni B. W., reprezentowany przez przedstawicieli ustawowych E. i K. W., wystąpił przeciwko (...) Spółce Akcyjnej w W., domagając się zasądzenia następujących kwot:

- 400.000 zł tytułem zadośćuczynienia z ustawowymi odsetkami od dnia 23 października 2007 r.,
- 144.000 zł w ramach skapitalizowanej renty na zwiększone potrzeby za okres od listopada 2007 r. do października 2010 r. wraz z ustawowymi odsetkami liczonymi od dnia doręczenia odpisu pozwu,
- po 4.000 zł miesięcznie tytułem renty na zwiększone potrzeby, począwszy od dnia 10 listopada 2010 r.

Powód zwrócił się ponadto o ustalenie odpowiedzialności strony pozwanej na przyszłość za dalsze mogące się ujawnić szkody oraz zażądał zwrotu kosztów procesu.

Uzasadniając zgłoszone roszczenia wskazano, iż wskutek błędów i zaniedbań popełnionych przez personel medyczny Samodzielnego Publicznego Szpitala (...) w P., małoletni B. W. doznał poważnego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego, objawiającego się encefalopatią poanoksyjną, czterokończynowym porażeniem spastycznym i padaczką. Zdaniem rodziców powoda, wykonywane podczas operacji kardiochirurgicznej czynności medyczne były niewłaściwe, w nieprawidłowy sposób sprawowano opiekę lekarską nad dzieckiem, zaś prowadzący lekarze nie wykazywali należytego zainteresowania jego stanem zdrowia oraz nie potrafili skutecznie przeciwdziałać pojawiającym się w trakcie operacji komplikacjom. Nadto, w przekonaniu strony powodowej, uchybienie lekarzy polegało na dopuszczeniu do zbyt wczesnego wybudzenia pacjenta, co zaowocowało poważnymi konsekwencjami w postaci niewydolności krążeniowej i zawału serca, doprowadzając w rezultacie do wystąpienia szeregu wyżej wspomnianych szkód neurologicznych. /pозew k. 2 – 10/

W odpowiedzi na pozew (...) S.A. wniosło o oddalenie powództwa i zasądzenie kosztów procesu. Pozwana spółka przyznała, iż udzielała Szpitalowi (...) w P. ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ryzyk medycznych, zastrzegając jednak, iż jego ewentualna odpowiedzialność ograniczona jest sumą gwarancyjną 1.000.000 zł, dodatkowo w umowie zastrzeżono 5% udział własny szpitala w każdej szkodzie osobowej i rzeczowej. Strona pozwana zakwestionowała natomiast obowiązek zapłaty wskazując, iż deliktowa odpowiedzialność szpitala opierać się może na zasadzie winy, a ta nie została wykazana przez powoda, podobnie nie zostały udowodnione pozostałe przesłanki odpowiedzialności w postaci szkody oraz związku przyczynowego pomiędzy zawinionym działaniem lub zaniechaniem personelu szpitala a wyrządzoną szkodą. W tym zakresie zakład ubezpieczeń odwołał się do rezultatów karnego postępowania przygotowawczego, w ramach którego stwierdzono brak błędu lekarskiego po stronie lekarzy, czego wyrazem stało się umorzenie śledztwa. (...) podniosło, iż personel medyczny (...) szpitala nie dopuścił się żadnych zaniedbań, uchybień i wadliwości w toku wdrożonego procesu leczniczego. /odpowieź na pozew k. 204 – 204 odw/

Dnia 9 lutego 2011 r. pełnomocnik powoda wystąpił z wnioskiem o dopozwanie Szpitala Klinicznego (...) w P. w trybie art. 194 § 3 k.p.c., argumentując iż ten podmiot jest bezpośrednio odpowiedzialny za stan zdrowia powoda. Pełnomocnik wskazał ponadto, iż wobec wielkości zgłoszonych przez powoda roszczeń udział tego podmiotu w procesie jest niezbędny, z uwagi na ograniczenia wynikające z treści polisy, a dotyczące sumy gwarancyjnej, będącej górną granicą odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. W kolejnym piśmie procesowym z dnia 21 lutego 2011 r. pełnomocnik powoda podał, iż dotychczasowe roszczenia są kierowane również pod adresem Szpitala (...) w P., zaś odpowiedzialność obojga pozwanych kształtuje się in solidum. /wniosek o dopozwanie k. 240 – 241; pismo procesowe k. 257 – 259/

Postanowieniem z dnia 4 marca 2011 r. Sąd wezwał do udziału w sprawie w charakterze pozwanego Szpital Kliniczny (...) w P.. /postanowienie k. 262/

Także pozwany szpital zakwestionował zasadę odpowiedzialności, podnosząc iż nie został udowodniony związek pomiędzy pobytem powoda w szpitalu, a jego obecnym stanem zdrowia. Podniesiono, że postępowanie lekarzy względem powoda było prawidłowe, staranne i zgodne z zasadami sztuki medycznej. Wobec powoda podjęte zostały wszelkie dostępne procedury i badania. Należycie przeprowadzono też operację kardiologiczną w zakresie wrodzonej poważnej wady serca; powód został wnikliwie zdiagnozowany i prawidłowo zoperowany, zaś występujące powikłania wynikały z rodzaju wady kardiologicznej i były niezależne od działania personelu medycznego. Na koniec strona pozwana zgłosiła zarzut przedawnienia, podnosząc iż upłynął już 3 – letni termin na dochodzenie roszczeń, skoro rodzice powoda na przełomie lipca i sierpnia 2005 r. mieli pełną wiedzę na temat szkód zdrowotnych u syna. / odpowiedź na pozew k. 270 – 275/

Pismem procesowym z dnia 9 stycznia 2014 r. pełnomocnik powoda zmodyfikował powództwo w zakresie renty na zwiększone potrzeby dochodząc:

- po 4.000 zł miesięcznie za miesiące listopad i grudzień 2010 r.,
- po 9.614 zł miesięcznie za okres od stycznia 2010 r. do grudnia 2012 r., począwszy od dnia 10 stycznia 2011 r.,
- po 12.494 zł miesięcznie tytułem przyszłej renty, począwszy od dnia 10 stycznia 2013 r.

W pozostałym zakresie powództwo pozostało w dotychczasowym kształcie. /pismo procesowe k. 591 – 596/

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:

B. W. urodził się dnia (...) W 7 tygodniu życia przy okazji szczepień, podczas rutynowego badania lekarskiego stwierdzono u niego szmer w sercu, co legło u podstawy wystawienia skierowania na specjalistyczne badania kardiologiczne. /okoliczności bezsporne/

Od stycznia 2003 r. powód objęty był stałą opieką kardiologiczną, sprawowaną przez dr B. M. zatrudnionego w (...) w P. i w Szpitalu (...) w P.. Powód regularnie odbywał wizyty w (...), jak również wielokrotnie przechodził badania echokardiograficzne i USG echo serca. Stan jego zdrowia był też sprawdzany w ramach konsultacji kardiologicznych z innymi specjalistami z tej dziedziny medycyny. U powoda zdiagnozowano zwężenie obwodowych gałęzi tętnic płucnych oraz wrodzoną wadę serca w postaci nadzastawkowego zwężenia lewego ujścia tętniczego. Początkowo stwierdzono, iż zwężenie aorty ma charakter umiarkowany, jednakże wraz z upływem czasu wada narastała, co potwierdzały wyniki kolejnych badań. Ponadto zauważono zwężenie łuku aorty wymagające obserwacji, choć nie na tyle duże, aby zakwalifikować je jako przypadek hipoplazji łuku aorty. Z tego powodu nie wykonano u powoda inwazyjnego badania cewnikowania serca, uznając iż wystarczające i w pełni miarodajne są wyniki badań echokardiograficznych. Wszystkie wspomniane dysfunkcje układu krążenia małoletniego powoda zostały potwierdzone podczas diagnostyki szpitalnej, przeprowadzonej w dniach 22 i 23 września 2003 r. w Klinice (...) w P.. Ostatnie badanie echo z dnia 29 kwietnia 2005 r. wykazało, iż wada serca jest na tyle poważna, iż konieczna jest dalsza szczegółowa diagnostyka w warunkach szpitalnych pod kątem rozważenia leczenia kardiologicznego. Dziecko otrzymało skierowanie do szpitala. Rodzice na bieżąco byli informowani o stanie zdrowia dziecka. /niesporne: karty wizyt k. 94 – 96, 101; konsultacja kardiologiczna k. 99; badanie echokardiograficzne k. 45; karta informacyjna k. 93; badanie echo serca k. 97; zeznania świadka B. M. k. 328 – 329; wyjaśnienia E. W. k. 226 odw – 228/

W dniach 4 i 5 maja 2005 r. powód przebywał w Klinice (...) pozwanego Szpitala, gdzie został poddany szczegółowej diagnostyce kardiologicznej. Rozpoznanie opiewało na: wrodzoną wadę serca w postaci zastawkowego i nadzastawkowego zwężenia lewego ujścia tętniczego, obwodowe zwężenie naczyń płucnych oraz do obserwacji łuk aorty i zastawki aortalnej. Po konsultacji kardiologicznej pacjent został zakwalifikowany do zabiegu operacyjnego serca. /niesporne: karta informacyjna k. 94; historia choroby k. 89/

Dnia 24 maja 2005 r. wykonano jeszcze jedno badanie echokardiograficzne, które przyniosło identyczne rezultaty. Oprócz tego powód odbył dwie wizyty w prywatnym gabinecie kardiologicznym prowadzonym przez prof. M. W. i jego

zonę. W tym czasie była już znana data operacji, którą wyznaczono na dzień 1 lipca 2005 r. /okoliczności bezsporne; nadto badanie echokardiograficzne k. 62; wyjaśnienia E. W. k. 226 odw – 228/ /

29 czerwca 2005 r., zgodnie z ustaleniami, powód stawił się w Klinice (...) pozwanego Szpitala. Po przyjęciu dziecka odbyła się kwalifikacja operacyjna sprowadzająca się do konsultacji kardiologiczno – kardiochirurgicznej. W konsylium wzięli udział kierownik kliniki prof. M. W., dr P. P. i dr B. M.. Przedmiot konsylium obejmował przedstawienie schorzeń pacjenta i ustalenie metod leczenia. Lekarze stwierdzili, iż dotychczasowy materiał, a zwłaszcza wyniki badań echokardiograficznych wystarczająco uzasadniają wykonanie operacji, w związku z czym odstąpili od inwazyjnego, obciążonego dodatkowym ryzykiem (w tym śmiertelnym) badania cewnikowania serca. / zeznania świadków: B. M. k. 328 – 329, P. P. k. 329/

Rodzice powoda wypełnili stosowny kwestionariusz i wyrazili zgodę na operację i znieczulenie. Oprócz tego zostali poinformowani o wszystkich możliwych komplikacjach i powikłaniach włącznie z ryzykiem śmierci dziecka. Wiedzieli też, że operacja jest konieczna. /niesporne, kwestionariusz k. 64; wyjaśnienia E. W. k. 226 odw – 228/

W dniu 1 lipca 2005 r. o godz. 8:30. zabieg operacyjny rozpoczął zespół złożony z kardiochirurgów – prof. M. W. (operujący) i jego asystenci dr M. P. i dr R. B.; anestezyjologów – dr B. K. i dr K., pielęgniarek K. – D. i S. oraz instrumentariuszek – A. G. i W. M..

Powód został poddany standardowemu znieczuleniu, obowiązującemu przy zabiegach kardiochirurgicznych. Drogą wziewną podano wstępne środki anestetyczne („Halotan”) i przeciwbólowe, po czym po zaśnięciu pacjenta wykonano dożylnie wkłucie obwodowe. Następnie za pomocą wenflonu podano dożylnie leki nasenne („Dormicum”), środek zwiotczający („Pavulon”) i środek przeciwbólowy („Fentanyl”). W dalszej kolejności w jednej z tętnic i żył zamontowano kaniulę, celem ciągłego monitorowania ciśnienia krwi skurczowego i rozkurczowego, jak również założono cewniki umożliwiające podawanie leków kardiologicznych.

Kolejny etap operacji obejmował czynności przygotowawcze. W pogotowiu znajdował się aparat płuco – serce, który miał być użyty w dalszym toku operacji.

Jeszcze w trakcie czynności przygotowawczych nastąpiło załamanie funkcjonowania krążenia, wyrażające się spadkiem ciśnienia do wartości 30 mmHg. Oprócz tego zaobserwowano słabą kurczliwość mięśnia sercowego. Z tej przyczyny w pośpiechu podłączano aparat płuco – serce, dzięki czemu ustabilizowano ciśnienie na pożądanym poziomie 50 mmHg.

Ingerencja kardiochirurgiczna polegała na poszerzeniu zwężenia nadzastawkowego za pomocą łaty osierdziowo – dakronowej. Po korekcie wady podjęto nieudaną próbę odłączenia aparatu płuco – serce. Z uwagi na zbyt słabą funkcję serca dalej stosowano jego sztuczne wspomaganie połączone z podawaniem leków wzmacniających pracę organu. Wdrożone działania przyniosły zamierzone rezultaty, bowiem serce podjęło pracę, co pozwoliło na rezygnację z aparatu płuco – serce. Przez cały czas monitorowano wszystkie podstawowe czynności życiowe dotyczące pracy serca, wielkości ciśnienia i temperatury.

Po odłączeniu aparatu wykonano przezprzełykowe badanie echokardiograficzne, stwierdzając resztkowy gradient na granicy aorty wstępującej i łuku aorty około 40 mmHg. Wynik tego badania nie zaniepokoił lekarzy, odpowiadał obrazowi wcześniejszych zaburzeń krążeniowych oraz wynikom przedoperacyjnych badań echokardiograficznych.

W tym stanie rzeczy uznano, że rozszerzenie zabiegu o plastykę łuku aorty byłoby zbyt ryzykowne dla chorego.

Następnie przewieziono powoda na sale poperacyjną, utrzymując ciągle wlew wysokich dawek katecholamin. /karta informacyjna k. 24 – 25; kardiochirurgiczna historia choroby k. 46 – 53, 64 – 88, 131 – 181; zeznania świadków: M. W. k. 330 odw – 332 odw, B. K. k. 333 – 334, R. B. k. 334 odw, H. K. k. 362 odw – 363/

E. W. opiekująca się synem w szpitalu miała styczność z bliskimi innych chorych. Podczas wzajemnych rozmów matki innych małoletnich pacjentów niekiedy skarżyły się na zachowanie personelu medycznego. W szczególności nie

podobało im się zbyt rutynowe podejście do pacjentów oraz nadmierna sztywność i oschłość osób zajmujących się chorymi. /zeznania świadków: A. U. k. 228 odw – 229, M. L. k. 388 odw – 389/

Na sali pooperacyjnej należącej do Oddziału Intensywnej Terapii (IV piętro) powód znalazł się około godz. 12:00. Kilka razy na krótko odwiedzała go matka, widząc że syn jest zaintubowany i śpi. W dobie zerowej, w godzinach wieczornych, doszło do niespodziewanego wybudzenia powoda. /niesporne, zeznania świadka A. U. k. 228 odw – 229; wyjaśnienia E. W. k. 226 odw – 228/

Obecne na miejscu pielęgniarki wezwały lekarza dyżurnego, którym był dr P. W.. Lekarz przyszedł z dyżurki zlokalizowanej na III piętrze. Odczyt z aparatury monitorującej funkcje życiowe ujawnił, iż doszło do załamania akcji serca, co wyrażało się zwolnieniem jego pracy do wartości 70 skurczów na minutę, spadkiem ciśnienia krwi do poziomu 20 mmHg i obniżeniem saturacji do 70%. Niezwłocznie podjęto reanimację. Przeprowadzone czynności resuscytacyjne (min. duże dawki adrenaliny) trwały 10 minut, dzięki czemu osiągnięto normalizację parametrów hemodynamicznych. Po tej interwencji tętno wzrosło do 150, ciśnienie krwi mieściło się w przedziale 70 – 100 mmHg, a saturacja wynosiła 98%. Dalsze badania wykazały słabą kurczliwość mięśnia sercowego. Potwierdziło się też wcześniejsze podejrzenie, że doszło do zawału mięśnia sercowego. Równocześnie zgodnie z procedurami wdrożono leczenie przeciwobrzękowe, mając na względzie to, że zwolnienie czynności serca mogło wywołać niedotlenienie mózgu. /karta informacyjna k. 24 – 25; kardiochirurgiczna historia choroby k. 46 – 53, 64 – 88, 131 – 181; zeznania świadków: P. W. k. 329 – 330, M. W. k. 330 odw – 332 odw/

W przebiegu pooperacyjnym powód na bieżąco był monitorowany. Utrzymywano wobec niego mechaniczną wentylację, sedację i analgezję. Ponadto przechodził szereg konsultacji głównie o charakterze neurologicznym, kardiologicznym i kardiochirurgicznym. Weryfikacja stanu kardiologicznego powoda odbywała się też na drodze badań echo serca. Wybudzenie pacjenta nastąpiło w 7 dobie, widoczne były wówczas ogniskowe objawy neurologiczne. Z uwagi na to nasilono opiekę neurologiczną, która poza wspomnianymi konsultacjami, badaniami przedmiotowymi obejmowała również rehabilitację. Oprócz tego neurolog zalecił wykonanie tomografii komputerowej głowy lecz rodzice powoda nie wyrazili na to zgody, stojąc na stanowisku że leczenie powinno być prowadzone w innej placówce służby zdrowia. Powód opuścił szpital w dniu 27 lipca 2005 r. /karta informacyjna k. 24 – 25; kardiochirurgiczna historia choroby k. 46 – 53, 64 – 88, 131 – 181; zeznania świadków: P. P. k. 329, G. B. k. 330, M. W. k. 330 odw – 332 odw, W. M. (2) k. 334 – 334 odw/

W okresie od 27 lipca do 5 sierpnia 2005 r. B. W. przebywał na Oddziale (...) (...) Szpitala (...) w P.. Rozpoznano u niego stan po zabiegu operacyjnym zwężenia nadzastawkowego aorty, hipoplazję łuku aorty, spastyczne porażenie czterokończynowe oraz padaczkę. Wdrożone leczenie miało charakter farmakologiczny, co było połączone z intensywnymi działaniami rehabilitacyjnymi (ćwiczenia indywidualne, ćwiczenia oddechowe, próby sadzania, kąpiele i okłady. Oprócz tego powód uczestniczył w psychoterapii i terapii zajęciowej. /karta informacyjna k. 105; rehabilitacyjna historia choroby k. 57 – 41, 106 – 111/

Wobec tego, iż u powoda nasiliły się napady drgawek dalsze leczenie odbywało się w Klinice (...) w P.. Pobyt w tej placówce trwał od 5 do 18 sierpnia 2005 r. Po badaniach stwierdzono, że u powoda istnieje encefalopatia poniedoitleniowa, a padaczka ma obraz napadów toniczno – klonicznych. Odnośnie spastycznego niedowładu czterokończynowego zauważono, iż przeważa on po prawej stronie. Zastosowane leczenie farmakologiczne wraz z rehabilitacją przyczyniło się do poprawy stanu zdrowia i normalizacji parametrów laboratoryjnych. /karta informacyjna k. 26 – 28; neurologiczna historia choroby k. 30 – 39/

Z dniem 5 sierpnia 2005 r. wrócił do Szpitala (...) w P., gdzie na Oddziale (...) kontynuowano wszechstronne usprawnianie pacjenta, co trwało do dnia 28 października 2005 r. Podejmowane czynności i działania obejmowały: ćwiczenia metodą Bobath i Wojty (stymulacja stabilizacji głowy, obrotów i pełzania, regulacja napięcia mięśniowego); ćwiczenia bierne pełnego zakresu ruchów kończyn, stymulację sensoryczną, ćwiczenia logopedyczne i masaże suche. /karta informacyjna k. 40 – 41/

W okresie od 28 do 29 listopada 2006 r. powód przebywał na obserwacji w Klinice (...) w P.. Lekarze zajmujący się powodem stwierdzili stan po zatrzymaniu oddechu i krążenia oraz objawową padaczkę z napadami polimorficznymi. Powód przeszedł badanie EEG oraz metodą okularów błyskowych LED sprawdzono potencjały wzrokowe. /karta informacyjna k. 119/

Po każdej hospitalizacji powód miał szereg zaleceń i wskazówek co do dalszego trybu postępowania. W jego ramach nakazywano kontynuowanie leczenia w warunkach ambulatoryjnych (leczenie kardiologiczne, neurologiczne, rehabilitacyjne); prowadzenie działań farmakologicznych według ustalonego schematu; wykonywanie ćwiczeń w domu oraz stymulację rozwoju psychoruchowego dziecka. /okoliczności bezsporne/

Kardiologiczne kontrole stanu zdrowia powoda odbywały się w Centrum Medycznym (...) w P., gdzie odbywały się konsultacje połączone z wykonywaniem badań echokardiograficznych. Poszczególne wizyty miały miejsce w dniach: 8 listopada 2005 r., 20 maja 2006 r. i 6 stycznia 2007 r. /konsultacje i badania k. 112, 115, 117/

Na początku 2007 r. E. i K. W. złożyli skargę do Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej (...) Izby Lekarskiej w P. na działanie personelu medycznego Szpitala (...). Wobec tego, iż część zarzutów dotyczyła zachowania personelu pielęgniarstwa skarga została przekazana rzecznikowi właściwemu dla tej grupy zawodowej.

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położonych w P. wszczął w tej sprawie postępowanie wyjaśniające, które zakończyło się w dniu 29 sierpnia 2007 r. wydaniem postanowienia o umorzeniu wobec nie stwierdzenia przewinienia zawodowego. /postanowienie o umorzeniu k. 285 – 287/

Identycznym rezultatem zakończyło się postępowanie przygotowawcze o sygn. 2 Ds. 4520/05/18 prowadzone przez Prokuraturę Rejonową P. w sprawie narażenia powoda na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia poprzez niewłaściwe sprawowanie opieki medycznej podczas pobytu w Szpitalu (...) w P.. Organ ścigania umorzył śledztwo ze względu na brak znamion czynu zabronionego. /niesporne/

Postawiona przez lekarzy względem B. W. diagnoza, dotycząca nadzastawkowego zwężenia aorty (wada wrodzona), była prawidłowa oraz stanowiła wystarczające kryterium kwalifikacji do zabiegu operacyjnego. Kardiochirurdzy wykonujący operację mieli także informacje dotyczące możliwego zwężenia tętnic płucnych, a weryfikacja takiego rozpoznania jest możliwa śródoperacyjnie, co nie zwiększa istotnie ryzyka. Podjęcie zwężenia w obrębie łuku aorty potencjalnie mogło być zweryfikowane badaniem angiograficznym. Takie badanie jest przydatne, gdyż zwiększa zakres informacji dotyczących morfologii wady, jednakże w przypadku nadzastawkowego zwężenia aorty jest ono związane z istotnym ryzykiem powikłań. Cewnikowanie serca, polega na podaniu kontrastu naczyniowego i wystawieniu na wysokie dawki promieniowania jonizującego. Cewnikowanie w przypadku nadzastawkowego zwężenia aorty obarczone jest relatywnie wysokim ryzykiem powikłań, w tym zgonu badanego dziecka. Podobnie zgon pacjenta może się zdarzyć w trakcie badań hemodynamicznych. Dokładność badania echokardiograficznego jest uzależniona od wielu czynników, do których chociażby należą: rodzaj i stopień zaawansowania aparatury, częstotliwość głowicy w aparacie i doświadczenie lekarza wykonującego badanie. Przeważnie badanie echo jest wystarczająco precyzyjne w tego typu wadach. Ostateczna kwalifikacja powoda do operacji nastąpiła na konsylium lekarskim, co jest powszechnie stosowaną praktyką we wszystkich szpitalach. Badania diagnostyczne (zwłaszcza obrazowe) pozwalają zaplanować przebieg operacji, ale ze swej istoty są jedynie interpolacją rzeczywistości, dlatego też każdy lekarz musi się liczyć z nieoczekiwanymi sytuacjami, w których zastana morfologia wady nie została w pełni odzwierciedlona przez wcześniejsze badania. Poszerzenie zabiegu operacyjnego o plastykę łuku aorty znacznie zwiększałoby ryzyko operacyjne.

Do spadku ciśnienia doszło w trakcie podłączania krążenia pozaustrojowego. Spadek ciśnienia w trakcie indukcji do znieczulenia i czynności przygotowawczych jest częstym zjawiskiem, związanym z sedatywnym działaniem leków anestetycznych. Taki spadek ciśnienia zasadniczo nie prowadzi do neurologicznego uszkodzenia pacjenta. W przedmiotowej sprawie doszło jednak do znacznego spadku ciśnienia, na co prawdopodobnie wpływ miała konfiguracja wady z charakterystycznym dla nadzastawkowego zwężenia aorty patologicznym, skurczowym

przepływem wieńcowym. Można także mówić o skrajnej niewydolności krążeniowej, skoro przedłużono stosowanie krążenia pozaustrojowego. Dalszy przebieg leczenia mógł być wynikiem tego problemu, lecz jest to konieczny element operacji wykonywany niezależnie od planowanego zakresu korekcji wady. Nie można określić wpływu ograniczenia diagnostyki do badań echokardiograficznych na obecny stan zdrowia powoda, gdyż jest on spowodowany powikłaniem okołoperacyjnym, które jest związane z samą techniką zabiegu z zastosowaniem krążenia pozaustrojowego. Dodatkowo brak jest danych umożliwiających jednoznaczne określenie, czy powikłanie neurologiczne jest wynikiem samej operacji, czy zatrzymania krążenia w przebiegu pooperacyjnym.

Metabolizm leków anestetycznych jest osobniczo zmienny, zależąc zarówno od wieku, masy, jak i stanu pacjenta. W przypadku pacjentów w ciężkim stanie zasadne jest utrzymywanie sedacji w okresie poperacyjnym. Z reguły poziom sedacji jest płytki, ponieważ leki anestetyczne mogą nasilać niewydolność krążenia, dlatego też akceptowalne są okresowe wybudzenia pacjenta. Pełna sedacja ma zastosowanie wyłącznie u pacjentów z potwierdzonym uszkodzeniem OUN, w celu zmniejszenia metabolizmu i poprawienia rokowania oraz u pacjentów w stanie skrajnie ciężkim, wymagających bardzo inwazyjnych metod leczenia. Przedłużenie sedacji u powoda miało za podłoże podejrzenie ryzyka niedokrwienia odśrodkowego układu nerwowego w czasie operacji, a miało to służyć protekcji mózgu. Incydent w postaci wybudzenia się powoda w trakcie przebiegu pooperacyjnego nie wydaje się być istotną przyczyną zaistniałego uszkodzenia. W razie znacznego śródoperacyjnego uszkodzenia mózgu prawdopodobnie nie doszłoby do samoistnego wybudzenia, gdyż znaczny stopień uszkodzenia mózgu wyklucza możliwość wybudzenia. Incydentalne wybudzenie powoda prawdopodobnie wymagało jedynie zwiększenia dawki leków sedatywnych. W tym miejscu trzeba też zastrzec, że wybudzenie się pacjenta nie jest równoznaczne z zatrzymaniem krążenia. Natomiast z dokumentacji wynika, że w przebiegu pooperacyjnym, doszło do zatrzymania krążenia z następową reanimacją.

U powoda występuję zwężenie łuku aorty (wada wrodzona dotąd nie leczona), encefalopatia niedokrwienne, spastyczny niedowład czterokończynowy oraz padaczka z napadami toniczno – klonicznymi. Trzy ostatnie schorzenia są rezultatem powikłań okołoperacyjnych, z tym że nie sposób jednoznacznie określić czasu ich powstania. Jak już była o tym mowa mogły one zaistnieć na skutek spadku ciśnienia w trakcie operacji bądź na skutek zatrzymania krążenia i reanimacji w przebiegu poperacyjnym. Nie wykluczone jest również i to, że oba incydenty wywarły łączny wpływ na wystąpienie szkód neurologicznych.

Przyszłe rokowania są umiarkowane. Po korekcie nadzastawkowego zwężenia aorty poprawiają przeżywalność wynosi: w okresie 10 – letnim 94% i w okresie 20 – letnim 91%. Istniejące u powoda zwężenie łuku aorty może być usunięte na drodze kolejnego chirurgicznego zabiegu operacyjnego, z tym że każda tak inwazyjna ingerencja niesie za sobą wzrost ryzyka powikłań.

Kardiologiczny stan zdrowia powoda wydaje się być adekwatny do wrodzonej wady i zastosowanego leczenia. Pomimo przejściowych zmian w zapisach EKG i podwyższenia poziomów markerów uszkodzenia mięśnia sercowego nie można mówić o trwałym uszkodzeniu serca. /opinia kardiologiczna (...) Centrum (...) w Z. k. 461 – 463; pisemna, uzupełniająca opinia kardiologiczna ŚCChS k. 481 – 482; ustna, uzupełniająca opinia biegłego kardiologa S. P. z ŚCChS k. 548 – 549 odw/

Z anestezjologicznego punktu widzenia nie jest szczegółowo poznany metabolizm leków anestetycznych u dzieci po zabiegach w krążeniu pozaustrojowym. Wpływ na to mają następujące czynniki: czas zabiegu, krążenie pozaustrojowe, zastosowana hipotermia, przepływy narządowe oraz stan organów metabolizujących leki, których wydolność jest zmniejszona po zastosowaniu krążenia pozaustrojowego. Z szybkim wybudzeniem mamy do czynienia przy dobrej wydolności narządów eliminujących leki. Odwrotnie jest przy obserwowanej niewydolności krążenia, gdyż wtedy można się spodziewać wydłużonego czasu odzyskiwania świadomości. Inaczej mówiąc nie jest możliwe precyzyjne określenie czasu wybudzenia chorego we wczesnym okresie pooperacyjnym po zabiegu kardiologicznym, ponieważ nieprzewidywalna jest długość działania leków. Dodatkowo każdy lek sedacyjny i opioid posiada właściwość obniżania ciśnienia tętniczego, a priorytetowym zadaniem we wczesnym okresie pooperacyjnym jest utrzymywanie stabilizacji hemodynamicznej. Każdorazowo niezbędna jest więc indywidualizacja anestetyków ze względu na stan chorego. Ogólna tendencja sprowadza się do okresowego zmniejszania sedacji i obserwacji chorego. Inną

rzeczą jest respektowanie zaleceń chirurga prowadzącego operację odnośnie okresu sedacji, chyba że zaistnieje uzasadniona konieczność ich zmiany. W tym stanie rzeczy możliwe było samoczynne wybudzenie się powoda w dobie zerowej, wynikające z dobrej perfuzji narządowej i dobrego funkcjonowania narządów eliminujących leki. Tego typu okoliczność nie była planowana przez lekarzy, gdyż nie wdrożono żadnych kroków w kierunku wybudzenia. Wobec powyższego samoistne wybudzenie powoda nie może być kwalifikowana w kategorii błędu ludzkiego.

Wybudzenie dziecka (odzyskanie reaktywności na bodźce, powrót ruchomości czterokończynowej, kontakt logiczny) po zabiegu kardiochirurgicznym w dobie zerowej jest zjawiskiem pożądanym. Dzięki temu uzyskuje się informacje na temat stanu neurologicznego. Początkowo dziecko reaguje na silne bodźce, a potem reakcja pojawia się przy niewielkich bodźcach. Proces budzenia powinien przebiegać spokojnie i powoli, co nie zawsze jest możliwe w przypadku małych dzieci. Przeważnie takim dzieciom podaje się standardowo leki uspokajające i znieczulające w ciągłej podaży, a ich ilość jest dostosowywana do stanu dziecka i jego reaktywności. Z reguły chodzi tutaj o złagodzenie dolegliwości i nieprzyjemnych następstw zbyt szybkiego powrotu świadomości. W przypadku nasilonej niewydolności układu krążenia przedłużenie sedacji we wczesnym okresie pooperacyjnym jest korzystne i wskazane, ponieważ zmniejsza to metabolizm i zapotrzebowanie na tlen, stwarza optymalne warunki wentylacji oraz ogranicza reaktywność dziecka, zapobiegając przypadkowemu usunięciu kaniul czy drenów. Z drugiej strony nadmiar leków sedacyjnych i analgetycznych może pogłębiać istniejącą niewydolność krążenia, co jest zjawiskiem niekorzystnym z punktu widzenia konieczności utrzymywania stabilizacji hemodynamicznej. Pogłębiona sedacja odbiera ponadto możliwość monitorowania neurologicznego dziecka oraz utrudnia wychwycenie zaburzeń koniecznych do interwencji terapeutycznej. Decyzje co do dawek leków usypiających (zwiększenie lub obniżenie) należą do lekarza prowadzącego lub lekarza dyżurnego. W ich gestii leży też rezygnacja z wentylacji mechanicznej lub jej przedłużenie oraz wdrożenie leczenia przeciwozrętkowego mózgu. Biorąc pod uwagę stan powoda zasadnym było prowadzenie sedacji indywidualnie dostosowanej do jego stanu klinicznego. Jednocześnie powód po zabiegu był stabilny krążeniowo (należyta praca serca), a wszystkie leki były miareczkowane według jego potrzeb. W tym stanie rzeczy wybudzenie powoda w dobie zerowej było pożądane z punktu widzenia procesu leczenia.

W okresie okołoperacyjnym u powoda doszło do ciężkiej niewydolności serca z zespołem małego rzutu oraz niedotlenienia mózgu, którego konsekwencją jest spastyczne porażenie czterokończynowe. Pogorszenie pracy serca nastąpiło gwałtownie bez żadnych sygnałów ostrzegawczych w postaci stopniowego pogarszania się wydolności układu krążenia. Rzeczona niedotlenienie mózgu może zaś być jednym z powikłań powstałych w czasie zatrzymania krążenia, jak i rzadziej w wyniku zabiegu kardiochirurgicznego. Nie sposób jednak ustalić które z tych zdarzeń miało decydujące znaczenie. /opinia anesteziologiczna (...) Centrum (...) w Z. k. 464 – 465; pisemne, uzupełniające opinie anesteziologiczne ŚCChS k. 478, 509 – 513/

Powód B. W. został zakwalifikowany do leczenia kardiochirurgicznego na podstawie badania echokardiograficznego. U powoda rozpoznano nadzastawkowe zwężenie aorty, wymagające usunięcia na drodze operacyjnej. Taką konkluzję poczyniono w oparciu o analizę badania echokardiograficznego, co było w pełni prawidłowe i wystarczające. Z drugiej strony przy tej wadzie serca przyspieszony strumień przepływającej krwi może powodować problem z oceną gradientu przepływu krwi aorty wstępującej i łuku, a także w okolicy cieśni aorty. Z przyczyn kardiologicznych diagnostyka powinna więc być poszerzona o cewnikowanie serca, choć jest to badanie wysoko inwazyjne i potencjalnie niebezpieczne (duża liczba powikłań). To badanie precyzyjnie pozwalałoby na ocenę anatomii wady tj. gradientu ciśnień, miejsca zwężenia, średnicy poprzecznej części łuku aorty oraz średnicy i ewentualnych dodatkowych gradientów w okolicy cieśni aorty. Poza tym poprzez to badanie można było zweryfikować zwężenie obwodowych tętnic płucnych, wykryte we wcześniejszych badaniach. W przypadku wcześniejszego rozpoznania hipoplazji łuku aorty chirurg zaplanowałby bardziej rozległy zabieg, obejmujący nie tylko rekonstrukcję aorty wstępującej, ale też korektę łuku aorty. Z drugiej strony to rozpoznanie postawiono przed wejściem w krążenie pozaustrojowe – po otwarciu mostka i śródoperacyjnej ocenie warunków anatomicznych. Rozważano przy tym rekonstrukcję łuku lecz ostatecznie od tego odstąpiono z uwagi na bardzo labilny stan hemodynamiczny pacjenta. Przedłużenie operacji mogło bowiem doprowadzić do większego uszkodzenia mięśnia sercowego. Rzeczona labilność hemodynamiczna najpewniej wynikała z ciężkiego nadzastawkowego zwężenia aorty z konsekwencją w postaci przerostu lewej komory

oraz zaburzeń krążenia wieńcowego. W świetle tego wymienione na wstępie wątpliwości diagnostyczne (brak decyzji o cewnikowaniu serca) nie wpłynęłyby ostatecznie na przebieg operacji, ponieważ stan pacjenta nie pozwalał na jej przedłużanie.

U powoda w okresie okołoperacyjnym doszło do niedokrwienia mózgu oraz mięśnia sercowego z konsekwencją w postaci spastycznego porażenia czterokończynowego i padaczki oraz pooperacyjnego zespołu małego rzutu, wymagającego intensywnej farmakoterapii drogą podawania katecholamin. Niedotlenienie mogło mieć miejsce przed samym zabiegiem (spadki ciśnienia w trakcie kaniulacji) podczas operacji lub podczas incydentu spadku ciśnienia w dobie zerowej, kiedy pacjent wymagał resuscytacji. Mechanizm niedotlenienia podczas kaniulacji mógł wyglądać tak, że na skutek przerostu lewej komory i jej zwiększonego zapotrzebowania na tlen, przejściowo zmniejszył się przepływ krwi przez naczynia wieńcowe, co wywołało niedokrwienie mięśnia sercowego. Sama kaniulacja była należyta, ponieważ nastąpiła ona w aorcie wstępującej powyżej zwężenia a odejściem pnia ramiennie – głowowego. Żadnych zastrzeżeń nie można mieć do wykonania przezprzełykowego badania echokardiograficznego, po które rutynowo sięga się przy problemach ze stabilnością hemodynamiczną pacjenta. W niniejszej sprawie chodziło ponadto o wykluczenie istotnego mechanicznego zwężenia aorty już po operacji, w miejscu zespolenia łąty z łukiem aorty.

Pomiędzy zabiegiem kardiochirurgicznym a neurologicznym uszczerbkiem powoda istnieje niewątpliwy związek przyczynowy. Ten uszczerbek mieści się grupie potencjalnych powikłań, o których rodzice dziecka byli informowani (ze zgonem włącznie). W tej sferze nie można się dopatrzeć błędu ludzkiego. Nie sposób bowiem ustalić momentu niedotlenienia. Lekarze nie mogli też pozostać bezczynni i musieli podjąć ryzyko operacji, z uwagi na wysoki gradient w okolicy nadzastawkowego zwężenia aorty. Ciężka postać wady, trudne miejscowe warunki anatomiczne i przerost lewej komory były najpewniej przyczyną problemów z kaniulacją aorty, jak i labilności hemodynamicznej dziecka.

W przypadku powoda brak jest podstaw do stwierdzenia trwałego uszczerbku na zdrowiu o charakterze kardiologicznym. /opinia kardiologiczna (...) Centrum (...) w Z. k. 466 – 468; pisemna, uzupełniająca opinia kardiologiczna ŚCChS k. 479 – 480; ustna, uzupełniająca opinia biegłego kardiologa M. S. z ŚCChS k. 548/

W aspekcie neurologicznym B. W. obciążony jest trwałym uszczerbkiem na zdrowiu w rozmiarze 100%. Istniejące u powoda schorzenia neurologiczne to encefalopatia niedotleniowo – niedokrwienna z obustronnym niedowładem spastycznym oraz padaczka objawowa. Stwierdzony u małoletniego nasilony niedowład spastyczny kończyn oraz znaczne opóźnienie rozwoju psychoruchowego przekładają się na całkowitą zależność od osób trzecich. Powód wymaga więc całkowitej opieki (24 godz. na dobę) ze względu na niezdolność do samodzielnej egzystencji. Ze względu na nasilony niedowład powód nie siedzi, nie chodzi i nie zgłasza potrzeb fizjologicznych, przez co narażony jest na większe ryzyko infekcji, które ponadto mogą mieć u niego dłuższy i cięższy przebieg. W przypadku powoda niezbędne jest leczenie przeciwpadaczkowe. Małoletni przyjmował w tym zakresie szereg specyfików, które na przestrzeni lat podlegały zróżnicowanej refundacji, dlatego też utrudniona jest kalkulacja orientacyjnych kosztów leczenia. Przyszłe rokowania są złe, albowiem powód nigdy nie uzyska całkowitej samodzielności i będzie wymagał stałej opieki osób trzecich. Ewentualnie można się spodziewać częściowej poprawy w rozwoju, jednakże w kontekście dotychczasowych obserwacji nie będzie to poprawa znacząca. /opinia biegłego neurologa k. 562 – 565/

(...) Publiczny Szpital (...) w P. w zakresie ryzyk medycznych, korzystał z ochrony ubezpieczeniowej, udzielanej przez (...). Zakres ubezpieczenia w okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2005 r. obejmował odpowiedzialność cywilną szpitala za szkody osobowe i rzeczowe o charakterze deliktowym i kontraktowym wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Gwarancyjną sumę ubezpieczenia, zarówno na jedno jak i wszystkie zdarzenia określono na 1.000.000 zł, przy zastrzeżeniu udziału własnego szpitala w każdej szkodzie w wysokości 5%. /okoliczności przyznane/

Dnia 28 czerwca 2007 r. pełnomocnik powoda wystosował pismo do Szpitala (...) w P., dokonując zgłoszenia szkody z jednoczesnym wezwaniem do zapłaty. Sformułowane roszczenia opiewały na przyznanie zadośćuczynienia w kwocie 400.000 zł, odszkodowania w wysokości 40.000 zł oraz uiszczanie comiesięcznej renty na zwiększone potrzeby w kwocie po 4.000 zł. Oprócz tego w treści pisma zastrzeżono konieczność poinformowania o szkodzie zakładu ubezpieczeń, z którym szpital podpisał umowę ubezpieczenia OC. /zgłoszenie szkody – wezwanie do zapłaty k. 17 – 18/

W udzielonej odpowiedzi Szpital (...) w P. nie uznał wywiedzionych roszczeń oraz odmówił ich spełnienia, wskazując iż w postępowaniu diagnostyczno – leczniczym wdrożonym wobec małoletniego pacjenta nie było żadnych nieprawidłowości. Pozwany szpital podniósł ponadto, iż aktualny stan zdrowia powoda jest konsekwencją wystąpienia samoistnych powikłań mieszczących się w kategorii ryzyk operacyjnych. /odpowiedź /k. 19/

Negatywne stanowisko zajęło także (...), które pismem z dnia 16 października 2007 r. poinformowało, iż brak jest podstaw do przyjęcia odpowiedzialności za przedmiotową szkodę i wypłaty świadczeń z umowy ubezpieczenia OC szpitala. Zdaniem ubezpieczyciela nie można mówić o popełnieniu błędu lekarskiego ani też o niedochowaniu staranności przez personel medyczny, co wyklucza odpowiedzialność deliktową placówki służby zdrowia. Tym samym w rachubę nie wchodzi odpowiedzialność ubezpieczeniowa, uwarunkowana zaistnieniem określonego ryzyka ubezpieczeniowego, które w przedmiotowej sprawie się nie ziściło. /pismo z (...) k. 22 – 23/

Dokonując ustaleń faktycznych Sąd oparł się na powołanych dowodach, w szczególności: dowodach z dokumentów – nie budzących wątpliwości co do ich zgodności z rzeczywistym stanem rzeczy i nie kwestionowanych przez którąkolwiek ze stron, na zeznaniach świadków oraz na opiniach biegłych, które jako logiczne, spójne i dokładne, były w pełni przydatne do ustalenia stanu faktycznego.

Ocena materiału dowodowego musi się przede wszystkim skupić na ocenie opinii powołanych w sprawie biegłych instytutu naukowego – (...) Centrum (...) w Z., bowiem to ich twierdzenia, wnioski, konkluzje miały decydujące znaczenie dla rozstrzygnięcia istoty sprawy. Przy konstruowaniu stanu faktycznego wykorzystane zostały wszystkie opinie, a każda z nich miała równorzędne względem siebie znaczenie. Opinie te są bardzo szczegółowe, logiczne i spójne, a jeśli zawierają sformułowania nie do końca kategoryczne, to wynika to ze specyfiki nauki, jaką jest medycyna. Biegli jako fachowcy w swoich dziedzinach dysponowali należytą wiedzą teoretyczną oraz posiadali duże doświadczenie praktyczne. Między biegłymi pojawiły się drobne różnice zdań i poglądów, będące pochodną nieco innego spojrzenia i rozłożenia akcentów, ale nie przekreśla to wartości opinii. Istotne jest to, że opinie pomimo niewielkich odrębności są jednoznaczne i zbieżne w swoich wnioskach. Wszyscy biegli doszli do identycznej konkluzji sprowadzającej się do tego, że zaistniałe w toku leczenia powoda komplikacje (zaburzenia krążeniowe, spadki ciśnienia, niedotlenienie) rzutujące doniosłe na jego aktualny stan zdrowia (poważne szkody neurologiczne), mają niewątpliwie związek z przebyłym zabiegiem, ale mieszczą się w kategorii powikłań okołoperacyjnych, i nie są wynikiem błędów czy zaniechań.

Sąd Okręgowy zważył co następuje:

Powództwo nie zasługuje na uwzględnienie. Z twierdzeń pozwu wynikało, iż powód, korzystający z usług i świadczeń zdrowotnych udzielanych przez Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny (...)w P., uważa ten podmiot za sprawcę czynu niedozwolonego w postaci błędnego diagnozowania i leczenia, które były dla niego źródłem szkody i krzywdy oraz wywołały znaczne pogorszenie stanu zdrowia.

Podstawy odpowiedzialności pozwanego Szpitala można upatrywać w art. 430 k.c. Z kolei pozwane (...) odpowiadać może za szpital w oparciu o regulację zawartą w art. 822 k.c.

Odszkodowanie ubezpieczeniowe jest wypełnieniem umowy, różni się wyraźnie od odszkodowania z tytułu odpowiedzialności kontraktowej lub deliktowej. Inna jest tu podstawa prawna oraz przesłanki wypłaty odszkodowania. Przesłanką odszkodowania ubezpieczeniowego jest realizacja przewidzianego w umowie niebezpieczeństwa, w określonym umownie przedmiocie ubezpieczenia. Prawną podstawą świadczenia jest istnienie stosunku ubezpieczeniowego oraz nastąpienie przewidzianego w umowie wypadku, powodującego szkodę, za które odpowiada ubezpieczony.

Szpital Kliniczny im. (...)w P. (poprzednio Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr (...)w P.) jako podmiot wyposażony w osobowość prawną, może ponosić odpowiedzialność na zasadach ogólnych wynikających z art. 416 k.c. i następnym.

Przepis ten statuuje zasadę odpowiedzialności deliktowej osoby prawnej, opartej na winie sprawcy szkody, którym jest organ działający w granicach swoich kompetencji. Powołany przepis, mimo że ma podstawowe znaczenie reguluje jednak tylko fragment odpowiedzialności osoby prawnej. Cechą charakterystyczną teje odpowiedzialności opartej na zasadzie winy jest to, że osoba prawna odpowiada za własne działania i zaniechania. Zakres odpowiedzialności osoby prawnej w zależności od jej struktury organizacyjnej oraz konkretnych okoliczności faktycznych jest zróżnicowany, co przejawia się między innymi tym, że odpowiedzialność ta może zostać rozszerzona, z jednoczesną zmianą jej podstawy. W tym aspekcie rozpatrywać właśnie należy art. 430 k.c., który w istotny sposób modyfikuje odpowiedzialność osoby prawnej, opierając ją na zasadzie ryzyka. Zgodnie z tym przepisem 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 powierzonej jej czynności. Osoba prawna w istocie rzeczy odpowiada tutaj za cudzy czyn lub zaniechanie lecz jest to w pełni usprawiedliwione tym, że sprawca szkody jest jej pracownikiem.

Przesłanki roszczenia z art. 430 k.c. to:

- 1) powierzenie wykonania czynności na własny rachunek osobie podlegającej kierownictwu powierzającego,
- 2) szkoda,
- 3) zawinione zachowanie podwładnego przy wykonywaniu powierzonej mu czynności,
- 4) związek przyczynowy pomiędzy zachowaniem podwładnego a szkodą.

Dowód co do tych okoliczności, w tym więc również co do winy bezpośredniego sprawcy szkody, obciąża poszkodowanego.

Wątpliwościom nie ulega, że art. 430 k.c. stosuje się również w sytuacji pozostawienia podwładnemu znaczącego zakresu samodzielności, jeżeli zarazem ogólnie sfera aktywności danego podmiotu podlega kontroli zwierzchnika (dotyczy to np. oceny sytuacji lekarza wykonującego czynności medyczne na rachunek prywatnej kliniki).

W sytuacjach granicznych, gdy istnieje dość znacząca autonomia wykonawcy czynności przy istniejącym podporządkowaniu wobec powierzającego, argumentem przeważającym o zastosowaniu art. 430 k.c. (a nie art. 429) będzie fakt, że czynność jest podejmowana w interesie i na rachunek własny powierzającego. Powyższe uwagi w pełni odnoszą się do zatrudnionych w szpitalu lekarzy i personelu medycznego, którzy jako pracownicy teje placówki podlegali jej kierownictwu we wszystkich aspektach swojej działalności. Ich podległość o charakterze służbowym obejmowała zarówno sprawy pracownicze, administracyjne, ale także i czynności lecznicze. W tym ostatnim fragmencie postępowania zakres samodzielności lekarzy był niewątpliwie największy, co nie oznacza jednak automatycznie całkowitego zerwania związku w ramach zwierzchnictwa. Niezwykle istotne jest to, że lekarze pomimo tego, że decyzje o stosowanych przez siebie procedurach medycznych podejmowali w sposób autonomiczny, to jednak nie czynili tego na własną rękę lecz działali na rzecz i w imieniu Szpitala (...), pracując tym samym na jego dobre imię i renomę.

W niniejszej sprawie bezsporne jest to, że B. W. doznał szkody na osobie w postaci negatywnych następstwach zdrowotnych przedstawionych szczegółowo w stanie faktycznym sprawy.

Zebrany w sprawie materiał dowodowy ni pozwala jednak na przypisanie pozwanemu szpitalowi zawinionego działania podwładnych.

Pojęcie winy musi też uwzględniać dwa integralne elementy składowe o charakterze obiektywnym i subiektywnym. Element subiektywny to szeroko rozumiana bezprawność postępowania. Zachowanie sprawcy musi być obiektywnie nieprawidłowe, czyli musi naruszać jakieś reguły, zakazy czy nakazy. Nie chodzi tu przy tym wyłącznie o naruszenie powszechnie obowiązujących norm prawnych, ale także o zachowania przekraczające potrzebę wymaganej ostrożności

lub niedochowanie wymaganej w danych stosunkach, z uwzględnieniem profesjonalnego charakteru działalności, staranności. Element subiektywny to wadliwość zachowania się sprawcy, dotycząca strony podmiotowej. Jest to więc niewłaściwość zachowania się związana z momentem przewidywania i momentem woli. Sprawcy stawiamy tutaj zarzut, że podjął on i wykonał niewłaściwą decyzję lub też że nie uczynił tego co należało, choć mógł powinien to zrobić.

Na tle art. 430 k.c. nie można wykluczyć stosowania konstrukcji winy anonimowej, jeżeli jest co najmniej ustalone, że sprawca należy do kręgu podwładnych podmiotu odpowiedzialnego. W doktrynie i orzecznictwie Sądu Najwyższego odnośnie odpowiedzialności jednostek organizacyjnych zatrudniających dużą liczbę osób np. jednostek służby zdrowia utrwalone jest pojęcie „winy bezimiennej”. Oznacza ono, że jeżeli pewne jest, że do zdarzenia wyrządzającego szkodę doszło w związku z funkcjonowaniem danej jednostki organizacyjnej to ponosi ona odpowiedzialność niezależnie od tego, który konkretnie z jej pracowników zawinił.

W niniejszej sprawie nie ma podstaw do przyjęcia, że personel pozwanego Szpitala (...) w P. naruszył powszechnie obowiązujące normy ochrony ludzkiego życia i zdrowia, dopuszczając się zaniedbania lub błędu w sztuce. Skoro postępowanie lekarzy nie nosiło cechy bezprawności, to w ogóle nie można mówić o winie w ujęciu subiektywnym. Zachowanie pracowników pozwanego spełniało normy staranności wymaganej od lekarzy jako osób chroniących najwyższe dobra ludzkie. Do wniosku tego doprowadziła ocena zasadności i prawidłowości wdrożonych wobec powoda procedur medycznych. Ocena ta została dokonana na podstawie szeroko przytoczonych powyżej opinii biegłych, którzy analizowali podjęte wobec powoda działania diagnostyczne i lecznicze, w tym przeprowadzenie zabiegu operacyjnego i opiekę pooperacyjną. Jak wynika z opinii, w sprawie niniejszej mamy do czynienia z powikłaniem, nie zaś z błędem czy zaniechaniem.

I tak podsumowując, stwierdzić należy za wnioskami opiniujących, że: diagnoza i decyzja o zakwalifikowaniu do ratującego życie dziecka zabiegu operacyjnego były prawidłowe; poszerzenie diagnostyki o cewnikowanie serca, choć teoretycznie uzasadnione, obciążone było nadmiernym ryzykiem dla powoda, a jednocześnie nie było konieczne dla podjęcia decyzji o operacji tak czy tak wymagającej zastosowania krążenia pozaustrojowego, i planowania jej przebiegu; decyzja o zaniechaniu cewnikowania nie miała wpływu na zakres zabiegu, bowiem jego poszerzenie nie byłoby możliwe z uwagi na stan chorego nawet gdyby wcześniej to planowano; spadek ciśnienia w czasie zabiegu nastąpił w jego fazie przygotowawczej i związany był z technicznym, koniecznym elementem jego wykonania bez związku z planowanym zakresem zabiegu; szkody neurologiczne są następstwem zatrzymania krążenia, ale powstać mogły u powoda tak w trakcie zabiegu, jak i w fazie pooperacyjnej, albo są skutkiem nałożenia się tych incydentów; szkody neurologiczne nie wynikają z samego faktu wybudzenia się dziecka w dobie zerowej bowiem wybudzenie się nie oznacza samo przez się zatrzymania krążenia.

Wszystkie podejmowane wobec powoda czynności nie miały charakteru incydentalnego, lecz stanowiły kolejne elementy procesu leczniczego. Podejmowane procedury były następstwem wcześniejszych czynności, przy czym mieściły się one w ramach planu działań wobec chorego. Lekarze pozwanego szpitala mieli wiedzę o stanie zdrowia powoda. Należy tutaj przypomnieć, że podjęte w trakcie pobytu w maju 2005 r. czynności kontrolne dały alarmujące wyniki. Postawione wówczas rozpoznanie wskazywało na bezwzględną konieczność przeprowadzenia operacji, ponieważ jej zaniechanie, a nawet odwlekanie stwarzało stan zagrożenia życia dziecka. Głównym kryterium kwalifikacji do zabiegu było istnienie wady w postaci nadzastawkowego zwężenia aorty, jednoznacznie potwierdzone przeprowadzonym badaniem echokardiograficznym. Przypadek powoda został ponadto szczegółowo omówiony na zwołanym konsylium lekarskim. Odstąpienia od cewnikowania serca nie można traktować jako nieprawidłowości, gdyż przemawiało za tym szereg istotnych argumentów jak nadmierna inwazyjność tego badania i wysokie ryzyko powikłań, w tym zgonu badanego dziecka. Prawidłowe było przygotowywanie i przebieg operacji wykonanej w zgodzie z zasadami sztuki kardiochirurgicznej i anestezjologicznej. Stosownie do aktualnego stanu wiedzy medycznej lekarze przystąpili do zaplanowanego zabiegu kardiochirurgicznego, które poprzedziło standardowe znieczulenie. Prawidłowo wybrano miejsce kaniulacji. Gdy pacjent był już gotowy do operacji i do podłączenia aparatu płuco – serce zapewniającego krążenie pozaustrojowe, zaistniał jednak pierwszy poważny incydent mający charakter powikłania, wyrażający się gwałtowną labilnością hemodynamiczną i załamaniem funkcjonowania krążenia, czego wyrazem był spadek ciśnienia, ci jest jednak częstym zjawiskiem, związanym z sedatywnym działaniem leków anestetycznych. Lekarze natychmiast

przystąpili do przeciwdziałania podłączając aparat płuco – serce, co pozwoliło na ustabilizowanie ciśnienia. U powoda doszło jednak do znacznego spadku ciśnienia, przez co można nawet mówić o skrajnej niewydolności serca na tle krążeniowym. Jak ustalono, prawdopodobnie wpływ miały tu: trudne warunki anatomiczne, konfiguracja wady (ciężka postać wady) połączona z przerostem lewej komory, z charakterystycznym dla nadzastawkowego zwężenia aorty patologicznym, skurczowym przepływem wieńcowym. Nie można przeoczyć, że nie wystąpiły żadne sygnały ostrzegawcze, a pogorszenie pracy serca nastąpiło bardzo gwałtownie, na co operatorzy nie mieli wpływu. Podjęli jednocześnie wszystkie dostępne kroki nakierowane na uzyskanie stabilności hemodynamicznej.

W należyty sposób odbyła się sama ingerencja kardiochirurgiczna, która polegała na poszerzeniu zwężenia nadzastawkowego za pomocą łąty osierdziowo – dakronowej. Po korekcie wady, z uwagi na zbyt słabą funkcję serca dalej stosowano jego sztuczne wspomaganie połączone z podawaniem leków wzmacniających pracę tego organu. Wdrożone działania przyniosły zamierzone rezultaty, bowiem serce podjęło pracę, co pozwoliło na rezygnację z aparatu płuco – serce. Przez cały czas monitorowano wszystkie podstawowe czynności życiowe dotyczące pracy serca, wielkości ciśnienia i temperatury. Wspomniana duża labilność hemodynamiczna skłoniła lekarzy do jak najszybszego zakończenia operacji. Na tym gruncie poza wadą główną (nadzastawkowe zwężenie aorty) w rachubę wchodziło jeszcze operacyjne opracowanie, stwierdzonego śródoperacyjnie, zwężenia łuku aorty, ale rezygnacja z kontynuowania zabiegu była podyktowana usprawiedliwionymi względami, ponieważ stan pacjenta nie pozwalał na jego przedłużenie. Dalsze czynności sprowadziły się do wykonania kontrolnego przeprzelykowego badania echokardiograficznego mającego na celu sprawdzenie rezultatów operacji drogą wykluczenia istotnego pooperacyjnego zwężenia mechanicznego aorty w miejscu zespolenia łąty z łukiem aorty. Po zakończeniu procedur przewieziono powoda na sale poperacyjną, utrzymując ciągle wlew wysokich dawek katecholamin.

Istotnie w dobie zerowej miał miejsce drugi poważny incydent zatrzymania krążenia. Zasadniczo lekarze planowali utrzymywanie sedacji w okresie poperacyjnym, mając na uwadze ciężki stan zdrowia powoda oraz zaistniałe w toku operacji komplikacje. Jednocześnie z góry nie było możliwe określenie kiedy nastąpi wybudzenie, ponieważ w rachubę wchodziło zbyt wiele zmiennych, w tym nieprzewidywalna, zwłaszcza u dzieci, długość działania leków. W tym czasie pożądane było poszukiwanie równowagi między typowym oddziaływaniem leków sedacyjnych i opioidowych, posiadających właściwość obniżania ciśnienia tętniczego, a utrzymywaniem stabilizacji hemodynamicznej, uważanej za priorytetowe zadanie we wczesnym okresie pooperacyjnym. Można więc powiedzieć, że w założeniu powód miał się znajdować w stanie pośrednim pomiędzy płytką sedacją z dopuszczalnymi okresowymi wybudzeniami pacjenta, a pełną sedacją stosowaną wyłącznie u pacjentów z potwierdzonym uszkodzeniem OUN, w celu zmniejszenia metabolizmu i poprawienia rokowania. W przypadku powoda przedłużenie sedacji miało za podłoże podejrzenie ryzyka niedokrwienia odśrodkowego układu nerwowego w czasie operacji, a miało to służyć protekcji mózgu.

W przypadku nasilonej niewydolności układu krążenia, przedłużenie sedacji we wczesnym okresie pooperacyjnym jest korzystne i wskazane, ponieważ zmniejsza to metabolizm i zapotrzebowanie na tlen, stwarza optymalne warunki wentylacji oraz ogranicza reaktywność dziecka, zapobiegając przypadkowemu usunięciu kaniul czy drenów. Z drugiej strony nadmiar leków sedacyjnych i analgetycznych może pogłębiać istniejącą niewydolność krążenia, co jest zjawiskiem niekorzystnym z punktu widzenia konieczności utrzymywania stabilizacji hemodynamicznej. Pogłębiona sedacja odbiera ponadto możliwość monitorowania neurologicznego dziecka oraz utrudnia wychwycenie zaburzeń koniecznych do interwencji terapeutycznej. W przedmiotowej sprawie lekarze zasadnie prowadzili sedację indywidualnie dostosowaną do stanu klinicznego powoda. Jednocześnie precyzyjnie ustalono dawki poszczególnych leków, które były miareczkowane według jego potrzeb. W tej sytuacji możliwe było samoczynne wybudzenie się powoda w dobie zerowej, wynikające z dobrej perfuzji narządowej i dobrego funkcjonowania narządów eliminujących leki, lecz co do zasady, wybudzenie się pacjenta nie jest równoznaczne z zatrzymaniem krążenia. Jak ustalono, wybudzenie w dobie zerowej było nawet pożądane z punktu widzenia procesu leczenia, gdyż dzięki temu zaistniała szansa na poznanie stanu neurologicznego. Wybudzenie miało więc swoje źródło w predyspozycjach osobniczych powoda, którego organizm wyjątkowo szybko wchłonił podawane leki podawane w maksymalnie bezpiecznych dawkach. Zwiększenie dawek być może zapobiegłoby wybudzeniu, jednakże taki krok nie wchodził w rachubę z uwagi na nadmierne ryzyko zakłócenia stabilności hemodynamicznej. Mimo prawidłowo podejmowanych działań, to

zagrożenie u powoda ziściło się, gdyż przy wybudzeniu równocześnie nastąpiło wymagające reanimacji zatrzymanie krążenia. Podkreślenia wymaga, że personel medyczny nie podejmował kroków w kierunku kontrolowanego wybudzenia powoda, a fakt, że to obiektywnie nastąpiło nie może być kwalifikowana w kategorii błędu ludzkiego.

W analizowanej sprawie nie sposób jest ściśle określić momentu niedotlenienia. Niedotlenienie mogło mieć miejsce przed samym zabiegiem (spadki ciśnienia w trakcie kaniulacji) podczas operacji lub podczas incydentu spadku ciśnienia w dobie zerowej, kiedy pacjent wymagał resuscytacji. Z tych też przyczyn nie ma wiarygodnych danych umożliwiających jednoznaczne określenie, czy szkody neurologiczne są wynikiem samej operacji, czy też konsekwencją zatrzymania krążenia w przebiegu pooperacyjnym. Za jedyny pewnik można uznać to, że obecny stan zdrowia powoda jest efektem powikłań okołoperacyjnych. Do tej zaś kategorii bez wątplenia należą oba opisywane incydenty, przy czym ich znaczenie było względem siebie równorzędne, gdyż niewykluczone jest również i to, że oba, niezawinione przez personel medyczny, incydenty wywarły łączny wpływ na powstanie dotyczących powoda schorzeń.

Wszystkie wykonywane przez personel czynności miały swoje merytoryczne uzasadnienia i w rzetelny sposób je przeprowadzano. Lekarze opierali się na przesłankach obiektywnych i dostosowali metody leczenia do stanu zdrowotnego powoda oraz realnych możliwości jakimi dysponowali. Z kolei rodzice powoda mieli stały kontakt z lekarzami, rzetelnie i wyczerpująco uprzedzono ich o wszystkich możliwych powikłaniach przeprowadzanego zabiegu kardiochirurgicznego.

Z uwagi na powyższe wobec braku istnienia podstawowej przesłanki odpowiedzialności lekarzy w postaci bezprawności, nie można było przyjąć, iż ze strony pozwanego szpitala nastąpił błąd lekarski. Negatywne przesądzenie tej kwestii jest z kolei równoznaczne z nie ziszczeniem się ryzyka ubezpieczeniowego, warunkującego uruchomienie odpowiedzialności ubezpieczeniowej w trybie art. 822 k.c. W świetle tego również (...) nie można było zobligować do naprawienia zaistniałej u powoda szkody zdrowotnej.

W tym stanie rzeczy powództwo podlegało oddaleniu względem obu pozwanych.

Powód w całości przegrał sprawę, co w normalnym toku rzeczy oznaczałoby, że powinien on ponieść wszelkie związane z tym koszty, które pojawiły się po stronie jego przeciwników procesowych. Zdaniem Sądu w niniejszej sprawie zaistniały jednak warunki do zastosowania art. 102 k.p.c. i przewidzianej w nim zasady słuszności, której istota sprowadza się do tego, że w wypadkach szczególnie uzasadnionych Sąd może zasądzić od strony przegrywającej tylko część kosztów albo nie obciążać jej kosztami w ogóle.

W niniejszej sprawie Sąd dostrzega, że dotknięci tragedią życiową przedstawiciele powoda, nie mogli z góry przewidzieć wyniku postępowania i mogli oczekiwać, że przyniesie ono pozytywny dla powoda skutek. Specyfika spraw dotyczących błędów medycznych jest taka, że zasadności roszczeń nie sposób przeważnie ocenić a priori.

Sąd miał też na uwadze trudną sytuację życiową i majątkową powoda, w związku z czym doszedł do przekonania, że po jego stronie zachodzą okoliczności pozwalające na wyjątkowe odstąpienie od ogólnych reguł rządzących problematyką kosztów procesu.