

*Sygn. akt II C 66/12*

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 17 grudnia 2014 roku

**Sąd Okręgowy w Gliwicach Wydział II Cywilny Ośrodek (...) w R.**

w składzie:

**Przewodniczący:** SSO Elżbieta Gawlik

<b>Ławnicy:</b>	/
-----------------	---

**Protokolant:** Hanna Świątek

po rozpoznaniu w dniu 17 grudnia 2014 roku w Rybniku

**sprawy z powództwa P. K.**

**przeciwko** 1) Szpitalowi (...) im. dr J. R. (1) w R.

2) (...) S.A. z siedzibą w W.

o zapłatę, rentę i ustalenie

1) zasądza od pozwanych in solidum na rzecz powódki kwotę 100.000,00 zł (sto tysięcy złotych) z ustawowymi odsetkami należnymi od dnia 15.03.2012 roku;

2) ustala odpowiedzialność pozwanych in solidum na przyszłość;

3) w pozostałym zakresie powództwo oddala;

4) nakazuje pobrać od pozwanych in solidum na rzecz Skarbu Państwa Sądu Okręgowego w Gliwicach Ośrodka (...) w R. kwotę 5.991 zł (pięć tysięcy dziewięćset dziewięćdziesiąt jeden złotych) tytułem kosztów sądowych, od których powódka była zwolniona;

5) odstępuje od obciążania powódki kosztami sądowymi;

6) oddala wniosek pozwanych o zasądzenie na ich rzecz zwrotu kosztów postępowania.

Sygn. akt II C 66/12

## UZASADNIENIE

**Powódka P. K.** wniosła o zasądzenie na jej rzecz od pozwanych : Szpitala (...) w R. kwoty 400.000 zł tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę w myśl przepisu 445 § 1 k.c., z odsetkami ustawowymi od uchybienia dniu płatności, tzn. od daty wniesienia pozwu oraz zasądzenie na jej rzecz renty stałej w wysokości 600 zł miesięcznie tytułem naprawienia wyrządzonej szkody w myśl przepisu art. 444 § 2 k.c., płatnej do dnia 10-tego każdego miesiąca, z odsetkami ustawowymi licząc od uchybienia dniu płatności, tzn. od daty wniesienia pozwu. Wniosła również o ustalenie odpowiedzialności pozwanych na przyszłość.

Zarzuciła Szpitalowi (...) w R., że nie zapewnił jej bezpieczeństwa pobytu w okresie po operacji przeprowadzonej tam w dniu 13 czerwca 2011 r. Przystępując do przeprowadzenia w trybie pilnym operacji chirurgicznej wobec podejrzenia ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, pozwany postąpił w sposób prawidłowy, i do tego okresu jego działania, nie kieruje żadnych zastrzeżeń. Jednakże w trakcie przeprowadzenia zabiegu operacyjnego, w oparciu o ogląd wewnętrzny jamy brzusznej powódki, powzięto podejrzenie, że jednocześnie, obok ostrego stanu zapalnego wyrostka robaczkowego, występuje u niej schorzenie przewlekłe o nazwie choroba C. – L.. W związku z tym, należało pilnie obserwować pacjentkę w okresie pooperacyjnym, aby w odpowiednim czasie wykryć realne zagrożenie, jakie choroba ta może wywołać, tym bardziej że jednym z takich zagrożeń jest powstanie niedrożności jelitowej, a pozwany tego nie uczynił. W okresie pooperacyjnym powódka zgłaszała narastające u niej dolegliwości bólowe jamy brzusznej, czemu towarzyszyły także bolesne wzdęcia brzucha, utrudnienia lub niemożność swobodnego oddawania gazów. Przez 9 dób nie wykonano jej badań RTG ani USG. Na etapie opieki w okresie pooperacyjnym lekarze Oddziału Chirurgicznego nie zachowali odpowiedniego stopnia i miary ostrożności zawodowej, a także nie dochowali staranności zawodowej, gdyż w tak ważnym okresie czasu, lekceważono zgłaszane przez powódkę objawy, które zewnętrznie mogły być niecharakterystyczne. Niedbalstwo diagnostyczne okresu pooperacyjnego spowodowało u powódki wystąpienie powikłań, których można było uniknąć, a których wystąpienia należało przewidywać. Dopiero w 9 dobie, badaniem USG, wykazano w obrębie wnętrza jamy brzusznej duży obszar płynu wolnego, co prowadzi do logicznego wniosku, że gdyby tego rodzaju badania wcześniej wykonano, istniała szansa ujawnienia cechy niedrożności mechanicznej jelitowej i uniknięto by pęknięcia tej części jelita, powstałego w wyniku nadmiernego nagromadzenia się gazów jelitowych w zamkniętym ostro jego odcinku. Według powódki, zaniechano upewnienia się, czy wcześniej rozpoznana, a dotycząca końcowego odcinka jelita cienkiego przewlekła jednostka chorobowa zapalna układu pokarmowego, tzn. choroba C. – L., nie doprowadziła do wyzwolenia się w okresie pooperacyjnym ostrych objawów chirurgicznych, a opieszałość w podejmowaniu decyzji diagnostycznych w tym czasie, doprowadziła do zwłoki czasowej w ustaleniu takiego zagrożenia, w efekcie czego zrealizowało się zagrożenie, polegające na perforacji tego odcinka jelitowego. Pozwany ze swego (Oddziału Chirurgicznego), wysłał powódkę w dniu 21 czerwca 2011 r. do Kliniki (...) jedynie w celu wykonania badań mogących potwierdzić obecność choroby C. – L., ale uczynił to w czasie, gdy już w następstwie wcześniejszych jego zaniedbań, doszło do perforacji jelita. W stosownym czasie, pozwany wiedział lub podejrzewał równoczesną obecność przewlekłej choroby jelitowej o nazwie C. – L., a więc powinien był być o wiele bardziej wnikliwy, niż w innych przypadkach, w których podobne, dodatkowe powikłanie nie występuje. To zaś, powinno powodować wcześniejsze podejmowanie działań różnicujących w okresie pooperacyjnym, aby wykluczyć możliwość powstania niedrożności mechanicznej ostrej jelitowej. Tego właśnie pozwany nie uczynił, doprowadzając do powikłań o charakterze perforacji i odcinkowej resekcji jelitowej z wyłonieniem stomii brzusznej.

Pozwany Szpital (...) R. w R. wniósł o oddalenie powództwa oraz o wezwanie w charakterze strony pozwanej (...) S.A. z siedzibą w W., co Sąd uczynił.

Pozwany zaprzeczył twierdzeniom powódki, jakoby działania jego personelu medycznego w okresie pooperacyjnym były nieprawidłowe. Początkowo okres pooperacyjny przebiegał prawidłowo. W dniu 16 czerwca 2011 r. powódka zgłaszała pobolewania. W badaniu stwierdzono: brzuch miękki, wzdęty bez reakcji bólowej, gazy oddawane. Dren w pierwszej dobie odebrał 50 ml treści surowiczo krwistej, w drugiej dobie 10 ml treści surowiczej. Dren usunięto w drugiej dobie. Zarzucił, że z karty informacyjnej wynika, że stwierdzone śródoperacyjne cechy zapalenia terminalnego mogły świadczyć o nieswoistym zapaleniu jelita, w związku z czym zastosowano leczenie antybiotykowe. W dniu 18 czerwca 2011 r. wykonano badanie przeglądowe jamy brzusznej w pozycji stojącej, w którym stwierdzono cechy rozdętych pętli jelitowych z cechami radiologicznymi obecności niedrożności. Stwierdzono również wolny gaz pod prawą kopułą przepony. Z powodu dolegliwości związanych ze stwierdzoną śródoperacyjnie chorobą zapalną jelita końcowego i podejrzeniem choroby C. – L., po konsultacji telefonicznej, przekazano powódkę w dniu 21 czerwca 2011 r. do Kliniki (...) w K.. Z dokumentacji medycznej pozwanego wynika, że powódka prawidłowo została zakwalifikowana do leczenia chirurgicznego. Obraz śródoperacyjny wskazywał jednoznacznie na ostre zapalenie wyrostka robaczkowego, co potwierdziło badanie histopatologiczne stwierdzające zgorzelinowe zapalenie wyrostka robaczkowego. Stwierdzenie zmienionego końcowego odcinka jelita krętego bez cech niedrożności, czy perforacji nie było wskazaniem do jakichkolwiek dodatkowych zabiegów resekcyjnych w obrębie zmienionego jelita. Na

podstawie obrazu śródoperacyjnego i rozwijających się dolegliwości brzusznych powódka miała włączone leczenie tak, jak przy potwierdzeniu choroby nieswoistych zapaleń jelita. Z obserwacji klinicznych nie wynika, że u powódki były stwierdzone objawy niedrożności przewodu pokarmowego, czy perforacji. W badaniu przedmiotowym w dniu przekazania powódki do Kliniki (...) stwierdzono stan ogólny dobry, brzuch w całości miękki wzdęty, w badaniu palpacyjnym nie stwierdzono reakcji bólowej, gazy nadal oddawała. Z dokumentacji medycznej sporządzonej przez pozwanego wynika, że do chwili opuszczenia Szpitala w R., u powódki nie występowały objawy otrzewnowe, które wskazywałyby na zapalenie otrzewnej w wyniku perforacji. Stwierdzone w badaniu RTG „radiologiczne cechy perforacji” w postaci wolnego powietrza pod prawą kopułą przepony były związane z przeprowadzonym zabiegiem operacyjnym, a nie perforacją jelita. U powódki nie występowały również objawy kliniczne niedrożności, w szczególności wymioty. Pracownicy pozwanego Szpitala, podczas udzielania świadczeń medycznych, nie popełnili błędu medycznego dołożyli natomiast należytej staranności. Świadczenia medyczne udzielane były zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, przy użyciu dostępnych metod i środków zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób. Według strony pozwanej, w niniejszym przypadku, nie sposób mówić o błędzie lekarskim, a jedynie o wystąpieniu powikłań, tj. sytuacji w której pomimo najbardziej sumiennego i starannego postępowania, wykluczającego jakąkolwiek lekkomyślność lub niedbalstwo, dochodzi do nieprawidłowości w wyniku okoliczności niezależnych od lekarzy.

(...) S.A. w W., wezwany do udziału w sprawie postanowieniem z dnia 12 czerwca 2012 r. wniósł o oddalenie powództwa. Przyznał, iż w okresie od 9 stycznia 2011 r. do 8 stycznia 2012 r. udzielał ochrony polisowej pozwanemu Szpitalowi z tytułu zawartej umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, w oparciu o umowę obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej, zawartej na podstawie Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2007 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2008, nr 3, poz.10).

(...) S.A., w przypadku leczenia powódki, nie zachodzi brak należytej staranności, ani wystąpienie błędu personelu medycznego podczas udzielania świadczeń medycznych. W jego ocenie, świadczenia medyczne udzielane powódce przez Szpital były zgodne ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, wykonano je przy użyciu dostępnych metod i środków zapobiegania, rozpoznawania oraz leczenia chorób. Stwierdził, że żądanie powódki zasądzenia na jej rzecz kwoty 400.000 zł, należy uznać za rażąco wygórowane i nie znajdujące uzasadnienia w zebranych materiale dowodowym. Nadto pozwany zarzucił powódce, iż domagając się renty w wysokości 600 zł miesięcznie, nie sprecyzowała tytułu żądania w tym zakresie, jak i nie wykazała żądania co do zasady i wysokości. Powódka nie wykazała też konieczności stosowania worków stomijnych, środków dezynfekujących i przeciwozapalnych oraz rzeczywistych kosztów w tym zakresie. Powódka twierdzi także, że zmuszona jest do zachowania odpowiedniego reżimu dietetycznego, którego w żaden sposób nie udowodniła. Poza tym, w jego ocenie, ustalenie odpowiedzialności pozwanego na przyszłość jest przedwczesne. Gdyby ujawniły się nowe krzywdy po zakończeniu niniejszego procesu, powódka ma prawo dochodzić dalszego zadośćuczynienia.

Pismem z dnia 12 listopada 2014 r. powódka rozszerzyła żądanie pozwu o tyle, że wniosła o zasądzenie od na jej rzecz kwoty 800.000 zł tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.

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

Powódka P. K., wówczas dwudziestodwuletnia, była hospitalizowana na Oddziale (...) S.A. (...) w P. w dniach od 16 do 18 maja 2011 r. celem diagnostyki powtarzających się od kilku miesięcy bólów brzucha. W trakcie hospitalizacji wykonano badania laboratoryjne stwierdzające niewielkiego stopnia niedokrwistość mikrocytarną oraz kolonoskopię i TK jamy brzusznej. Badania obrazowe nie wykazały nieprawidłowości. Wypisana została z rozpoznaniem „ból zlokalizowany w innych okolicach podbrzusza, obserwacja jamy brzusznej”.

Następnie P. K. została skierowana przez lekarza rejonowego do Szpitala (...) w R. z powodu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, gdzie przebywała od 13 czerwca do 21 czerwca 2011 r. W wywiadzie stwierdzono narastające dolegliwości prawego podbrzusza, gorączkę i nudności. W badaniu klinicznym stwierdzono tkliwość w zakresie prawego podbrzusza. Powódka została zakwalifikowana do leczenia operacyjnego w trybie ostro dyżurowym. W

dniu 13 czerwca 2011 r. w niniejszej palcówce przeszła operację wycięcia wyrostka robaczkowego. Przed operacją wyraziła świadomą zgodę na leczenie operacyjne polegające na usunięciu chorego wyrostka robaczkowego, co potwierdziła stosownym podpisem na przygotowanym oświadczeniu. Operowana była po stosownym przygotowaniu przez doświadczony zespół chirurgów, w tym zastępcę ordynatora E. K.. W czasie zabiegu stwierdzono znacznie zmieniony zapalnie wyrostek robaczkowy oraz zmieniony zapalnie ostatni odcinek jelita krętego sugerujący chorobę C.- L. lub inną postać odcinkowego zapalenia jelita cienkiego. Choroba C. - L. jest „chorobą cywilizacyjną” wywołaną niejasną etiologią. Wśród czynników sprawczych, podejrzewa się zakażenie pałeczką M. pseudotuberculosis, nadwyżki żywieniowo – wysokokaloryczne, bogate w cukry pożywienie, palenie tytoniu, zaburzenia genetyczne i tło autoimmunologiczne. Choroba dotyczy głównie ludzi młodych. Objawia się niespecyficznymi bólami brzucha, biegunką, gorączką, brakiem apetytu, utratą masy ciała, postępującym wyniszczeniem, zespołami złego wchłaniania jelitowego, osłabieniem, a nawet zaburzeniami psychiki – ogólnym pogorszeniem nastroju. Toczące się stany zapalne jelita mogą i powodują powikłania w postaci niedrożności jelit, stany septyczne wywołane licznymi naciekami zapalnymi międzypętlowymi, przetoki jelitowo-jelitowe, przetoki z pęcherzem moczowym i / lub pochwą, przetoki z powłokami brzucha, krwawienia do światła przewodu pokarmowego i do jamy otrzewnej. Po 20 latach trwania choroby, znacząco zwiększa się zachorowalność na gruczolakoraka jelita cienkiego. Choroba, mimo postępu medycyny, nadal pozostaje nieuleczalna. (...) poddaje się leczeniu, dzięki któremu można zapobiec lub zmniejszyć powstanie powikłań choroby, zmniejszyć dolegliwości oraz uzyskać okres remisji bez objawów choroby. Podczas zabiegu operacyjnego powódki nie występowały wskazania do resekcji – wycięcia zmienionego odcinka jelita cienkiego. Poprawnie, w trakcie operacji usuwania wyrostka robaczkowego, powstrzymano się od pobrania wycinka z obszaru jelita krętego. Ani stan ogólny pacjentki, ani stan narządów jamy brzusznej, nie wskazywały na zaawansowaną ani powikłaną postać choroby C. – L., które wymagałyby interwencji doraźnej lub w trybie przyspieszonym. Przez pierwsze dwie doby po operacji, u powódki nie występowały dolegliwości bólowe, od trzeciej doby po operacji zgłaszała ona pobolewania w jamie brzusznej, wzdęcia, w szóstej dobie dodatkowo pojawiły się obrzęki stóp i stawów skokowych. W dokumentacji medycznej brak jest kompletnej obserwacji lekarskiej w dniach 17 i 18 czerwca 2011 r. Stwierdzając obecność zmian wskazujących na chorobę C. – L., bezpośrednio po zabiegu, do leczenia typowo zalecanego pacjentom po operacji wyrostka robaczkowego, dołączono leki przeciwzapalne stosowane w przypadku w/w choroby. Z uwagi na obawy co do procesu gojenia rany pooperacyjnej, nie włączono bezpośrednio po zabiegu sterydoterapii, którą do leczenia dołączono w szóstej dobie po zabiegu. Dnia 18 czerwca 2011 r., czyli w piątej dobie pooperacyjnej zlecono wykonanie zdjęcia RTG przeglądowego jamy brzusznej. Opis zdjęcia wykonanego dnia 18 czerwca 2011 r. został sporządzony w Zakładzie (...) w R. w dniu 20 czerwca 2011 r., a więc dwa dni po wykonaniu zdjęcia. Wynik RTG brzucha z dnia 18 czerwca 2011 r., w którym były poziomy płynu w pętlach jelita, nakazywał bardzo uważną obserwację dalszego stanu chorej powódki, tymczasem brak obserwacji lekarskiej pozbawia zainteresowanych wiedzy, jakie objawy kliniczne miała lub nie miała powódka w dniu wykonania RTG brzucha. Dnia 21 czerwca 2011 r. zlecono wykonanie badania USG jamy brzusznej, które wykazało bardzo dużą ilość płynu o podwyższonej gęstości wokół wątroby, w śródbrzuchu podejrzenia zbiornika płynu, obrzękniętą ścianę jelita, w miednicy małej, wokół wątroby, śledziony i między pętlami jelitowymi dużą ilość płynu o wzmożonym echu. Ponownie w dokumentacji medycznej brak jest dokumentacji/obserwacji lekarskich z dnia 20 i 21 czerwca 2011 r. Brak jest opisu, w jakim stanie była powódka, jakie miała dolegliwości. W związku z przedłużającym się stanem pobolewań i wzdęcia brzucha, mając w pamięci obraz niewątpliwie chorego odcinka jelita cienkiego postanowiono konsyliarnie skonsultować powódkę w Klinice (...) w Szpitalu (...) w K. -L..

Szpital (...) w R. w okresie leczenia powódki był objęty ochroną ubezpieczeniową przez (...) S.A. z siedzibą w W. na podstawie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, w oparciu o umowę obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej, zawartą na podstawie Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2007 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2008, nr 3, poz.10) (Polisa (...) nr (...)).

21 czerwca 2011 r. przewieziono powódkę do Kliniki (...) w Szpitalu (...) w K. -L., gdzie tego samego dnia, przeszła zabieg operacyjny polegający na ewakuacji treści kałowej z jamy otrzewnej i założeniu stomii brzusznej.

W skierowaniu jednakże brak było informacji o niedrożności. Informacja taka przyspieszyłaby diagnostykę oraz podjęcie odpowiednich działań leczniczych w Szpitalu w K.. Brak tej informacji na skierowaniu oraz w historii choroby ze Szpitala w R. wskazuje na to, że chirurg nie wykazał zainteresowania wynikiem. W trakcie operacji, po otwarciu jamy brzusznej, stwierdzono dużą ilość (3000 ml) treści kałowo – jelitowej w jamie otrzewnowej, której przyczyną była perforacja końcowego odcinka jelita krętego – ok. 10 cm od zastawki B.. Końcowy odcinek jelita krętego był bardzo trudny do wyreparowania z powodu dużego odczynu zapalnego tego odcinka jelita, a także dlatego, że w całej jamie brzusznej obecne były duże ilości włókniaka zlepiającego jelita cienkie. Po operacji, ze względu na powagę, rozległość przebytej operacji oraz współistniejące schorzenia-obciążenia w postaci ostrej niewydolności oddechowo – płucnej w następstwie zabiegu chirurgicznego oraz obustronnego bakteryjnego zapalenia płuc z wysiękiem opłucnym, utratą płynów, powódka została umieszczona na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, gdzie wymagała stosowania wentylacji mechanicznej. Po powrocie wydolności oddechowej, uzupełnieniu płynów, wyrównaniu zaburzeń metabolicznych i poprawie jej stanu ogólnego, w dniu 25 czerwca została ponownie przekazana do Kliniki (...). W Szpitalu (...) w K.- L. powódka przebywała od 21 czerwca 2011 r. do 4 lipca 2011 r. W dniu 4 lipca 2011 r. powódka została wypisana do domu z rozpoznaniem: „Stan po wycięciu wyrostka robaczkowego. Rozlane zapalenie otrzewnej. Perforacja ostatniej pętli jelita krętego” i zaleceniem kontroli w Poradni Chirurgicznej oraz stosowania diety lekkostrawnej, bogatobiałkowej.

dowód: historia choroby powódki k. 38-60, pismo ordynatora Oddziału Chirurgicznego Szpitala (...) w R. z dnia 7 sierpnia 2011 r. k. 66-67, pismo lekarza W. M. z dnia 5 sierpnia 2011 r. k. 68-70, skierowanie powódki do szpitala w K. z dnia 21 czerwca 2011 r. k. 129-133, karta zabiegu operacyjnego k.134-135, wynik badań USG jamy brzusznej i przestrzeni zaotrzewnowej z dnia 30 czerwca 2011 r. k. 136, historia choroby k. 137-168, polisa ubezpieczeniowa k. 71-73, akta szkody, raporty pielęgniarstwa prowadzonych na oddziale chirurgii ogólnej (...) szpitala w okresie pobytu powódki na oddziale k.302-316, zdjęcia RTG wykonane u powódki w czasie jej pobytu w (...) szpitalu k.324, zeznania świadka S. G. na rozprawie w dniu 17 października 2012 r. k. 176, zeznania świadka W. M. na rozprawie w dniu 17 października 2012 r. k. 177, zeznania powódki na rozprawie w dniu 17 października 2012 r. k. 177 v. -178 v., uzupełniające zeznania powódki na rozprawie w dniu 17 grudnia 2014 r.

Ocena prawidłowości postępowania lekarskiego w zakresie dostępnych metod, środków zapobiegania oraz rozpoznania i leczenia chorób z zachowaniem należytej staranności wymaga wiadomości specjalnych, dlatego Sąd zwrócił się do biegłych, a ich opinie i wnioski przyjął jako swoje w zakresie, jak poniżej. Z opinii medycznej z dnia 13 maja 2013 r. biegłego z zakresu chirurgii lek. med. M. S., specjalistę z zakresu radiologii i diagnostyki obrazowej lek. med. A. T. oraz specjalistę chorób wewnętrznych i gastroenterologa lek. med. B. M. wynika, że przy podejrzeniu współistnienia choroby C. – L., co ma miejsce w niniejszej sprawie, wskazana była próba monitorowania współistniejącego stanu zapalnego, obserwacja wartości morfotycznych krwi – oznaczanie morfologii krwi i białka ostrej fazy (...). Podwyższenie wartości leukocytozy i (...) po usunięciu procesie chorobowym – ropnym zapaleniu wyrostka robaczkowego, byłoby cennym wskaźnikiem ostrzegawczym, informującym, że być może z pacjentką dzieje się coś nadzwyczajnego. Być może monitorowanie leukocytozy i (...) i ich ewentualnego, niewytłumaczalnego wzrostu, spowodowałoby wdrożenie dalszej diagnostyki np. RTG i USG brzucha. Brak oznaczeń tych parametrów przy braku obserwacji lekarskich w dniach 17 i 18 czerwca 2011 r. pozostawia zbyt wiele wątpliwości i pytań co działo się z powódką w tych dniach. Obecne wolne powietrze pod prawą kopułą przepony, mogło być skutkiem powietrza, które pozostało po operacji wyrostka robaczkowego, ale należało, wobec tego, wnikliwie obserwować brzuch powódki, by nie przeoczyć powikłania pooperacyjnego w postaci perforacji przewodu pokarmowego. Szczególnie istotne i alarmujące powinno być to, że na kolejnym zdjęciu RTG brzucha z dnia 20 czerwca 2011 r., jak wynika z opisu, wolne powietrze było już pod obydwoma kopułami przepony. Narastanie ilości wolnego powietrza w jamie brzusznej w stosunku do zdjęcia z dnia 18 czerwca 2011 r. powinno nasuwać realne podejrzenie perforacji przewodu pokarmowego. Wyniki badań RTG z dnia 18 czerwca 2011 r., a przede wszystkim wyniki kolejnego badania RTG z 20 czerwca 2011 r. nakazywały oprócz bardzo wnikliwej/nasilonej obserwacji stanu powódki wdrożenie intensywnych działań w celu wyjaśnienia/wykluczenia ciężkiego powikłania, jakim jest perforacja przewodu pokarmowego, wymagającego pilnej operacji. Konieczne w takich sytuacjach jest wykonanie dalszych kolejnych zdjęć RTG brzucha, wykonanie USG jamy brzusznej a nawet tomografii komputerowej TK jamy brzusznej oraz minimum codzienne monitorowanie

parametrów morfotycznych i biochemicznych krwi. Biegły podniósł, że w sytuacji ,w której w określonej palcówce medycznej nie można poradzić sobie z przypadkiem chorego, należy jak najwcześniej podjąć próbę konsultacji/ leczenia w ośrodku specjalistycznym, posiadającym większe doświadczenie, większe możliwości diagnostyczne i lecznicze. Obowiązuje zasada kierowania się przede wszystkim bezpieczeństwem i dobrem chorego. W niniejszym przypadku doszło do ciężkiego powikłania chirurgicznego, perforacji jelita, którego moment wystąpienia nie jest ustalony. Z analizy dostępnej dokumentacji medycznej można sugerować, że konsultacja powódki w Klinice (...), która została rozważona, winna odbyć się w dniach, w których po raz pierwszy o takiej konsultacji czyniono wzmianki, czyli w dniach 18/19 czerwca 2011 r., zwłaszcza po wyniku badania RTG brzucha. W dniu 21 czerwca 2011 r., na podstawie zebranych badań RTG i USG jamy brzusznej, istniały już wskazania do konsultacji w Klinice (...), a nie Gastroenterologicznej. Najprawdopodobniej , perforacji, do jakiej doszło u powódki, nie można było uniknąć. W zaistniałej sytuacji klinicznej najprawdopodobniej doszłoby do takiej perforacji w każdym innym szpitalu/klinice. Z powodu braku większej ilości danych z przebiegu okresu pooperacyjnego, brak codziennych obserwacji lekarskich w istotnych dla późniejszych wydarzeń dniach, bardzo trudno, praktycznie niemożliwe jest wskazanie dnia, w którym doszło do perforacji jelita. Zdaniem biegłego bardziej wnikliwa, uważana ocena stanu pacjentki, zgłaszanych przez nią dolegliwości brzusznych, uporczywy brak powrotu po operacji wyrostka pełnej perystaltyki jelit, bardziej wnikliwa ocena zdjęć RTG wykonanych w niezwłocznym terminie po ich wykonaniu, mogłaby spowodować, że perforacja jelita do jakiej doszło, byłaby wcześniej rozpoznana. W sytuacji klinicznej, jaka zaistniała, niemożliwym było zapobiegnięcie tworzącej się perforacji. Wszystkie zabiegi i leczenie mające przywrócić prawidłową perystaltykę po operacji, zostały w sposób właściwy przeprowadzone. Niestety, pooperacyjne porażenie perystaltyki jelit nie zawsze udaje się wyeliminować w pożądanym czasie. Tak też wydarzyło się w przypadku powódki. Gdyby jednak, bardziej wnikliwie oceniano stan kliniczny powódki, oceniono i reagowano na wykonanie RTG brzucha, możliwe było wcześniejsze wkroczenie operacyjne, co wiązałoby się z mniejszym urazem okołoperacyjnym, niż uraz w stanie septycznym, spowodowany stwierdzeniem 3000 ml treści jelitowo- kałowej w jamie brzusznej. Z dużym prawdopodobieństwem do perforacji jelita doszło wcześniej niż 21 czerwca 2011 r. Mogą o tym świadczyć zmiany odnotowane w dwukrotnie wykonanych RTG brzucha – pojawienie się wolnego powietrza pod obu kopułami przepony w dniu 20 czerwca 2011 r., wcześniej 18 czerwca 2001 r. jedynie pod prawą kopułą, a także ilość treści jelitowej odessanej w trakcie operacji w K. (3000 ml ), taka ilość treści jelitowej możliwa jest do zgromadzenia w ciągu minimum 2 dni oraz nagromadzenie dużej ilości włókniaka. Potwierdza to tezę biegłego, że do perforacji doszło u powódki co najmniej 2 dni wcześniej, przed 21 czerwca 2011 r. Sama perforacja jelita była nie do uniknięcia w zaistniałej u powódki sytuacji klinicznej i nie była ona zawiniona niewłaściwym leczeniem w Szpitalu w R.. Problemem pozostaje moment wystąpienia perforacji i jej rozpoznania. Nierozpoznanie perforacji, do której doszło u powódki, spowodowało opóźnienie w koniecznym leczeniu operacyjnym i cięższy przebieg dalszego leczenia – chodzi o powikłania septyczne wynikające z toczącego się w jamie brzusznej ostrego stanu kałowego zapalenia otrzewnej wywołanego perforacją przewodu pokarmowego i obecnością około 3000 ml treści kałowej i wynikające z tego powodu wystąpienia pooperacyjnej niewydolności oddechowej, wymagającej stosowania oddechu zastępczego, zapalenia płuc z wysiękiem opłucnym i zaburzeń metabolicznych-wodnoelektrolitowych. Powikłania te wymagały, po operacji, pobytu i leczenia na oddziale intensywnej opieki anestezyjologicznej. Wszystkie powikłania, z całą pewnością ,skutkowały wieloma utrudnieniami i niedogodnościami dla powódki. Nagromadzenie włókniaka i opancerzenia nim narządów jamy brzusznej może w przyszłości skutkować większymi zrostami jelitowymi, większymi predyspozycjami do powstania niedrożności jelitowej spowodowanej zrostami jelit. Przebyte po operacji w K. zapalenie płuc z wysiękiem opłucnowym może w przyszłości skutkować powstaniem zrostów opłucnych, stwarzających problemy oddechowe, stwarzających większą podatność na zapalenia opłucnej i płuc. Sam zakres chirurgicznej resekcji jelita byłby taki sam, łącznie z koniecznością wyłonienia czasowej stomii z jelita cienkiego, gdyż w aktywnej chorobie C. - L. przy jej zaostrzeniu absolutnie niewskazane byłoby zespolenie jelitowe w celu zachowania ciągłości jelita. Niewątpliwie brakiem należytej staranności ze strony pozwanego Szpitala jest, że badanie wykonane dnia 18 czerwca 2011 r. opisano dopiero po dwóch dniach. Analogicznie rzecz się ma z kolejnym badaniem RTG jamy brzusznej w pozycji stojącej z dnia 20 czerwca 2011 r. ,mimo, że wykonano je u osoby z cechami niedrożności i perforacji, to zostało opisane w dniu następnym, tzn. , 21 czerwca 2011 r. W tym samym dniu powódka została skierowana na konsultację do Szpitala w K., przy czym w skierowaniu nie zawarto informacji o niedrożności. Informacja taka przyspieszyłaby diagnostykę oraz podjęcie odpowiednich działań leczniczych w Szpitalu w K.. Brak tej informacji na skierowaniu oraz w historii

choroby ze Szpitala w R. wskazuje na to, że chirurg nie wykazał zainteresowania wynikiem badania. Jeśli istniały wątpliwości, wynikające np. z rozbieżności między obrazem radiologicznym, a stanem klinicznym pacjentki, a także aby z większą dokładnością ocenić zmiany patologiczne należało wykonać badania TK. Pozwany Szpital nie zachował należytej staranności w procesie diagnozowania powódki. Perforację przewodu pokarmowego rozpoznano z opóźnieniem, mimo że było wykonane badanie obrazujące tę patologię. Postępowanie obserwacyjne – diagnostyczne lekarzy oddziału chirurgicznego Szpitala w R. po operacji powódki należy uznać za nacechowane brakiem należytej staranności i ostrożności zawodowej.

Konkludując : w oparciu o opinię biegłych , Sąd ustalił, że w związku z podejrzeniem choroby C. – L. u powódki , Szpital powinien bardziej dokładnie i starannie prowadzić nadzór nad pacjentką w okresie pooperacyjnym, bowiem występowanie podejrzenia choroby C. – L. sytuowało ją w grupie zwiększonego ryzyka powikłań pooperacyjnych.

Według biegłych za uszkodzenie jelit, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2002 r., należy pacjentce przyznać 10 % trwałego uszczerbku na zdrowiu. Dodatkowo w okresie od czerwca 2011 r. do grudnia 2012 r. pacjentka funkcjonowała ze stomią na jelicie cienkim. Występowanie sztucznego odbytu w zależności od stopnia zanieczyszczenia się i zmian zapalnych tkanek otaczających przetokę wiąże się z 30-80 % uszczerbkiem na zdrowiu. W dostarczonej dokumentacji nie ma informacji na temat zmian zapalnych tkanek otaczających przetokę, w kwestii stopnia zanieczyszczenia można pośrednio, z zeznań powódki, domniemywać że występowały problemy z zanieczyszczeniem. Za okres czasu od czerwca 2011 r. do grudnia 2012 r. należy ocenić uszczerbek za zdrowiu na 40 %.

dowód: opinia medyczna z dnia 13 maja 2013 r. k. 222-254, uzupełniająca opinia medyczna z dnia 1 października 2013 r. k. 370-383.

Według prof. dr hab. med. J. R. (2) kierownika Kliniki (...) i konsultanta krajowego w dziedzinie gastroenterologii, specjalistę chorób wewnętrznych oraz dr n. med. T. O. kierownika Oddziału (...) Kliniki (...), specjalistę chirurgii ogólnej i onkologicznej ,które to opinie Sąd przyjmuje za swoje, powódka została narażona na niebezpieczeństwo utraty życia w związku z brakiem odpowiedniego nadzoru medycznego (brak obserwacji lekarskich w krytycznych dniach rozwijania się powikłania, brak rozpoznania perforacji jelita mimo istniejących przesłanek klinicznych oraz opisu badania radiologicznego wskazującego na perforację, brak podjęcia działań diagnostycznych potwierdzających rozpoznanie, brak odpowiedniej decyzji dotyczącej podjęcia leczenia chirurgicznego odpowiednio wcześniej). Zaniebdania te potwierdza dokumentacja lekarska powódki , zatem są one bezsprzeczne. Zgodnie z zasadami powinien być być wykonany zabieg resekcyjny zarówno przy wcześniejszym zabiegu, jak i opóźnionym, bowiem warunki operacji przy rozlanym zapaleniu otrzewnej są trudniejsze i zakres operacji z tego powodu mógł być niewątpliwie większy. Sąd ustalił przy tym, że uszczerbek na zdrowiu nie zależy od zakresu operacji (odcinka wyciętego jelita), ale polega na fakcie, że w następstwie rozlanego i długo trwającego zapalenia otrzewnej doszło do wytworzenia zrostów w obrębie jamy brzusznej. Fakt ten będzie odbijał się na gorszym funkcjonowaniu i prawdopodobnie cierpieniach pacjentki (mogą występować przewlekłe i okresowe silne bóle brzucha, okres podniebności) u powódki już do końca życia. Nie bez znaczenia jest, że powódka jest osobą młodą i planuje zająć w ciąży. Następstwem przeprowadzonej operacji z opóźnieniem i w następstwie przebytego ciężkiego rozlanego zapalenia otrzewnej (którego można było uniknąć gdyby do rozpoznania perforacji doszło wcześniej) mogą być kłopoty w przypadku zajścia w ciążę, może to mieć negatywny wpływ na przebieg ciąży, przebieg porodu, przebieg połogu, a tym samym może mieć negatywny wpływ na zdrowie ewentualnego dziecka. Szkody w obrębie jamy brzusznej (następstwo ciężkiego rozlanego zapalenia otrzewnej) są nieodwracalne i będą miały wpływ na dalsze zaburzone funkcjonowanie powódki. Te następstwa będą trwały do końca życia i prawdopodobnie będą nasilać się z wiekiem. Dodatkowo, gdyby w przyszłości doszło do potrzeby wykonania kolejnej operacji jamy brzusznej, to operacja taka będzie znacznie trudniejsza, będzie nieść za sobą znacznie większe ryzyko powikłań, wszystko to w związku z przebyłym ciężkim rozlanym zapaleniem otrzewnej, którego w takiej postaci można było uniknąć. Gdyby do operacji doszło wcześniej, zapalenie otrzewnej mogło mieć znacznie mniejsze nasilenie i zasięg.

dowód: opinia sądowa z dnia 10 października 2014 r. k. 460-461.

Od 3 grudnia do 13 grudnia 2012 r. powódka przebywała na Oddziale (...) Szpitala (...) w K.. W dniu 4 grudnia 2012 r. dokonano u powódki otwarcia jamy brzusznej i napotykać zrosty otrzewnowe ustalono, że choroby C. – L. oraz choroba pozrostowa lokalizuje się także w obrębie lewych przydatków powódki tzn. jajowodu i jajnika, a nadto w obrębie samego jajnika lewego napotkano obecność cienkościennej torbieli o średnicy 1 cm. Jajnik lewy w zrostach przyrastał do pewnego fragmentu jelita na obszarze 4 cm i występowały cechy nacieczenia ściany jelitowej w tym obszarze. Dlatego też dokonano wycięcia jajnika lewego w całości oraz wycięcia fragmentu 4 cm jelita. W dalszym biegu operacji przystąpiono do likwidacji stomii brzusznej z powodzeniem odtwarzając i uszczelniając ciągłość przewodu pokarmowego. Przebieg pooperacyjny odbył się bez powikłań. W dniu 13 grudnia 2012 r. powódka została wypisana do domu w stanie ogólnym dobrym.

dowód: karta wypisowa powódki z Oddziału (...) Szpitala (...) w K. k.286, wynik badania patomorfologicznego – histopatologicznego z dnia 19 grudnia 2012 r. nr (...) Histopatologiczna (...) Diagnostyczna Katedry i Zakładu (...) w K. k.287.

Powódka w okresie od 22 sierpnia do 28 sierpnia 2013 r. przebywała na Oddziale Gastroenterologii i Hepatologii (...) Szpitala (...) w K.. Po zabiegu likwidacji stomii brzusznej w dniu 4 grudnia 2012 r. , nadal doznaje okresowych zaburzeń w oddawaniu gazów jelitowych oraz okresowych gwałtownych dolegliwości bólowych ze strony jamy brzusznej, bowiem pomimo odtworzenia ciągłości jelita grubego pozostaje tam okrężna blizna, uszkadzająca jej perystaltykę.

dowód: karta informacyjna leczenia szpitalnego powódki na Oddziale Gastroenterologii i Hepatologii (...) w K. k.359-360.

Powódka w okresie od 3 października do 7 października 2014 r. przebywała na Oddziale Ginekologicznym (...) Szpitala (...) w K.. W dniu 6 października 2014 r. dokonano punkcji guza przydatków prawych.

dowód: karta informacyjna leczenia szpitalnego powódki na Oddziale Ginekologii i Położnictwa (...) w K. k.469, wynik badania patomorfologicznego powódki z dnia 9 października 2014 r. k. 470.

Przy ocenie materiału dowodowego zgromadzonego w sprawie, Sąd kierował się zasadą swobodnej oceny dowodów wyrażoną w art. 233 § 1 k.p.c. Podejmując rozstrzygnięcie Sąd oparł się przede wszystkim na dowodach z dokumentów medycznych powódki, którym dał wiarę w całości, albowiem zgodność ich treści z rzeczywistym stanem faktycznym nie została przez strony zakwestionowana w toku procesu, a sporządzone zostały przez uprawnione podmioty w ramach obowiązków wynikających z charakteru ich działalności. Dokumentacja przedłożona przez powódkę nie była przez strony kwestionowana i mogła być podstawą do ustalenia przebiegu leczenia powódki.

Twierdzenia odnośnie procesu diagnostycznego i leczniczego, jaki zastosowano wobec powódki i jego ocena, są ustaleniami, jakie Sąd, wobec braku własnej wiedzy specjalistycznej w tym zakresie, poczynił, przyjmując za swoje ustalenia biegłych – wybitnych specjalistów medycyny, których opinii dał wiarę w zakresie ich wiedzy.

Sąd dał także wiarę zeznaniom powódki, która szczegółowo i dokładnie opisała na jakie dolegliwości cierpiała w okresie pooperacyjnym oraz w czasie późniejszym. Sąd nie dał natomiast wiary zeznaniom S. G. i W. M. w części, w której nie przyznali się do popełnionych zaniedbań w okresie pooperacyjnym powódki, gdyż stoi to w sprzeczności z opinią niezależnych i wykwalifikowanych biegłych.

Sąd oddalił dalej idące wnioski dowodowe stron gdyż, zmierzały one do przedłużenia postępowania i dotyczyły faktów, które zostały już w toku postępowania udowodnione, w szczególności w opiniach biegłych, którym Sąd dał wiarę. W ocenie Sądu, przeprowadzenie dowodu z opinii innego zespołu biegłych z zakresu gastroenterologii i chirurgii przewodu pokarmowego byłoby jedynie zbędnym generowaniem kosztów procesu.

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie zebranego materiału dowodowego z dnia wyrokowania.

**Sąd zważył co następuje:**

Powództwo zasługuje na uwzględnienie, aczkolwiek nie w całości.

Podstawą dochodzonych przez powódkę roszczeń jest art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 444 § 1 k.c. i 444 § 2 k.c., a odpowiedzialność pozwanego ma charakter deliktowy (art. 415 k.c.).

W ocenie Sądu powódka wykazała wszystkie przesłanki odpowiedzialności pozwanego wynikające z przywołanych przepisów, tj. istnienie zawinonego działania, powstanie szkody oraz związek przyczynowy pomiędzy tymże działaniem a powstałą szkodą. Jedną z przesłanek odpowiedzialności z art. 444 k.c. jest istnienie winy po stronie osoby zobowiązanej do naprawienia szkody. Przypisanie odpowiedzialności z tego przepisu wymaga również zaistnienia elementu obiektywnego, jakim jest bezprawność (art. 415 k.c.). Sąd miał też na uwadze, iż na podstawie art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 1997r., Nr 28, poz. 152 z późniejszymi zmianami) lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. Natomiast w myśl art. 37 tejże ustawy, w razie wątpliwości diagnostycznych lub terapeutycznych, lekarz z własnej inicjatywy bądź na wniosek pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, jeżeli uzna to za uzasadnione w świetle wymagań wiedzy medycznej, powinien zasięgnąć opinii właściwego lekarza specjalisty lub zorganizować konsylium lekarskie, czego pozwany w właściwym czasie nie uczynił. Konsultacja powódki w Klinice (...), na którą ostatecznie została skierowana, winna była odbyć się w dniach, w których po raz pierwszy o takiej konsultacji uczyniono wzmianki w dokumentacji lekarskiej, czyli w dniach 18/19 czerwca 2011 r., zwłaszcza po wyniku badania RTG brzucha. Już w dniu 21 czerwca 2011 r. na podstawie zebranych badań RTG i USG jamy brzusznej istniały wskazania do konsultacji, i to w Klinice (...), a nie Gastroenterologicznej. Truizmem jest twierdzenie, że wielokrotnie dla pacjenta liczą się nie tylko dni, ale i godziny podjęcia decyzji lekarskich co do sposobu jego leczenia. Powyższe, zdecydowanie miało miejsce w niniejszej sprawie, co sąd ustalił w oparciu o opinie biegłych.

Oczywistym jest, że szpital, nie może ponosić odpowiedzialności odszkodowawczej za każde powikłanie występujące w toku leczenia pacjenta, gdyż wiązałoby się to z jego odpowiedzialnością absolutną (art. 444 § 1 i 2 k.c. oraz 445 § 1 k.c.). Warunkiem jego odpowiedzialności jest przypisanie mu winy za powstanie szkody (art. 415 k.c.), a ta, w niniejszym postępowaniu została wykazana. W niniejszej sprawie kluczowe wydaje się odniesienie do orzeczenia Sądu Najwyższego z 9 grudnia 1981 r., w myśl którego lekarz na podstawie uzyskanej wiedzy i dostępnej w publikacjach medycznych ogólnych lub specjalistycznych, powinien liczyć się z możliwością powstania określonego schorzenia. Powinien znać sposoby ujawnienia tego schorzenia oraz sposób jego leczenia, które to działania podjęte we właściwym czasie mogłyby uchronić organizm ludzki przed nieodwracalnymi, niekorzystnymi zmianami (wyrok SN I CR 335/81, LEX nr 8379).

W przypadku szkód leczniczych (związanych z pogorszeniem stanu zdrowia w trakcie zabiegów lekarskich i procesu leczenia) wystarczające jest ustalenie istnienia związku przyczynowego z dużą dozą prawdopodobieństwa. Nie jest konieczne wykazanie związku przyczynowego o charakterze bezpośrednim i stanowczym, lecz wystarczy przyjęcie wystąpienia związku o odpowiednim stopniu prawdopodobieństwa. W zakresie odpowiedzialności za szkody na zdrowiu wyrządzone przez lekarzy przyjmuje się, że istnienie związku przyczynowego z reguły nie może być absolutnie pewne, wystarczy więc jego ustalenie z dostateczną dozą prawdopodobieństwa. Wykazanie przez poszkodowanego pacjenta przesłanek odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej jest - ze względu na właściwości wchodzących w grę procesów biologicznych - zadaniem ogromnie trudnym, a niekiedy wręcz niewykonalnym. Istnienie związku przyczynowego między zdarzeniem sprawczym a szkodą z reguły nie może być - gdy chodzi o zdrowie ludzkie - absolutnie pewne, gdyż związków zachodzących w dziedzinie medycyny nie da się sprowadzić do prostego wynikania jednego zjawiska z drugiego. Dlatego też wymaganie całkowitej pewności istnienia związku przyczynowego byłoby w znaczącej liczbie wypadków nierealne. Za normalne skutki działania i zaniechania uznaje się takie, które zwykle w danych okolicznościach następują. Nie jest przy tym istotne, aby skutek pojawiał się zawsze. Lekarz nie odpowiada za nadzwyczajne, nie do przewidzenia komplikacje oraz za inne, nie pozostające w normalnym związku przyczynowym z jego postępowaniem skutki. Adekwatny związek przyczynowy między zachowaniem lekarzy, a szkodą może być bezpośredni lub pośredni. Nie ma znaczenia, czy przyczyna powstania szkody jest dalsza, czy bliższa, istotne jest, czy

skutek pozostaje jeszcze w granicach "normalności". Oznacza to, że wystarczający jest związek przyczynowy pośredni pomiędzy szkodą a zdarzeniem (zaniedbaniem lekarza), które doprowadziło do wyrządzenia szkody (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 marca 2009 r. II CSK 564/08 LEX nr 610213, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 kwietnia 2012 r. II CSK 402/11LEX nr 1168538, wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 30 października 2012 r. I A Ca 650/12 LEX nr 1236383, wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 14 listopada 2013 r. I A Ca 819/13LEX nr 1416234, wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 7 marca 2014 r. I A Ca 1244/13LEX nr 1461194). Wystarczy zatem wykazanie, i to choćby na podstawie domniemania faktycznego, że miało miejsce zawinione naruszenie zasad i standardów postępowania z pacjentem przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, aby uznać, że podmiot leczniczy ponosi odpowiedzialność za szkody doznane przez pacjenta. Istnienie powyższych przesłanek – odpowiednio – po obu stronach Sąd wykazał w ustaleniach stanu faktycznego.

Bezspornym jest, że pozwany Szpital przystępując do przeprowadzenia pilnie operacji chirurgicznej w dniu 13 czerwca 2011 r. (w związku z podejrzeniem ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego) postąpił w sposób prawidłowy. Pozwany nie zapewnił jednak powódce bezpieczeństwa pobytu w okresie po dokonanej operacji przeprowadzonej. Na etapie opieki w okresie pooperacyjnym lekarze Oddziału Chirurgicznego nie zachowali odpowiedniego stopnia i miary ostrożności zawodowej, a także nie dochowali staranności zawodowej, skoro w tak ważnym okresie lekceważono zgłaszane przez powódkę objawy. Z zebranego w sprawie materiału dowodowego wynika, że powódka została narażona na niebezpieczeństwo utraty życia w związku z brakiem odpowiedniego nadzoru medycznego w Szpitalu w R. (brak obserwacji lekarskich w krytycznych dniach rozwijania się powikłania, błąd rozpoznania perforacji jelita mimo istniejących przesłanek klinicznych oraz opisu badania radiologicznego wskazującego na perforację, błąd podjęcia działań diagnostycznych potwierdzających rozpoznanie, błąd odpowiedniej decyzji dotyczącej podjęcia leczenia chirurgicznego odpowiednio wcześniej). Zaniedbania, co wynika z dokumentacji, są bezsporne. W następstwie rozlanego i długo trwającego zapalenia otrzewnej doszło do wytworzenia zrostów w obrębie jamy brzusznej. Fakt ten będzie odbijał się na gorszym funkcjonowaniu i prawdopodobnie cierpieniach pacjentki (mogą występować przewlekłe i okresowe silne bóle brzucha, okres podniekroźności) u powódki już do końca życia. Następstwem przeprowadzonej operacji z opóźnieniem i w następstwie przebytego ciężkiego rozlanego zapalenia otrzewnej (którego można było uniknąć, gdyby do rozpoznania perforacji doszło wcześniej), mogą być kłopoty w przypadku zajścia w ciążę przez powódkę, może to mieć negatywny wpływ na przebieg ciąży, przebieg porodu, przebieg porodu a tym samym może mieć negatywny wpływ na zdrowie dziecka. Szkody w obrębie jamy brzusznej (następstwo ciężkiego rozlanego zapalenia otrzewnej) są nieodwracalne i będą mieć wpływ na dalsze zaburzone funkcjonowanie powódki. Te następstwa będą trwałe do końca życia i prawdopodobnie będą nasilać się z wiekiem. Dodatkowo, gdyby w przyszłości doszło do potrzeby wykonania kolejnej operacji jamy brzusznej, to operacja taka będzie znacznie trudniejsza, będzie nieść za sobą znacznie większe ryzyko powikłań, a to w związku z przebyłym ciężkim rozlanym zapaleniem otrzewnej, którego w takiej postaci można było uniknąć. Gdyby do operacji doszło wcześniej, zapalenie otrzewnej mogło przebiegać w znacznie mniejszym nasileniu i zasięgu. Nie można stawiać znaku równości pomiędzy samym odtworzeniem ciągłości przewodu pokarmowego powódki, do czego doszło 4 grudnia 2012 r., a pełnym odzyskaniem zdrowia, gdyż kolejne wejście operacyjne do jamy brzusznej nasila obawę o zrosty pooperacyjne, a one mogą być przyszłą przyczyną powstania zrostowej niedrożności jelitowej.

Reasumując: w ocenie Sądu powódka doznała szkody, za którą odpowiedzialność ponosi Szpital w R.. W wyniku doznanych powikłań nie mogła kontynuować nauki na uczelni wyższej, ani podjąć pracy zawodowej. Noszenie stomii brzusznej ograniczyło jej kontakty z rówieśnikami, nie mogła uczestniczyć w pewnych zajęciach rekreacyjno – wypoczynkowych – turystycznych takich jak np. korzystanie z kąpielisk. Doznała także cierpienia psychicznego obawiając się o swój los i zdrowie.

Zważyć też należy, że w obszarze deliktów prawa cywilnego rozróżnia się dwie postaci winy, to jest winę umyślną i nieumyślną. O ile przy winie umyślnej sprawca ma świadomość szkodliwego skutku swego zachowania i przewiduje jego nastąpienie, celowo do niego zmierza lub co najmniej na wstąpienie tych skutków się godzi, o tyle przy winie nieumyślnej (nieudalstwie) sprawca wprawdzie przewiduje możliwość wystąpienia szkodliwego skutku, lecz bezpodstawnie przypuszcza, że zdoła go uniknąć, albo też nie przewiduje możliwości nastąpienia tych skutków, choć

powinien i może je przewidzieć. Pojęcie niedbalstwa wiąże się więc z niezachowaniem staranności wymaganej w stosunkach danego rodzaju, niezbędnej do uniknięcia skutku, którego sprawca nie chciał wywołać. O ile jednak pojęcie winy jest jednakowe, zarówno jeśli chodzi o odpowiedzialność deliktową, jak i kontraktową, o tyle różnice dotyczą zakresu odpowiedzialności. Podkreślić należy, że w ramach odpowiedzialności deliktowej stopień winy ma znaczenie drugorzędne, co oznacza że sprawca odpowiada w razie istnienia choćby lekkiego niedbalstwa (wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 15 maja 2014 r. I ACa 1320/12 LEX nr 1480467). Za takie też niedbalstwo Sąd uznał nienależytą staranność w wykonywaniu świadczeń medycznych wobec powódki.

Zgodnie z art. 445 § 1 k.c., w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Ustawodawca wskazał, że suma pieniężna przyznana tytułem zadośćuczynienia powinna być odpowiednia, nie określił jednak zasad ustalania jej wysokości.

Zważyć należy, że jeżeli nawet błędna diagnoza lekarska nie zwiększyła trwałego uszczerbku na zdrowiu poszkodowanej, ale spowodowała doznanie krzywdy poprzez zbędne wydłużenie procesu leczenia, podczas którego poszkodowana odczuwała znaczne dolegliwości bólowe, przeżyła zbędną rehabilitację, która również wiązała się z cierpieniami fizycznymi, nadto wydłużył się okres jej niepełnosprawności, to uzasadnione jest przyznanie jej zadośćuczynienia za doznaną krzywdę (wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 22 stycznia 2013 r. I ACa 1018/12LEX nr 1286554).

W orzecznictwie Sądu Najwyższego przyjmuje się, że o rozmiarze należnego zadośćuczynienia decyduje rozmiar doznanej krzywdy, zadośćuczynienie ma bowiem na celu naprawienie szkody niemajątkowej, wyrażającej się doznaną krzywdą w postaci cierpień fizycznych i psychicznych. Niedający się ściśle wymierzyć charakter krzywdy sprawia, że ustalenie jej rozmiaru, a tym samym i wysokość zadośćuczynienia zależy od oceny sądu. Ocena ta powinna uwzględniać całokształt okoliczności sprawy, nie wyłączając takich czynników, jak np. wiek poszkodowanego oraz postawa sprawcy, w tym przypadku bezkrytyczne stanowisko pozwanego wobec błędów, uchybień i zaniechań swojego personelu. Przy ustalaniu rozmiaru cierpień powinny być uwzględniane zobiektywizowane kryteria oceny, odniesione jednak do indywidualnych okoliczności zdarzenia, z którego wywodzą się ( wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 września 2010 r., II CSK 94/10, OSNC 2011, nr 4, poz. 44). Z tych też względów, okolicznością drugorzędną jest ustalony procentowo uszczerbek na zdrowiu powódki, bowiem to nie on – w świetle przywołanych powyżej przepisów - stanowi kryterium dla ustalenia wysokości należnego zadośćuczynienia.

Oceniając rozmiar doznanej krzywdy, trzeba bowiem wziąć pod rozwagę całokształt okoliczności, w tym rozmiar cierpień fizycznych i psychicznych, ich nasilenie i czas trwania, nieodwracalność następstw zdarzenia, szanse na przyszłość, poczucie nieprzydatności społecznej, bezradność życiową oraz inne czynniki podobnej natury ( zob. uchwała pełnego składu Izby Cywilnej Sądu Najwyższego z dnia 8 grudnia 1973r., III CZP 37/73, OSNCP 1974, nr 9, poz. 145 oraz wyroki Sądu Najwyższego z dnia 15 grudnia 1965r., II PR 280/65 OSNCP 1966, nr 10, poz. 168, z dnia 4 czerwca 1968r., I PR 175/68, OSNCP 1969, nr 2, poz. 37, z dnia 10 października 1967r., I CR 224/67, OSNCP 1968, nr 6, poz. 107, z dnia 19 sierpnia 1980r., IV CR 238/80, OSNCP 1981, nr 5, poz. 81, , z dnia 30 stycznia 2004r., I CK 131/03, OSNC 2005, nr 2, poz. 40, z dnia 28 czerwca 2005r, 2006r., z dnia 14 lutego 2008r., II CSK 536/07, OSP 2010, nr 5, poz. 47, z dnia 26 listopada 2009r., III CSK 62/09, OSNC-ZD 2010, nr C, poz. 80 i z dnia 28 stycznia 2010r., I CSK 244/09, nie publ.).

Zważyć jednakże należy, iż w niniejszej sprawie biegli stwierdzili, że powódka doznała uszczerbku na zdrowiu w wysokości 40 %. Określenie stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu jest jedynie jednym z czynników, które sąd winien brać pod uwagę przy określaniu wysokości zadośćuczynienia, nie mniej ustalenie pełnego procentowego uszczerbku na zdrowiu w zakresie różnych następstw doznanej szkody, daje wymierny obraz rodzaju, charakteru oraz rozległości skutków doznanych przez poszkodowanego obrażeń w wyniku czynu niedozwolonego. (wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 16 stycznia 2014 r. I ACa 856/13LEX nr 1428181)

W orzecznictwie i w piśmiennictwie przyjmuje się, że zadośćuczynienie pełni funkcję kompensacyjną, przyznana bowiem suma pieniężna ma stanowić przybliżony ekwiwalent poniesionej szkody niemajątkowej. Powinna ona wynagrodzić doznane cierpienia fizyczne i psychiczne, aby w ten sposób przynajmniej częściowo przywrócona została równowaga zachwiana na skutek popełnienia czynu niedozwolonego. Funkcja kompensacyjna powinna mieć istotne znaczenie dla ustalenia wysokości zadośćuczynienia ( wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 września 2010 r., II CSK 94/10).

Sąd Najwyższy w swoich orzeczeniach wielokrotnie podkreślał, że ze względu na kompensacyjny charakter zadośćuczynienia jego wysokość musi przedstawiać odczuwalną wartość ekonomiczną, adekwatną do warunków gospodarki rynkowej. Zwracał uwagę, że nie można akceptować stosowania taryfikatora i ustalania wysokości zadośćuczynienia według procentów trwałego uszczerbku na zdrowiu, że zdrowie ludzkie jest dobrem o szczególnie wysokiej wartości, w związku z czym zadośćuczynienie z tytułu uszczerbku na zdrowiu powinno być odpowiednio duże. Nawijając do praktyki zapoczątkowanej orzeczeniem z dnia 24 czerwca 1965r., I PR 203/65 ( OSPiKA 1966, nr 4, poz. 92), Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 30 stycznia 2004 r., I CK 131/03, podkreślił, że powołanie się przy ustalaniu zadośćuczynienia na potrzebę utrzymania jego wysokości w rozsądnych granicach, odpowiadających aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa, nie może prowadzić do podważenia kompensacyjnej funkcji zadośćuczynienia ( zob. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 18 listopada 1998r., II CKN 353/98, nie publ., z dnia 29 października 1999r., I CKN 173/98, nie publ., z dnia 12 października 2000r., IV CKN 128/00, nie publ., z dnia 11 stycznia 2001r., IV CKN 214/00, nie publ., z dnia 12 września 2002r., IV CKN 1266/00, nie publ., z dnia 11 października 2002r., I CKN 1065/00, nie publ., z dnia 10 lutego 2004r., IV CK 355/02, nie publ., z dnia 27 lutego 2004r., V CK 282/03, nie publ., z dnia 28 czerwca 2005r., I CK 7/05, nie publ., z dnia 10 marca 2006r., IV CSK 80/05, OSNC 2006, nr 10, poz. 175 i z dnia 9 listopada 2007r., V CSK 245/07, i z dnia 28 stycznia 2010r., I CSK 244/09 nie publ.).

W orzecznictwie oraz w piśmiennictwie przyjmuje się, że suma pieniężna przyznana tytułem zadośćuczynienia ma stanowić przybliżony ekwiwalent poniesionej szkody niemajątkowej, powinna zatem wynagrodzić poszkodowanemu doznane przez niego cierpienia fizyczne i psychiczne oraz ułatwić przewyciężanie ujemnych przeżyć. Zasada umiarkowanej wysokości zadośćuczynienia nie może oznaczać przyzwolenia na lekceważenie bezcennych wartości jak zdrowie lub integralność cielesna, a okoliczności wpływające na określenie tej wysokości i kryteria ich oceny muszą być zawsze rozważane indywidualnie w związku z konkretną osobą poszkodowanego i jego sytuacją życiową ( wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 grudnia 2007r., I CSK 384/07, nie publ.).

O. charakter kryteriów wyznaczających wysokość odpowiedniej sumy, o którym mowa w art. 445 § 1 k.c. sprawia, że możliwość zgłoszenia przez każdą ze stron ewentualnego zarzutu naruszenia tego przepisu przez zawyżenie lub zaniżenie wysokości przyznanego zadośćuczynienia dyscyplinują Sąd do rozważnego miarkowania kwoty przyznanej powodowi tytułem zadośćuczynienia za doznane szkody (zob. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 26 listopada 1948r., C 859/48, (...) 1949, nr 11, s.127, z dnia 9 lipca 1970r., III PRN 39/70, OSNCP 1971, nr 3, poz. 53, z dnia 15 września 1999r., III CKN 339/98, OSNC 2000, nr 3, poz. 58, z dnia 29 października 1999r., I CKN 173/98, nie publ., z dnia 7 stycznia 2000r., II CKN 651/98, z dnia 12 października 2000r., IV CKN 128/00, nie publ., z dnia 22 marca 2001r., V CKN 1360/00, nie publ., z dnia 4 lipca 2002r., I CKN 837/00, nie publ., z dnia 6 czerwca 2003r., IV CKN 213/01, „Izba Cywilna” 2004, nr 5, s. 45, z dnia 30 stycznia 2004r., I CK 131/03, z dnia 27 lutego 2004r., V CK 282/03, nie publ., z dnia 18 listopada 2004r., I CK 219/04, nie publ., z dnia 15 lutego 2006r., IV CK 384/05, nie publ. i z dnia 17 września 2010r., II CSK 94/10).

Powódka jest osobą młodą, która dożywotnio będzie borykać się z dozną dysfunkcją. Została poważnie ograniczona w korzystaniu z szeregu form aktywności. Doznaje cierpień fizycznych i psychicznych. Zadośćuczynienie dotyczące tej sfery przeżyć człowieka nie może być symboliczne. Wobec poczynionych ustaleń i stanu rzeczy istniejącego na dzień wyrokowania Sąd uznał za stosowne zasądzenie na rzecz powódki zadośćuczynienia w wysokości 100.000 zł uznając dalej idące żądanie za wygórowane. Kwota 100.000 zł jest zgodna z poziomem cen i usług na rynku, uwzględnia realia życia w Polsce oraz przedstawia realnie odczuwalną wartość ekonomiczną. Wyższe zadośćuczynienie, którego domaga

się powódka, nie uzasadniają wyżej naprowadzone okoliczności, a kwota 800.000 zł, której ostatecznie domagała się powódka jest rażąco wygórowana.

Zasądając odsetki za zwłokę od zapłaty kwoty zadośćuczynienia od dnia 15 marca 2012 r., czyli od dnia wniesienia pozwu, Sąd uznał, iż odsetki od zadośćuczynienia należą się od daty wymagalności roszczenia o zadośćuczynienie, a nie od daty wyrokowania, ponieważ zadośćuczynienie jest zobowiązaniem bezterminowym, więc staje się wymagalne w dniu wezwania do jego zapłaty (art. 455 k.c.). Wyrok zasądający zadośćuczynienie nie jest wyrokiem konstytutywnym, gdyż nie tworzy (nie ustanawia) stosunku prawnego, nie zmienia go, jak też go nie uchyla (nie rozwiązuje). Jest to orzeczenie o charakterze deklaratoryjnym, które potwierdza określony stan materialnoprawny, bez wprowadzania w nim zmian, czy tworzenia albo znoszenia go, co polega jedynie na zasądzeniu świadczenia w rozmiarze określonym prawem materialnym, wyznaczającym obowiązek świadczenia przez dłużnika, o ile wierzyciel udowodni obowiązek świadczenia (w całości bądź w części).

Wobec niepewnych rokowań odnośnie stanu zdrowia powódki Sąd w oparciu o przepis art. 189 k.p.c. ustalił odpowiedzialność pozwanego za mogące się pojawić w przyszłości następstwa zaniedbań jakich dopuszczono się względem powódki po zabiegu operacyjnym w dniu 13 czerwca 2011 r.

Sąd oddalił roszczenie powódki o zasądzenie renty stałej w wysokości 600 zł miesięcznie tytułem naprawienia wyrządzonej szkody.

Sąd podzielił stanowisko pozwanego (...), który podniósł, iż powódka domagając się renty w wysokości 600 zł miesięcznie, nie sprecyzowała tytułu żądania w tym zakresie jak i nie wykazała żądania co do zasady i wysokości. Powódka nie wykazała konieczności stosowania worków stomijnych, środków dezynfekujących i przeciwparazytaryjnych oraz rzeczywistych kosztów w tym zakresie. Powódka twierdzi także, że zmuszona jest do zachowania odpowiedniego reżimu dietetycznego, którego w żaden sposób nie udowodniła. Przede wszystkim trzeba jednak zważyć, iż w dniu 4 grudnia 2012 r. powódka przeszła zabieg usunięcia stomii brzusznej, tym samym nie musi już korzystać z podanych powyżej produktów leczniczych. Powódka nie wykazała, na ile zwiększyły się jej potrzeby lub zmniejszyły widoki powodzenia na przyszłość.

Reasumując powództwo w tym zakresie oddalone zostało nie co do zasady, ale wobec braku wykazania zasadności żądania kwoty jak w pozwie, a zarazem braku wykazania zasadności zasądzenia ewentualnie innej kwoty tytułem renty.

Odpowiedzialność pozwanych wobec powódki wywodzi się z odmiennego stosunku każdego z nich wobec powódki i doznanej przez nią szkody. Pozwany Szpital (...) w R. ponosi odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną czynem niedozwolonym, a pozwany (...) – odpowiedzialność na zasadzie ryzyka jako ubezpieczyciel. Stąd też, Sąd zasądając zadośćuczynienie orzekł o odpowiedzialności pozwanych in solidum.

O kosztach postępowania Sąd orzekł po myśli art. 100 k.p.c., zgodnie z którym w razie częściowego tylko uwzględnienia żądań koszty będą wzajemnie zniesione lub stosunkowo rozdzielone. Pozwani przegrali sprawę w 12 %, dlatego też Sąd uznał za zasadne, aby uiścili na rzecz Skarbu Państwa kwotę 5.991 zł, która stanowi 12 % opłaty sądowej od pozwu (40.360 zł) oraz kosztów sporządzenia opinii biegłych (9.564,18 zł), które to wyłożył Skarb Państwa (49.924,18 zł x 12%). Nadto Sąd uznał, iż zasądzenie na rzecz strony pozwanej zwrotu kosztów procesu w wysokości odpowiadającej stopniu, w jakim powódka przegrała sprawę, byłoby nie do pogodzenia z zasadami współżycia społecznego i na podstawie art.102 k.p.c. odstąpił od obciążania kosztami procesowymi powódkę oraz oddalił wniosek pozwanych o zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego od powódki.