

Sygn. akt: I C 635/16

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 24 sierpnia 2020 r.

Sąd Okręgowy w Olsztynie I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący:	sędzia Rafał Kubicki
Protokolant:	sekretarz sądowy Anna Szczepanek

po rozpoznaniu w dniu 20 sierpnia 2020 r. w Olsztynie na rozprawie

sprawy z powództwa K. S.

przeciwko Szpitalowi (...) w K.

o zapłatę

I. zasądza od pozwanego Szpitala (...) w K. na rzecz powódki K. S. kwotę 201.396,86 zł (dwieście jeden tysięcy trzysta dziewięćdziesiąt sześć złotych osiemdziesiąt sześć groszy) z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od kwot:

- 200.000 zł – za okres od 24 września 2016 r. do dnia zapłaty,

- 1.396,86 zł – za okres od 27 października 2016 r. do dnia zapłaty,

II. oddala powództwo w pozostałej części,

III. nakazuje ściągnąć na rzecz Skarbu Państwa (Sąd Okręgowy w Olsztynie) tytułem poniesionych tymczasowo kosztów sądowych:

- od powódki K. S. (z roszczenia zasądzonego jej w punkcie I. wyroku) kwotę 19.368,32 zł (dziewiętnaście tysięcy trzysta sześćdziesiąt osiem złotych trzydzieści dwa grosze),

- od pozwanego Szpitala (...) w K. kwotę 12.912,20 zł (dwanaście tysięcy dziewięćset dwanaście złotych dwadzieścia groszy),

IV. zasądza od pozwanego Szpitala (...) w K. na rzecz powódki K. S. kwotę 8.656,12 zł (osiem tysięcy sześćset pięćdziesiąt sześć złotych dwanaście groszy) tytułem zwrotu kosztów procesu.

sędzia R. K.

Sygn. akt I C 635/16

UZASADNIENIE

Powódka K. S. wniosła o zasądzenie od pozwanego Szpitala (...) w K. tytułem zadośćuczynienia kwoty 500.000 zł (z ustawowymi odsetkami za okres od 24 września 2016 r. do dnia zapłaty) oraz tytułem odszkodowania kwoty 7.133,54

zł (z ustawowymi odsetkami za okres od dnia wniesienia powództwa do dnia zapłaty), wskazując w uzasadnieniu, że 11 kwietnia 2016 r. poddała się w pozwanym szpitalu zabiegowi operacyjnemu usunięcia wyrostka robaczkowego z polipami i małego fragmentu jelita. 12 i 16 kwietnia 2016 r. dokonano reoperacji. Zanim trafiła do pozwanego szpitala nie miała poważnych problemów zdrowotnych, celem zabiegu było nieskomplikowane usunięcie polipa w wyrostku robaczkowym na styku z jelitem grubym. Mimo to powódka opuściła pozwany szpital (na żądanie jej męża przewieziona do innego szpitala) w stanie agonalnym, na pograniczu śmierci głodowej, z groźącym zakażeniem całego organizmu. Z pozoru chwilowy pobyt w pozwanym szpitalu skończył się ponad 2-miesięcznym leczeniem szpitalnym powódki, pełnym obawy o życie i skutkującym obecnym, złym stanem zdrowia fizycznego i psychicznego powódki. Z osoby sprawnej psychicznie, przebywającej wśród ludzi, powódka zmieniła się w osobę ograniczającą do minimum opuszczanie domu, unikającą przyjaciół, mającą problemy z rozmową nawet z mężem i synem. Musi zażywać leki rozluźniające, przez to nie może odchodzić daleko od toalety, ma założoną stomię, a worki stomijne odklejają się, a nawet pękają, z worka stomijnego odchodzą krępujące gazy, powódka odczuwa bóle brzucha, musi nosić pas stomijny, ponieważ jest groźba powstania przepukliny. Powódka cierpi na zaparcia, zaś stomia prawdopodobnie nigdy nie zostanie usunięta. Wokół stomii pojawiają się rany, wymagające pielęgnacji. Powódka ma zawroty głowy, szybko się męczy, wypadają jej włosy. W związku z nieudaną operacją była leczona psychiatrycznie od 27 sierpnia do 19 września 2016 r. Przyjmuje leki nasenne, bez których nie potrafi zasnąć. Stała się płacziwa, rozdrażniona, towarzyszą jej myśli samobójcze. Stale potrzebuje pomocy. Winy (anonimowej) personelu szpitala powódka upatruje w nieprawidłowych czynnościach leczniczych (szczególnie w niezłożeniu drenów), które doprowadziły do wdania się infekcji. Odsetki od zadośćuczynienia powódka uzasadniła w zakresie ich początkowej daty faktem wezwania pozwanego do zapłaty pismem z 12.08.2016 r. (odebrany 16 sierpnia) z wyznaczeniem terminu 7-dniowego, który upłynął 23 sierpnia. Szkodę majątkową powódka uzasadniła, wymieniając jej składniki: 1.396,86 zł – koszt zakupu leków i produktów pielęgnacyjnych, 4.314,83 zł – koszt remontów związanych z przystosowaniem domu do potrzeb powódki, 1.421,85 zł – koszt dojazdów do lekarzy.

Odpowiadając na pozew, pozwany wniósł o oddalenie powództwa, a ponadto o zawiadomienie o toczącym się procesie ubezpieczyciela – (...) S.A. W uzasadnieniu wskazał, że po pierwszej operacji stwierdzono krwawienie z odbytu, dlatego dokonano drugiej operacji, w trakcie której stwierdzono, że miejsce operowane poprzednio nie krwawi, za to zlokalizowano żylaki odbytnicy niezwiązane z poprzednim zabiegiem. W związku z nimi założono szwy warstwowe na esicę, a w kanale odbytu umiejscowiono rurkę z opatrunkiem. Rana pooperacyjna nie goiła się prawidłowo, ale nie było to wynikiem zaniedbań personelu pozwanego. W celu zlokalizowania problemu wykonano w dniu 16 kwietnia badanie RTG, a następnie zabieg oczyszczenia jamy brzusznej z usunięciem zgnitych powłok brzusznych. Przy przyjęciu powódki do kolejnego szpitala jej stan określono jako dość dobry, powódkę leczono tam już zachowawczo i nie wymagała ponownego zabiegu. U pozwanego zaś powódka miała włączone żywienie pozajelitowe, więc nieprawdą jest, że narażona była na śmierć głodową. Nie jest też prawdą, że wcześniej nie miała poważnych problemów zdrowotnych – cierpiała na nadciśnienie tętnicze, niedoczynność pooperacyjną tarczycy, żylaki odbytu, stan po histerotomii z przydatkami z powodu mięśniaków, ponadto na depresję (od 10 lat zdiagnozowaną depresję lękową). Pozwany wskazał też na wynikające z dokumentacji niskie natężenie bólu powódki w kolejnym szpitalu, ponadto na wyrównany jej tam nastrój. Określił wysokość żądanego zadośćuczynienia jako rażąco wygórowaną. Zakwestionował też wartość odszkodowania majątkowego, szczególnie koszt remontów – zarzucił, że powódka nie wskazała, w jaki sposób jej stan wymagał remontów w mieszkaniu, a ponadto koszt zakupu paliwa – tu zarzucił, że powódka nie wykazała, iż dołączone faktury były związane z jej wizytami lekarskimi.

(...) S.A. w W., mimo otrzymania zawiadomienia o toczącym się procesie, nie złożył interwencji ubocznej.

Uzasadnienie faktyczne:

Powódka została przyjęta do Wojewódzkiego Szpitala (...) w O. 22 lutego 2016 r. w celu podjęcia leczenia operacyjnego polegającego na polipowatości kątnicy. Wcześniej w ramach przeprowadzonego badania kolonoskopii obejrzano całe jelito grube i odcinek jelita krętego. Stwierdzono wówczas guzki krwawnicze odbytu i polecono usunięcie polipów. Polipy jelita grubego w esicy

i odbytnicy poddano zabiegowi wycięcia endoskopowo. W trakcie zabiegu wykryto płaski polip w ujściu wyrostka robaczkowego, który pozostawiono do dalszego otwartego zabiegu operacyjnego w innym miejscu i czasie. Wykryty płaski polip

w ujściu wyrostka robaczkowego pozostawiono do otwartego zabiegu operacyjnego. Pacjentkę w stanie ogólnym dobrym wypisano z rozpoznaniem: incydentalne krwawienie z odbytu, stany depresyjne, stan po wycięciu płata tarczycy, stan po amputacji macicy z powodu mięśniaków, nadciśnienie tętnicze i polipy jelita grubego. W dniu 23 lutego 2016 r. wypisano powódkę do leczenia ambulatoryjnego

z zaleceniem konsultacji w poradni chirurgicznej celem kwalifikacji do leczenia operacyjnego płaskiego polipa w ujściu wyrostka przez otwarcie powłok jamy brzusznej.

Powódka, 10 kwietnia 2016 r. (z wynikami badań laboratoryjnych i wynikiem kolonoskopii – wykonanymi przed 6 tygodniami w szpitalu w O., gdzie nie odnotowano w czasie pobytu krwawienia ze stwierdzonych endoskopowo żylaków odbytu) zgłosiła się do Szpitala (...) w K. celem zabiegu operacyjnego, zgodnie z sugestią gastroenterologa: usunięcie wyrostka z polipem drogą operacyjną otwartą. Na miejscu, tego samego dnia, wykonano rutynowe badania laboratoryjne przedoperacyjne. Powódka została poddana operacji 11 kwietnia 2016 r. Po przygotowaniu pacjentki, dokonano rutynowego otwarcia jamy brzusznej, wypreparowania wyrostka, podwiązania krezki, wykonania szwu kapiuchowego

i odcięcia wyrostka. Operacja przebiegła bez powikłań i wykonano ją metodą klasyczną. Zalecono działania profilaktyczne w postaci podania heparyny i antybiotyku, nawodnienia dożylnego oraz kontrolę tętna i ciśnienia.

Po zabiegu, tj. 11 kwietnia 2016 r. o godzinie 10:33, parametry życiowe powódki były w normie. W pierwszej dobie po zabiegu, około godziny 3:30, pacjentka oddała krwisty stolec. Po powiadomieniu lekarza, pobrano krew do badania. O godzinie 6:00 ponownie pacjentka oddała krwisty stolec. Podjęto decyzję o przetoczeniu dwóch jednostek osocza i jednostki krwinek czerwonych.

12 kwietnia 2016 r. o godzinie 10:39 nastąpiło przetaczanie krwi, a monitorowane parametry życiowe wskazywały stan normy. Wykonano jednocześnie gastroscopię w wyniku której stwierdzono, że przelyk i wpust są prawidłowe. Nie udało się kontynuować badania z powodu źle funkcjonujący aparatu, co uniemożliwiało wprowadzenie endoskopu głębiej – do żołądka. Cech krwawienia nie stwierdzono.

W karcie obserwacji z 12 kwietnia 2016 r. odnotowano, że około godziny 13:00, stan powódki pogorszył się, była biała, spocona, tętno było wysokie, RE w dolnych granicach normy, 5-krotnie oddawała krwisto-smoliste stolce, narastały objawy wstrząsu krwotocznego. Zdecydowano o przetoczeniu krwi, podano leki przeciwkrwotoczne, uzupełniano płyty i krew. Ostatecznie, lekarz M. S. (który operował poprzednio) zdecydował o reoperacji i reoperację wykonał następująco. O godzinie 21:00, tego samego dnia (tj. 12 kwietnia 2016 r.) pacjentkę przewieziono na blok operacyjny. Skontrolowano jelita w miejscu po usunięciu wyrostka w okolicy kątnicy i zstępnicy. Poddano kontroli miejsce poprzednio operowane. Lekarz operujący szukał krwawienia w miejscu operowanym, gdzie ostatecznie krwawienia nie stwierdzono. W związku z tym operator postanowił

o otwarciu jelita grube w dwóch miejscach. Po wyjęciu nad powłoki brzuszne jelita obłożono serwetami miejsce operowane. O. jelito grube na taśmie w okolicy kątnicy i okolicy esicy na długości około 5 cm, nie stwierdzając wewnątrz jelit krwawienia. Założono na miejscu nacięcia szwy warstwowe, dokonano płukania jamy brzusznej, a następnie zamknięto jamę brzuszną. Dokonano wglądu do odbytnicy, gdzie stwierdzono świeże krwawienia w postaci licznych skrzepów z naczyń wewnętrznych odbytu, które zabezpieczono szwami. W celu kontroli i ewentualnego krwawienia założono do odbytu rurkę z tamponem.

15 kwietnia 2016 r. wieczorem u powódki doszło do objawów zapalenia otrzewnej i niedrożności jelit. Pojawiły się wzdęcia, ból brzucha, osłabienie. Rano 16 kwietnia 2016 r. pojawia się konieczność przeprowadzenia przez innego operatora – J. P. trzeciego zabiegu operacyjnego. W rozpoznaniu przedoperacyjnym stwierdzono nacieki zapalany prawego śródbrzusza i podbrzusza, niedrożność jelit, rozlane zapalenie otrzewnej. W trybie pilnym chirurg uwolnił zlepy i zrosty jelita cienkiego i okrężnicy, dokonał wycięcia zmian martwiczych powłok brzucha i wyłonił zstępnicę, dokonując kolonostomii (odbyt sztuczny). Odessano z jamy brzusznej bardzo dużą ilość płynu ropnego, cuchnącego,

który następnie pobrano na posiew. Założono drenaż jamy brzusznej. Zdecydowano się na wykonanie stomii po rozpoznaniu niedrożności przewodu pokarmowego. Ś. poddano badaniu miejsca zespolenia dokonane wcześniejszymi zabiegami, które ostatecznie nie budziły zastrzeżeń, wyglądały prawidłowo. Wykonane wcześniej zespolenia po nacięciach były szczelne.

Wyłonienie jelita, wykonanie stomii na jelicie grubym stało się koniecznością. Później powódka nie była poddawana zabiegom, a jedynie wysokospecjalistycznemu leczeniu zachowawczemu w Szpitalu (...)w O..

Powódka doświadczyła wielu cierpień i komplikacji fizycznych i psychicznych w okresie szpitalnym, a także realnych zagrożeń utraty zdrowia, a nawet życia w konsekwencji ciężkich stanów powodowanych powikłaniami. Z powodu przetoki jelitowej, całkowicie zaburzone zostało życie rodzinne, w społeczeństwie i towarzyskie powódki, zmieniając jego jakość. Blizny, ubytki i deformacje oraz przepuklina pooperacyjna przedniej ściany brzucha po wielokrotnych operacjach nie zawsze sprzyja szczelności przyklejonego worka stomijnego.

Zalecana jest pomoc powódce w celu usunięcia stomii i przywrócenia ciągłości przewodu pokarmowego po dokładnym badaniu jelita grubego w kierunku zrostów, prawidłowego pasażu pokarmów, siły mięśnia okrężnego odbytu i mięśni brzucha. Aktualnie nie ma istniejące zwiększone ryzyko zakażeń w związku ze stomią. Powódka może odbywać długie podróże samolotem, mające ze sobą dodatkowy sprzęt stomijny. Ciężka i średnia praca fizyczna są przeciwwskazaniem dla aktualnego stanu zdrowia powódki. Stwierdzono następujący uszczerbek na zdrowiu:

- a) z powodu uszkodzenia powłok jamy brzusznej i ich następstw – 15%,
- b) z powodu wielokrotnego otwarcia powłok, przedniej powierzchni jamy brzusznej, powikłane procesem zapalnym, ropnym i ewenteracją trzewi – zdeformowanie, z osłabieniem fizjologicznej tłoczni brzusznej G-67, uszczerbek z powodu przetoki jelitowej, kałowej, odbytu sztucznego – 15%.

Razem 30% długotrwałego uszczerbku na zdrowiu.

Nie ma powodów do stwierdzenia:

- że wykonane zabiegi spowodują skrócenie życia pacjentki,
- że pacjentce w związku z nimi grożą dalsze komplikacje zdrowotne,
- że pacjentka ma w związku z nimi zwiększone ryzyko zakażeń, choroby nowotworowej, zatorowej, zapalenia jelit.

Pacjentka może odbywać długie podróże samolotem, mając ze sobą dodatkowy sprzęt stomijny.

(dowód: dołączona do akt dokumentacja medyczna, zeznania świadków: J. S. (1) k. 568-569, A. K. (1) k. 569-570, M. B. k. 577, A. S. k. 577-578, A. K. (2) k. 578, M. S. k. 614-615 i J. P. k. 590-591, pisemna opinia biegłego A. K. (3) k. 777-784)

We wskazanej wyżej opinii biegłego sądowego - chirurga ogólnego A. K. (3) nie ma uwag do sposobu przygotowania i przeprowadzenia operacji z 11 kwietnia 2016 r. Mogła być ona wykonana metodą laparoskopową, ale operator zgodnie z zaleceniami wykonał zabieg klasycznie. Rozszerzona operacja usunięcia polipa z wyrostkiem robaczkowym niosła to samo ryzyko infekcji zapalenia otrzewnej. Są zaś uwagi do kolejnych działań:

- 1) Jeśli chodzi o reoperację, pierwszym badaniem po pojawieniu się niespodziewanego krwawienia winno być badanie odbytnicy z uwagi na podawane w wywiadzie okresowe krwawienie z rozpoznanych żyłaków odbytu, zwłaszcza że – jak wynika z protokołu operacyjnego – operatorowi w zabiegu finalnym wystarczyło umiejscowienie pacjentki w ułożeniu ginekologicznym i zatrzymanie krwawienia z żyłaków wewnętrznych odbytu kilkoma szwami.

Próby ratowania poprzez ucisk tamponem doodbytniczym (co zwykle się praktykuje przy krwawieniu z odbytu, podejrzewając krwawienie z żyłaków) nie dało rezultatu, wręcz przeciwnie. Umieszczony zbyt nisko tampon uciskowy spowodował gromadzenie się krwi powyżej tamponu, a po jego usunięciu spowodował opróżnienie w ilości „pół miednicy” krwi, powodując wrażenie obfitego krwotoku.

2) Następujące w trakcie reoperacji otwarcie dwumiejscowe jelita grubego mogło być przyczyną powikłań z powodu wprowadzenia infekcji z jelita grubego do jamy otrzewnowej. R. należało zabezpieczyć profilaktycznie drenami kontrolnymi z uwagi na trzykrotne otwarcie jelita grubego. Pierwszym badaniem diagnostycznym przy krwawieniu z odbytu winno być badanie endoskopowe (gastroskopowe), rektoskopowe lub kolonoskopowe. 12 kwietnia 2016 r. wykonano gastroskopię, ale tylko w obrębie przełyku i wpustu (do żołądka nie dotarto)

z uwagi na źle funkcjonujący gastroskop. Krwawienia nie stwierdzono. W tej sytuacji pozostawało badanie rektoskopem lub kolonoskopem, lecz takiego badania nie wykonano – alb wskutek błędu diagnostycznego, albo wskutek braku wyposażenia (pozwany szpital nie bronił się brakiem wyposażenia - przypis Sądu). Po rezygnacji z kolonoskopii zasadnym było nacięcie diagnostyczne kątnicy

z uwagi na przeprowadzony zabieg z 11 kwietnia, natomiast dodatkowe nacinanie esicy było powodowane dużą ostrożnością operatora w obawie przeoczenia krwawienia w pozostałym odcinku jelita grubego. Nie było tu potrzeby nacinania esicy. Można było go uniknąć. Ewentualnie punkcję zwiadowczą można było wykonać za pomocą igły. Ryzyko powikłań w postaci infekcji z powodu otwierania jelita grubego jest takie samo tak podczas operacji laparoskopowej, jak podczas operacji klasycznej. W tym przypadku w czasie pierwotnej operacji chirurg wyciął marginalny fragment kątnicy, do której przylegał polip. Podsumowując, wcześniejsze wykonanie badania per rectum (rekto- lub kolonoskopii) zapobiegłoby otwieraniu jamy brzusznej i dalszym konsekwencjom. Przy stwierdzeniu krwawienia z odbytu zrezygnowanie z badania należy potraktować jako uchybienie. W wyniku reoperacji znaleziono źródło krwawienia – ale w innym miejscu niż poszukiwano (nie w jamie brzusznej, lecz w odbycie). Prawdopodobne jest zainfekowanie jamy brzusznej otwarciem jelita grubego, W reoperacji nie znaleziono rozszczelnienia ani krwawienia z miejsca poprzedniej operacji.

3) Skoro po pierwszym zabiegu objawów otrzewnowych nie stwierdzono, prawdopodobnym powodem wtargnięcia infekcji do jamy otrzewnowej była druga operacja, w której jelito grube otwarto dwukrotnie na długość 5 cm.

4) Stan pacjentki po drugiej operacji był ciężki.

5) Kolejna (trzecia) operacja była operacją ratującą życie.

Biegły dodał ponadto, że następujące przed wydarzeniami w pozwanym szpitalu odłożenie zabiegu wycięcia polipa wyrostka na inny czas i miejsce spowodowały niekorzystne dla powódki dalsze leczenie (k. 780). Otóż zabieg gastroenterologiczny w Wojewódzkim Szpitalu (...) w O. można było kontynuować i zakończyć operację usunięciem wyrostka i polipa drogą endoskopową. Biegły nie zna odpowiedzi na postawione przez siebie zagadnienie, czy było to w kompetencjach chirurgii ogólnej i gastroenterologii ww. Szpitala i czy istniały ku temu przeszkody, jednak teoretycznie w wysokospecjalistycznej placówce takie postępowanie powinno być osiągalne (k. 784).

W toku procesu - po opinii chirurgicznej - jesienią 2019 r. usunięto powódce stomię, nie usunięto jednak przepukliny. Powódka chodzi co dzień w bardzo ściśniętym pasie rehabilitacyjnym. Ma trudność ze wstawaniem z łóżka, nie może dźwigać, nawet przy lekkich pracach, a nawet wstając i siadając, odczuwa ból w brzuchu, ma trudności ze schylaniem się. Sporadycznie przyjmuje przeciwbólowo pyralginę. Jest bardziej nerwowa, czuje się psychicznie gorszym człowiekiem. Rowerem jest w stanie pokonać kilkaset metrów, stroni od pływania, od opieki nad wnuczką. Spornym operacjom poddała się, będąc już na emeryturze, nie wykonywała wówczas żadnych prac dorywczych. Po operacji poprawa była stopniowa. Powódka wymagała pomocy męża w przyklejaniu worków stomijnych, zakładaniu pasa. W okresie stomijnym czuła niedogodności związane z wychodzeniem gazów przez filtr, celowością nieoddalania się od toalety, wyborem potraw lekkostrawnych, gotowanych, nie miała odruchu wypróżniania się. Przed pierwszą sporną tu operacją powódka była osobą sprawną, aktywną, spędzającą czas na rowerze, uczącą się gry na organkach, języka włoskiego w ogródku. Upřednio była nauczycielem wychowania fizycznego.

(dowód: zeznania świadka J. S. (2) k. 537-538, zeznania powódki k. 811-812)

W reakcji na powyższe doświadczenia medyczne, u powódki wystąpiła zmiana stanu psychicznego w postaci przygnębienia, stanów lęku, płaczhliwości, zaburzeń snu, wycofana się z relacji, poczucie bezwartościowości, negatywne postrzeganie siebie

i swojej przyszłości, a także uporczywe myśli suicydalne. W związku z powikłanym leczeniem chirurgicznym, wielokrotnymi operacjami od marca do czerwca 2016 r., zakończonymi stomią wystąpiła u powódki, zaburzająca funkcjonowanie zmiana stanu psychicznego w postaci reakcji adaptacyjnej o obrazie epizodu depresji o nasileniu umiarkowanym z objawami lękowymi. Z powodu wystąpienia reakcji depresyjno-lękowej wymagała leczenia psychiatrycznego w warunkach zarówno szpitala psychiatrycznego w okresie od 27 sierpnia do 19 września 2016 r., jak i poradni zdrowia psychicznego w okresie od kwietnia 2016 r. do nadal, a także pomocy psychologicznej. Powódka była wcześniej leczona psychiatrycznie od 2006 r. Jednakże jej stan zdrowia przed spornym tu leczeniem był dobry, stabilny, zalecano jedynie niewielkie dawki chlorprothisenu o działaniu uspokajającym i nasennym. Opis reakcji depresyjno-lękowej pojawił się od kwietnia 2016 r. Powódka wymaga systematycznej psychofarmakoterapii w warunkach ambulatoryjnych i okresowej kontroli psychiatrycznej. Stomia wiązała się dla powódki ze stanem upokorzenia. Zabiegi operacyjne oraz ich konsekwencje, znacznie ograniczały swobodę poruszania się powódki, jej aktywność, realizację dotychczasowych zainteresowań. Były też źródłem poczucia bezużyteczności. Konieczność funkcjonowania ze stomią była dla powódki sytuacją emocjonalnie trudną, która miała wpływ na jej samoocenę i zmiany w życiu społecznym.

(dowód: z opinii biegłego sądowego z zakresu psychiatrii A. K. (4) k 872-874, opinii biegłego psychologa T. G. k. 876-881)

Uzasadnienie prawne:

Sąd oparł się na wiarygodnych dowodach w postaci: dokumentacji medycznej, zeznań wyżej wymienionych świadków, zeznań powódki oraz opinii biegłych: A. K. (3), A. K. (4) i T. G.. Są to dowody spójne ze sobą i dające logicznie uzupełniający się obraz wydarzeń. Wymienione opinie biegłych nie były przez strony kwestionowane i nie budzą wątpliwości Sądu. Jako takie, nie wymagały uzupełnienia.

Materiał dowodowy można podzielić na dwie grupy. Pierwsza dotyczy przebiegu i oceny postępowania personelu medycznego i wchodzi w niej skład zeznania pracowników szpitala oraz opinie biegłych chirurgów. Druga grupa, składająca się z zeznań męża powódki, z jej zeznań oraz z opinii psychiatrycznej i psychologicznej dotyczy skutków, jaki w życiu powódki wywołały diagnostyka i leczenie w pozwanym szpitalu. Obie grupy są wewnętrznie spójne i obie przemawiają zasadniczo za słuszością roszczenia powódki dotyczącego zadośćuczynienia za krzywdę.

Trzon pierwszej z nich stanowi pisemna opinia biegłego chirurga A. K. (3), który swoich ustaleń dokonał spójnie na podstawie zeznań świadków – lekarzy oraz dokumentacji medycznej – i nie ma sprzeczności w tym, że opinia ta finalnie musi być potraktowana jako krytyczna wobec szpitala. Otóż czym innym są fakty, czym innym zaś ich ocena pod kątem wiadomości specjalnych. Ponieważ opinia ta nie była kwestionowana przez żadną ze stron, a przy tym w uporządkowany, zgodny z innymi dowodami sposób przedstawia sekwencję faktów, które miały miejsce podczas leczenia powódki w pozwanym szpitalu, uzasadnienie faktyczne wyroku oparte jest głównie właśnie na ustaleniach tego biegłego. Od ustaleń należało oddzielić ocenę biegłego. Zdaniem Sądu, to, że opinii tej nie kwestionował pozwany szpital, wynika z nadmiernego przywiązania przez niego uwagi do sformułowań opinii korzystnych dla niego przy niedostatecznej uwadze zwróconej na wytknięte w opinii uchybienia. I tak, biegły stwierdził, że operacja z dnia 11 kwietnia mogła być wykonana zarówno laparoskopowo, jak i klasycznie, ponadto że nie ma uwag do jej przygotowania i przeprowadzenia. R. z 12 kwietnia nie znalazła rozszczelnienia ani krwawienia z miejsca poprzedniej operacji. Podobnie jak pierwsza, również trzecia operacja – z 16 kwietnia nie spotkała się z krytyką biegłego – została nazwana krótko operacją ratującą życie (z powodzeniem). Swoje krytyczne uwagi biegły zgłosił do reoperacji (tzn. do operacji z 12 kwietnia). Biegły wytknął pozwanemu brak poprzedzającego reoperację badania odbytnicy. Pierwszym badaniem

diagnostycznym przy krwawieniu z odbytu winno być badanie endoskopowe (gastroskopowe), rektoskopowe lub kolonoskopowe. Endoskopowe było niepełne, pozostałe nie zostały wykonane. Następujące w trakcie reoperacji otwarcie dwumiejscowe jelita grubego mogło być przyczyną powikłań z powodu wprowadzenia infekcji z jelita grubego do jamy otrzewnowej. Tylko brak ww. badań spowodował niepotrzebne dwumiejscowe otwarcie jelita grubego. Wcześniejsze wykonanie badania per rectum (rekto- lub kolonoskopii) zapobiegłoby otwieraniu jamy brzusznej i dalszym konsekwencjom. Stwierdzenie biegłego, że po rezygnacji z kolonoskopii zasadnym było nacięcie diagnostyczne kątnicy z uwagi na przeprowadzony zabieg z 11 kwietnia, należy rozumieć w ten sposób, że było to postępowanie celowe przy założeniu, że wykonanie ww. badań poprzedzających reoperację nie było możliwe (a nic na to nie wskazuje). Natomiast dodatkowe nacinanie esicy zostało przez biegłego potraktowane jako nieprawidłowość. Nie było tu potrzeby nacinania esicy. Można było go uniknąć. Ewentualnie punkcję zwiadowczą można było wykonać za pomocą igły. Ponadto skoro już doszło do reoperacji, należało ją zabezpieczyć profilaktycznie drenami kontrolnymi z uwagi na trzykrotne otwarcie jelita grubego. Ponadto umieszczony zbyt nisko tampon uciskowy spowodował gromadzenie się krwi powyżej tamponu, a po jego usunięciu spowodował opróżnienie w ilości „pół miednicy” krwi, powodując wrażenie obfitego krwotoku. Stan pacjentki po drugiej – niepotrzebnej - operacji był już ciężki.

Należy podkreślić, że biegły A. K. (3) był drugim chirurgiem, któremu Sąd zlecił opiniowanie w tej sprawie. Pierwszy – B. A. wydał dwie opinie pisemne – główną i uzupełniającą (k. 669 i 719), do których zastrzeżenia zgłosiła powódka. Co ciekawe, opinii B. A. biegły A. K. (3) nie zakwestionował, lecz w ocenie Sądu nie świadczy to wcale o tym, że zachodzi tu logiczna sprzeczność. Otóż biegły A. – co sam podkreślił – ograniczył się wyłącznie do odpowiedzi na bardzo kazuistyczne pytania strony powodowej, nie wychodząc ani słowem poza zakres tych pytań. Można powiedzieć, że taka jest właśnie rola biegłego, ale ta sprawa jest przykładem na to, że niekoniecznie, ponieważ zarówno strona, jak i Sąd, nie mając wiedzy specjalnej, mogą nie trafić z pytaniami w sedno problemu – i tak też stało się w tym przypadku. Dopiero biegły K., zobowiązany ponadto do odniesienia się do opinii poprzednika, wydał opinię

o szerszym spektrum, pozwalającą zrozumieć, co takiego stało się w toku diagnostyki oraz leczenia pozwanej, że prosty zabieg chirurgiczny niemal zakończył się śmiercią pacjentki. W wyniku tego okazało się, że nie tylko – i nie tyle – zawinił sposób przeprowadzenia operacji (konkretnie reoperacji), co wadliwy był plan diagnostyczny, niezawierający koniecznych badań, których wykonanie pozwoliłoby na uniknięcie reoperacji, której skutkiem okazało się zakażenie jamy brzusznej. W odróżnieniu od biegłego A. biegły K. wskazał, że możliwa przed reoperacją była nie tylko kolonoskopia (co do której biegły A. wyraził wątpliwość, czy była dostępna i czy mogła być wykonana z powodzeniem z uwagi na zagrożenie uszkodzenia świeżego zespolenia w kątnicy – patrz str. 8 opinii), ale i szersza gastroskopia oraz rektoskopia. Należy podkreślić też, że również biegły A. zauważył (str. 9 opinii), że nacinanie esicy było już wątpliwe, ponadto że pierwotna rewizja okolicy odbytu, która wydaje się być logicznym postępowaniem, rozwiązałaby problem, a przemawiała za nią obecność świeżej krwi i skrzepów oraz wywiad podkrwawiania z odbytu w przeszłości. Porównując opinie obu biegłych, nie sposób nie zauważyć, że po otrzymaniu listy dodatkowych pytań powódki biegły A. faktycznie uchylił się (s. 3 opinii uzupełniającej) od udzielenia odpowiedzi na kluczowe w tej sprawie pytanie: „czy błędem było przystąpienie do drugiej operacji bez sprawdzenia źródła krwawienia?”. Sedno sprawy leży – wiemy to na podstawie opinii biegłego K. – w tym, że krwawienie było z odbytnicy. Wszelkie więc rozważania biegłego A. na temat wątpliwości co do skuteczności ewentualnych badań, które mogły być wykonane przed reoperacją, uzasadniane koniecznością objęcia badaniami całego jelita grubego, są w oczach Sądu rozważaniami nielogicznymi. Ponieważ opinia biegłego K. jest dla Sądu bardziej przekonująca, szerzej opisująca problematykę i lepiej uporządkowana, Sąd oparł się właśnie na niej również w zakresie ustalenia stopnia uszczerbku na zdrowiu. Biegły A. określił trwały uszczerbek na zdrowiu na 20%, zaś biegły K. długotrwały uszczerbek na zdrowiu na 30%.

Uznając opinię A. K. za wystarczającą, Sąd pominął dowód z opinii instytutu.

W świetle powyższych ustaleń odpowiedzialność pozwanego szpitala jako samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej należało rozważyć na gruncie art. 430 k.c., zgodnie z którym kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu 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 czynności. Przepis ten statuuje odpowiedzialność z tytułu czynu niedozwolonego za szkody wyrządzone osobie trzeciej przez podwładnego (niezależnie od tytułu zatrudnienia) z jego winy. Przyjęcie odpowiedzialności podmiotu leczniczego na podstawie powyższego przepisu wymaga uprzedniego stwierdzenia, iż jego pracownik wyrządził szkodę w sposób zawiniony i odpowiada z tego tytułu na zasadach ogólnych (wyrok Sądu Najwyższego z 26 stycznia 2011 r. IV CSK 308/10, OSNC z 2011 r. nr 10, poz. 116).

Podwładnym w rozumieniu art. 430 k.c. jest członek personelu medycznego jednostki, w tym także lekarz, który mimo dalece posuniętej samodzielności w zakresie wyboru sposobów leczenia pacjenta jest podmiotem podlegającym kierownictwu organizacyjnemu zakładu opieki zdrowotnej, a także ma obowiązek stosowania się do jego wskazówek w zakresie organizacji pracy. Wina podwładnego jest natomiast przesłanką odpowiedzialności pozwanego na podstawie art. 430 k.c. przy czym ustawa nie uzależnia tej odpowiedzialności od konkretnego stopnia winy lub jej przypisania poszczególnym członkom personelu pozwanego (wina bezimienna). Wystarczy wykazanie, 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 (m. in. wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 18 marca 2013 r. I A Ca 852/12, LEX nr 1313338).

W niniejszej sprawie nie było sporne, że personel szpitala wykonujący opisane wyżej operacje to osoby podwładne, podlegające kierownictwu szpitala, za błędy których szpital ponosi powyższą odpowiedzialność.

Spowodowanie szkody na osobie w warunkach błędu w sztuce medycznej jest więc specyficzną postacią deliktu prawa cywilnego, którego zaistnienie wymaga spełnienia przesłanek odpowiedzialności z tytułu czynu niedozwolonego (art. 415 k.c.), to jest szkody, winy i adekwatnego związku przyczynowego.

Lekarzowi można przypisać winę w przypadku wystąpienia jednocześnie obiektywnej i subiektywnej niewłaściwości postępowania. Element obiektywny łączy się z naruszeniem zasad wynikających z wiedzy medycznej i doświadczenia, a w jego ramach mieści się tzw. błąd lekarski, przez który rozumie się naruszenie obowiązujących lekarza reguł postępowania, oceniane w kontekście nauki i praktyki medycznej. Element subiektywny odnosi się natomiast do zachowania przez lekarza staranności, ocenianej pod kątem odpowiedniego standardu postępowania przy przyjęciu kryterium wysokiego poziomu staranności każdego lekarza jako jego staranności zawodowej (wyroki SN: z dnia 10 lutego 2010 r. V CSK 287/09, niepubl. oraz z dnia 18 stycznia 2013 r. IV CSK 431/12 niepubl.).

Od błędu - jako odstępstwa od wzorca i zasad należytego postępowania z uwzględnieniem profesjonalnego charakteru działalności sprawcy szkody - odróżnić należy powikłanie, które stanowi określoną, niekiedy atypową reakcję pacjenta na prawidłowo podjęty i przeprowadzony zespół czynności leczniczych, a także tzw. niepowodzenie medyczne (wyrok SN z dnia 18 stycznia 2013 r. IV CSK/12 niepubl.).

W niniejszej sprawie ocenie pod kątem omówionych wyżej przesłanek podlegało postępowanie personelu medycznego pozwanego szpitala w procesie diagnostyki i leczenia w trakcie zaplanowania i przebiegu wszystkich trzech operacji. Wnioski opinii biegłego A. K. wskazują na to, że personelowi lekarskiemu można było przypisać odpowiedzialność na ogólnych zasadach, co statuowało odpowiedzialność pozwanego Szpitala z art. 430 k.c.

Ustalenie winy lekarza jest w tej sprawie wystarczająco kategoryczne i nie wymaga sięgania po konstrukcje domniemań faktycznych. Wymienione przez biegłego A. K. (3) uchybienia dotyczą postępowania lekarza M. S. – diagnostyki i przebiegu reoperacji z 12 kwietnia 2016 r. W ocenie Sądu, ich waga oraz liczba wskazuje na szereg błędów lekarskich pozostających zarówno w aspekcie obiektywnym, jak i subiektywnym, z których każdy osobno pozostaje w związku przyczynowym z nieudanym skutkiem zabiegu.

Odpowiedzialność pozwanego polega na wypłacie zadośćuczynienia oraz odszkodowania.

Jeżeli chodzi o wysokość zadośćuczynienia, Sąd kierował się następującymi przesłankami.

Zgodnie z art. 445 § 1 k.c. w przypadku uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę pieniężną tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę, przy czym suma pieniężna stanowić ma ekwiwalent szkody niemajątkowej. W myśl przyjętego w doktrynie

i w orzecznictwie Sądu Najwyższego poglądu, zadośćuczynienie winno mieć przede wszystkim charakter kompensacyjny, przy czym jego wysokość nie może stanowić zapłaty symbolicznej, lecz musi przedstawiać wartość ekonomicznie odczuwalną. Zadośćuczynienie powinno być środkiem pomocy dla poszkodowanego i pozostawać w odpowiednim stosunku do rozmiaru krzywdy i szkody niemajątkowej. Na krzywdę poszkodowanego składają się z kolei cierpienia fizyczne w postaci bólu i innych dolegliwości oraz cierpienia psychiczne polegające na ujemnych uczuciach przeżywanych bądź w związku z cierpieniami fizycznymi, bądź z następstwami uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, zwłaszcza trwałymi i nieodwracalnymi. Jednocześnie kwota zadośćuczynienia nie może być nadmierna oraz winna być należycie wyważona i utrzymana w rozsądnych granicach, odpowiadających aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa (wyrok Sądu Najwyższego z 22 kwietnia 1985 r., II CR 94/85, Lex nr 8713). Zasada umiarkowanej wysokości zadośćuczynienia trafnie łączy wysokość zadośćuczynienia z wysokością stopy życiowej społeczeństwa, gdyż zarówno ocena, czy jest ono realne, jak i czy nie jest nadmierne, pozostawać musi w związku z poziomem życia (wyrok Sądu Najwyższego z 12 września 2002 r., IV CKN 1266/00). Reguła umiarkowanej wysokości zadośćuczynienia nie może oznaczać przyzwolenia na lekceważenie takich bezcennych wartości jak zdrowie czy integralność cielesna, a okoliczności wpływające na określenie tej wysokości, jak i kryteria ich oceny muszą być zawsze rozważane indywidualnie w związku z konkretną osobą poszkodowanego i sytuacją życiową,

w której się znalazł (wyrok Sądu Najwyższego z 13 grudnia 2007 r., I CSK 384/07, LEX nr 351187). Zgodnie zaś z utrwalonym już stanowiskiem Sądu Najwyższego, przy ocenie wysokości zadośćuczynienia należy uwzględnić przede wszystkim nasilenie cierpienia, długotrwałość choroby, rozmiar kalectwa, trwałość następstw zdarzenia oraz konsekwencje uszczerbku na zdrowiu w życiu osobistym i społecznym (tak Sąd Najwyższy m. in. w wyroku z 10 czerwca 1999 r., UKN 681/98, OSNAP 2000/16/626 oraz w wyroku z 24 października 1968r., I CR 383/68, LEX nr 6407).

W związku z powyższym dla określenia rozmiaru krzywdy doznanej przez powódkę w tej sprawie koniecznym stało się posiłkowanie stanowiskiem biegłych

stanowiącym w tej sprawie podstawę ustaleń faktycznych. W tym miejscu powtórzyć należy, że biegli chirurdzy ustalili uszczerbek na zdrowiu fizycznym powódki wg różnych kryteriów (pierwszy ustalił uszczerbek trwały – 20%, a drugi długotrwały - 30%) – i te ustalenia nie były ostatecznie kwestionowane przez strony, jak też nie budzą wątpliwości Sądu. Wskaźnik taki nie znajduje automatycznego przelicznika

w wysokości przyznawanego przez Sąd zadośćuczynienia, jest jednak jednym z wielu czynników, które powinny być brane pod uwagę przy miarkowaniu takiego roszczenia. W tym przypadku suma zwłaszcza tego drugiego wskaźnika okazała się dość znaczna.

Pozytywnie na wysokość tego roszczenia wpłynął wiek powódki, niewątpliwe cierpienia fizyczne i psychiczne wynikające z zabiegu oraz poważne konsekwencje nieudanej reoperacji, które na długi czas ściśle zdeterminowały jej tryb życia,

a w mniejszym stopniu trwać będą nadal – mimo usunięcia stomii. Powódka będzie wymagać okresowej kontroli psychiatrycznej, zgodnie z końcowym wnioskiem biegłego psychiatry.

Negatywnie na wysokość roszczenia wpływa fakt, że powódka – żądając kwoty 500.000 zł – przesadziła, jak się okazało, z pesymistyczną wizją swej przyszłości. Bezsparnie stomię udało się ostatecznie usunąć, więc perspektywa funkcjonowania

z nią do końca życia się nie spełniła, a to było najbardziej eksponowanym wątkiem uzasadnienia pozwu.

Dodać w tym miejscu należy, że opinia biegłego sądowego psychiatry wskazuje na to, że powódka nie wymaga już pomocy psychologa ani psychoterapeuty, ma wsparcie męża, a poprawa stanu psychicznego i funkcjonowania będzie możliwa

z poprawą stanu fizycznego i mniejszych ograniczeń związanych ze skutkami leczenia szpitalnego (co nastąpiło).

Mając to na uwadze, Sąd uznał, że właściwą kwotą zadośćuczynienia będzie 200.000 zł, zaś żądanie wyższe podlega oddaleniu. To, na co powódka przeznaczy te pieniądze nie ma znaczenia. Kwota ta ma stanowić odpowiednie wyrównanie doznanej przez powódkę krzywdy.

Posiłkowo uzasadniając tę kwotę, mając na uwadze niewątpliwie słuszny postulat podobnego orzekania w podobnych stanach faktycznych, Sąd odsyła do uzasadnienia wyroku Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 14.10.2016 r. (I ACa 1712/15, Portal Orzeczeń) – gdzie w podobnej sprawie ustalono 20% długotrwałego uszczerbku na zdrowiu, a rzecz dotyczyła okresu blisko półtorarocznego wyłonienia przetoki kałowej, bólu, konieczności pomocy innych osób, odparzeń i przepukliny okołostomijnej (przyznano 100.000 zł zadośćuczynienia). W niniejszej sprawie dolegliwości powódki były poważniejsze i bardziej długotrwałe, silniejsze były konsekwencje psychiczne (w tym wywołane nieudaną operacją leczenie psychiatryczne), ponadto nie można tracić z pola widzenia, że w okresie ostatnich czterech lat doszło do gwałtownego podniesienia w orzecznictwie poziomu zasądzanych zadośćuczynień pieniężnych.

Dodać należy, że powódka za podstawę prawną zadośćuczynienia podawała wyłącznie przepisy kodeksu cywilnego (strona 16 pozwu).

Kwotę tę zasądzono (art. 481 § 1 i 2 k.c.) z odsetkami za okres odpowiadający uzasadnieniu pozwu w tym zakresie (strona 20 pozwu), którego pozwany nie kwestionował i który nie budzi zastrzeżeń Sądu.

Jeżeli chodzi zaś o odszkodowanie, zasądzono je na podstawie 444 § 1 k.c. w kwocie 1.396,86 zł, odpowiadającej tylko pierwszemu składnikowi wymienionemu przez powódkę w uzasadnieniu pozwu (koszty zakupu leków i produktów pielęgnacyjnych). Kwota ta nie została zakwestionowana przez pozwanego ani co do zasady, ani co do wysokości, a ponadto została potwierdzona rachunkami dołączonymi do pozwu, wobec czego Sąd uznał, że milczące potraktowanie tego składnika odszkodowania przez pozwanego oznacza przyznanie okoliczności faktycznych związanych z zakupem tych towarów i potrzebą ich zakupu, co oznacza również związek przyczynowy między kosztem a skutkami nieudanej reoperacji. Dwie kolejne pozycje odszkodowania były natomiast przedmiotem oddalenia powództwa na tej samej podstawie prawnej, ponieważ pozwany je zakwestionował w odpowiedzi na pozew, zaś uzasadnienie pozwu w tym zakresie było faktycznie nieistniejące. Powódka nie podała, jakie konkretnie wyjazdy i koszty paliwa ma na myśli (daty, poszczególne kwoty, cele wyjazdów), załączniki do pozwu nie mogą zastąpić twierdzeń strony, zaś pozostałe dowody – zeznania powódki i jej męża – nie zawierają żadnej podstawy faktycznej zasądzenia w tym zakresie. Przeciwnie – mąż powódki zeznał, że remont mieszkania był niezależny od tego, że żona przeszła operację.

Z tych powodów na podstawie podanych wyżej przepisów powództwo uwzględniono częściowo. Powódka wygrała sprawę w 40%, pozwany w 60%.

O kosztach sądowych w pkt. III orzeczono na mocy art. 113 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (strony zostały obciążone kosztami tymczasowo poniesionymi przez Skarb Państwa w takim stosunku, w jakim dana strona przegrała proces). Również w takim stosunku koszty procesu zostały stosunkowo rozdzielone między stronami na podstawie art. 100 k.p.c. – punkt IV wyroku. Powódka poniosła 10.817 zł wynagrodzenia radcowskiego wg aktualnie (i w dacie pozwu) obowiązującej stawki minimalnej, 1.000 zł opłaty od pozwu i 1.200 zł zaliczek plus 19.368,32 zł tytułem kwoty ściąganej zgodnie z punktem III = 32.385,32 zł. Pozwany poniósł zaś 10.817 zł wynagrodzenia radcowskiego i 12.912,20 zł tytułem kwoty ściąganej zgodnie z punktem III = 23.729,20 zł.

Sędzia R. K.