

Sygn. akt: I C 413/21

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 6 czerwca 2023 r.

Sąd Okręgowy w Olsztynie I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący:	sędzia Rafał Kubicki
Protokolant:	Alicja Pniewska

po rozpoznaniu w dniu 23 maja 2023 r. w Olsztynie na rozprawie

sprawy z powództwa A. W.

przeciwko Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej w S.

o zapłatę i ustalenie

I. zasądza od pozwanego Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej w S. na rzecz powódki A. W.:

- 1) kwotę 2.000.000 zł (dwa miliony złotych) tytułem zadośćuczynienia,
- 2) kwotę 3.620,22 zł (trzy tysiące sześćset dwadzieścia złotych dwadzieścia dwa grosze) tytułem odszkodowania,
- w obu przypadkach z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od 2 czerwca 2019 r. do dnia zapłaty,
- 3) kwotę 1.631,98 zł (tysiąc sześćset trzydzieści jeden złotych dziewięćdziesiąt osiem groszy) tytułem renty z tytułu zwiększonych potrzeb i utraconych zarobków, płatną miesięcznie do 10. dnia każdego miesiąca, począwszy od 10 maja 2021 r.,
z ustawowymi odsetkami za opóźnienie za okres każdorazowo przypadający od następnego dnia po dniu wymagalności danej raty do dnia zapłaty, z zaliczeniem na poczet tego ewentualnych kwot uiszczonych przez pozwanego w wykonaniu wydanego w niniejszej sprawie postanowienia z 28 kwietnia 2022 r. o udzieleniu zabezpieczenia,
- 4) kwotę 48.959,40 zł tytułem skapitalizowanej renty zwiększonych potrzeb i utraconych zarobków za okres od listopada 2018 do kwietnia 2021 r. włącznie - z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od kwot:
 - 1.631,98 zł – od 10 listopada 2018 r. do dnia zapłaty,
 - 1.631,98 zł – od 10 grudnia 2018 r. do dnia zapłaty,
 - 1.631,98 zł – od 10 stycznia 2019 r. do dnia zapłaty,
 - 1.631,98 zł – od 10 lutego 2019 r. do dnia zapłaty,
 - 1.631,98 zł – od 10 marca 2019 r. do dnia zapłaty,

1.631,98 zł – od 10 kwietnia 2019 r. do dnia zapłaty,
1.631,98 zł – od 10 maja 2019 r. do dnia zapłaty,
1.631,98 zł – od 10 czerwca 2019 r. do dnia zapłaty,
1.631,98 zł – od 10 lipca 2019 r. do dnia zapłaty,
1.631,98 zł – od 10 sierpnia 2019 r. do dnia zapłaty,
1.631,98 zł – od 10 września 2019 r. do dnia zapłaty,
1.631,98 zł – od 10 października 2019 r. do dnia zapłaty,
1.631,98 zł – od 10 listopada 2019 r. do dnia zapłaty,
1.631,98 zł – od 10 grudnia 2019 r. do dnia zapłaty,
1.631,98 zł – od 10 stycznia 2020 r. do dnia zapłaty,
1.631,98 zł – od 10 lutego 2020 r. do dnia zapłaty,
1.631,98 zł – od 10 marca 2020 r. do dnia zapłaty,
1.631,98 zł – od 10 kwietnia 2020 r. do dnia zapłaty,
1.631,98 zł – od 10 maja 2020 r. do dnia zapłaty,
1.631,98 zł – od 10 czerwca 2020 r. do dnia zapłaty,
1.631,98 zł – od 10 lipca 2020 r. do dnia zapłaty,
1.631,98 zł – od 10 sierpnia 2020 r. do dnia zapłaty,
1.631,98 zł – od 10 września 2020 r. do dnia zapłaty,
1.631,98 zł – od 10 października 2020 r. do dnia zapłaty,
1.631,98 zł – od 10 listopada 2020 r. do dnia zapłaty,
1.631,98 zł – od 10 grudnia 2020 r. do dnia zapłaty,
1.631,98 zł – od 10 stycznia 2021 r. do dnia zapłaty,
1.631,98 zł – od 10 lutego 2021 r. do dnia zapłaty,
1.631,98 zł – od 10 marca 2021 r. do dnia zapłaty,
1.631,98 zł – od 10 kwietnia 2021 r. do dnia zapłaty,

II. ustala odpowiedzialność pozwanego za szkody, jakie mogą powstać w przyszłości u powódki na skutek nieudzielenia jej w odpowiednim czasie i we właściwy sposób pomocy medycznej i popełnienia błędu medycznego polegającego na nierozpoznananiu zakrzepicy krezki jelita cienkiego i żyły wrotnej,

III. oddala powództwo w pozostałej części,

IV. nakazuje ściągnąć od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa (Sąd Okręgowy

w O.) kwotę 6.848,27 zł tytułem tej części wydatków wypłaconych tymczasowo ze Skarbu Państwa, które obciążają pozwanego stosownie do jego przegranej,

V. pozostałą część wydatków wypłaconych tymczasowo ze Skarbu Państwa, wynoszącą 2.162,61 zł, nakazać ściągnąć na rzecz Skarbu Państwa (Sąd Okręgowy w (...))
z roszczeń zasądzonych powódce w punkcie I. niniejszego wyroku,

VI. zasądza od pozwanego Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej
w S. na rzecz powódki A. W. kwotę 6.973,64 zł tytułem zwrotu kosztów procesu z odsetkami ustawowymi za opóźnienie za okres od dnia uprawomocnienia się tego orzeczenia o kosztach procesu do dnia zapłaty.

sędzia Rafał Kubicki

IC 413/21

UZASADNIENIE

Powódka A. W. wniosła o:

I. zasądzenie od pozwanego Zespołu (...) w S. na jej rzecz:

1.1 kwoty 2.500.000 zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie liczonymi od 2.06.2019 r. do dnia zapłaty,

1.2 kwoty 5.000 zł miesięcznie, płatnej do dnia 10. każdego miesiąca z góry, wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie w płatności którejkolwiek z rat,

1.3 kwoty 3.620,22 zł wraz z ustawowymi odsetkami liczonymi od 2.06.2019 r. do dnia zapłaty,

1.4 kwoty 150.000 zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie, liczonymi

w ten sposób, że od kwoty 5.000 zł od 1. dnia każdego miesiąca począwszy od 1 listopada 2018 r. do 1 kwietnia 2021 r. – do dnia zapłaty.

II. ustalenie wyrokiem odpowiedzialności pozwanego za szkody, jakie mogą powstać w przyszłości u powódki na skutek: a) nieudzielenia jej w odpowiednim czasie i we właściwy sposób należytej pomocy medycznej, b) popełnienia błędu diagnostycznego polegającego na nierozpoznananiu zakrzepicy krezki jelita cienkiego i żyły wrotnej i doprowadzenia do zagrożenia życia, rozstroju zdrowia powódki oraz trwałego uszczerbku na zdrowiu powódki.

W uzasadnieniu pozwu powódka wskazała, że będąc w 10. tygodniu ciąży, trafiła do Zespołu (...) w S.. Personel pozwanego dopuścił się szeregu zawinionych zaniechań i zachowań w procesie leczenia i opieki nad nią.

Z uwagi na jej nienależyte zbadanie w dniu zgłoszenia się do szpitala, pozostawienie jej w nocy z 29 na 30 października 2018 r. z permanentnymi bólami orasz z uwagi na szereg dalszych zaniedbań doznała martwicy jelita, co w efekcie doprowadziło do resekcji jelita cienkiego i przejścia przez nią na system żywienia pozajelitowego przez co stała się osobą trwale niepełnosprawną, niezdolną do samodzielnej egzystencji oraz potrzebująca pomocy w większości istotnych czynności życia codziennego. Pozajelitowe żywienie sprawiło, że ciąża powódki została uznana za ciężę podwyższonego ryzyka. W dniu 7.01.2019 r. doszło do wewnątrzmacicznego obumarcia płodu. Wobec powyższego powódka zażądała zadośćuczynienia w kwocie 2.500.000 zł, która w jej ocenie jest kwotą adekwatną do rozmiaru cierpienia i stopnia „zniszczenia” jej życia, a ponadto renty z tytułu zwiększonych potrzeb oraz utraty możliwości zarobkowych, w tym także w wysokości skapitalizowanej na dzień wniesienia pozwu oraz kosztów związanych z naprawieniem szkody w postaci rozstroju zdrowia (3.620,22 zł).

Pozwany wniósł o oddalenie powództwa, wskazując, że nie uznaje powództwa zarówno co do zasady, jak i co do wysokości. Wskazał, że oponuje przeciwko uznaniu wniosku strony powodowej o ustalenie odpowiedzialności na przyszłość wobec braku interesu prawnego po stronie powódki. Podkreślił, że nie neguje w żadnym razie wszelkich negatywnych następstw dla zdrowia, życia i psychiki powódki, których ona doznała. Pozwany nie neguje następstw

zdrowotnych związanych z kolejnymi zabiegami operacyjnymi, których przeprowadzenie było konieczne ze względu na przypadłość zdrowotną, która dotknęła powódkę. Pozwany nie kwestionował również tego, że doszło do szkody po stronie powódki. Podkreślił jednak, że wszelkie negatywne skutki są następstwem zabiegów ratujących życie powódki, tj. operacji resekcji jelita cienkiego, która była konieczna z uwagi na ostre niedokrwienie jelita spowodowane zatorami tętnicy krezkowej. Pozwany przyznał między innymi, że: powódce usunięto znaczną część jelita cienkiego z uwagi na jego obumarcie spowodowane zatorami tętnicy krezkowej; w 19. tygodniu ciąży doszło do jej samoistnego obumarcia; powódka zmuszona jest do odżywiania się w sposób pozajelitowy a jej stan zdrowia oraz stan psychiczny, w związku z przebytymi operacjami oraz przypadłością medyczną, zostały istotnie naruszone. Jednocześnie pozwany zaprzeczył jakoby: lekarz dyżurny R. Ł. zignorował informacje powódki o wymiotach żółcią; do końca dnia 29 października 2018 r. nie podjęto żadnych innych środków zaradczych i diagnostycznych, powódką nikt nie zajmował się pomimo skarżenia się przez nią na silne bóle brzucha i omdlenia; powódka nie miała zapewnionej opieki lekarskiej w nocy z 29 na 30 października 2018 r.; lekarz R. Ł. nie poinformował pozostałego personelu medycznego Pozwanego o stanie Powódki, kiedy kończył dyżur w dniu 30 października 2018 r.; operacja resekcji jelita cienkiego z uwagi na jego ostre niedokrwienie spowodowane zatorami tętnicy krezkowej była spóźniona, a przyczyna stanu zdrowia powódki niezdiagnozowana

w odpowiednim czasie; relaparotomia wykonana w Szpitalu w O. była podyktowana koniecznością korekty operacji dokonanej u pozwanego; wyłonienie gastroduodenostomii u Powódki, założenie jej cewnika B., obumarcie ciąży, zabieg przywrócenia ciągłości przewodu pokarmowego oraz inne następstwa zdrowotne oraz psychiczne było wynikiem zawnionego działania lub zaniechania ze strony Pozwanego;

Fakty istotne dla rozstrzygnięcia

Powódka pozostaje w związku partnerskim z M. P.. W 2015 r., urodziła córkę Z. P.. Ciąża ta (pierwsza u powódki) przebiegała bezproblemowo, P. planowała powiększenie rodziny, wobec czego bardzo cieszyła się na wieść o kolejnej ciąży, która początkowo rozwijała się bez komplikacji. Przed resekcją jelita cienkiego powódka była pogodną, żywiołową kobietą. Spotykała się ze znajomymi, jeździła na rowerze, chodziła na zumbę i siłownię, pływała. Z partnerem podróżowali, głównie po Polsce.

W dniu 29.10.2018 r. powódka mająca wówczas 33 lata, będąc w 10 tygodniu drugiej ciąży, w godzinach porannych zaczęła odczuwać bóle brzucha, pojawiły się wymioty żółcią. W tej sytuacji zwróciła się do sąsiadki A. G., by ta zawiozła ją do lekarza do S.. Ostatecznie powódka udała się do Zespołu (...) w S., gdzie została przyjęta o godz. 9:20. Lekarz dyżurny R. Ł. zbadał pacjentkę, wykonał USG dopochwowe, zlecił wykonanie takich badań jak: morfologia, badanie moczu. Stwierdził prawidłowy rozwój jaja płodowego, brzuch miękki, bez objawów otrzewnowych, tkliwy w nadbrzuszu. W przeprowadzonym badaniu transwaginalnym USG wykluczył poronienie. Powódkę umieszczono na oddziale położniczo – ginekologicznym w celu dalszej obserwacji. Kolejny kontakt z lekarzem dyżurnym nastąpił podczas obchodu około godziny 16:00.

W ciągu całego dnia pobytu z powodu utrzymujących się dolegliwości brzusznych pacjentka otrzymała: 1 amp B. o godz. 12:00 i 1 amp B. o godz. 16:15 dożylnie, o godz. 16:50 - 1 amp F. domięśniowo. Przetoczono jej 1000 ml (...) i 1000 ml 5% glukozy. Przeprowadzone badanie krwi o godz. 13:02 nie wykazały większych odchyśleń od normy. W nocy z 29 na 30 października 2018 r. pojawiły się silne bóle brzucha, wymioty i krwiste stolce. Powódka zgłaszała powyższe objawy dyżurującej pielęgnowarce, co skutkowało przeniesieniem jej na łóżko bliżej pielęgniarek. Podczas jednego z pobytów w toalecie powódka straciła przytomność. Z uwagi na ciążę powódka nie mogła otrzymywać silnych leków przeciwbólowych. Kolejne badanie lekarskie przez dyżurnego w Oddziale Ginekologii jest raportowane w dokumentacji lekarskiej w dniu 30.10.2018 r. o godz. 6:00. Lekarz Ł. stwierdził: „bolesność brzucha w nadbrzuszu, bez wyraźnego zaznaczenia objawów otrzewnowych”. Notatka o stanie ogólnym pacjentki pojawia się w dokumentacji o godz. 9:41 - po konsultacji chirurgicznej, którą o godz. 7:00 przeprowadził chirurg dr P. T., który już na pierwszy rzut oka, bez wcześniejszej relacji pielęgniarek ocenił, że powódka jest w stanie zagrożenia życia. Stwierdził pogorszenie stanu ogólnego, bledność skóry, pokrycie jej zlewnym potem, tętno 140/min i oczywiste objawy otrzewnowe, wobec czego podjął decyzję o natychmiastowej operacji z powodu tzw. ostrego brzucha i stanu zagrożenia życia. W czasie operacji rozpoznano rozległą martwicę jelita cienkiego spowodowaną zatorami tętnicy krezkowej i dokonano resekcji

jelita cienkiego. Po operacji chorą przetransportowano śmigłowcem L. do Wojewódzkiego Szpitala w O., była wówczas nieprzytomna, bez reakcji na ból. Po odzyskaniu przytomności, pacjentka na początku komunikowała się z lekarzami skinieniem głowy. Ponadto stwierdzono u niej także początki sepsy. Nasilały się bóle brzucha, pomimo podawania jej morfiny a z rany pooperacyjnej wydobywała się ropa. W dniu 2.11.2018 r. wykonano relaparotomię, w czasie której usunięto martwiczo zmienioną sieć. W dniu 4.11.2018r. z Oddziału Klinicznego Anestezjologii i Intensywnej Terapii, powódka została przeniesiona na Oddział Kliniczny (...) Naczyniowej/ (...) Ogólnej i Onkologicznej, gdzie korzystał z pomocy szpitalnego psychologa. W efekcie przeprowadzonych operacji nie mogła normalnie się odżywiać ani wydalać, odżywianie odbywało się drogą pozajelitową. W tym celu 11.11.2018 r. wykonano zabieg wszczępienia cewnika B.. Cewnik B. składa się z kaniuli wprowadzanej do żyły głównej górnej oraz ze zbiornika implantowanego pod skórą pacjenta zawierającego specjalną membranę do wielokrotnego nakłuwania. Przez tak skonstruowane urządzenie przetacza się substancje odżywcze do krwiobiegu pacjenta. Stosowanie długotrwałego całkowitego żywienia pozajelitowego z użyciem systemu B. nie jest wolne od powikłań, nawet takich, które mogą doprowadzić do pogorszenia stanu zdrowia a nawet utraty życia. Powikłania związane z długotrwałą obecnością cewnika naczyniowego w układzie żylnym mogą występować

w postaci zakrzepicy żyłnej, zatorowości płucnej, udarów mózgu. Powikłania septyczne cewnika B. związane z zakażeniem florą bakteryjną, grzybami i wirusami są trudne do leczenia, wymagają hospitalizacji. Powikłania metaboliczne związane są

z przeciążeniem narządów wewnętrznych (wątroby, nerek) przez zagęszczone substancje odżywcze (tłuszcze, węglowodany), z zaburzeniami elektrolitowymi. Całkowite żywienie pozajelitowe za pomocą cewnika B. musi być prowadzone codziennie przez wiele godzin. Wiąże się to przede wszystkim z koniecznością powolnego podawania stężonych substancji odżywczych w ilości koniecznej dla pokrycia dobowego zapotrzebowania na pokarm zarówno pod względem jego składu jakościowego jak i kalorycznego. Substancje odżywcze przetaczane są dożylnie przez odpowiednią pompę regulującą szybkość infuzji. Zatem przez długi czas wciągu doby aktywność życiowa pacjenta jest znacznie ograniczona. Powinien on funkcjonować w warunkach ograniczających możliwość zakażenia podczas infuzji. Możliwości pracy zarobkowej jak również aktywności fizycznej są wybitnie ograniczone. Pacjent musi pozostawać w kontakcie z ośrodkiem nadzorującym żywienie pozajelitowe, nieraz oddalonym od miejsca zamieszkania, celem zapobiegania niekorzystnym zjawiskom

i umożliwienia szybkiej interwencji w razie wystąpienia powikłań (opinia biegłego prof. T. K. (1) k. 771-772).

Powódka spędziła wiele dni na przygotowaniu do wstania z łóżka i chodzeniu przy balkoniku rehabilitacyjnym. Pod opieką specjalistów rozpoczęła naukę obsługi urządzeń służących do żywienia pozajelitowego. Skład specjalnych mieszanek żywieniowych dobierany był w Wojewódzkim Szpitalu (...) w O.

w Ośrodku (...) przez dr K. U..

Powódka opuściła Wojewódzki Szpital (...) w O. w dniu 26 listopada 2018 r. W czasie tego pobytu nie stwierdzono uogólnionej zakrzepicy, w tym kończyn dolnych. Powódka została wypisana do domu z zaleceniem stosowania C..

Pobyty powódki w szpitalach przedstawiają się następująco:

1. Szpital w S. oddział położniczo-ginekologiczny 29.10.2018 r. - 30.10.2018 r., (wykonano subtotalną resekcję jelita cienkiego. Sepsa. Zator krezki jelita cienkiego)
2. Wojewódzki Szpital w O., Intensywna Terapia i Anestezjologia 30.10.2013 r. - 4.11.2018 r.
3. Wojewódzki Szpital w (...).11.2018 r. - 26.11.2018 r. Oddział (...) Naczyniowej i (...) Ogólnej.

Po wyjściu ze szpitala w O. ciąża u powódki nadal się utrzymywała, choć rokowania w tej materii były złe. Ż. pozajelitowe sprawiło, że ewentualną ciążę powódki należy uznać za ciążę podwyższonego ryzyka. Dnia 7.01.2019r. badanie USG przeprowadzone przez dr M. G. z Wojewódzkiego Szpitala (...) w O., potwierdziło obumarcie płodu. Dnia 8.01.2019 r,

w szpitalu tym wywołano poród martwego dziecka, ze stwierdzonymi zmianami gnilnymi i bez stwierdzonych jakichkolwiek widocznych wad genetycznych.

Zgodnie z orzeczeniem powiatowego zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności z dnia 14 stycznia 2019 r. powódka stała się osobą z niepełnosprawnością w stopniu znacznym, niezdolną do pracy, wymagającą korzystania z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych, wymagającą stałej i długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji.

W dniu 20.5.2019 r., powódka została skierowana na leczenie do (...) Publicznego Szpitala (...). dr W. O. w W., na Oddział Kliniczny Ż. i (...), gdzie dr hab. n.med. J. S., kierujący ww. Oddziałem, zaproponował powódce przeprowadzenie operacji polegającej na odtworzeniu układu pokarmowego. Operacja ta miała poprawić warunki życia powódki

i umożliwić jej normalne trawienie. W dniu 22 maja 2019 r. w ww. szpitalu lekarze przeprowadzili tę operację, w czasie której stwierdzono, że pozbawiono ją większej części jelita cienkiego niż to wynika z dokumentacji medycznej pozwanego, gdyż

w jamie brzusznej powódki zachowało się jedynie 4 cm jelita, a nie, jak wynikało

z dokumentacji medycznej pozwanego - 10 i 6 cm. Po operacji powódka może już samodzielnie wydalać. Początkowo nie odżywiała się inaczej niż pozajelitowo.

Obecnie powódka mieszka wspólnie z córką i partnerem w mieszkaniu

w W.. Jedno z pomieszczeń zostało specjalnie przystosowane w celu zapewnienia sterylnych warunków do przygotowania worków żywieniowych. Podobne miejsce znajduje się w domu rodzinnym powódki w N.. Z uwagi na system żywienia pozajelitowego, powódka ma podpiętą pompę z workiem żywieniowym. Przygotowanie worka trwa około 40 minut. Do worka powódka jest podłączona od godziny 16:00 do 7:00 rano. Pominięcie podłączenia skutkowałoby odwodnieniem. (...) posiłki powódka jada dwa razy dziennie. Są to specjalnie przygotowane lekkostrawne posiłki pozbawione warzyw, kiszzonek, przypraw czy pełnych ziaren. Powódka jada je tylko w domu, gdyż czasem musi skorzystać z toalety bezpośrednio po jedzeniu. Powódka z podłączoną pompą ma ona ograniczoną mobilność, w celu wyjścia bez odpowiedniego stojaka zakłada ok.10 kilogramowy plecak. Obecnie powódka nadal często źle się czuje, jest osłabiona, odczuwa, silne bóle brzucha,

z racji obniżonej odporności, często zapada na przeziębienia, zaś większość z nich kończy się u niej gronkowcem (zakaża się cewnik, pomimo utrzymywania sterylnych warunków w domu). Stan podwyższonej temperatury ciała zawsze kończy się wizytą

w szpitalu w celu ustalenia, czy nie doszło do zakażenia cewnika. Obowiązki domowe spadły w całości na partnera powódki. Para korzysta z pomocy w sprzątanii mieszkania by zapewnić powódce sterylne warunki. W początkowym kooperacyjnym etapie, gdy powódka była już w domu miała problem z gastrostomią - kwas rozpuszczał szwy przez co musiała jeździć co tydzień do chirurga na zszywanie. Codziennie powódka jest podłączana do aparatury żywieniowej i przez nią otrzymuje pokarm tj. wlewy jedzenia w postaci płynnej. Na godzinę przed podaniem, jedzenie musi być przygotowywane w specjalny sposób. Z. codzienne powódki uległo zmianie powódka nie może nosić ciężkich rzeczy, w większych zakupach

w sklepie pomaga jest zawsze osoba trzecia, powódka wymaga pomocy w sprzątanii domu, także z uwagi na brak siły, powódka nie wychodzi z domu bez założonych pielucho-majtek. Z uwagi na potrzebę ochrony cewnika i ogólne osłabienie, powódka nie może uprawiać w zasadzie żadnej dyscypliny sportowej, powódka ma zakaz uczęszczania na siłownię oraz pływania. W dni kiedy ból narasta powódka wymaga pomocy w umyciu się. Ze względu na ograniczoną pojemność składników potrzebnych do przygotowania posiłków oraz procedurę przygotowania i wymiany worka żywieniowego powódka praktycznie nie podróżuje. Przemieszcza się pomiędzy W. a N. tj. miejscami w których ma zapewnione odpowiednie – sterylne pomieszczenia. Powódka jest pod kontrolą lekarzy: gastrologa, hematologa oraz w ostatnim czasie również reumatologa. Ponadto powódka chodzi na prywatne wizyty do chirurga. Ze względu na chorobę, kalectwo i widoczne blizny powódka czuje się niepełnowartościową, nieatrakcyjną i trwale oszczędzoną kobietą. Powódka nosi pielucho-majtki, gdyż jej ciało nie sygnalizuje gdy pozbywa się cieczy z organizmu. Pożycie

intymne powódki i jej partnera również ucierpiało obecnie spadło do zera. Powódka wstydzi się swojego ciała, prosi by partner na nią nie patrzył. W związku

z utratą nienarodzonego dziecka powódka z partnerem – mimo braku przeciwwskazań – nie zdecydowały się na kolejne starania o dziecko. Powódka obawia się o własne życie.

W pespektywie - z uwagi na żywienie pozajelitowe - możliwe są problemy z kolejnymi organami takimi jak wątroba czy nerki. Powódka obawia się, że nie będzie w stanie zajmować się w przyszłości swoją córką – Z.. Ma również obawy przed śmiercią

i zostawieniem partnera samego z dziećmi. Ponadto straciła zaufanie do lekarzy. Śmierć nienarodzonego syna powódki była tragicznym momentem w życiu powódki

i jej partnera. Po farmakologicznym wywołaniu porodu powódka nie chciała widzieć ciała dziecka. Powódka często odwiedza grób syna.

(okoliczności bezsporne a w pozostałym zakresie potwierdzone załączoną dokumentacją medyczną ze S. k. 84-93 i k. 423-452, O. k. 95-244

i W. k. 246-276 a nadto opinia biegłego prof. M. S. k.450-753, opinia prof. T. K. (1) k. 762-774, orzeczenie o stopniu niepełnosprawności k. 53-55 i 549-850, zeznania powódki k.699v.-701, zeznania partnera powódki M. P. k. 629v.-630, zeznania świadka P. T.

k. 677v.-678, zeznania świadka B. D. k. 678v., zeznania świadka E. J. k. 678v.-679, zeznania świadka A. O. k. 626v., zeznania świadka A. G. k. 626v.-627, zeznania świadka A. B.

k. 627v., zeznania matki powódki J. W. k. 628v.-629, zeznania świadka K. K. k. 629v.-630, dokumentacja fotograficzna k. 318-326 i 588-590)

W stosunku do powódki dyżurny ginekolog z Zespołu (...)

w S. w dniu 29.10.2018 r. ograniczył swoje działania diagnostyczne

i terapeutyczne do spraw związanych z ciążą tj. do oceny rozwoju jaja płodowego

u ciężarnej. Stwierdzając brak objawów zagrożenia ciąży, nie poszerzył diagnostyki, która pozwoliłaby na rozpoznanie objawów „ostrego brzucha”. Tym samym, nie wdrażając innych metod obrazowania i laboratoryjnych, a także wykonania konsultacji chirurgicznej, opóźnił wykonanie laparotomii próbnej, co przyspieszyłoby postawienie prawidłowego rozpoznania i wdrożenie właściwej terapii. Zator tętnicy kręzkowej, który powoduje nagłe niedokrwienie jelit, jest rzadkim schorzeniem, jednak lekarz dyżurny powinien wdrożyć intensywny nadzór ciężarnej i poszerzyć diagnostykę. Bóle brzucha, wymioty i biegunka powinny nasuwać podejrzenie schorzenia narządów jamy brzusznej i w tym kierunku należało poszerzać diagnostykę. Postępowanie diagnostyczne należy uznać za niewystarczające, a wykonane badanie ginekologiczne i USG dopochwowe dawało informacje o stanie narządów płciowych, natomiast nie sprzyjało postawieniu rozpoznania dotyczącego jamy brzusznej. Takim postępowaniem dyżurny ginekolog w dniu 29.10.2018 r. w znaczący sposób opóźnił prowadzenie diagnostyki i terapii dotyczącej jamy brzusznej. Tym samym popełniono błąd medyczny diagnostyczny i terapeutyczny. Działanie takie było niezgodne z zasadami współczesnej wiedzy medycznej. Mimo stale utrzymujących się dolegliwości bólowych jamy brzusznej, wymiotów i biegunki nie wykonano podstawowych badań obrazowych, w tym ultrasonografii, diagnostyki rentgenowskiej, rezonansu magnetycznego, tomografii komputerowej. Zgodnie z przedłożoną dokumentacją medyczną, mimo zgłaszanych dolegliwości brzusznych konsultację chirurgiczną wraz z badaniem w tym ultrasonograficzna ocena jamy brzusznej miała miejsce dopiero w drugiej dobie pobytu, co miało wpływ na spóźnione działania chirurgiczne. Ponadto w przedmiotowej sprawie stwierdzono objawy zagrożenia zdrowia i życia, co było wystarczającym wskazaniem do poszerzenia diagnostyki,

w tym radiologicznej. Brak podejrzenia zmian zapalnych w jamie brzusznej, a także brak wdrożenia konsultacji chirurgicznej było niezgodne ze współczesną wiedzą medyczną. Zaniechanie takich badań diagnostycznych stworzyło zagrożenie zdrowia

i życia ciężarnej. Z chwilą wykluczenia objawów zagrożenia ciąży, należało ponownie ocenić stan ogólny ciężarnej i po wykonaniu badań laboratoryjnych należało zlecić konsultację chirurga. Badanie należało wykonać w godzinach wieczornych w dniu 29.10.2018 r. Z dużym prawdopodobieństwem można przyjąć, że do obumarcia płodu doszło

z powodu zakażenia, wstrząsu septycznego, niedotlenienia, a także stosowania różnych leków dla ratowania życia ciężarnej.

(dowód: opinia biegłego sądowego w dziedzinie położnictwa, ginekologii i ginekologii onkologicznej prof. M. S. k.750-753)

„Podejrzanie poronienia” nie było właściwą diagnozą u powódki, jak okazało się podczas pobytu w dniu 29.10.2018 r. a szczególnie w godzinach nocnych z dnia 29.10 na 30.10.2018 r. T. badanie USG nie wykazało nieprawidłowości związanych z ciążą u tej pacjentki. Ostre bóle brzucha, wymioty a zwłaszcza krwiste wypróżnienia są objawami daleko wychodzącymi poza symptomy związane nawet

z patologią ciąży. Analiza objawów klinicznych, szczególnie ich nasilenia i ewolucji

w czasie jest ważnym kryterium diagnostycznym. Charakterystycznym objawem dla zatoru tętnicy kręzkowej górnej jest bardzo silny ból umiejscowiony w nadbrzuszu, nieustępujący nawet po podaniu narkotyków. Obrzęk ściany jelita, zastój krwi w jej obrębie, w przypadku ostrego niedokrwienia, prowadzą do zjawiska broczenia krwią

z błony śluzowej, co manifestuje się w postaci krwistych wypróżnień. Objaw ten wraz

z silnymi bólami brzucha, nieustępującymi po zwykłych lekach przeciwbólowych, zanikiem perystaltyki, rozpoczynającym się wstrząsem, powinien ukierunkowywać myślenie lekarskie na problem ostrego niedokrwienia przewodu pokarmowego. Krwiste biegunki występują też w innych schorzeniach przewodu jednak chorobom tym towarzyszą inne objawy kliniczne pozwalające uściślić rozpoznanie. Krwiste wypróżnienia, zwłaszcza te prowadzące do istotnej utraty objętości krwi krążącej

i znacznej anemii mogą być wskazaniem do pilnego leczenia chirurgicznego dla ratowania zdrowia i życia chorego.

Diagnoza całkowitej martwicy jelita cienkiego powódki została postawiona dopiero podczas operacji po otwarciu jamy brzusznej. Była ona operowana z powodu tzw. „ostrego brzucha” i pogarszającego się stanu ogólnego. Dolegliwości bólowe w obrębie jamy brzusznej, zwłaszcza nie ustępujące po lekach przeciw bólowych i rozkurczowych, szczególnie jeżeli towarzyszą im inne objawy, takie jak wymioty treścią żółciową, wymagają wnikliwej oceny lekarskiej. Zwłaszcza, że mogą być objawami różnych groźnych chorób zagrażających życiu pacjenta. Do takich chorób należą ostre zmiany niedokrwienne w jamie brzusznej. Do rozpoznania ostrego niedokrwienia jelit doszło dopiero w fazie rozwiniętej martwicy jelita cienkiego z rozpoczynającym się wstrząsem. Największe szanse na odblokowanie ostrego niedokrwienia tętniczego i uzyskanie powrotu unaczynienia jelit istnieją w przedziale czasowym do 6 a na pewno nie później niż do 12 godzin od powstania zatoru. Po tym czasie zmiany niedokrwienne prowadzą nieuchronnie do zgorzeli jelita. Pobieżny nadzór lekarski - bez wnikliwego badania przedmiotowego

i niepoparty oceną podstawowych parametrów życiowych oraz bez powtórzenia

i przeprowadzenia poszerzonych badań laboratoryjnych i badań obrazowych, nie mógł ukierunkować myślenia lekarskiego na drogę do ustalenia rozpoznania. Brak kolejnych badań lekarskich w godzinach nocnych doprowadził do dalszej straty czasu

i ograniczenia szans na powstrzymanie rozwoju choroby. Brak odpowiedniej wnikliwości lekarskiej i pobieżny sposób badania, a właściwie ograniczenie diagnostyki i leczenia do ewentualnego zagrożenia poronieniem w odniesieniu do powódki, nie doprowadziły do koniecznego rozszerzenia szybkiej diagnostyki odpowiadającej aktualnej wiedzy medycznej dotyczącej toczących się zmian niedokrwienych

w jelitach. Badanie USG jamy brzusznej powódki przeprowadzone dobie po przyjęciu do szpitala nie wniosło do diagnostyki niczego istotnego, gdyż w ocenie ostrego niedokrwienia jelit USG jest badaniem mało precyzyjnym. Właściwy sposób postępowania lekarskiego powinien uwzględniać:

1. Wywiad chorobowy poszukujący jeszcze innych objawów, nie podanych bezpośrednio przez pacjenta, w tym

- charakter wypróżnień, czas oddania ostatniego stolca i wiatrów, ilość oddanego moczu,

- informacje o przebytych chorobach i operacjach,

- informacje o początku wystąpienia bólu /nagły i silny ból jest zawsze objawem groźnym wymagającym szybkiego ustalenia przyczyny. Pomocne jest określenie natężenia dolegliwości bólowych za pomocą tzw. skali bólu,

- informacje o przebytej zakrzepicy żyłnej np. w obrębie kończyn dolnych, obrzękach, szczególnie ich asymetrii, niedokrwieniu kończyn, mózgu, - informacje o stanie układu krążenia, o pracy mięśnia sercowego, ciśnieniu krwi, szybkości tętna i jego rytmie np.

o migotaniu przedsionków,

- informacje o przyjmowanych lekach: hormonalne, sterydy, wpływające na krzepnięcie krwi, leczące nadciśnienie, umiarkowujące pracę serca.

2. Badanie przedmiotowe

- ocena palpacyjna powłok jamy brzusznej i ich wysklepienia, napięcia, symetrii, ocena narządów jamy brzusznej
- poszukiwanie miejsc o szczególnej bolesności, oporów patologicznych. Nade wszystko konieczne jest badanie ujawniające/wykluczające objawy zapalenia otrzewnej.

- badanie perystaltyki jelit przez osłuchiwanie jamy brzusznej.

W razie jakichkolwiek wątpliwości badanie przedmiotowe należy powtarzać tak często jak to jest potrzebne dla podjęcia decyzji terapeutycznych.

3. Ocena podstawowych parametrów życiowych pacjenta /ciśnienie krwi, tętno, diureza z prowadzeniem karty obserwacyjnej pozwalającej śledzić dynamikę zmian szczególnie u pacjentów niestabilnych, zgłaszających dolegliwości z pogarszającym się stanem ogólnym.

4. Badania laboratoryjne

- badania podstawowe: morfologia, elektrolity, mocznik, kreatynina, (...), koagulologia

- badania rozszerzone - w zależności od potrzeby dla wykluczenia/potwierdzenia różnych groźnych chorób zagrażających życiu: D-dimery, troponina, poszerzone badania układu krzepnięcia, prokalcytonina, amylaza, ALAt, AspAt.

Odpowiednio częste powtarzanie badań laboratoryjnych pozwala obserwować rozwój zmian patologicznych w organizmie chorego lub efekty podjętego leczenia.

5. Badania obrazowe

- USG jako badanie pierwszorutowe, ale wymagające też oceny przepływu krwi przez naczynia tętnicze i wielkie żyły krezki oraz żyłę wrotną,

- tomografia komputerowa z opcją naczyniową jako badanie z wyboru,

- arteriografia.

Lekarze specjaliści w ginekologii mają na co dzień do czynienia z ograniczonym spectrum chorób, które oceniają przy badaniu jamy brzusznej, zwykle zogniskowanym na rozpoznawaniu ostrych chorób ginekologicznych lub powikłań ciąży. Tym bardziej

w sytuacjach, kiedy diagnostyka ginekologiczna nie wskazuje na patologie układu rozrodczego lub ciąży powinna być przeprowadzona konsultacja specjalisty chirurga

w trybie pilnym. Nieprzeprowadzenie konsultacji chirurgicznej u pacjentki A. W. w ciągu kilku pierwszych godzin od przyjęcia do szpitala było błędem medycznym. Konsultacja chirurgiczna powinna się odbyć bezpośrednio po przyjęciu chorej do szpitala i po wykonaniu przezpochwowego badania USG, które nie wykazało patologii ciąży, zanim wystąpiły objawy otrzewnowe. Zgodnie z literaturą przedmiotu, jeśli podjęto leczenie w ciągu pierwszych 12 godzin od wystąpienia objawów, czynność jelita zostaje zachowana u 100% pacjentów, pomiędzy 12 a 24 godziną

- u 56%, a po upływie 24 godzin tylko u 18%. W warunkach polskich akceptowalne wyniki leczenia można uzyskać do 12 godzin od chwili wystąpienia pierwszych objawów.

Uszczerbek na zdrowiu powódki jest znaczny i ma charakter trwały. Kwalifikuje ją do I grupy inwalidzkiej. Życie powódki zostało uratowane dzięki usunięciu martwiczo zmienionego jelita cienkiego, jednak skutkiem tego leczenia ratunkowego jest kalectwo związane z brakiem możliwości wchłaniania pokarmu drogą żywienia doustnego. Szanse na odwrócenie sytuacji zdrowotnej powódki są mało prawdopodobne.

(dowód: opinia biegłego specjalisty w dziedzinie chirurgii prof. T. K. (2) k. 762-774)

Na skutek resekcji jelita cienkiego u powódki orzeczono znaczny stopień niepełnosprawności. Od operacji powódka nie pracuje. Pobiera zasiłek pielęgnacyjny oraz rentę. Współpracuje też z fundacją (...), dzięki której uzyskuje środki potrzebne na leczenie, rehabilitację, ochronę zdrowia i ogólną pomoc w wysokości 12.752,25 zł. Ponadto powódka założyła internetową zbiórkę na portalu zrzutka.pl

z której środki przeznaczone miały być na zakup nowej pompy do żywienia pozajelitowego w wysokości 4.180 zł.

Na udokumentowane koszty związane z leczeniem i stworzeniem odpowiednich warunków w domu, które nie zostały pokryte przez fundację, a były poniesione przez powódkę przy wsparciu jej najbliższych, składają się:

- zakup blatu szklanego - niezbędnego do opatrywania cewnika B. - 285 zł (k. 302),

- zakup stojaka do kroplówki na kółkach – 1.715 zł (k. 303),

- zakup środków higienicznych takich jak: gazy, pojemnik na odpady medyczne, preparaty do dezynfekcji (...), maseczki chirurgiczne, strzykawki, worki do dobowej zbiórki moczu, pojemniki na mocz, żel do dezynfekcji, zestawy do przetoczeń, kompresy jałowe - 1618,22 zł (k. 304-311)

(dowód: decyzja (...) k. 483-486, decyzja ZUS k. 487, zaświadczenie

z fundacji (...) k. 540-543, faktury sfinansowane przez fundację (...) k. 279-300, zrzuty ekranu z portalu zrzutka.pl k. 545-546, faktury i potwierdzenia wydatków poniesionych przez powódkę k. 302-312)

Bezspornie pozwany z uwagi na obowiązkowe ubezpieczenie OC podmiotu leczniczego – szpitala posiadał polisę ubezpieczeniową w (...) S.A., obejmującą sporny okres oraz sporne zdarzenie. Pismem z 10 maja 2019 r., powódka wezwała pozwanego do zapłaty między innymi kwot objętych pozwem. Pismem z 17.06.2019 r. ubezpieczyciel poinformował o odmowie wypłaty odszkodowania.

(dowód: wezwanie do zapłaty k. 58, pismo z 17.06.2019 r. k. 73)

Rozważania

Pomijając fakty bezsporne, stan faktyczny został ustalony na podstawie powołanych wyżej dowodów, z których żaden nie został skutecznie zakwestionowany przez stronę pozwaną. Wnioski i ustalenia opinii biegłych stały się elementami stanu faktycznego ustalonego przez Sąd, ponieważ opinie te zostały uznane za wiarygodny, spójny materiał dowodowy. Sąd oparł się ponadto na wiarygodnych (w zdecydowanej części) zeznaniach wnioskowanych świadków oraz na wiarygodnych zeznaniach powódki. Sąd odmówił wiarygodności zeznaniom obwinionego przez powódkę lekarza R. Ł., uznając, że stanowią one próbę opisu faktów zmierzającą do uwolnienia się od odpowiedzialności i że są sprzeczne z opiniami biegłych zatrudnionych przez Sąd. Z podobnych względów Sąd nie dał wiary zeznaniom dyżurującej w nocy z 29 na 30 października 2019 r. pielęgniarki M. J. (poprzednio N.).

Pozwany pismem z dnia 31 marca 2023 r. zakwestionował sporządzone przez biegłych opinie i wniósł o powołanie nowych biegłych (k. 805-828). Ponadto w dniu 23 maja 2023 r. wniósł o ustne przesłuchanie biegłych na rozprawie (k. 851).

W zgłoszonych obszernych zastrzeżeniach do sporządzonych opinii pozwany zarzucił między innymi, że biegły z zakresu ginekologii nie ma doświadczenia w leczeniu szpitalnym w okresie co najmniej ostatnich 5 lat – co przesądza o braku podłoża w aktualnej wiedzy praktycznej a w konsekwencji spowodowało nieprawidłowo przyjęte założenia faktyczne i merytoryczne, co doprowadziło do wadliwych wniosków. Obie opinie zostały w ocenie pozwanego sporządzone z niedopuszczalnej w zakresie ekspertyzy sądowej perspektywy ex post, tzn. z uwzględnieniem wiedzy o przyczynie dolegliwości powódki, wobec czego przyjęcie przez biegłych odgórnego założenia

o konieczności prowadzenia od początku poszerzonej diagnostyki układu pokarmowego było nieprawidłowe i z zasady pozbawia obu opinii rzetelności, obiektywności, a w konsekwencji – wiarygodności. Obie opinie jego zdaniem nie uwzględniają podstawowej zasady lekarskiego rozumowania, że najpierw należy uwzględnić najczęstsze przyczyny, a dopiero po ich wykluczeniu te rzadsze. Pozwany twierdzi, że obie opinie nie znajdują oparcia w materiałach źródłowych - na co wskazuje (znikome powoływanie się na materiały źródłowe w toku analizy eksperckiej oraz niezamieszczenie wykazu literatury medycznej. Biegli nie poddali analizie faktu, iż powódka była osobą o bardzo niskim prawdopodobieństwie wystąpienia zatoru tętnicy krezkowej, co wynika z faktu, iż nie występowały u niej żadne czynniki ryzyka zachorowania na to schorzenie - a więc nie znajdowała się w grupie ryzyka tego schorzenia. Biegły ginekolog wyprowadził nielogiczny, wewnętrznie sprzeczny

i nieoparty żadną argumentacją wniosek, z jednej strony przyznał niezwykle rzadki charakter schorzenia (co winno stanowić czynnik ekskulpacyjny względem lekarza dyżurnego), ale jednocześnie nie wyjaśnił na czym miałyby polegać intensywny nadzór nad powódką (co czyni tenże zarzut gołosłownym), jak również w żaden sposób nie określił, w jakim zakresie miałyby zostać poszerzona diagnostyka. Biegły ginekolog wskazał, iż w toku leczenia doszło do wykluczenia stanu zagrożenia ciąży, co uzasadniać miało dalsze poszerzenie diagnostyki. Tymczasem zarówno w dokumentacji medycznej, jak i w zeznaniach personelu medycznego pozwanego próżno doszukiwać się wykluczenia tego stanu z prowadzonego w dniu 29.10.2018 r. procesu diagnostycznego. Obie opinie nie uwzględniają całokształtu zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego. Wnioski wysnuwane w końcowych częściach obu opinii pozostają irrelewantne względem odpowiedzialności pozwanego, bowiem dotyczą procesu leczenia i rekonwalescencji powódki w innym ośrodku oraz w warunkach domowych.

W ocenie Sądu, zastrzeżenia pozwanego stanowią wyłącznie niewymagającą uzupełnienia opinii polemikę z jasnymi, logicznymi i spójnymi ustaleniami i wnioskami obu opinii.

Zadaniem biegłego jest dostarczenie Sądowi wiedzy specjalnej. Rolą Sądu jest zaś ewentualne ustalenie w zakresie winy i odpowiedzialności. Mając na względzie wagę problemu, Sąd zlecił sporządzenie opinii (...) – biegłemu sądowemu z zakresu położnictwa, ginekologii i ginekologii onkologicznej oraz profesorowi T. K. (1) – specjalście w dziedzinie chirurgii. Trudno pozyskać dla sprawy materiał dowodowy z lepszego źródła. Sporządzone przez nich opinie były zupełne i wiarygodne, natomiast zastrzeżenia wymienione w piśmie pozwanego stanowiły w zasadzie jedynie polemikę ze stanowiskiem biegłych. Zarówno (...), jak i profesor T. K. (1) są niewątpliwymi autorytetami w swoich dziedzinach. Szczególnie chybiony o krzywdzący jest zarzut mający dyskwalifikować biegłego prof. M. S. z uwagi na nieposiadanie aktualnej praktyki klinicznej w okresie ostatnich 5 lat. Biegły jest profesorem nauk medycznych, związanym z G.-Położniczym Szpitalem (...) w P. - autorytetem w dziedzinie położnictwa, ginekologii i ginekologii onkologicznej. Rozważając nawet teoretycznie, że praktyka diagnostyki i leczenia pacjentów w ostatnich pięciu latach uległa zmianie do tego stopnia, że wiedza biegłego mogłaby być nieaktualna, to i tak argument ten nie dyskwalifikowałby biegłego, a działał jedynie na niekorzyść obecnie praktykującego lekarza (...) szpitala. Skoro hipotetycznie zdezaktualizowana wiedza diagnostyczna biegłego pozwala na dojście do wniosków jak w opinii, to tym bardziej aktualna i z założenia usprawniająca proces diagnozy (bo ciężko tu o założenie, że rozwój na tym polu miałby iść w innym kierunku), wiedza lekarzy aktywnych zawodowo powinna doprowadzić ich szybciej do podobnych wniosków skutkujących poszerzeniem diagnostyki wobec zgłaszanych objawów, a w konsekwencji wcześniejszego rozpoznania dolegliwości powódki. W zakresie pozostałych zarzutów wskazać należy, że biegli podkreślili w swoich opiniach, że symptomy, które przejawiała powódka w postaci: silnych bólów brzucha nieustępujących pomimo podawania leków, wymiotów żółcią i krwistych biegunek wskazywały na stan zapalny w obrębie jamy brzusznej i w tym kierunku powinna była iść diagnostyka lekarza prowadzącego. To nie biegli

założyli apriorycznie, że trzeba było pójść z diagnostyką w kierunku zapalenia krezki jelita, tylko lekarz dyżurujący założył apriorycznie, że przyczyną cierpienia powódki jest wyłącznie ciąża, i ten „wąski horyzont” ograniczył jego inicjatywę diagnostyczną. Biegli wyraźnie wskazali, jakie badania powinny być zostać przeprowadzone i orzekli, że są to badania pozostające w zasięgu możliwości technicznych szpitala powiatowego i kompetencji przeciętego lekarza medycyny

o dowolnej specjalizacji. Biegły ginekolog nie stwierdził, że rekomendacje (...) Towarzystwa Ginekologicznego zostały wydane w zakresie objawów występujących

u powódki. Biegły wskazał jak wygląda modelowo postępowanie z ciężarną pacjentką przyjmowaną na oddział ginekologiczny a następnie rozważył sytuację, w której standardowe badania nie dają oczekiwanych odpowiedzi - wówczas wskazał, że lekarz winien poszerzyć diagnostykę, a w razie wątpliwości skonsultować się

z lekarzem innej specjalności. Tym samym stanowisko jakoby niezwykle rzadki charakter schorzenia winien stanowić czynnik ekskulpacyjny względem lekarza dyżurnego nie zasługiwało na aprobatę. Jak już wspomniano powyżej w sytuacji,

w której standardowe badania nie dają oczekiwanych odpowiedzi na pytanie co dolega powódce, lekarz winien poszerzyć diagnostykę. Po wyeliminowaniu możliwości potencjalnych ryzyk związanych z ciążą powódki należało poszerzyć diagnostykę – również w kierunku, który w pierwszym momencie mógłby się wydawać nieoczywisty. W niniejszej sprawie jednak – mimo rzadkiego charakteru schorzenia i nietypowego dla niego wieku pacjentki wstępne rozpoznanie pozwalające na ustalenie przyczyny objawów okazało się możliwe. Doktor T. bez zebrania informacji od personelu dyżurującego przy pozwanej „na pierwszy rzut oka” rozpoznał stan zagrożenia życia

i na tej podstawie w szybkim już tempie doprowadził do ustalenia przyczyny stanu powódki. Zgodnie z opiniami biegłych podstawy do przeprowadzenia takiej konsultacji istniały już w pierwszych godzinach pobytu pacjentki w szpitalu. Nie zasługuje więc

w ocenie Sądu na uwzględnienie zarzut jakoby opinia pozbawiona była logiki i była wewnętrznie sprzeczna – wręcz przeciwnie Opinia w ocenie Sądu jest przekonująca, odpowiadająca zasadom logiki i kompletna a z uwagi na dorobek naukowy

i doświadczenie praktyczne biegłych także niebudząca wątpliwości sądu co do jej fachowego charakteru.

Sąd nie jest zobowiązany do powoływania innego zespołu biegłych w sytuacji, gdy strona nie jest przekonana do jej treści albo gdy jej treść nie jest korzystna dla jednej ze stron. Wystarczy, że wydana opinia jest przekonująca dla sądu. Potrzeba powołania innego biegłego powinna wynikać z okoliczności sprawy, samo niezadowolenie strony z wniosków biegłego nie uzasadnia dopuszczenia dowodu

z dodatkowej opinii, zwłaszcza gdy wydana opinia jest kategorię, przekonująca

i nie wzbudza zastrzeżeń sądu. Potrzeba dopuszczenia dowodu z dalszej opinii zachodzi wówczas, gdy opinia, którą Sąd dysponuje zawiera istotne luki, nie odpowiada na postawione tezy dowodowe, jest niejasna, czyli nienależycie uzasadniona lub nieweryfikowalna, tj. gdy przedstawiona przez biegłych analiza nie pozwala organowi orzekającemu skontrolować ich rozumowania co do trafności wniosków końcowych. W innym razie, jeśli opinia sporządzona przez biegłych spełnia powyższe wymogi, musi się ostać i nie ma potrzeby powoływania nowego zespołu biegłych czy też nie ma potrzeby dodatkowego słuchania biegłych na rozprawie, tylko dlatego, że strona nie zgadza się z treścią opinii i stanowiskiem biegłych w niej zawartym. Podkreślić przy tym należy, że o ewentualnym dopuszczeniu dowodu

z opinii innego biegłego nie może decydować wyłącznie wniosek strony, lecz zawarte w tym wniosku konkretne uwagi i argumenty podważające dotychczasową opinię lub co najmniej poddające ją w wątpliwość. W niniejszej sprawie obszerne zarzuty zgłoszone przez pozwanego nie zdołały wywołać wątpliwości Sądu co do sporządzonych opinii i – jak już wspomniano – stanowią one

w zasadzie bardziej ogólną polemikę niż merytoryczne, uzasadnione zarzuty. Uznając więc opinie sporządzone przez (...) oraz profesora T. K. (1) za wystarczające, Sąd oddalił wniosek o sporządzenie opinii przez nowych biegłych (w zakresie powyższego rozstrzygnięcia: wyrok Sądu Apelacyjnego w (...)z 4 września 2020 r. sygn. akt I ACa (...), wyrok z 19 maja 1998 roku, II UKN 55/98, OSNAPiUS 1999 Nr 10, poz. 351, postanowienie Sądu Najwyższego z 2 czerwca 2020 r. sygn. IV CSK 495/19).

Sąd pominął również wniosek pozwanego, zgłoszony dopiero na rozprawie dnia 23 maja 2023 r., o ustne przesłuchanie biegłych na rozprawie. Doręczając opinię uzupełniającą, stronom zakreślono termin 30 dni na zgłoszenie zastrzeżeń do niej pod rygorem uznania, że opinia ta nie jest kwestionowana. Wniosek tu omawiany wpłynął daleko po tym terminie - na posiedzeniu, na którym doszło do zamknięcia rozprawy, dlatego też sąd uznał, że wniosek ten zmierza jedynie do przedłużenia postępowania

i jako taki nie zasługuje na uwzględnienie. Ponadto Sąd na podstawie art. 235² § 1 pkt. 2 kpc pominął dowód z opinii biegłego z zakresu żywienia pozajelitowego, ponieważ pozwany w odpowiedzi wyraźnie przyznał okoliczności składające się na tezę dowodową, więc są one bezsporne. Co do dowodu z opinii biegłego psychologa – ten również został przez Sąd pominięty z uwagi na to, że okoliczności składające się na tezę dowodową zostały przez powódkę wykazane pozostałymi dowodami w tym zeznaniami świadków i jej zeznaniami. Zakres cierpień psychicznych powódki wynika z wiarygodnych dowodów osobowych i jest zgodny z тезami stawianymi w pozwie.

W świetle powyższych ustaleń odpowiedzialność pozwanego 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 wskazań, 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 wskazań 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(...)z dnia 18 marca 2013 r. I A Ca (...), LEX nr 1313338).

W niniejszej sprawie nie było sporne, że personel szpitala wykonujący opisane wyżej operacje to osoby podwładne, podlegające. W realiach tej sprawy chodzi konkretnie o doktora R. Ł., bowiem to na jego błąd diagnostyczny wskazują opinie biegłych.

Spowodowanie szkody na osobie w warunkach błędu w sztuce medycznej jest 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.

W sferze odpowiedzialności za szkody wyrządzone przy leczeniu błąd lekarski ujmowany jest wąsko jako działanie lub zaniechanie lekarza w sferze diagnozy i terapii sprzeczne z zasadami wiedzy medycznej w zakresie dla lekarza dostępnym (tak wyrok SN z 1 IV 1955 r., IV CR 39/54, OSN 1957/1, poz. 7). W przedstawionym, wąskim ujęciu, błąd lekarski reprezentuje obiektywny komponent (element) winy. Jako postępowanie lekarza *contra legem artis* (tj. działanie lub zaniechanie niewłaściwe, naruszające zasady wiedzy medycznej), stanowi jeden z przejawów bezprawności. Jest więc kategorią całkowicie niezależną od osoby konkretnego lekarza (jego indywidualnych cech, skłonności i umiejętności) oraz od okoliczności, w których podejmował on czynności z zakresu diagnozy i terapii. Błąd nie pociąga więc za sobą odpowiedzialności cywilnej sam przez się. Obciążenie lekarza odpowiedzialnością za szkodę wchodzi w rachubę dopiero wówczas, gdy błąd jest jednocześnie zawiniony subiektywnie, tzn. stanowi następstwo niedochowania przez lekarza należytej staranności. W wyroku z 8.12.1970 r. (II CR 543/70; OSN

1971, poz. 136) Sąd Najwyższy stwierdził, że brak jest podstaw odpowiedzialności lekarza w sytuacji, gdy błędne stwierdzenie choroby u osoby zdrowej było usprawiedliwione występującymi objawami, a zastosowane leczenie, którego niezwłoczne podjęcie w razie rzeczywistej choroby byłoby celowe, nie przyniosło dla tej osoby ujemnych następstw poza przemijającymi dolegliwościami. Od lekarza nie można bowiem wymagać nieomyślności, natomiast powstrzymywanie go przed podejmowaniem decyzji co do sposobu leczenia w sytuacjach wątpliwych (zwłaszcza gdy chodzi o środki niestwarzające niebezpieczeństwa dla zdrowia), z pewnością nie leży w interesie pacjentów. 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 Sądu Najwyższego z: 10 lutego 2010 r. V CSK 287/09, niepubl. oraz z 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 Sądu Najwyższego z 18 stycznia 2013 r. IV CSK/12 niepubl.).

Nie z powikłaniem jednak, lecz z błędem mamy do czynienia w tej sprawie.

Adekwatny związek przyczynowy pomiędzy zachowaniem lekarza a szkodą może mieć także charakter pośredni. Nie jest zatem istotne, czy przyczyna jest dalsza czy bliższa, byleby tylko skutek w postaci szkody pozostawał w granicach normalności (np. gdy wadliwie dokonany zabieg chirurgiczny spowodował konieczność powtórnej operacji, podczas której pojawiła się szkoda). W wyroku z 17 VI 2009 r. (IV CSK 37/09; OSP 2010/9, poz. 93) Sąd Najwyższy orzekł, że zawinione działanie lekarza nie musi stanowić bezpośredniej przyczyny pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta; związek pomiędzy zachowaniem lekarza a szkodą musi być adekwatny i pozostawać w granicach normalnego powiązania kauzalnego (art. 361 § 1 k.c.), lecz nie jest konieczne, by był on bezpośredni.

Ciężar dowodu przesłanek odpowiedzialności obciąża powoda, ale w przypadku roszczenia o naprawienie szkody wyrządzonej przy leczeniu ten rygorizm jest w znacznym stopniu złagodzony. W orzecznictwie Sądu Najwyższego (por. wyrok z dnia 22 lutego 2012 r., IV CSK 245/11) stwierdzano, że w sprawach o naprawienie szkód medycznych wykazanie przez poszkodowanego pacjenta przesłanek odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej jest zadaniem ogromnie trudnym, a niekiedy wręcz niewykonalnym. W szczególności nie można wymagać od poszkodowanego wykazania, że przyczynę zakażenia stanowiło konkretne zaniechanie, ani w sposób absolutnie pewny związku przyczynowego między zdarzeniem sprawczym a szkodą. Wystarczające jest wykazanie dostatecznej dozy prawdopodobieństwa jego wystąpienia. Na tym tle uznaje się za dopuszczalne korzystanie z konstrukcji domniemań faktycznych (art. 231 k.p.c.). W wyroku z 17 maja 2007 r. (III CSK 429/06) Sąd Najwyższy stwierdził, że w sprawach dotyczących zakażeń szpitalnych możliwe i uzasadnione jest przyjęcie niedbalstwa placówki służby zdrowia w drodze domniemania faktycznego, przy braku dowodu przeciwnego. 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 (wyrok Sądu Apelacyjnego w (...))z 18 marca 2013 r. I A Ca (...), LEX nr 1313338).

W niniejszej sprawie nie ma potrzeby odwoływać się do domniemań faktycznych, ponieważ zawiniony błąd lekarski i adekwatny związek przyczynowy zostały przez powódkę wykazane opiniami biegłych profesorów medycyny. Ocenie pod kątem omówionych wyżej przesłanek podlegało postępowanie personelu medycznego pozwanego szpitala w procesie diagnostyki i leczenia w trakcie pobytu powódki

w Zakładzie Opieki Zdrowotnej w S.. Wnioski opinii biegłych 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 kategorię i nie wymaga sięgania po konstrukcje domniemań faktycznych. Wymienione przez biegłych uchybienia dotyczą postępowania lekarza R. Ł. w zakresie diagnostyki

z 29 i 30 października 2019 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 dalszymi skutkami operacji. Biegły sądowy (...) wskazał, że mimo zgłaszanych dolegliwości brzusznych konsultację chirurgiczną wraz z badaniem w tym ultrasonograficzną oceną jamy brzusznej miała miejsce dopiero w drugiej dobie pobytu, co miało wpływ na spóźnione działania chirurgiczne. Ponadto stwierdzono objawy zagrożenia zdrowia i życia, co było wystarczającym wskazaniem do poszerzenia diagnostyki, w tym radiologicznej. W stosunku do A. W. dyżurny ginekolog ograniczył swoje działania diagnostyczne i terapeutyczne do spraw związanych z ciążą. Postępowaniem takim w znaczący sposób opóźnił prowadzenie diagnostyki i terapii dotyczącej jamy brzusznej. Tym samym popełniono błąd medyczny diagnostyczny i terapeutyczny. Działanie takie było niezgodne z zasadami współczesnej wiedzy medycznej. Swoim zaniechaniem dr Ł. opóźnił wykonanie laparotomii próbnej, co przyspieszyłoby postawienie prawidłowego rozpoznania

i wdrożenie właściwej terapii. Brak podejrzenia zmian zapalnych w jamie brzusznej,

a także brak wdrożenia konsultacji chirurgicznej, było niezgodne ze współczesną wiedzą medyczną. Zaniechanie takich badań diagnostycznych stworzyło zagrożenie zdrowia i życia ciężarnej. Ponadto biegły wskazał, że z dużym prawdopodobieństwem można przyjąć, że do obumarcia płodu doszło z powodu zakażenia, wstrząsu septycznego, niedotlenienia, a także stosowania różnych leków dla ratowania życia ciężarnej, co wskazuje na adekwatny związek przyczynowy zachodzący między błędem a skutkami opisanymi w pozwie.

Stosownie do opinii profesora T. K. (1) pobieżny „nadzór lekarski” bez wnikliwego badania przedmiotowego i nie poparty oceną podstawowych parametrów życiowych oraz bez powtórzenia i przeprowadzenia poszerzonych badań laboratoryjnych i badań obrazowych nie mógł ukierunkować myślenia lekarskiego na drogę do ustalenia rozpoznania. Brak kolejnych badań lekarskich w godzinach nocnych doprowadził do dalszej straty czasu i ograniczenia szans na powstrzymanie rozwoju choroby. Brak odpowiedniej wnikliwości lekarskiej i pobieżny sposób badania

a właściwie ograniczenie diagnostyki i leczenia do ewentualnego zagrożenia poronieniem w odniesieniu do powódki nie doprowadziły do koniecznego rozszerzenia szybkiej diagnostyki odpowiadającej aktualnej wiedzy medycznej dotyczącej toczących się zmian niedokrwiennych w jelitach. Lekarze specjaliści w ginekologii mają na co dzień do czynienia z ograniczonym spectrum chorób, które oceniają przy badaniu jamy brzusznej, tym bardziej w sytuacjach, kiedy diagnostyka ginekologiczna nie wskazuje na patologie układu rozrodczego lub ciąży powinna być przeprowadzona konsultacja specjalisty chirurga w trybie pilnym. Nieprzeprowadzenie konsultacji chirurgicznej u pacjentki A. W. w ciągu kilku pierwszych godzin od przyjęcia do szpitala było błędem medycznym. Konsultacja chirurgiczna powinna się odbyć bezpośrednio po przyjęciu chorej do szpitala i po wykonaniu badania, które nie wykazało patologii ciąży.

Podsumowując, należy uznać, że wobec powódki lekarz R. Ł.

w znaczący sposób opóźnił prowadzenie diagnostyki i terapii dotyczącej jamy brzusznej, czym popełnił błąd medyczny diagnostyczny i terapeutyczny. To oznacza, że zaniechanie lekarza pozostaje w adekwatnym związku przyczynowym z nieodwracalnością zmian spowodowanych operacją ich rozmiarem i wpływem na dalsze funkcjonowanie powódki oraz z krzywdą opisaną w pozwie w tym ze śmiercią nienarodzonego jeszcze syna powódki, której łączny rozmiar Sąd uznał za odpowiadający sumie zasądzonej tytułem zadośćuczynienia.

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 w związku 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).

Podkreślenia wymaga, że charakter niniejszej sprawy jest nadzwyczajny z jednej strony z uwagi na rozmiar, intensywność, uciążliwość i długofalowość cierpienia powódki (oraz jej najbliższych), a z drugiej – z uwagi na wysokość żądanej (i w części zasądzonej) kwoty zadośćuczynienia. A. W. doznała rozstroju zdrowia w rozmiarze, który w języku potocznym określa się mianem „zrujnowania zdrowia”, o czym świadczy nie tylko zakres jej cierpienia psychicznych i fizycznych, ale również wyjątkowo szeroki zakres uciążliwości i wyrzeczeń w życiu codziennym, obawa przed niewydolnością kolejnych organów i przedwczesną śmiercią, storach przed ponownym zająciem w ciężę, brak zaufania do lekarzy oraz traumatyczne przeżycia związane ze śmiercią nienarodzonego dziecka i farmakologicznym wywołaniem w związku z tym porodu. Opis krzywdy A. W. nie był kwestionowany przez pozwanego. Jest zresztą potwierdzony wiarygodnymi dowodami z zeznań świadków słuchanych na tę okolicznych i przesłuchaniem powódki. Decydujące znaczenie w tym względzie miał - jak to już wyżej wskazano - rozmiar doznanych przez nią cierpienia fizycznych i psychicznych, a te były w ocenie Sądu znacznie ponad miarę, jeśli weźmie się pod uwagę, że sam pobyt w szpitalu był niezwykle bolesny, podobnie jak rozpuszczające się szwy wymagające ponownego zszycia. Brak odpowiednio wczesnego rozpoznania zatoru tętnicy krezkowej miał nieodwracalny charakter, a jego skutki będą odczuwalne przez powódkę do końca jej życia. Przy ustaleniu krzywdy i zadośćuczynienia Sąd wziął pod uwagę młody wiek poszkodowanej oraz fakt, że była to – poza tym wszystkim – osoba energiczna, mająca plany zawodowe i plany na powiększenie rodziny. Oceniając rozmiar krzywdy powódki, nie można także pominąć okoliczności, że od chwili, w której przeszła na odżywianie pozajelitowe, zmuszona została do niemalże nieustannego życia w sterylnych warunkach. Kalectwo i widoczne blizny sprawiają, że powódka czuje się niepełnowartościową, nieatrakcyjną i trwale oszpeconą kobietą. Z uwagi na powyższe ucierpiało również pożycie intymne powódki i jej partnera. Można stwierdzić, dzielając tezy pozwu, że zrujnowane zostało życie rodzinne, całkowicie podporządkowane stanowi zdrowia powódki.

Mając na względzie wszystkie wyżej wskazane okoliczności, Sąd uznał, że odpowiednią kwotą zadośćuczynienia dla strony powodowej w realiach niniejszej sprawy będzie kwota w łącznej wysokości 2.000.000 zł. Taki zakres i okres cierpienia fizycznych i psychicznych w ocenie Sądu zasługuje na odpowiednio wysoką kwotę. Dobro w postaci normalnego funkcjonowania w zdrowiu, w społeczeństwie i w rodzinie to wartość, którą powódka bezpowrotnie

utraciła. Co istotne, pozwany – kwestionując wysokość dochodzonego zadośćuczynienia – pominął kwestię utraty dziecka powódki. W ocenie Sądu, oba składniki stanu faktycznego – cierpienia powódki wywołane jej stanem zdrowia i cierpienia wywołane utratą dziecka, są równoważne, nakładają się, wzajemnie potęgują i nie powinny być rozpoznawane osobno. Składają się na jedno, szczególnie wielkie cierpienie powódki, wymagające łącznego zadośćuczynienia wyrażającego się kwotą 2.000.000 zł. Żądanie powódki przekraczające tę kwotę było w ocenie Sądu zawyżone i stało się przedmiotem oddalenia powództwa na tej samej podstawie prawnej, na której nastąpiło zasądzenie.

Powódka domagała się również (w pełni skutecznie) odszkodowania. Zgodnie z art. 444 § 1 zd. 1 k.c. w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu koszty. Odszkodowanie przewidziane w art. 444 § 1 k.c. obejmuje wszelkie wydatki pozostające w związku

z uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia, jeżeli są konieczne (niezbędne) i celowe (wyrok Sądu Najwyższego z 9 stycznia 2008 r., II CSK 425/07, M. Praw. 2008, nr 3,

s. 116). W grupie wydatków celowych i koniecznych, pozostających w związku

z uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia tradycyjnie wymienia się koszty leczenia (pobytu w szpitalu, pomocy pielęgniarstwa, koszty lekarstw), specjalnego odżywiania się, nabycia protez i innych specjalistycznych aparatów i urządzeń (np. protez, kul, aparatu słuchowego, wózka inwalidzkiego) (por. Agnieszka Rzetecka-Gil, Komentarz do art. 444 Kodeksu cywilnego, Lex/el. 2011). Odszkodowanie dochodzone w oparciu o art. 444 § 1 k.c. może dotyczyć kosztów wyłącznie poniesionych, czyli już wydatkowanych, które powodują powstanie w majątku poszkodowanego określonego uszczerbku. Ciężar dowodu w tym zakresie, zgodnie z regułą określoną w art. 6 k.c., spoczywa na powodzie. W ocenie Sądu, strona powodowa w pełni wywiązała się

w tym zakresie ze swojego obowiązku. Wszystkie pozycje odszkodowania (i jego wysokość) zostały wykazane dokumentami wymienionymi we wcześniejszej części uzasadnienia (znajdującymi się na kartach 302-311 akt sprawy) oraz zeznaniami powódki i jej partnera. Strona pozwana nie kwestionowała prawdziwości ww. dokumentów ani wiarygodności ww. zeznań, Sąd również nie widzi podstaw, by dowodom tym odmówić wiarygodności. Opis procesu przygotowania worka

z żywnością oraz warunki, jakie są do tego wymagane nie budzą żadnych zastrzeżeń co do celowości, zwłaszcza wobec wniosków opinii. A. W. została dotknięta ogromną tragedią zdrowotną i ma pełne prawo do dochodzenia poniesionych w jej wyniku usprawiedliwionych wydatków. Sąd nie podzielił zarzutów pozwanego

(s. 44 odpowiedzi na pozew), że koszty te (których kwotowo i rodzajowo pozwany nie kwestionował) oderwane są przyczynowo od ewentualnego błędu medycznego, ponieważ powódka i tak by je ponosiła w razie wcześniejszego rozpoznania dolegliwości. Tezy tej pozwany nie udowodnił. Nie wynika ona bynajmniej z wniosków opinii biegłych.

Sąd uznał również, że na częściowe uwzględnienie zasługiwało żądanie zasądzenia renty z tytułu zwiększonych potrzeb i utraconych zarobków.

Podstawę żądania w tym zakresie stanowi art. 444 § 2 k.c., zgodnie z którym poszkodowany może żądać renty, jeżeli utracił całkowicie lub częściowo zdolność do pracy zarobkowej albo jeżeli zwiększyły się jego potrzeby lub zmniejszyły widoki powodzenia na przyszłość. Roszczenie o rentę przysługuje poszkodowanemu zatem

w razie wystąpienia jednej z trzech niezależnych od siebie podstaw: 1) całkowitej lub częściowej utraty przez niego zdolności do pracy zarobkowej, 2) zwiększenia się jego potrzeb lub 3) zmniejszenia się jego widoków powodzenia na przyszłość - przy czym wymienione następstwa powinny mieć charakter trwały, co nie oznacza, że nieodwracalny. Powódka oparła żądanie na 1. i 2. przesłance, żądając łącznie kwoty 5.000 zł renty miesięcznej w tym także w wysokości skapitalizowanej na dzień wniesienia pozwu w wysokości 150.000 zł.

Po przeprowadzonym procesie i przeanalizowanym materiale dowodowym Sąd nie ma żadnych wątpliwości co do tego, że potrzeby powódki uległy zwiększeniu

w wyniku niepełnosprawności, której winny jest pozwany szpital i w tym zakresie podtrzymuje rozważania i obliczenia poczynione w toku postępowania zabezpieczającego. Przypomnieć należy, że powódka w swym piśmie przygotowawczym z 19.01.2022 r. (pkt III) określiła wydatki związane ze zwiększonymi potrzebami na kwotę rzędu

2.000 - 2.200 zł miesięcznie plus (pkt IV) niezaspokojenie wyjazdu kamperem na wakacje 500 zł oraz wydatki na utrzymanie córki. W ramach renty zwiększonych potrzeb wchodzić mogą tylko te pierwsze.

Z kolei protokół zawierający zeznania powódki złożone w celu zabezpieczenia wskazuje na to, że po porównaniu go z treścią pozwu (k. 34) i omawianego pisma przygotowawczego mówić można o następujących uprawdopodobnionych zwiększonych potrzebach w skali miesiąca:

- wizyty u lekarzy, badania krwi – 100 zł,
- pieluchomajtki – 100 zł,
- dodatkowe ubezpieczenie związane z obniżeniem stanu zdrowia – 56 zł,
- przewody do pompy w części nier refundowanej – 250 zł,
- koszt wynagrodzenia pomocy do sprzątania domu – 400 zł,
- zwiększony koszt żywienia tradycyjnego ponad to, które było wcześniej.
- plecaka, środków dezynfekcyjnych i opatrunkowych, żądanych jako odszkodowanie.

Suma tych wydatków to ok. 1.200 zł. W ich skład nie powinny wchodzić wydatki jednorazowe, które są lub mogą być przedmiotem roszczenia ściśle odszkodowawczego. Istotą zabezpieczenia rentowego jest w żądanym przez powódkę okresowym kształcie tylko to, co stanowi wydatek cykliczny, stały w dłuższej perspektywie czasowej. Stąd wykluczenie przy obliczeniach Sądu kosztu zakupu: pompy, stojaka, plecaka, środków dezynfekcyjnych i opatrunkowych, żądanych (i zasądzonych) jako odszkodowanie.

Odnosnie do wysokości utraconych przez powódkę zarobków - szkoda wyraża się różnicą między zarobkami, jakie poszkodowany osiągałby w okresie objętym rentą, gdyby nie doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, a zarobkami, które uzyskuje będąc poszkodowanym, uwzględniając także świadczenia otrzymywane z tytułu ubezpieczenia społecznego. Dla prawidłowej oceny zasadności roszczenia o rentę odszkodowawczą konieczne jest ustalenie i porównanie wysokości średnich zarobków poszkodowanego osiągniętych przed wypadkiem z wysokością takich zarobków, jakie poszkodowany osiągałby, gdyby nie uległ wypadkowi (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 września 1968r., sygn. akt III PRN 49/68 niepubl., G. Bieniek, H. Ciepla, S. Dmowski, J. Gudowski, K. Kołakowski, M. Sychowicz, T. Wiśniewski, Cz. Żuławska, Komentarz do Kodeksu Cywilnego Księga trzecia Zobowiązania, t. I, Warszawa 1996, s.359). Przed resekcją jelita powódka pracowała jako pracownik socjalny w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w S.. Zarabiała wówczas 1.800 zł miesięcznie. Po operacji u powódki orzeczono znaczny stopień niepełnosprawności. Zgodnie z orzeczeniem powiatowego zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności z dnia 14 stycznia 2019 r. (podtrzymanym orzeczeniami z 02.02.2021 r. i 13.05.2022 r.) powódka stała się osobą niezdolną do pracy. Od operacji powódka nie pracuje. Pobiera rentę w wysokości 1.152,18 zł i zasiłek pielęgnacyjny w wysokości 215,84 zł tj. łącznie 1.368,02 zł. Na podstawie powyższych, bezspornych kwot Sąd ustalił, że wysokości utraconych przez powódkę zarobków w związku niepełnosprawnością, której winny jest pozwany szpital, mając na względzie powyższe rozważania, wynosi 431,98 zł. i stanowi różnicę między tymi kwotami.

Na zasądzoną kwotę comiesięcznej renty w wysokości 1.631,98 zł składa się ustalona kwota z tytułu zwiększonych potrzeb powódki (1.200 zł) oraz wysokości utraconych przez powódkę zarobków (431,98 zł).

Z uwagi na powyżej ustaloną kwotę, zaktualizowała się potrzeba dostosowania do niej żądanej kwoty tytułem skapitalizowanej renty za okres od 10 listopada 2019 do 10 kwietnia 2021 tj. 30 miesięcy. Powódka żądała kwoty 150.000 zł wynikającej

z przemnożenia żądanej miesięcznie kwoty 5.000 zł przez 30 miesięcy. Wobec ograniczenia comiesięcznej renty do wysokości 1.631,98 zł wynik analogicznego działania dał kwotę 48.959,40 zł, którą Sąd zasądził z ustawowymi odsetkami za opóźnienie zgodnie z żądaniem pozwu.

Sąd uwzględnił ponadto żądanie ustalenia odpowiedzialności pozwanego za szkody, jakie mogą powstać w przyszłości u powódki na skutek nieudzielenia jej w odpowiednim czasie i we właściwy sposób należytej pomocy medycznej i popełnienia błędu diagnostycznego polegającego na nierozpoznanie zakrzepicy krezki jelita cienkiego i żyły wrotnej. Wbrew zarzutowi pozwanego powódka posiada interes prawny w zakresie powództwa o ustalenie. Powódka przeszła resekcję jelita, w związku z czym odżywia się pozajelitowo. Taka forma odżywiania (i zagrożenia z nią związane) może powodować w przyszłości pogłębienie się niepełnosprawności powódki, co w ocenie Sądu jest wystarczającym uzasadnieniem tego roszczenia. Do ustalenia obowiązku wynagrodzenia szkód przyszłych nie jest konieczna pewność powstania dalszych szkód w przyszłości, lecz wystarcza samo stwierdzenie prawdopodobieństwa, że aktualny stan zdrowia powódki nie ujawnił jeszcze wszystkich skutków. Zgodnie z uchwałą Sądu Najwyższego z 24.2.2009r., III UP 2/09, powód dochodzący naprawienia szkody na osobie może mieć interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności pozwanego za szkody mogące powstać w przyszłości. Bieg terminu przedawnienia roszczenia o naprawienie szkody na osobie rozpoczyna się z chwilą dowiedzenia się przez poszkodowanego o szkodzie i osobie zobowiązanej do jej naprawienia. Oznacza to, że nie został w żaden sposób ograniczony czas, w jakim może ujawnić się szkoda na osobie prowadząc do powstania (zaktualizowania się) odpowiedzialności pozwanego za skutki danego zdarzenia. Jako że kolejne procesy odszkodowawcze mogą toczyć się nawet po dziesiątkach lat od wystąpienia zdarzenia wyrządzającego szkodę, z czym związane są trudności dowodowe, „przesądzenie w sentencji wyroku zasądzającego świadczenie odszkodowawcze o odpowiedzialności pozwanego za szkody mogące powstać w przyszłości, zwalnia powoda (poszkodowanego) z obowiązku udowodnienia istnienia wszystkich przesłanek odpowiedzialności podmiotu, na którym taka odpowiedzialność już ciąży (uchwała Sądu Najwyższego z dnia 17.04.1970 r., III PZP 34/69; wyrok SN z dnia 22.06.1978 r. IV CR 203/78, Lex nr 8110).

O żądaniach pieniężnych orzeczono na podstawie art. 444 § 1, 444 § 2 k.c. 445 § 1 oraz art. 481 § 1 i 2 k.c., natomiast o żądaniu ustalenia Sąd orzekł na podstawie art. 189 k.p.c. Sąd nie podzielił zarzutów pozwanego dotyczących biegu odsetek za opóźnienie. Wina była w tej sprawie jednoznaczna, przypadek jaskrawy, odpowiedzialność nie powinna budzić żadnych wątpliwości. Nie było więc podstaw do stawiania tezy, że wymagalność roszczeń powódki powinna być datowana na datę późniejszą od żądanej.

W pozostałym zakresie tj. zadośćuczynienia ponad kwotę 2.000.000 zł, renty miesięcznej ponad kwotę 1.631,98 zł oraz od skapitalizowanej renty ponad kwotę 48.959,40 zł, Sąd oddalił powództwo na tych samych podstawach.

O kosztach sądowych orzeczono na mocy art. 113 ust. 1 i 2 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych, nakazując ściąganie ich w nieuiszczonym zakresie w takim stosunku od każdej ze stron, w jakim przegrała ona proces (powódka 24%, pozwany 76%).

Skarb Państwa poniósł koszty opłaty od pozwu w wysokości 128.182 zł oraz tymczasowo koszty: opinii biegłych - 8.970,64 zł (4.008,24 zł + 4.922,40zł) oraz zwrotu kosztów podróży świadka - 80.24 zł. Łącznie 9.050,88 zł. Koszty te na podstawie art. 113 ust 1 ww. ustawy Sąd nakazał ściągnąć na rzecz Skarbu Państwa od pozwanego – w stosunku jakim przegrał sprawę (76%) tj. kwotę 6.848,27 zł., zaś od powódki – w stosunku jakim przegrała sprawę (24%) kwotę 2.162,61 zł z zasądzonego na jej rzecz roszczenia w punkcie I wyroku. Koszty do ściągnięcia po danej stronie zostały doliczone następnie do poniesionych przez nią kosztów procesu.

I tak powódka poniosła koszty w wysokości: 10.817 zł (wynagrodzenie pełnomocnika z opłatą skarbową), 2.700 zł (wynagrodzenie pełnomocnika w postępowaniu zażaleniowym), 2.162,61 zł (pozostałe koszty stosunkowo rozdzielone jak w akapicie poprzedzającym), łącznie 15.679,61 zł. Pozwany natomiast poniósł koszty w wysokości: 10.817 zł (wynagrodzenie pełnomocnika z opłatą skarbową), 2.700 zł (wynagrodzenie pełnomocnika w postępowaniu zażaleniowym), 200 zł (opłata od dwóch wniosków o uzasadnienie), 30 zł (opłata od zażalenia) 6.848,27 zł (pozostałe koszty stosunkowo

rozdzielone jak w akapicie poprzedzającym), łącznie 20.848,27 zł. Po skompensowaniu ww. kwot różnica na korzyść powódki to 6.973,64 zł.

sędzia Rafał Kubicki