

Sygn. akt I C 337/16

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 24 lipca 2018 roku

Sąd Okręgowy w Olsztynie I Wydział Cywilny

w składzie: Przewodniczący: SSO Juliusz Ciejek

Protokolant: sekr. sąd. Aleksandra Bogusz

po rozpoznaniu w dniu 10 lipca 2018 roku w Olsztynie

na rozprawie

sprawy z powództwa H. K. i P. K. (1)

przeciwko (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą w W.

o zapłatę i rentę

I. powództwo oddała,

II. nie obciąża powodów kosztami procesu na rzecz pozwanej.

Sygn. akt I C 337/16

UZASADNIENIE

W pozwie z dnia 19 maja 2016 r. powodowie H. K. i P. K. (1) wnieśli o zasądzenie od pozwanej spółki - (...) Spółki Akcyjnej w W. kwot po 150.000 zł każde z nich wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wymagalności roszczenia do dnia zapłaty, z czego 100.000 zł tytułem zadośćuczynienia i 50.000 zł tytułem odszkodowania. Ponadto P. K. (1) wniósł o przyznanie na jego rzecz od pozwanej renty w wysokości 1.000 zł miesięcznie. Natomiast powodowie wspólnie żądali zasądzenia solidarnie na ich rzecz od pozwanej kosztów procesu według norm przepisanych.

Uzasadniając swoje żądania podali, że w dniu 6 maja 2013 r. Z. K. (1) (ojciec powoda i mąż powódki) udał się do Szpitala (...) Spółki z ograniczoną odpowiedzialnością w G. na badania diagnostyczne kolonoskopii jelita grubego. W trakcie zabiegu operator stwierdził m.in. obecność dużego polipa, który wypełniał całe światło jelita. Dokonując jego usunięcia przedziurawił jelito, co spowodowało jego perforację. Po przewiezieniu na oddział chirurgiczny, wykonano operację odcinkowej resekcji jelita. W trzeciej dobie, tj. 10 maja 2013 r. Z. K. (1) został reoperowany z powodu rozejścia się rany pooperacyjnej, tj. zespolenie jelitowe rozszczelniło się. Po ósmej dobie po operacji nastąpiło pogorszenie stanu zdrowia pacjenta. Nie wyrażając zgody na dalsze leczenie, w dniu 18 maja 2013 r. został przetransportowany do Wojewódzkiego Szpitala (...) w O., gdzie w dniu 21 maja 2013 r. nastąpił jego zgon.

Powodowie wskazali, że postępowanie personelu medycznego Szpitala (...) było od samego początku niewłaściwe. Najpierw operator błędnie przyjął, iż duży usunięty przez niego polip wyrasta w odbytnicy, czyli miejscu bezpiecznym do usuwania, podczas gdy faktycznie wyrastał on w esicy, czyli miejscu narażonym na perforacje jelita. Następnie – już po pierwszej operacji chorego, nie pobrano od niego materiału biologicznego w celu wykonania badań laboratoryjnych, mimo iż należało spodziewać się zapalenia otrzewnej. Powyższe przyśpieszyłoby podanie odpowiedniego antybiotyku, natomiast ten podany, już po 5 dniach był oporny na bakterię znajdującą się w organizmie pacjenta. Z uwagi na niefachowe usunięcie przeciętej części jelita i nieumiejętne (nieszczelne) połączenie tego jelita oraz rozejście się rany operacyjnej, konieczna okazała się druga operacja, która również nie przyniosła

pozytywnego dla chorego rezultatu, albowiem w jamie brzusznej w dalszym, ciągu rozwijało się zapalenie otrzewnej. Lekarze nie rozważyli konieczności zastosowania antybiotykoterapii skojarzonej, która jest zalecana profilaktycznie i zminimalizowałaby spustoszenie organizmu chorego. Z uwagi na niedziałanie antybiotyku chory przez 5 dni, po 2 ciężkich operacjach, znajdował się bez osłony antybiotykowej. Po dużej utracie krwi, podczas obu operacji nie rozważono podania krwi bądź innych preparatów krwiopochodnych dla wzmocnienia jego organizmu. Nie opanowano również wysokiego poziomu cukru i ciśnienia; nie konsultowano się z lekarzami innych specjalności; nie monitorowano stanu zapalnego; późno włączono żywienie pozajelitowe; nie wykonywano właściwych badań pacjenta, tj. mocz, albominuria, białko. Powyższe postępowanie personelu medycznego - od chwili wadliwego przeprowadzania procesu diagnostycznego, po błędny proces terapeutyczny - doprowadziło do powstania ropnego zapalenia otrzewnej, zawału mięśnia sercowego oraz ostrej niewydolności krążeniowo-oddechowej, co było bezpośrednią przyczyną zgonu Z. K. (1).

W odniesieniu zaś do żądania renty, powód wskazał, że z uwagi na jego zły stan zdrowia – schizofrenia i depresja dwubiegunowa, ojciec co miesiąc przekazywał mu dobrowolnie kwotę 1.000 zł. Co prawda uzyskiwał i w dalszym ciągu uzyskuje on rentę, stanowiącą jego jedyny dochód, jednakże nie zapewnia mu ona minimalnych warunków, tym bardziej teraz, kiedy z uwagi na rozwód z żoną i przekazywanie alimentów na rzecz syna, pozostaje mu do rozdysponowania jedynie kwota w wysokości 230 zł. Z uwagi na dochód – rzędu 6.000 zł uzyskiwanego z emerytury oraz zysku z prowadzenia lecznicy weterynaryjnej, jego ojca stać było na dokonywanie na jego rzecz tego typu przysporzeń.

Podstawę prawną dochodzenia roszczenia w związku ze śmiercią Z. K. (1) stanowi przepis art. 446 k.c. w zw. z art. 822 k.c. Odejście męża i ojca męża powodów było dla nich wielkim ciosem, spowodowało wiele strat moralnych i cierpień psychicznych (k. 3-12).

Pozwana - (...) Spółka Akcyjna w W. wniosła o oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie od powodów solidarnie na jej rzecz kosztów procesu według norm przepisanych.

W uzasadnieniu odpowiedzi na pozew przyznała, że łączyła ją ze Szpitalem (...) Spółką z ograniczoną odpowiedzialnością w G. umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Dalej podkreśliła, że personel medyczny ubezpieczonej placówki postępował zgodnie z obowiązującym obecnie procedurami medycznymi, wiedzą medyczną i z dołożeniem należytej staranności. Przeprowadził odpowiednie dla stwierdzonych u Z. K. (2) objawów i okoliczności ich wystąpienia badania diagnostyczne, a następnie zastosował właściwe leczenie operacyjne, którego przebieg był skutkiem wystąpienia powikłań niezawinionych przez ubezpieczoną placówkę medyczną. Podkreśliła, że każde otwarcie jelita grubego jest zagrożone możliwością infekcji, niezależnie od działań chirurga i stosowanej w takich wypadkach antybiotykoterapii. Poza tym wskazała, że Z. K. (3) był obciążony samoistnymi schorzeniami oraz każdorazowo – najpierw przed zabiegiem kolonoskopii, później podczas pierwszej i drugiej operacji został on poinformowany o możliwych powikłaniach – mimo to wyrażał na powyższe zgodę. Dlatego też nie można mówić o dopuszczeniu się błędu medycznego, czy też nieprawidłowości podczas zabiegu, czy operacji, które mogłyby skutkować śmiercią wymienionego. Niezależnie od kwestionowania samej zasady odpowiedzialności pozwana kwestionowała również wysokość dochodzonych przez powodów roszczeń. Natomiast – konkretnie – w zakresie żądania renty i stosownego odszkodowania podniosła, że nie zostały one w żaden sposób udowodnione. (k. 73-74v).

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 6 maja 2013 r. Z. K. (1) (76 lat) – mąż powódki H. K. i ojciec - powoda P. K. (1) oraz P. K. (2) został przyjęty na podstawie skierowania na Oddział Wewnętrzny Szpitala (...) Spółki z ograniczoną odpowiedzialnością w G.. Powodem przyjęcia do placówki było krwawienie z dolnego odcinka przewodu pokarmowego i w związku z tym podejrzenie występowania w jelicie grubym polipów. Po wykonaniu podstawowych badań pacjent został zakwalifikowany do wykonania diagnostycznego badania kolonoskopii, który miał się odbyć w dniu następnym w Pracowni Endoskopowej tego szpitala. Lekarz - operator wyznaczony dla Z. K. (1) posiadał ponad 10-letnie doświadczenie w wykonywaniu tego typu zabiegów.

(dowód: odpis skrócony aktu małżeństwa – k. 31, odpis skrócony aktu urodzenia – k. 32, zeznania świadka P. W. – k. 747-750, zeznania świadka E. C. – k. 837, zeznania świadka J. C. – k. 834-835, zeznania świadka P. K. (2) – k. 744-747, pisemna opinia zespołu dwóch biegłych z zakresu medycyny sądowej T. I. i P. M. – k. 912-919)

Aby stworzyć korzystne warunki do zabiegu, przeddzień jego wykonania podano Z. K. (1) środki na przeczyszczenie, a następnie oczyszczono jelita poprzez ich wyflukanie.

(dowód: zeznania świadka P. W. – k. 747-750, zeznania świadka E. C. – k. 837, zeznania świadka J. C. – k. 834-835)

Przed przeprowadzeniem badania Z. K. (1) został poinformowany o jego przebiegu, konsekwencjach i możliwych powikłaniach. Ponadto wskazano mu na możliwość kojarzenia badania diagnostycznego kolonoskopii z zabiegiem terapeutycznym, tzn. ewentualnym usunięciem polipa bądź polipów, zamiast wykonywania ich usunięcia w drodze operacji chirurgicznej. Po podpisaniu zgody na badanie, lekarz przystąpił do jego wykonania. W pierwszej kolejności dokonał badania per rectum, czyli podstawowego badania odbytu, które nie wykazało zmian. Następnie przeszedł do badania kolonoskopii. Wprowadził kolonoskop do kątnicy i poprzez zastawkę do przyzastawkowego odcinka jelita krętego. W okolicy zgięcia wątrobowego lekarz stwierdził 5 drobnych polipów siedzących o średnicy do 3-4 mm, a w górnej części zstępnicy 1 podłużny polip o wymiarach ok 8x3 mm na krótkiej szypule. W odbytnicy na wysokości ok 13cm ujawniła się duża zmiana polipowo-guzowata, wypełniająca całe światło jelita. Zmiana ta była trudna do oceny przez lekarza z powodu swojego dużego rozmiaru, przesuwalna, sprawiająca wrażenie uszypułowanej. Przed nią zlokalizowany był uszypułowany polip o średnicy 20 mm. Poza tym w całym jelicie badanego umiejscowione były również liczne uchyłki, tj. zagłębienia, które mogły powstać z różnych przyczyn np. zaparć pacjenta. Uchyłki te powodują osłabienie ściany jelita, które stają się w tym miejscu cieńsze. Lekarz dokonał usunięcia uwidoczniionych małych polipów okrężnicy pętlą diatermiczną i pobrał wycinki do badania histopatologicznego. Natomiast uznając, że duży polip jest zmianą nowotworową, postanowił – zgodnie z prawidłową praktyką lekarską – że spróbuje przynajmniej częściowo go usunąć. Wycięcie te miało umożliwić mu ocenę jak wyglądają jego tkanki. Jeśli okazałyby się nieresekcyjny, miał odstąpić od dalszego odcinania. Operator założył, że usunięcie całkowite, czy nawet częściowe polipa jest bezpieczne i daje większe możliwości do badania histopatologicznego oraz w przypadku całkowitego jego usunięcia byłoby zabiegiem kończącym. Duży polip znajdował się w okolicy esicy-odbytnicy, aczkolwiek każdorazowo podczas badania kolonoskopijnego nie jest możliwe dokładne ustalenie granicy pomiędzy tymi odcinkami jelita grubego z powodu jego elastycznej budowy. Również podczas tego badania nie jest możliwe ustalenie do jakiej głębokości sięga polip. Z obrazu kolonoskopu wynikało, że punkt wyjścia polipa znajduje się w odbytnicy badanego, czyli w miejscu, gdzie usuwanie polipów jest bardzo bezpieczne. Powyższe przekonało lekarza o zasadności usunięcia polipa – w całości bądź części. Dokonał założenia na niego pętli (polip był bardzo twardy) myśląc, że jest ona w środkowej części polipa, włączył prąd, który miał go odciąć. W czasie tego rękoczynu pacjent zasygnalizował ból. Po jego wyjęciu na zewnątrz okazało się, że nałożona na niego pętla zsunęła się do samej jego podstawy, tzw. szypuły oraz, że polip był dość długi, a przede wszystkim, że faktycznie wyrastał z granicy połączenia odbytnicy z esicą, a nie jak odczytał to lekarz z obrazu monitora - z odbytnicy. Usunięcie w przeważającej części polipa spowodowało przedziurawienie przewodu esico-odbytniczego. Na ścianie jelita powstał duży otwór rzędu 2-2,5cm, a na jego brzegach pozostały strzępy tkankowe (pozostałości polipa). Tak jak z małych polipów, materiał z dużego polipa również został zabezpieczony do badania histopatologicznego.

(dowód: zeznania świadka P. W. – k. 747-750, zeznania świadka W. G. (1) – k. 742-744, zeznania świadka E. C. – k. 837, zeznania świadka M. B. (1) – k. 844-845, zeznania świadka J. C. – k. 834-835, zeznania świadka P. K. (2) – k. 744-747, pisemna opinia zespołu dwóch biegłych z zakresu medycyny sądowej T. I. i P. M. – k. 912-919, dokumentacja dotycząca historii choroby i przebiegu leczenia – k.105-374v, 240-374, pisemna opinia zespołu dwóch biegłych z zakresu medycyny sądowej T. I. i P. M. – k. 912-919, pisemna opinia uzupełniająca zespołu dwóch biegłych z zakresu medycyny sądowej T. I. i P. M. – k. 970-973, ustna opinia uzupełniająca zespołu dwóch biegłych z zakresu medycyny sądowej T. I. i P. M. – k. 1013-1016v, pisemna opinia zespołu trzech biegłych z Wydziału Lekarskiego Katedry Medycyny Sądowej Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego im. P. we W. – B. Ś., P. S. i J. T. sporządzona w toku prowadzonego postępowania przygotowawczego w sprawie I Ds. 573/15 – k. 209-236, pisemna

opinia uzupełniająca zespołu trzech biegłych z Wydziału Lekarskiego Katedry Medycyny Sądowej Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego im. P. we W. – B. Ś., P. S. i J. T. sporządzona w toku prowadzonego postępowania przygotowawczego w sprawie I Ds. 573/15 – k. 280-284)

Operator wykonujący zabieg zaczął podejrzewać, że w wyniku usunięcia dużego polipa, nastąpiło powstanie perforacji jatrogennej. O swoich przypuszczeniach natychmiast poinformował lekarza Oddziału Wewnętrznego oraz pacjenta. Co prawda przed zabiegiem wyplukano pacjentowi treść jelita, jednakże po jego przebicciu, samoczynnie gromadzona treść z jelita mogła przedostawać się do jamy otrzewnej. Z. K. (1) niezwłocznie został przewieziony wraz z lekarzem z Oddziału Wewnętrznego do pracowni rentgenowskiej gdzie wykonano mu na stojąco zdjęcie przeglądowe jamy brzusznej, które wskazywało obecność powietrza pod kopułami przepony, co było potwierdzeniem powstania perforacji. Pacjent zaczął mieć wzdęcia oraz bóle w podbrzuszu.

(dowód: zeznania świadka P. W. – k. 747-750, zeznania świadka W. G. (1) – k. 742-744, zeznania świadka E. C. – k. 837, zeznania świadka P. K. (2) – k. 744-747, pisemna opinia zespołu dwóch biegłych z zakresu medycyny sądowej T. I. i P. M. – k. 912-919, dokumentacja dotycząca historii choroby i przebiegu leczenia – k.105- 374v, 240-374, pisemna opinia zespołu dwóch biegłych z zakresu medycyny sądowej T. I. i P. M. – 912-919, pisemna opinia uzupełniająca zespołu dwóch biegłych z zakresu medycyny sądowej T. I. i P. M. – 970-973, ustna opinia uzupełniająca zespołu dwóch biegłych z zakresu medycyny sądowej T. I. i P. M. – k. 1013-1016v, pisemna opinia zespołu trzech biegłych z Wydziału Lekarskiego Katedry Medycyny Sądowej Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego im. P. we W. – B. Ś., P. S. i J. T. sporządzona w toku prowadzonego postępowania przygotowawczego w sprawie I Ds. 573/15 – k. 209-236, pisemna opinia uzupełniająca zespołu trzech biegłych z Wydziału Lekarskiego Katedry Medycyny Sądowej Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego im. P. we W. – B. Ś., P. S. i J. T. sporządzona w toku prowadzonego postępowania przygotowawczego w sprawie I Ds. 573/15 – k. 280-284)

W tej sytuacji można było dokonać chirurgicznego zaszycie otworu w jelicie Z. K. (1), albo dokonać jego odcinkowej resekcji. Z uwagi na podejrzenie, że częściowo wycięty polip - z uwagi na wielkość i twardość oraz pozostałość jego resztek wokół otworu - ma charakter nowotworowy, właściwym sposobem było leczenie chirurgiczne polegające na odcinkowej resekcji jelita grubego z zachowaniem bezpiecznych marginesów. Po konsultacji z lekarzem chirurgiem i lekarzem internistą-gasterologiem pacjent wyraził zgodę na zalecone leczenie oraz związane z nim ryzyko, które – zgodnie z właściwą praktyką lekarską – winno być dokonane w przeciągu 6-12 godzin już przy wystąpieniu objawów otrzewnowych.

(dowód: zeznania świadka P. W. – k. 747-750, zeznania świadka W. G. (1) – k. 742-744, pisemna opinia zespołu dwóch biegłych z zakresu medycyny sądowej T. I. i P. M. – k. 912-919, zeznania świadka P. K. (2) – k. 744-747, dokumentacja dotycząca historii choroby i przebiegu leczenia – k.105- 374v, 240-374, pisemna opinia zespołu dwóch biegłych z zakresu medycyny sądowej T. I. i P. M. – k. 912-919, pisemna opinia uzupełniająca zespołu dwóch biegłych z zakresu medycyny sądowej T. I. i P. M. – k. 970-973, ustna opinia uzupełniająca zespołu dwóch biegłych z zakresu medycyny sądowej T. I. i P. M. – k. 1013-1016v, pisemna opinia zespołu trzech biegłych z Wydziału Lekarskiego Katedry Medycyny Sądowej Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego im. P. we W. – B. Ś., P. S. i J. T. sporządzona w toku prowadzonego postępowania przygotowawczego w sprawie I Ds. 573/15 – k. 209-236, pisemna opinia uzupełniająca zespołu trzech biegłych z Wydziału Lekarskiego Katedry Medycyny Sądowej Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego im. P. we W. – B. Ś., P. S. i J. T. sporządzona w toku prowadzonego postępowania przygotowawczego w sprawie I Ds. 573/15 – k. 280-284)

Wobec powyższego - m.in. również celem przeciwdziałaniu zakażeniu - przewieziono Z. K. (1) w trybie pilnym na Oddział (...) Spółki z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w G.. Z uwagi na zajęcie całego bloku operacyjnego poddano go tzw. naprawczemu zabiegowi operacyjnemu dopiero po około 4-5 godzin od kolonoskopii. Mimo to, czas ten mieścił się w dopuszczalnej normie okresowej do przeprowadzenia tego typu zabiegów. W międzyczasie podano pacjentowi płyny, antybiotyki i zlecono przeprowadzenie niezbędnych badań. Po przygotowaniu sali operacyjnej przystąpiono do zabiegu. Podczas jego wykonano odcinkową resekcję jelita grubego kilka centymetrów poniżej otworu i kilka powyżej otworu perforacji, a następnie wykonano zespolenie obu części jelita grubego - koniec do końca.

Było to zespolenie dwuwarstwowe, bez trudności technicznych. Podczas zabiegu pobrano posiew i wykonywano terapię celowaną. Dolna część jelita zamknięto staplerem, tj. szwem mechanicznym zamykającym jelito w sposób mechaniczny, resztę jelita zespolono ręcznie szwem dwuwarstwowym. Po operacji zostały założone dreny dla potrzeb kontroli okolicy zespolenia i odprowadzania treści surowiczej. Po jej zakończeniu zastosowano wobec pacjenta przez kilka dni głodówkę. Podawano mu antybiotyk empiryczny.

(dowód: zeznania świadka W. G. (1) – k. 742-744, zeznania świadka J. C. – k. 834-835, zeznania świadka P. K. (2) – k. 744-747, dokumentacja dotycząca historii choroby i przebiegu leczenia – k.105- 374v, 240-374, pisemna opinia zespołu dwóch biegłych z zakresu medycyny sądowej T. I. i P. M. – k. 912-919, pisemna opinia uzupełniająca zespołu dwóch biegłych z zakresu medycyny sądowej T. I. i P. M. – k. 970-973, ustna opinia uzupełniająca zespołu dwóch biegłych z zakresu medycyny sądowej T. I. i P. M. – k. 1013-1016v, pisemna opinia zespołu trzech biegłych z Wydziału Lekarskiego Katedry Medycyny Sądowej Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego im. P. we W. – B. Ś., P. S. i J. T. sporządzona w toku prowadzonego postępowania przygotowawczego w sprawie I Ds. 573/15 – k. 209-236, pisemna opinia uzupełniająca zespołu trzech biegłych z Wydziału Lekarskiego Katedry Medycyny Sądowej Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego im. P. we W. – B. Ś., P. S. i J. T. sporządzona w toku prowadzonego postępowania przygotowawczego w sprawie I Ds. 573/15 – k. 280-284)

Między innymi w wyniku uporczywych odruchów wymiotnych, kaszlu i napięcia powłok brzusznych. w dniu 10 maja 2013 r. u pacjenta, doszło do rozejścia się rany pooperacyjnej, wylaniu się z niej treści płynnych - wysięku oraz ukazaniu się jelita. W związku z tym podjęto natychmiastową decyzję o reoperacji, którą przeprowadzono w ciągu godziny od zauważenia powyższego rozejścia. Podczas trwania operacji przeprowadzono kontrolę szczelności zespolenia jelita – zastępnicy z odbytnicą, przez podanie płynu pod ciśnieniem poprzez rurkę założoną do odbytu. Stwierdzono śladowy wyciek na tylnej ścianie jelita. W tej sytuacji podjęto decyzje o wyłączeniu tego nieuszczelnionego zespolenia z przepływu treści jelitowej i wykonaniu wyłonienia jelita grubego. Podczas otwarcia jamy brzusznej nie stwierdzono w niej wysięku patologicznego, świadczącego o rozległym zapaleniu otrzewnej. Wysięk był lokalny, znajdujący się w wyżej wskazanym miejscu zespolenia. Jamę brzuszą wypłukano solą fizjologiczną, a po kontroli hemostazy, w jamie brzusznej pozostawiono dwa dreny (w miednicy mniejszej za zespoleniem i w lewej okolicy podśledzionowej). U pacjenta po tej operacji prowadzono żywienie pozajelitowe. Po otrzymaniu wyników posiewów zmieniono antybiotyk na szerokowachlarzowy.

(dowód: zeznania świadka W. G. (1) – k. 742-744, zeznania świadka A. S. (1) – k. 838, zeznania świadka J. C. – k. 834-835, dokumentacja dotycząca historii choroby i przebiegu leczenia – k.105- 374v, 240-374, pisemna opinia zespołu dwóch biegłych z zakresu medycyny sądowej T. I. i P. M. – k. 912-919, pisemna opinia uzupełniająca zespołu dwóch biegłych z zakresu medycyny sądowej T. I. i P. M. – k. 970-973, ustna opinia uzupełniająca zespołu dwóch biegłych z zakresu medycyny sądowej T. I. i P. M. – k. 1013-1016v, pisemna opinia zespołu trzech biegłych z Wydziału Lekarskiego Katedry Medycyny Sądowej Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego im. P. we W. – B. Ś., P. S. i J. T. sporządzona w toku prowadzonego postępowania przygotowawczego w sprawie I Ds. 573/15 – k. 209-236, pisemna opinia uzupełniająca zespołu trzech biegłych z Wydziału Lekarskiego Katedry Medycyny Sądowej Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego im. P. we W. – B. Ś., P. S. i J. T. sporządzona w toku prowadzonego postępowania przygotowawczego w sprawie I Ds. 573/15 – k. 280-284)

Syn Z. K. (1)- P. K. (2) naciskał, aby w ramach żywienia pozajelitowego podać antybiotyk, którym dysponował, zamiast szpitalnego. Z uwagi na procedury medyczne nie mogło dojść do tego rodzaju zmiany.

(dowód: zeznania J. M. – k. 845, zeznania świadka P. K. (2) – k. 744-747)

Każdorazowo podawano pacjentowi antybiotyk odpowiedni do stanu jego zdrowia, po otrzymaniu wyników posiewów ewentualnie poddawano go zmianom bądź modyfikacjom.

(dowód: zeznania J. M. – k. 845, zeznania świadka W. G. (1) – k. 742-744, zeznania świadka A. S. (1) – k. 838, zeznania świadka J. C. – k. 834-835, dokumentacja dotycząca historii choroby i przebiegu leczenia – k.105- 374v, 240-374, pisemna opinia zespołu dwóch biegłych z zakresu medycyny sądowej T. I. i P. M. – k. 912-919, pisemna opinia

uzupełniająca zespołu dwóch biegłych z zakresu medycyny sądowej T. I. i P. M. – 970-973, ustna opinia uzupełniająca zespołu dwóch biegłych z zakresu medycyny sądowej T. I. i P. M. – k. 1013-1016v, pisemna opinia zespołu trzech biegłych z Wydziału Lekarskiego Katedry Medycyny Sądowej Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego im. P. we W. – B. Ś., P. S. i J. T. sporządzona w toku prowadzonego postępowania przygotowawczego w sprawie I Ds. 573/15 – k. 209-236, pisemna opinia uzupełniająca zespołu trzech biegłych z Wydziału Lekarskiego Katedry Medycyny Sądowej Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego im. P. we W. – B. Ś., P. S. i J. T. sporządzona w toku prowadzonego postępowania przygotowawczego w sprawie I Ds. 573/15 – k. 280-284)

W dniu 16 i 17 maja 2013 r. oceniono, że stan ogólny pacjenta poprawia się, nadal nie gorączkował, parametry życiowe utrzymywały się w granicach normy, brzuch był miękki, perystaltyka jelit prawidłowa, rana oczyszczała się, płukano jamę brzuszną przez dren silikonowy. Wykonywane było badanie prokalcytoniny – markeru procesu zapalnego i infekcji bakteryjnej, pod kątem zakażenia septycznego. Wynik wskazywał na jej spadek, co oznaczało, że w organizmie pacjenta dochodzi do wygaszenia procesów zapalnych. Tym samym podawany antybiotyk działał na florę bakteryjną chorego.

(dowód: dokumentacja dotycząca historii choroby i przebiegu leczenia – k.105- 374v, 240-374, pisemna opinia zespołu dwóch biegłych z zakresu medycyny sądowej T. I. i P. M. – k. 912-919, pisemna opinia uzupełniająca zespołu dwóch biegłych z zakresu medycyny sądowej T. I. i P. M. – 970-973, ustna opinia uzupełniająca zespołu dwóch biegłych z zakresu medycyny sądowej T. I. i P. M. – k. 1013-1016v, pisemna opinia zespołu trzech biegłych z Wydziału Lekarskiego Katedry Medycyny Sądowej Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego im. P. we W. – B. Ś., P. S. i J. T. sporządzona w toku prowadzonego postępowania przygotowawczego w sprawie I Ds. 573/15 – k. 209-236, pisemna opinia uzupełniająca zespołu trzech biegłych z Wydziału Lekarskiego Katedry Medycyny Sądowej Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego im. P. we W. – B. Ś., P. S. i J. T. sporządzona w toku prowadzonego postępowania przygotowawczego w sprawie I Ds. 573/15 – k. 280-284)

W godzinach porannych w dniu 18 maja 2013 r. stan zdrowia Z. K. (1) pogorszył się. Pacjent podawał ogólne osłabienie, jednakże bez dolegliwości ze strony brzucha. W czasie zmiany opatrunku na ranie pooperacyjnej stwierdzono niewielkie krwawienie w środkowej części rany. Wobec czego zdjęto szwy w tej części i ewakuowano z tkanki podskórnej niewielką ilość starych strzępów krwi. Nie stwierdzono natomiast rozejścia się powięzi. Lekarz zbadał brzuch pacjenta i stwierdził jego miękkość z leniwą perystaltyką jelit oraz pojedynczymi podwyższanymi tonami, lekko poddętego. Wobec zalegania do 200 ml jasno-żółtej treści, stwierdził rozpoznanie ropnia wewnątrzbrzusznego i założył sondę żołądkową. O swoim rozpoznaniu i potrzebie zabiegu operacyjnego poinformowano pacjenta i rodzinę, która nie wyraziła na niego zgody w Szpitalu (...).

(dowód: zeznania świadka W. G. (1) – k. 742-744, zeznania J. M. – k. 845, zeznania świadka W. G. (1) – k. 742-744, zeznania świadka A. S. (1) – k. 838, zeznania świadka J. C. – k. 834-835, dokumentacja dotycząca historii choroby i przebiegu leczenia – k.105- 374v, 240-374, pisemna opinia zespołu dwóch biegłych z zakresu medycyny sądowej T. I. i P. M. – k. 912-919, pisemna opinia uzupełniająca zespołu dwóch biegłych z zakresu medycyny sądowej T. I. i P. M. – k. 970-973, ustna opinia uzupełniająca zespołu dwóch biegłych z zakresu medycyny sądowej T. I. i P. M. – k. 1013-1016v, pisemna opinia zespołu trzech biegłych z Wydziału Lekarskiego Katedry Medycyny Sądowej Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego im. P. we W. – B. Ś., P. S. i J. T. sporządzona w toku prowadzonego postępowania przygotowawczego w sprawie I Ds. 573/15 – k. 209-236, pisemna opinia uzupełniająca zespołu trzech biegłych z Wydziału Lekarskiego Katedry Medycyny Sądowej Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego im. P. we W. – B. Ś., P. S. i J. T. sporządzona w toku prowadzonego postępowania przygotowawczego w sprawie I Ds. 573/15 – k. 280-284)

W godzinach wieczornych dnia 18 maja 2018 r. Z. K. (1) zagorączkował do 38°C. Podczas osłuchania płuca fizykalnie nie były zmienione, brzuch był miękki z tklivością w lewym podbrzuszu miernie nasiloną w okolicy stomii jelitowej i drenu w lewym podbrzuszu. W drenie znajdowała się niewielka ilość treści jelitowo-ropnej. Na wniosek rodziny, po wcześniejszym uzgodnieniu miejsca w szpitalu w O. i zorganizowaniu transportu pacjenta przekazano transportem lotniczym do Oddziału (...) Ogólnej i Naczyniowej Szpitala Wojewódzkiego w O. celem dalszego leczenia operacyjnego.

(dowód: zeznania świadka A. S. (1) – k. 838, dokumentacja dotycząca historii choroby i przebiegu leczenia – k.105-374v, 240-374, pisemna opinia zespołu dwóch biegłych z zakresu medycyny sądowej T. I. i P. M. – k. 912-919, pisemna opinia uzupełniająca zespołu dwóch biegłych z zakresu medycyny sądowej T. I. i P. M. – k. 970-973, ustna opinia uzupełniająca zespołu dwóch biegłych z zakresu medycyny sądowej T. I. i P. M. – k. 1013-1016v, pisemna opinia zespołu trzech biegłych z Wydziału Lekarskiego Katedry Medycyny Sądowej Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego im. P. we W. – B. Ś., P. S. i J. T. sporządzona w toku prowadzonego postępowania przygotowawczego w sprawie I Ds. 573/15 – k. 209-236, pisemna opinia uzupełniająca zespołu trzech biegłych z Wydziału Lekarskiego Katedry Medycyny Sądowej Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego im. P. we W. – B. Ś., P. S. i J. T. sporządzona w toku prowadzonego postępowania przygotowawczego w sprawie I Ds. 573/15 – k. 280-284)

Z. K. (1) zmarł w Wojewódzkim Szpitalu (...) w O. w dniu 21 maja 2012 r. Przyczyną zgonu było rozległe ropne zapalenie otrzewnej, zawał mięśnia sercowego oraz ostra niewydolność oddechowo-krażeniowa.

(dowód: karta statystyczna do karty zgonu – k. 23, dokumentacja dotycząca historii choroby i przebiegu leczenia – k.105- 374v, 240-260, pisemna opinia zespołu dwóch biegłych z zakresu medycyny sądowej T. I. i P. M. – k. 912-919, pisemna opinia uzupełniająca zespołu dwóch biegłych z zakresu medycyny sądowej T. I. i P. M. – k. 970-973, ustna opinia uzupełniająca zespołu dwóch biegłych z zakresu medycyny sądowej T. I. i P. M. – k. 1013-1016v, pisemna opinia zespołu trzech biegłych z Wydziału Lekarskiego Katedry Medycyny Sądowej Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego im. P. we W. – B. Ś., P. S. i J. T. sporządzona w toku prowadzonego postępowania przygotowawczego w sprawie I Ds. 573/15 – k. 209-236, pisemna opinia uzupełniająca zespołu trzech biegłych z Wydziału Lekarskiego Katedry Medycyny Sądowej Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego im. P. we W. – B. Ś., P. S. i J. T. sporządzona w toku prowadzonego postępowania przygotowawczego w sprawie I Ds. 573/15 – k. 280-284)

W trakcie całego pobytu Z. K. (1) na oddziałach Szpitala (...), tj. od dnia 6 maja 2013 r. do dnia 18 maja 2013 r. jego stan cały czas był monitorowany badaniami, obserwacjami klinicznymi oraz licznymi badaniami laboratoryjnymi. Jeśli chodzi o materiał do posiewu bakteriologicznego to w każdej placówce szpitalnej jest on pobierany w trakcie operacji. Jednakże nie jest on pobierany przy każdym zabiegu - zazwyczaj takie pobieranie następuje, gdy jest tzw. wysięk. Lekarze z oddziałów na których przebywał Z. K. (1) w dniach 10, 13 i 15 maja 2013 r. przeprowadzali konsultację internistyczną i diabetologiczną. Przed każdą operacją konsultowano się z anestezjologiem. Stosowano farmakoterapię odpowiednią do stanu pacjenta, w tym również antybiotykoterapią, którą wdrożono już w dniu 7 maja 2013 r., a następnie modyfikowano w oparciu o wyniki posiewów. Krótki okres między zabiegowy oraz konieczność zapewnienia ciągłości pracy przewodu pokarmowego, były wskazaniem do zastosowania żywienia pozajelitowego. Dnia 11 maja 2013 r. pacjenta zakwalifikowano do leczenia żywieniowego i założono wkłucie centralne. Nie było potrzeby wcześniejszego wprowadzenia tego typu żywienia, albowiem organizm pacjenta nie był wyniszczony, ani nie tracił on masy ciała. W czasie kolejnych dni pobytu stan pacjenta był stabilny, nie gorączkował, nie zgłaszał również dolegliwości bólowych. W trakcie badań jego brzuch był miękki, a perystaltyka prawidłowa. Cały czas monitorowano jego poziom glukozy we krwi i parametry ciśnienia tętniczego ze względu na współistniejące u pacjenta schorzenia internistyczne. W przypadku cukrzycy insulinozależnej na jaką cierpiał Z. K. (1) nie było wskazań do zastosowania określonego sposobu podania insuliny. Natomiast poziom glukozy we jego krwi był cały czas podwyższony pomimo stosowania intensywnej terapii przez pompę insulinową. Worek stomijny odbierał treść jelitową. Kontynuowano antybiotykoterapię oraz żywienie pozajelitowe. Nie było konieczności podawania krwi. Każdorazowo przed wejściem na blok operacyjny z Z. K. (1) stosowano procedurę sterylizacji sali, ze względu na obecność bakterii E. coli ESBL. Nie stosowano na jego ranę opatrunku vacuum, albowiem nie było go na wyposażeniu. Nie stosowano również kamizelek chroniących przed rozejściem się ran pooperacyjnych powłok brzusznych.

(dowód: zeznania J. M. – k. 845, zeznania świadka J. C. – k. 834-835, zeznania świadka A. S. (2) – k. 835, zeznania świadka J. P. – k. 836, zeznania świadka E. C. – k. 837, dokumentacja dotycząca historii choroby i przebiegu leczenia – k.105- 374v, 240-374, pisemna opinia zespołu dwóch biegłych z zakresu medycyny sądowej T. I. i P. M. – k. 912-919, pisemna opinia uzupełniająca zespołu dwóch biegłych z zakresu medycyny sądowej T. I. i P. M. – k. 970-973, ustna opinia uzupełniająca zespołu dwóch biegłych z zakresu medycyny sądowej T. I. i P. M. – k.

1013-1016v, pisemna opinia zespołu trzech biegłych z Wydziału Lekarskiego Katedry Medycyny Sądowej Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego im. P. we W. – B. Ś., P. S. i J. T. sporządzona w toku prowadzonego postępowania przygotowawczego w sprawie I Ds. 573/15 – k. 209-236, pisemna opinia uzupełniająca zespołu trzech biegłych z Wydziału Lekarskiego Katedry Medycyny Sądowej Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego im. P. we W. – B. Ś., P. S. i J. T. sporządzona w toku prowadzonego postępowania przygotowawczego w sprawie I Ds. 573/15 – k. 280-284, dokumentacja dotycząca zapobiegania i zwalczania zakażeń w tym profilaktyki okołoperacyjnej, postępowania w sytuacji izolacji alertpatogenów, w tym procedur przekazywania informacji o alertpatogenie, zmiany antybiotykoterapii, postępowania z pacjentem zakażonym, autoryzacji wyników badań laboratoryjnych i transportu materiału obowiązująca w Szpitalu (...) Spółce z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w G. w maju 2013 r. – 558-726)

Przed zabiegiem kolonoskopii oraz każdą z przeprowadzonych operacji w Szpitalu (...) pacjent podpisywał świadomą zgodę za ich wykonanie, przy czym zostaje poinformowany o ich przebiegu, konsekwencjach i możliwych powikłaniach.

(bezsporne)

Pacjent zarówno podczas badania kolonoskopii, jak również podczas każdej z operacji, znajdował się w tzw. „dużej grupie ryzyka”, był bowiem wieloletnim cukrzykiem typu II, chorował na neuropatię cukrzycową, hiperlipamię, nadciśnienie tętniczą, miał wadę zastawkową serca, był otyły, miał zmiany nowotworowe w jelicie grubym oraz był osobą starszą – 76-letnią.

(dowód: zeznania świadka W. G. (1) – k. 742-744, zeznania świadka W. S. – k. 782-183, dokumentacja dotycząca historii choroby i przebiegu leczenia – k.105- 374v, 240-374, pisemna opinia zespołu dwóch biegłych z zakresu medycyny sądowej T. I. i P. M. – k. 912-919, pisemna opinia uzupełniająca zespołu dwóch biegłych z zakresu medycyny sądowej T. I. i P. M. – k. 970-973, ustna opinia uzupełniająca zespołu dwóch biegłych z zakresu medycyny sądowej T. I. i P. M. – k. 1013-1016v, pisemna opinia zespołu trzech biegłych z Wydziału Lekarskiego Katedry Medycyny Sądowej Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego im. P. we W. – B. Ś., P. S. i J. T. sporządzona w toku prowadzonego postępowania przygotowawczego w sprawie I Ds. 573/15 – k. 209-236, pisemna opinia uzupełniająca zespołu trzech biegłych z Wydziału Lekarskiego Katedry Medycyny Sądowej Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego im. P. we W. – B. Ś., P. S. i J. T. sporządzona w toku prowadzonego postępowania przygotowawczego w sprawie I Ds. 573/15 – k. 280-284)

Na skutek zawiadomienia złożonego przez syna zmarłego - P. K. (2) Prokurator Prokuratury Rejonowej w Giżycku w dniu 5 lipca 2013 r. pod sygn. I Ds. 573/15 wszczął śledztwo w sprawie zaistniałego w okresie od 6 maja 2013 r. do dnia 18 maja 2013 r. G. narażenia Z. K. (1) przez lekarzy i personel medyczny Szpitala (...) na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia, poprzez nieudzielenie właściwej opieki medycznej, w szczególności niezgodne ze sztuką medyczną wykonanie zabiegów operacyjnych, na skutek czego Z. K. (3) zmarł w dniu 21 maja 2013 r., tj. o przestępstwo określone w art. 160 § 2 k.k. w zb. z art. 155 k.k. w zw. z art. 11 § 2 k.k. Wobec braku znamion czynu zabronionego Prokurator Prokuratury Rejonowej w Giżycku postanowieniem z dnia 15 grudnia 2015 r. na podstawie art. 17 § 1 pkt 2 k.p.k. umorzył je. Powyższe postanowienie zaskarżył pokrzywdzony P. K. (2) i pełnomocnik pokrzywdzonej H. K. adw. A. U.. Uznając, że oba zażalenia są niezasadne Sąd Rejonowy w Kętrzynie w sprawie II Kp 85/16 wydał postanowienie, w którym nie uwzględnił ich oraz utrzymał w mocy postanowienie z dnia 15 grudnia 2015 r. o umorzeniu śledztwa w sprawie I Ds. 573/15.

(dowód: akta I Ds. 573/15 – postanowienie o wszczęciu śledztwa – k. 19, postanowienie o umorzeniu śledztwa – k. 301-302, postanowienie wydane w sprawie II Kp 85/16 o nie uwzględnianiu zażalenia i o utrzymaniu w mocy postanowienia o umorzeniu śledztwa – k. 335-336)

W maju 2013 r. (...) Spółkę Akcyjną w W. łączyła ze Szpitalem (...) Spółką z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w G. umowa obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej zawarta na podstawie rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w

sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej stwierdzona polisą nr (...).

(bezsporne, w tym dowód: druk zgłoszenia szkody na osobie – k. 90v-91v)

Powodowie dokonali zgłoszenia szkody za pismem z dnia 16 maja 2016 r. Na żądanie ubezpieczyciela - po sprecyzowaniu i udokumentowaniu roszczenia, które sprowadzało się do dołączenia kserokopii dokumentacji medycznej zmarłego Z. K. (1), pozwany wszczął postępowanie likwidacyjne. Ostatecznie pismem z dnia 4 lipca 2016 r. pozwany poinformował powodów, że nie znajduje podstaw do przyjęcia odpowiedzialności cywilnej po stronie ubezpieczonego, a w konsekwencji ubezpieczyciela.

(bezsporne, w tym dowód: pismo z dnia 16 maja 2016 r. – k.92, pismo z dnia 24 maja 2016 r. wraz z załącznikiem – k.95-96, pismo z dnia 24 maja 2016 r. wraz z załącznikiem – k. 96v-97v, pismo z dnia 6 czerwca 2016 r. wraz z załącznikiem - k. 99v-100v, pismo z dnia 15 czerwca 2016 r. – k. 101-101v, pismo z dnia 15 czerwca 2016 r. – k. 102-102v, załączona przez powodów pozwanemu dokumentacja medyczna – k. 240-374)

Z. K. (1) był doktorem nauk weterynaryjnych. Mimo swojego wieku - 76 lat, nadal był aktywny zawodowo. Prowadził prywatną praktykę weterynaryjną oraz nadzór weterynaryjny nad rzeźnią. Mimo, że jeden z synów – P. K. (3) był już dorosły, miał własną rodzinę – żonę i dziecko, z powodu jego złego stanu zdrowia (schizofrenia i depresja dwubiegunowa), od około 10 lat wspierał go finansowo. Przeważnie przekazywał mu raz w miesiącu kwotę ok 1.000 zł, ewentualne inne drobne kwoty na jego osobistą prośbę.

(dowód: zeznania świadka P. K. (2) – k. 744-747, zeznania świadka W. S. – k. 782-183, zeznania świadka M. B. (2) – k. 839)

Powód P. K. (1) w dalszym ciągu nie pracuje, utrzymuje się z renty socjalnej w wysokości 640 zł z tytułu umiarkowanego stopnia niepełnosprawności. Nadal jest leczony w zakresie schizofrenii i depresji dwubiegunowej. Po orzeczeniu rozvodu z żoną, na mocy postanowienia Sądu zobowiązany jest ponosić koszty utrzymania syna w wysokości 400 zł. Poza tym ponosi koszty „życia” jak inni ludzie. Obecnie mieszka wraz z matką. Otrzymuje od niej co miesiąc kwotę 200 zł.

(dowód: zeznania świadka P. K. (2) – k. 744-747, zeznania świadka W. S. – k. 782-183, zeznania świadka M. B. (2) – k. 839, wyrok Sądu Okręgowego w Olsztynie z dnia 30 czerwca 2015 r. w sprawie VI RC 321/15 – k. 25, orzeczenie o stopniu niepełnosprawności – k. 26-26v, zaświadczenie o hospitalizacji wraz z epikryzą - k. 27-28, decyzje Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w sprawie renty – k. 29-30)

Sąd zważył, co następuje:

W świetle ustalonych okoliczności faktycznych sprawy powództwo o zapłatę zadośćuczynienia i odszkodowania, a także renty z tytułu śmierci Z. K. (1) nie zasługiwało na uwzględnienie, albowiem pozwany wykazał, że Szpital (...) nie dopuścił się zawinionego błędu medycznego w trakcie stosowania procedur medycznych wobec Z. K. (1).

Przed przystąpieniem do merytorycznej oceny powództwa należy przede wszystkim wskazać, że Sąd nie jest związany podaną przez strony podstawą prawną roszczenia, dokonując samodzielnej oceny zgłoszonych roszczeń pod kątem prawnym w oparciu o przytoczone fakty. Podstawa faktyczna powództwa indywidualizuje żądanie i wyznacza jego granice, natomiast inna kwalifikacja prawna przedstawionego pod osąd roszczenia zgodnie z zasadą da mihi factum dabo tibi ius nie jest naruszeniem art. 321 k.p.c. (zob. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 18 sierpnia 2011r., sygn. akt I CSK 44/11, LEX nr 1164717).

W pierwszej kolejności należy podkreślić, iż w realiach niniejszej sprawy podstawę prawną odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanego jako ubezpieczyciela Szpitala stanowi przepis art. 471 k.c. w zw. z art. 474 i art. 822 k.c. Stosunek świadczenia zdrowotnego ma bowiem charakter zobowiązaniowy w związku z instytucją obligatoryjnego ubezpieczenia zdrowotnego, z którym wiąże się m. in. obowiązek świadczenia opieki zdrowotnej.

Świadczeniodawca usług z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego, jako kontrahent Narodowego Funduszu Zdrowia, ponosi odpowiedzialność cywilnoprawną w razie wyrządzenia pacjentowi szkody przy udzielaniu tych usług. Do jego odpowiedzialności stosuje się zatem reżim kontraktowy, co wynika z natury i charakteru zobowiązaniowego stosunku opieki zdrowotnej między świadczeniodawcą a pacjentem. Między pacjentem korzystającym z usług samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej a tym zakładem świadczącym określoną usługę dochodzi w drodze czynności konkludentnych do zawarcia umowy. Z reguły jest to umowa o świadczenie usług, do której – zgodnie z art. 750 k.c. – stosuje się odpowiednio przepisy o zleceniu. Lekarz, który faktycznie wykonuje zabieg lub świadczy inny rodzaj usługi, nie ponosi kontraktowej odpowiedzialności za jego skutki w stosunku do zamawiającego, tj. pacjenta zakładu opieki zdrowotnej. Z mocy art. 474 k.c. odpowiedzialność tę ponosi wyłącznie właściciel niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej lub wyposażony w osobowość prawną samodzielny zakład opieki zdrowotnej, który zawarł z pacjentem umowę o wykonanie zabiegu leczniczego. Lekarz i inny personel medyczny są osobami, którymi zakład opieki zdrowotnej się posługuje i za którą ponosi pełną odpowiedzialność jak za własne działania i zaniechania. Niejednokrotnie przecież pacjent nie wie nawet, jakie stosunki prawne łączą lekarza z zakładem opieki zdrowotnej i ma wówczas prawo sądzić, że zawiera umowę tylko z zakładem, a lekarz jest wykonawcą zobowiązań zakładu, w szczególności w sytuacji, gdy w relacjach z pacjentem występuje tylko zakład opieki zdrowotnej, np. stosując karty choroby lub leczenia szpitalnego z oznaczeniem tego właśnie zakładu.

Trzeba przy tym podkreślić, że Sąd Najwyższy dopuścił możliwość żądania zadośćuczynienia w ramach reżimu kontraktowego, pomimo iż służy ono wyrównaniu szkody o charakterze niemajątkowym. W wyroku z dnia 9 sierpnia 2005r. (sygn. akt IV CK 69/05, LEX nr 371781) stwierdzono, że przy pojmowaniu szkody każdego uszczerbku w dobrach prawem chronionych, w tym w dobrach o charakterze niemajątkowym, można rozważać także kontraktową odpowiedzialność za szkody niemajątkowe. Odnosi się to zwłaszcza do pewnych typów umów, w tym także umów o świadczenie usług medycznych. Natomiast bez znaczenia będzie, czy są to umowy kreujące zobowiązanie starannego działania, a nie zobowiązanie rezultatu. Tym samym w przypadku umów o świadczenie usług medycznych możliwe jest dochodzenie na podstawie przepisów o nienależytym wykonaniu zobowiązań także roszczeń za szkodę niemajątkową.

Zwrócić przy tym należy uwagę, iż umowa o świadczenie usług medycznych jest umową starannego działania, nie zaś umową rezultatu. Oznacza to, iż lekarzowi wykonującemu zabieg, czy stosującemu terapię leczniczą, nie można przypisać odpowiedzialności za brak osiągnięcia wyniku w postaci wyleczenia choroby, zlikwidowania dolegliwości bólowych, czy też poprawy stanu estetycznego.

Oczywistym jest, że do przyznania odszkodowania lub zadośćuczynienia czy też renty za doznaną krzywdę, rozumianą jako szkodę niemajątkową na osobie, spełnione być muszą podstawowe przesłanki pozwalające na przypisanie odpowiedzialności podmiotowi, która jest do jej naprawienia zobowiązana. Tym samym odpowiedzialność kontraktowa po stronie dłużnika powstanie, jeżeli spełnione zostaną łącznie następujące przesłanki:

- 1) niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania umownego;
- 2) szkoda majątkowa wierzyciela, która obejmuje rzeczywiście poniesioną stratę (*damnum emergens*) oraz utracone korzyści (*lucrum cessans*);
- 3) związek przyczynowy między niewykonaniem lub nienależytym wykonaniem zobowiązania umownego a szkodą wierzyciela (rozumiany jako normalne następstwo działania lub zaniechania, z którego szkoda wynika).

Wierzyciel dochodzący odszkodowania w określonej wysokości ma obowiązek wykazać wszystkie trzy powyższe okoliczności. Z tym, art. 471 k.c. wprowadza domniemanie, że niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania nastąpiło na skutek okoliczności, za które dłużnik ponosi odpowiedzialność. To zatem dłużnik chcąc uwolnić się od odpowiedzialności ma obowiązek wykazać, że zobowiązanie zostało wykonane zgodnie z umową albo, że niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania umownego jest następstwem okoliczności, za które on nie odpowiada.

Ponieważ odpowiedzialność placówki medycznej ma charakter kontraktowy to na niej z racji art. 471 k.c. ciąży obowiązek wykazania należytego wykonania umowy, a mianowicie, że swoje obowiązki wykonał z należytą

starannością. Umowa o świadczenie usług medycznych (za wyjątkiem prostych zabiegów dentystycznych czy medycyny estetycznej) – jak już wskazano wyżej - jest umową starannego działania, a nie rezultatu.

Do zawinionego błędu medycznego może dojść w wypadku winy diagnostycznej, terapeutycznej, rozpoznawczej czy wreszcie organizacyjnej w pracy placówki medycznej, przy czym z punktu widzenia odpowiedzialności cywilnej bez znaczenia jest rodzaj winy. W niniejszej sprawie powodowie zarzucali pozwanemu dwa rodzaje winy – o charakterze diagnostycznym i o charakterze terapeutycznym.

Konstrukcja winy diagnostycznej, polega bądź na mylnym stwierdzeniu nieistniejącej choroby, bądź na nierozpoznananiu rzeczywistej choroby pacjenta, co prowadzi do pogorszenia jego zdrowia. Wynika zwykle z wadliwych przesłanek, na których oparł się lekarz i wpływa negatywnie na cały dalszy proces leczenia, często rodząc nieodwracalne skutki. Rozpatrując kwestię odpowiedzialności za popełniony błąd diagnostyczny należy niewątpliwie ustalić, czy błędne rozpoznanie było usprawiedliwione występującymi objawami czy wynikało z przyczyn zawinionych przez lekarza. W orzecznictwie sądowym jako błąd diagnostyczny uznano zdiagnozowanie gruźlicy u pacjenta, podczas gdy cierpiał on na chorobę gośćcową, bądź też stwierdzenie nieistniejącej ciąży jedynie na podstawie badania USG, które mogło mieć – według opinii biegłych – tylko znaczenie pomocnicze. Za błąd diagnostyczny uznano również rozpoznanie u pacjentki złośliwego guza nerki, co doprowadziło do jej wycięcia i leczenia chemioterapią, podczas gdy pacjentka cierpiała na ksantomatyczne odmiedniczkowe zapalenie nerek. Błędem diagnostycznym będzie także niewłaściwa, z uwagi na niewykonanie badania KTG, decyzja lekarza o naturalnym porodzie pomimo istnienia bezwzględnych przesłanek do przeprowadzenia natychmiastowego cesarskiego cięcia (por.: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 marca 2002 r., sygn. akt V CKN 909/00, Prok. i Pr. – wkł. 2002/2/40; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 marca 2006 r., sygn. akt IV CSK 80/05, OSNC 2006/10/175; wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 8 lutego 2006 r., sygn. akt I ACa 1131/05, LEX nr 194522).

Natomiast konstrukcja winy terapeutycznej, polega na wyborze niewłaściwej metody lub wadliwego sposobu leczenia, nienależycie dokonanej operacji, poszerzenia pola operacyjnego bez takiej konieczności. Błędem terapeutycznym może być również podjęcie zabiegu operacyjnego mimo przeciwwskazań lekarskich. Przykładowo, lekarz ponosi odpowiedzialność za zaniechanie zbadania całego organizmu pacjenta przed operacją, co skutkowało niewykryciem skazy wysiękowej stanowiącej przeciwwskazanie dla operowania pola tarczycowego. Błędem terapeutycznym było również przepisanie pacjentce chorej na astmę pyralginy w postaci iniekcyjnej do zastosowania doustnie w domu, bez przewidzenia możliwości wystąpienia wstrząsu anafilaktycznego, co doprowadziło do śmierci pacjentki, która została pozbawiona natychmiastowej fachowej pomocy (por.: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 24 grudnia 1954 r., sygn. akt I C 1673/53; wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 27 października 2004 r., sygn. akt I ACa 575/04; PiM 2008/3/140143).

W związku z powyższym przesłanką odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej jest nie tylko staranność organizacyjna, ale także staranność wykonania czynności medycznych w ogóle. Zakład opieki zdrowotnej jest bowiem ze swej definicji zespołem osób, który działa na zasadzie podziału obowiązków i współpracy wielu podmiotów. Udzielanie świadczeń zdrowotnych powinno odbywać się na zasadzie świadczenia usług optymalnych. Obowiązkiem zakładu medycznego jest tym samym zarówno sprawne funkcjonowanie, właściwa organizacja, jak również świadczenie usług wysokiej jakości.

Powyzsze uwagi prowadzą do wniosku, że samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej ponosi odpowiedzialność za działania lub zaniechania lekarzy i zespołu medycznego, którym na podstawie umowy powierzył wykonanie zabiegu lub innej usługi medycznej.

Podstawową okolicznością, za którą pozwany szpital może ponieść odpowiedzialność jest – zgodnie z art. 472 k.c. – niezachowanie należytej staranności. Jednocześnie należy pamiętać, iż przepis art. 471 k.c. przewiduje domniemanie, że niewykonanie lub nienależyte wykonanie jest następstwem okoliczności, za które dłużnik ponosi odpowiedzialność, a więc okoliczności powstałych najczęściej z jego winy lub niedołożenia należytej staranności przez osoby, za które ponosi on odpowiedzialność. Dla zwolnienia się zatem od odpowiedzialności dłużnik winien obalić to domniemanie

przeciwdowodem, czyli poprzez wykazanie, że niewykonanie lub nienależyte wykonanie nastąpiło z przyczyn, za które nie ponosi odpowiedzialności. Aby ustalić powyższe oprócz zgromadzenia dokumentacji medycznej konieczne było przeprowadzenie dowodu z przesłuchania świadków i opinii biegłych.

Bezspornym jest, że w szpitalu, który posiadał umowę ubezpieczenia z pozwanym doszło do uszkodzenia jelita Z. K. (1), w wyniku przeprowadzonego badania kolonoskopii. Zagadnieniem, które wymagało rozstrzygnięcia była odpowiedź na pytanie czy było ono zawinione i czy dalsze procedury medyczne stosowane wobec tego pacjenta były prawidłowe.

Ustalając w tym zakresie stan faktyczny, Sąd dał wiarę przede wszystkim zeznaniom świadka P. W., lekarza, który w dniu 7 maja 2013 r. dokonywał przedmiotowego zabiegu. Wypowiedzi wymienionego były wyważone, konkretne, rzeczowe i szczegółowe, a co najważniejsze, znajdowały odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej. Sąd, mając bezpośredni kontakt ze świadkiem, uznał, że nie zachodzą w jego zeznaniach jakiegokolwiek rozbieżności czy niejasności, które mogłyby przemawiać na jego niekorzyść. Sąd nie dostrzegł też elementów mogących sugerować przedstawianie wydarzeń niezgodnie z ich rzeczywistym przebiegiem tylko po to, aby uchronić się przed ewentualną odpowiedzialnością związaną z dopuszczeniem się błędu w sztuce lekarskiej. Wymieniony podkreślił, że podczas wykonywania zabiegu, w odbytnicy badanego ujawniła się duża zmiana polipowo-guzowata, wypełniająca całe światło jelita. Uznając, że jest on zmianą nowotworową oraz znajduje się w tzw. bezpiecznej części jelita, postanowił ją usunąć. Dalej opisał cały zabieg oraz wskazał, że dopiero po jego przeprowadzeniu i wyjęciu polipa na zewnątrz okazało się, że wyrastał on z granicy połączenia odbytnicy z esicą, czyli miejsca gdzie może nastąpić perforacja. Usunięcie polipa spowodowało przedziurawienie przewodu esico-odbytniczego i powstanie na ścianie jelita dużego otworu rzędu 2-2,5cm. Dalej świadek zeznał, że od razu o podejrzeniach perforacji jelita zawiadomił lekarza Oddziału Wewnętrzny oraz samego pacjenta. Na prawdziwość powyższych twierdzeń świadczy zgromadzona w aktach sprawy dokumentacja medyczna oraz opinia biegłych – o czym szerzej poniżej - pozytywnie odnosząca się do reakcji lekarza na podejrzenie powstania perforacji. Po przewiezieniu Z. K. (1) na Oddział Wewnętrzny, świadek wskazał, że odwiedził go na sali, aczkolwiek było to dla niego trudne ponieważ „wiedział, że jest przyczyną tego nieszczęścia” (zeznania świadka – k. 748).

Za wiarygodne uznano również zeznania świadka – W. G. (2), J. C., J. P. i A. S. (1) lekarzy chirurgów, którzy mieli bezpośredni kontakt z pacjentem po przewiezieniu go na Oddział Wewnętrzny (...) szpitala oraz dwukrotnie na salę operacyjną. Podobnie jak w przypadku P. W. wymienieni zeznawali na okoliczności mające związek z procesem leczenia w pozwanym szpitalu, jednakże już na jego dalszym etapie, tj. etapie chirurgicznym. Świadczenie opisywali jakie badania i konkretne czynności medyczne były podejmowane wobec Z. K. (1). Opisując dwie operacje wskazali, że pierwsza z nich polegająca na odcinkowej resekcji jelita grubego, a następnie jego zespolenia została wykonana jeszcze tego samego dnia, po perforacji jelita – w dopuszczalnym medycznie czasie. Druga natomiast, która była skutkiem rozejścia się rany, w wyniku uporczywych odruchów wymiotnych, kaszlu i napięcia powłok brzusznych pacjenta została wykonana od razu po jej zobaczeniu w ciągu godziny dnia 10 maja 2013 r. Zeznania w/w świadków były jasne i treściowo pokrywające się. Świadczenie ci wskazali również, że faktycznie pierwsza z operacji została wykonana kilka godzin po perforacji jelita, co było spowodowane zajęciem sali operacyjnej, jednakże był to czas medycznie dopuszczalny, jak na tego rodzaju uszkodzenia. Jeśli chodzi o pierwszą z operacji najrozsądniejszym w ich ocenie było przeprowadzenie odcinkowej resekcji, zamiast chirurgicznego zaszycia otworu. Fakt rozejścia się rany pooperacyjnej argumentowali współlistniejącym sanem chorobowym pacjenta oraz czynnikami niezawinionymi takimi jak kaszel oraz wymioty, co potwierdzała opinia biegłych. Ponadto zgodnie wskazali, że po każdej z operacji pobrano płyny celem wykonania posiewu oraz, że podawano pacjentowi antybiotyki zgodnie z jego stanem. Natomiast dopiero po otrzymaniu wyników mikrobiologicznych dokonali ewentualnej zmiany bądź też kombinacji antybiotyków. Cały czas zlecali wykonywanie pacjentowi niezbędnych badań oraz monitorowali ogólny stan jego zdrowia, co potwierdziła szczegółowo zgromadzona dokumentacja medyczna. Ponadto generalnie wskazali, że Z. K. (1) nie skarżył się na złe samopoczucie, czy bóle, za wyjątkiem ostatniego dnia kiedy rodzina zdecydowała o przetransportowaniu do Wojewódzkiego (...) w O.. Tak podany opis w zakresie czynności dokonywanych przy chorym, pozostawał w zgodności z tym, co zostało umieszczone w historii choroby Z. K. (1).

Przy dokonywaniu ustaleń faktycznych w niniejszej sprawie, Sąd dał wiarę również zeznaniom świadków – E. C. (lekarz internista) oraz A. S. (2) (lekarz internista, diabetolog). Obie panie podczas zeznań wskazały, że przeprowadzono z nimi konsultacje lekarską odnośnie leczenia Z. K. (3). Pierwsza z nich potwierdziła przeprowadzenie badania RTG jamy brzusznej pacjenta, pod której kopułą gromadziło się powietrze oraz wskazała na brak potrzeby podania pacjentowi krwi, co odnotowano w karcie jego leczenia. Druga wskazała, że dopiero po drugiej operacji należało wprowadzić żywienie pozajelitowe chorego. Powyższe argumentowała, iż zasadą jest, że po operacji naprawczej zabiegu w którym nastąpiła perforacja jelita, pacjent jest poddawany głodówce. Organizm pacjenta nie był wyniszczony, ani nie tracił masy, wobec czego najrozsądniej i najbezpieczniej było poczekać z jego prowadzeniem. Poza tym taki okres nie uchybił ciągłości żywienia pacjenta i pracy jelit. Prawidłowość tego postępowania potwierdzili biegli w opiniach.

Natomiast niczego istotnego do rozstrzygnięcia sprawy nie wniosły natomiast zeznania świadka M. B. (3), lekarza szpitala w O.. Wskazał on, że na oddziale na jakim pracuje rocznie przebywa ok. 1.500 pacjentów i jeśli chodzi o Z. K. (1), to nie przypomina sobie jego przypadku. Wymieniony ostatecznie podał, że nie wie w ogóle, czego sprawa dotyczy.

Dla ustalenia stanu faktycznego nie okazały się pomocne zeznania świadka P. K. (2) w zakresie, w jakim wskazywał, że jego ojciec został przyjęty na oddział wewnętrzny, celem wykonania zabiegu w stanie ogólnym dobrym. Gdyby faktycznie tak było, nie potrzebna byłaby diagnostyka w postaci zabiegu kolonoskopii i to w warunkach szpitalnych, a nie ambulatoryjnych. Świadek ten – syn zmarłego być może nie miał pełnej informacji o rzeczywistym stanie zdrowia ojca. Jak sam podał, ojciec mówił mu, że „ma coś w jelitach”. Nie wspominał o krwawieniu z odbytu. Być może nie chciał martwić syna szczegółami swojej choroby, albo krępował się o tym mówić. Prezentował się jako osoba sprawna i dynamiczna. Pacjent jednak krwawił z dolnego odcinka przewodu pokarmowego. Przyjęto go do wykonania tego badania w systemie szpitalnym właśnie z uwagi na powagę stanu jego zdrowia. Powszechnie wiadomym jest, że powyższe może być objawem groźnej patologii chorobowej, np. choroby nowotworowej. Poza tym skierowany został właśnie z powodu podejrzenia polipów w odcinku jelita grubego. Zarzut niedopuszczalnego czasu oczekiwania na operację podniesiony podczas zeznań okazał się nietrafny chociażby w konfrontacji z powołanymi wyżej zeznaniami pozostałych świadków – lekarzy chirurgów i opinią biegłych. Tak samo jak próba zakwestionowania prawidłowości podawanych antybiotyków. Co prawda świadek z wykształcenia jest technologiem żywności, jednakże decydująca była tu opinia biegłych, o czym będzie jeszcze mowa poniżej. Fakt nie podawania przez lekarzy zbyt pochopnie tj. przed wynikiem kompleksowego badania mikrobiologicznego, bardzo silnych czy też niedostosowanych do schorzenia chorego antybiotyków, co mogło spowodować różnorodne niepożądane działania w organizmie pacjenta. Natomiast żaden z zeznających świadków nie zakwestionował prawidłowości działania antybiotyku zaproponowanego do podania choremu przez wymienionego. Mimo, że z medycznego punktu widzenia nie było przeciwwskazań do zmiany antybiotyku i skorzystania z tego zaproponowanego przez P. K. (2), zabraniały tego medyczne procedury obowiązujące w placówkach szpitalnych w Polsce, w tym również w szpitalu w G.. Co zaś tyczy się samej prawidłowości podawania Z. K. (2) antybiotyku, to zarówno dokumentacja medyczna, wypowiedzi lekarzy oraz opinie biegłych wskazywały, że podawano mu antybiotyk zgodny z jego stanem zdrowia oraz zgody z wynikami posiewów, czyli jednym słowem prawidłowy. Jeśli weźmie się pod uwagę rodzaj zabiegu, a dalej operacje jakie przeszedł chory, to niewątpliwie w ich wyniku – w szczególności następstwa perforacji odcinka jelita grubego – pojawiły się zaburzenia motoryki jelit. Nie można było zbyt szybko włączyć chorego do jedzenia, zaś na samym początku bezwzględnie należało zastosować wobec niego głodówkę. Świadek kwestionował dietę, żywienie i zbyt późne włączenie choremu jedzenia pozajelitowego, wskazując przy tym na jego osłabienie. Zeznający syn zmarłego mimo że ma wykształcenie pokrewne kierunkowe, nie jest jednak specjalistą w zakresie diabetologii (zmarły leczył się na cukrzyce). Tym samym, brak jego jakichkolwiek kwalifikacji w zakresie leczenia cukrzycy i jej powikłań, przemawia za uwzględnieniem w tym zakresie w całości zeznań w/w świadka – diabetologa/internisty. Nieprawidłowym zarzutem podczas jego zeznań było również niekonsultowanie się lekarzy prowadzących chorego z lekarzami innych specjalności oraz niepoddawanie chorego badaniom i należytej obserwacji. Nieprawidłowość tej tezy wyjawia treść kompletu dokumentacji medycznej, wskazania tam przeprowadzania kompleksowych badań, tj. badań podstawowych i badań dodatkowych określających stan jego zdrowia oraz opisu poszczególnych czynności lekarzy i pielęgniarek dokonywanych przy pacjencie.

Należało tym samym stwierdzić, że w większość zeznania tego świadka przedstawiły jego subiektywną oceną zastosowanego względem chorego – jego ojca leczenia, sugerującą jego nieprawidłowości. Jest to zrozumiałe z uwagi na stosunek emocjonalny do zdarzenia, ale podlega ocenie z punktu widzenia standardów medycznych ze strony biegłych specjalistów.

Z uwagi na to, że kwestia prawidłowości zastosowanych wobec Z. K. (1) przez personel medyczny pozwanego szpitala procedur leczniczych i diagnostycznych wymagała zasięgnięcia wiadomości specjalnych, Sąd dopuścił dowód z opinii zespołu dwóch biegłych specjalistów z zakresu medycyny sądowej i chirurgii T. I. i P. M.. Skorzystano też posiłkowo, na wniosek pełnomocnika powodów, z opinii pisemnej i uzupełniającej opinii pisemnej zespołu trzech biegłych z Wydziału Lekarskiego Katedry Medycyny Sądowej Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego im. P. we W. – B. Ś., P. S. i J. T. sporządzona w toku prowadzonego postępowania przygotowawczego w sprawie I Ds. 573/15, której wnioski okadzały się zbieżne z opinią wydaną w niniejszej sprawie.

Biegli opracowali opinię na podstawie obszernej dokumentacji medycznej obejmującej leczenie Z. K. (1) na oddziałach Szpitala (...) w okresie od dnia 6 maja 2013 r. do dnia 18 maja 2013 r. oraz częściowo w Wojewódzkim Szpitalu (...) w O.. Po analizie całości historii choroby wymienionej zarówno biegli, którzy zostali powołani w niniejszej sprawie, jak również biegli powołani w sprawie prowadzonego postępowania przygotowawczego, w każdej ze swych opinii - czy to pisemnych, pisemnych uzupełniających, czy też ustnych uzupełniających stwierdzili, że cały proces diagnostyczno-leczniczy podczas pobytu pacjenta w Szpitalu (...) Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w G. był prawidłowy.

Jeśli chodzi o pierwszy z zabiegów, tj. zabieg kolonoskopii biegli podkreślili, że każdorazowo podczas jego przeprowadzania nie jest możliwe dokładne ustalenie granicy pomiędzy odcinkiem esicy a odbytnicy jelita grubego z powodu jego elastycznej budowy, jak również ustalenia do jakiej głębokości sięga polip. Uszkodzenie ściany odbytnicy w trakcie zabiegu kolonoskopii, zwłaszcza przy współistniejących trudnościach nie było błędem medycznym popełnionym ze strony operatora. Powyższe jest bowiem tzw. ryzykiem operacyjnym. Natomiast sam zabieg kolonoskopii przeprowadzany w jelitach Z. K. (1) został wykonany w sposób typowy i prawidłowy, a wykonujący go lekarz zareagował prawidłowo na podejrzenie perforacji ściany jelita grubego.

Następnie jeśli chodzi o wykonane w dniach 7 maja 2013 r. oraz 10 maja 2013 r. operacje, biegli ocenili je jako przeprowadzone prawidłowo, bez trudności technicznych. Również wybór metody operacji odcinkowa resekcja był trafny - biorąc pod uwagę stan pacjenta i dalsze skutki, które mogłyby powstać przy wyborze alternatywnej formy operacji, tj. szycie otworu w jelicie. Sam sposób przeprowadzanie operacji także był prawidłowy. Co w tym miejscu należy podkreślić, to zdecydowanie szybka reakcja personelu medycznego na podejrzenie powstania perforacji jelita grubego u pacjenta. W dopuszczalnej granicy czasowej jego przeprowadzenia 6-12 godzin, operacja została przeprowadzona po około 4-5 godzinach od kolonoskopii, przy wcześniejszym zajęciu całego bloku operacyjnego. Co ponadto istotne to istnienie u pacjenta czynników mogących utrudniać proces gojenia zespolenia założonego w czasie, m.in. cukrzyca, która jak wiadomo utrudnione gojenie się ran, które z czasem może prowadzić do poważnych powikłań.

Odnosząc się do postępowania lekarzy oraz personelu medycznego Szpitala (...) oraz procedur medycznych przez nich stosowanych podczas całego pobytu Z. K. (1) w tym szpitalu oceniono zgodnie je, jako odpowiednie do jego stanu zdrowi i prawidłowe. W czasie całego pobytu pacjenta na oddziałach jego stan był cały czas monitorowany badaniami i obserwacjami klinicznymi oraz licznymi badaniami laboratoryjnymi. Prowadzono farmakologię odpowiednią do stanu pacjenta, w tym również antybiotykoterapię, modyfikowaną w oparciu o wyniki posiewów. Jak wyjaśnili biegli, prawidłowo zastosowano też antybiotykoterapię. Spadek poziomu prokalcytoniny – markera procesu zapalnego – w dniu 10 maja 2013 r. wskazywał na wygaszanie procesów zapalnych w organizmie i skuteczność pierwotnie podanego antybiotyku. W odpowiednim czasie zakwalifikowano go do leczenia żywieniowego oraz założono wkłucie centralne. Cały czas monitorowano poziomy glukozy we krwi i parametry ciśnienia tętniczego ze względu na współistniejące u

niego schorzenia internistyczne. Złożono mu również worek stomijny. Oczyszczano ranę oraz płukano jamę brzuszną przez dren. Dokonywano zmiany opatrunków, założono sondę żołądkową.

W ocenie Sądu opinia biegłych sporządzona na piśmie i uzupełniająco na rozprawie, zasługiwała w całości na uwzględnienie i mogła tym samym stanowić podstawę do czynienia wiążących ustaleń faktycznych w sprawie w zakresie prawidłowości procesu leczniczo-diagnostycznego. Opinia była przekonująca, jasna i spójna. Biegli przeanalizowali poprawność leczenia i czynności diagnostycznych w trakcie hospitalizacji Z. K. (1) w (...) szpitalu. Pozostawała w korelacji z wnioskami wyciągniętymi przez zespół biegłych powołanych przez Prokuraturę.

Z tych wszystkich względów Sąd oddalił wnioski powodów o dopuszczenie dowodu z opinii innych biegłych, w tym w szczególności onkologa oraz świadka S. S.. Powołani w sprawie biegli wyjaśnili ostatecznie, że opinia onkologa nic by tu nie zmieniła. Wykonuje on te same zabiegi co oni (k.1015v). Należy tu podkreślić, że wniosek o dopuszczenie opinii z zespołu tych właśnie biegłych (k. 860) został uwzględniony na wyraźne żądanie pełnomocnika powodów (k.881-882), który oprotestował wcześniejszą, poszerzoną tezę dowodową (k. 847). W tym kontekście jego późniejsze wnioski były spóźnione, szczególnie wniosek o dopuszczenie dowodu z zeznań świadka, który jak powodowie wskazali badał Z. K. (1) w początkowym okresie jego choroby, powyższe należało zdecydowanie zgłosić na początkowym etapie postępowania, a nie po ponad 3 latach jego prowadzenia. Jeśli chodzi o wniosek o dopuszczenie dowodu z opinii biegłych, to w ocenie Sądu był powoływany jedynie dla zwłoki i mógłby jedynie prowadzić do przewlekłości procesu. Pełnomocnik powodów nie wykazał przy tym aby sporządzona przez biegłych opinia była wadliwa, bądź obarczona takimi brakami, które ją dyskwalifikują.

Leczenie zastosowane wobec pacjenta podczas jego pobytu w szpitalu było zgodne z zasadami postępowania lekarskiego. Zgon pacjenta obciążanego poważnymi, samoistnymi schorzeniami, związany był z powikłaniami mieszczącymi się w ramach ryzyka operacyjnego. Poza tym postępowanie medyczne operacyjne i farmakologiczne zastosowane wobec pacjenta podczas jego pobytu w G. było zgodne z zasadami postępowania medycznego. Co prawda doszło do powikłań, jednak mieściły się one w granicach ryzyka operacyjnego, które niestety skutkowały jego zgonem.

Mając na uwadze zgromadzony w sprawie materiał dowodowy, w tym opinię biegłych lekarzy, Sąd stwierdził, że brak jest podstaw do przypisania odpowiedzialności pozwanemu. Strona pozwana w sprawie wykazała, że lekarzom Szpitala (...) nie można przypisać zawinonego działania lub zaniechania, sprzecznego z zasadami sztuki i wiedzy lekarskiej, świadczącego o niezachowaniu przez nich należytej staranności, jakiej przeciętnie wymaga się od osób zawodowo zajmujących się leczeniem i diagnostyką osób chorych. Wręcz przeciwnie wszystkie podejmowane przez nich czynności medyczne były adekwatne do wyników badań laboratoryjnych, stwierdzanych w trakcie badań fizykalnych objawów oraz rzeczywiście zgłaszanych przez samego chorego dolegliwości.

W tym miejscu jeszcze raz trzeba przypomnieć, że Z. K. (1) był osobą bardzo schorowaną, w podeszłym wieku, z licznymi schorzeniami internistycznymi, u której rozpoznano m.in. cukrzycę typu 2 skojarzoną z otyłością. Współwystępowanie chorób przewlekłych, do których należy cukrzyca, istotnie wpływa na przebieg leczenia, w tym gojenia się ran pooperacyjnych i pogarsza rokowanie co do przeżycia. Jak wykazało postępowanie dowodowe, do przerwania jelita Z. K. (1) podczas usuwania polipa doszło na skutek niezawinionych działań operatora, dalsze leczenie, w tym operacje – wbrew zarzutom powodów – były wykonywane prawidłowo. Generalnie rzecz biorąc, zawsze zabieg kolonoskopii, wiąże się z pewnym rodzajem ryzykiem powikłań, które w niniejszym wypadku niestety wystąpiły.

Należy podkreślić, że nie każdy przypadek śmierci czy też wystąpienia powikłania u pacjenta jest równoważny z błędem w sztuce lekarskiej. Szpital nie odpowiada wobec pacjenta na zasadzie ryzyka, a na zasadzie należytej staranności. Należyta staranność to, zgodnie z przepisami k.c. (art. 355 k.c.) staranność ogólnie wymagana w stosunkach danego rodzaju. Od lekarza wymaga się jednak staranności podwyższonej, dalej idącej niż przeciętna z uwagi na profesjonalny charakter jego działań i ich przedmiot - zdrowie i życie ludzkie. Czasami zdarza się, że na efektywność procesu leczniczego nakładają się inne przyczyny, na które lekarz – mimo dołożenia należytej staranności i właściwej reakcji – nie ma wpływu. Śmierć pana Z. K. (1) z całą pewnością była nieszczęściem dla jego najbliższych. Należy jednak odróżnić

nieszczęście od bezprawia. Nie każde zdarzenie powodujące szkodę lub krzywdę rodzi obowiązek ich naprawienia. Jedynie wówczas gdy podmiotowi obowiązanemu można przypisać niewłaściwe działanie lub zaniechanie, powstałe z winy umyślnej lub niedbalstwa, rodzi się obowiązek odszkodowawczy.

Dowody zebrane w tej sprawie nie wykazały aby można zarzucić lekarzom Szpitala (...), że ich sposób działania charakteryzował się niestarannością i doprowadził do śmierci pacjenta. W ocenie Sądu w niniejszej sprawie pozwany uwolnił się od odpowiedzialności, ze względu na wykazanie braku winy szpitala podczas leczenia pacjenta oraz że nie odpowiada on za jego śmierć. Powyższe spowodowało zatem oddalenie powództwa w całości, o czym orzeczono w pkt I sentencji wyroku. W tej sytuacji, skoro sama kwestia zasady odpowiedzialności pozwanego upadła, zbędne było odnoszenie się do zasadności żądania wysokości zadośćuczynienia, odszkodowania oraz renty.

Z uwagi na ocenę sytuacji majątkowej powodów dokonaną podczas orzekania o zwolnieniu ich od kosztów sądowych, jak również subiektywne przeświadczenie o zasadności wytoczonego powództwa, Sąd uznając, że w niniejszej sprawie zachodzi wypadek szczególnie uzasadniony, na podstawie art. 102 k.p.c., nie obciążył powodów kosztami procesu na rzecz strony pozwanej, o czym orzekł w pkt II sentencji wyroku.