

Sygn. akt I C 2934/14

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 21 grudnia 2016 roku

Sąd Okręgowy w Płocku I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący:	SSO Łukasz Wilkowski
Protokolant:	st. sekr. sądowy Justyna Wieteska

po rozpoznaniu w dniu 12 grudnia 2016 roku w Płocku na rozprawie

sprawy z powództwa J. R.

przeciwko (...)Szpitalowi (...) w P. Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej z siedzibą w P.

o zadośćuczynienie w kwocie 250.000,00 zł

I. oddała powództwo;

II. przyznaje na rzecz adw. J. P., prowadzącego Kancelarię Adwokacką w P., z sum budżetowych Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Płocku kwotę 8.856,00 zł (osiem tysięcy osiemset pięćdziesiąt sześć złotych), w tym podatek VAT, tytułem wynagrodzenia za sprawowanie zastępstwa prawnego powoda z urzędu w niniejszym procesie;

III. odstępuje od obciążania powoda obowiązkiem zwrotu kosztów procesu pozwanemu oraz Skarbowi Państwa.

**Sygn. akt I C 2934/14**

## UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 16 grudnia 2014 r. skierowanym przeciwko (...) Szpitalowi (...) w P. do Sądu Okręgowego w Płocku powód J. R. wniósł o zasądzenie od pozwanego na jego rzecz kwotę 100.000,00 zł z odsetkami ustawowymi od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty oraz zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kosztów postępowania według norm przepisanych. W uzasadnieniu wskazał, iż po konsultacji lekarskiej w dniu 16 sierpnia 2012 r. otrzymał skierowanie na oddział chirurgiczny pozwanego z rozpoznaniem krwawienia z odbytu. Po wykonaniu badania IP per rectrum i morfologii krwi, u powoda wykryto żylaki odbytu. Jednakże nie został on przyjęty na oddział szpitalny pozwanego i została mu wyznaczona data badania kolonoskopijnego na dzień 21 września 2012 r. W dniu 27 sierpnia 2012 r. ponownie udał się do pozwanego z identycznymi objawami krwawienia i nie został przyjęty na oddział. W dniu 29 sierpnia 2012 r. udał się do Szpitala (...) w P. z dolegliwością krwawienia z odbytu, skąd został skierowany do placówki pozwanego, gdzie ponownie nie przyjęto go na oddział. W dniu 2 listopada 2012 r. przeszedł badanie kolonoskopii w Szpitalu (...) w P., podczas którego zdiagnozowano u niego trzy polipy i skierowano go do pozwanego na zabieg usunięcia polipów, gdzie wyznaczono termin na dzień 20 stycznia 2013 roku. Podczas przyjęcia do pozwanego szpitala w dniu 20 stycznia 2013 r., nie wykonano żadnych badań wstępnych ani oględzin pacjenta. Wykonano zabieg 21 stycznia 2013 r. i wypisano powoda 23 stycznia 2013 r. informując go, że krwawienie może dalej występować oraz że powód może wrócić do pracy. Po powrocie do domu krwawienie nadal się utrzymywało, jednakże informacje lekarzy

uspokoili go. W dniu 25 stycznia 2013 r. ponownie udał się do pozwanego z objawami krwawienia z odbytu. Lekarz zlecił badania krwi powoda. W trakcie oczekiwania na wynik, powód stracił przytomność. Po przebudzeniu się na SOR lekarz poinformował powoda, że ten miał zawał serca i był reanimowany. Wykonano u powoda kolejną kolonoskopię, podczas której założono klipsy, których zdaniem powoda nie umieszczono podczas operacji. W dniu 29 stycznia 2013 r. miała miejsce konsultacja kardiologiczna powoda, a dnia następnego wypisano go do domu. W dniu 18 lutego 2013 r. lekarz rodzinny skierował powoda na badanie krwi, którego wynik był niekorzystny. W szpitalu w W. w dniu 20 lutego 2013 r. wykonano u powoda badanie EKG, w którym rozpoznano ostry zawał serca, owrzodzenie aorty. Powód otrzymał skierowanie do szpitala, na podstawie którego odbył konsultacje w (...) Szpitalu (...) (...) z jednoczesnym wykonaniem badań powoda. Otrzymał następnie skierowanie do szpitala. W dniu 25 lutego 2013 r. po konsultacji lekarskiej w W. otrzymał skierowanie na oddział kardiologii zachowawczej na dzień 26 maja 2013 r. W ocenie powoda niewłaściwie prowadzone wobec niego leczenie, a przede wszystkim opóźnienie w przeprowadzeniu zabiegu usunięcia polipów, brak należytej opieki polegający na nieudzieleniu mu natychmiastowej pomocy w dniu 25 stycznia 2013 roku, niezbadaniu mu ciśnienia przed zabiegiem operacyjnym, jak również po jego wykonaniu, skutkowało utratą znacznej ilości krwi z organizmu prowadzącej w efekcie do omdlenia oraz zaburzeń w pracy serca. Jednocześnie zaniechano uzupełnienia ilości krwi w organizmie, a przeprowadzona akcja reanimacyjna spowodowała u niego owrzodzenie aorty. Długotrwałe leczenie skutkowało nie tylko koniecznością przebywania na zwolnieniach lekarskich, a tym samym utratą części wynagrodzenia, które po opuszczeniu szpitala wypłacane było w 80%. Jednocześnie utrzymujący się stan bólowy, jak również zauważone przez niego objawy w postaci krwawienia z odbytu powodowały niedogodności, których długość występowania była nieuzasadniona, a spowodowała ją odmowa natychmiastowego przyjęcia do szpitala pomimo skierowania z dnia 16 sierpnia 2012 roku. Po opuszczeniu szpitala w styczniu 2013r był bardzo osłabiony, wymagał stałej pomocy drugiej osoby przy podstawowych czynnościach życiowych. Stąd też domaga się odszkodowania oraz zadośćuczynienia za doznaną krzywdę (pozew k. 2 – 6).

Pozwany (...) Szpital (...) w P. w odpowiedzi na pozew z dnia 20 lutego 2015 roku wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. W uzasadnieniu wskazał, iż u powoda w dniu 16 sierpnia 2012 roku stwierdzono po konsultacji w pozwanym szpitalu hemoroidy, brak oznak krwi na stolcu oraz brak krwawienia z przewodu pokarmowego. Podał, że nie było tego dnia wskazań do przyjęcia powoda w trybie pilnym na oddział chirurgii. Wyznaczono powodowi termin badania kolonoskopii na dzień 21 września 2012 r w trybie pilnym z terminem oczekiwania 5 tygodni, a nie kilka miesięcy, jak ma to miejsce standardowo. Powód zdaniem pozwanego chciał wymusić przyjęcie na oddział chirurgiczny po wizytach w dniach 27 i 28 sierpnia 2012 r. tłumacząc się wyjazdem zagranicznym. Pozwany podał, że powód nie stawiał się na badanie w dniu 21 września 2012 r. i wyjechał za granicę, nie informując szpitala o swojej nieobecności. Ponadto pozwany podał, że w dniu przyjęcia powoda na oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologii w dniu 20 stycznia 2013 r. powodowi wykonano badania laboratoryjne, EKG, zmierzono temperaturę, tętno, czynności serca oraz badanie per rectum. Zlecono podanie powodowi leku na przeczyszczenie. W dniu 21 stycznia 2013 roku pacjent został zbadany przez anestezjologa, przy okazji było badane ciśnienie tętnicze. Powód podpisał zgodę na leczenie kolonoskopią i był poinformowany o powikłaniach. Wykonano zabieg polipektomii, następnie przekazano powoda na salę pooperacyjną, prawidłowo wybudzono, a w dniu 23 stycznia 2012 roku wypisano. W dniu 25 stycznia 2013 r. powód ponownie przybył do szpitala, informując o krwawieniu z odbytu. Został przejęty na SOR. Zostały przeprowadzone badania EKG, poziom troponiny oraz pomiar RR tętna i saturacji. Dodatkowo zlecono badania laboratoryjne, w tym morfologię i układ krzepnięcia. Tego dnia powód miał chwilowe omdlenie, z wykluczeniem ostrego zespołu wieńcowego, bez objawów stenokardialnych z RR 140/80, tętno 74/min, z pełnym kontaktem logicznym, następnie z zaleceniem planowanej konsultacji kardiologicznej został przekazany do oddziału chirurgicznego. Tam zlecono płynoterapię, zarezerwowano krew i zbadano stolec powoda, który był krwisty. Powód przeszedł także zabieg kolonoskopii, podczas której założono dwa klipsy hemostatyczne na szypule odciętego polipa. Nie wymagane było przetaczanie krwi. W dniu 30 stycznia 2013 r. został wypisany ze szpitala. Powód otrzymał zwolnienie lekarskie od dnia 25 stycznia 2013 r. do dnia 4 lutego 2013 r. dlatego nieprawdziwe jest jego twierdzenie, iż mógł podjąć wówczas pracę. Następnie powód odebrał w dniu 11 lutego 2013 r. wyniki histopatologiczne, które stwierdziły występowanie gruczolaków cewkowych u powoda. Zdaniem pozwanego, powód znajdował się w grupie podwyższonego ryzyka krwawienia po polipektomii endoskopowej. Wskazał, że poprzez działanie pracowników szpitala, uratowano powoda przed możliwym rozwojem

nowotworu jelita grubego i innymi powikłaniami. Pozwany podkreślił, że przedmiotowa sprawa była przedmiotem postępowania przed Wojewódzką Komisją do spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w W., które zostało umorzone na wniosek powoda. W toku postępowania biegły powołany przez komisję stwierdził brak zastrzeżeń co do postępowania diagnostyczno – leczniczego u pozwanego, w związku z osobą powoda oraz że były podstawy do przetoczenia krwi powoda. Pozwany jednak podał, że taka potrzeba nie zachodziła, w związku z mogącym wystąpić zakażeniem bakteriami oraz wirusami (odpowieź na pozew k. 60-67 v)

W piśmie procesowym z dnia 27 kwietnia 2015 r. powód zmodyfikował żądanie i wniósł o zasądzenie od pozwanego na jego rzecz kwoty 250.000,00 zł tytułem zadośćuczynienia (k.138).

Na rozprawie w dniu 29 czerwca 2016 r. pełnomocnik powoda oświadczył, że roszczenie z pozwu dotyczy pobytów w pozwanym szpitalu w 2013 r. i uszkodzenia żyły podczas tego okresu (oświadczenie pełnomocnika powoda, protokół z rozprawy z dnia 29 czerwca 2016 r., czas adnotacji 01:01:42, k.149)

Do końca procesu strony nie zmieniły swoich stanowisk.

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

J. R. w dniu 16 sierpnia 2012 r., po przyjeździe z delegacji, zgłosił się do lekarza rodzinnego, z dolegliwością w postaci krwawienia z odbytu. Lekarz wystawił mu skierowanie do szpitala na oddział chirurgii z rozpoznaniem „krwawienie z odbytu (żywa krew) do diagnostyki” (skierowanie - k.8, przesłuchanie powoda - protokół rozprawy z dnia 29 czerwca 2015 r. - 00:05:13).

Powód udał się do pozwanego i został przyjęty do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, gdzie był konsultowany przez chirurga dr Ł. M.. Został zbadany i wykonano mu badanie morfologii. W wywiadzie wskazał lekarzowi, iż od dwóch tygodni rano po oddaniu stolca na papierze toaletowym obserwuje ślady świeżej krwi. W badaniu per rectum stwierdzono guzki krwawnicze III stopnia bez cech krwawienia z przewodu pokarmowego. Wobec braku wskazań do przejęcia na oddział w trybie pilnym wypisano go do domu. Jednocześnie został zapisany w trybie pilnym na badanie kolonoskopi na dzień 21 września 2012 r. godz. 7.30 i udzielono mu wskazówek dotyczących przygotowania do tego badania (karta pacjenta - k. 7-7verte, wyniki - k.81, przesłuchanie powoda, protokół z rozprawy z dnia 29 czerwca 2015 r. - 05:13).

W związku z tym, iż nadal pojawiało się krwawienie w dniu 27 sierpnia 2012 r. powód ponownie zgłosił się na Szpitalny Oddział Ratunkowy pozwanego szpitala. Tym razem był konsultowany przez lekarza J. B., która to zleciła mu wykonanie badania morfologii. Wynik tego badania był w normie. Wynik badania per rectum nie wykazał cech krwawienia. Przeprowadzono konsultację z lekarzem oddziału chirurgicznego i nie stwierdzono podstaw do przyjęcia powoda na oddział. Został ponownie wypisany do domu (karta pacjenta - k. 9, wynik - k. 9a, częściowo przesłuchanie powoda - protokół z rozprawy z dnia 29 czerwca 2015 r. - 07:44).

29 sierpnia 2012 roku powód udał się do Szpitala (...) w P. na Izbę Przyjęć Oddziału Chorób Wewnętrznych, gdzie został zbadany przez lek. J. F.. Ten wystawił mu skierowanie na oddział chirurgii pozwanego szpitala z rozpoznaniem nasilające się krwawienie z dolnego odcinka przewodu pokarmowego. W skierowaniu wskazał, iż pacjent podał, że ma codzienne obfite krwawienie z odbytu od 3 tygodni. W baniu per rectum lekarz ponownie nie stwierdził obecności krwi. Z w/w skierowaniem powód udał się do na Szpitalny Oddział Ratunkowy pozwanego szpitala. Tam był konsultowany przez specjalistę chirurga S. G., który to również w badaniu per rectum nie stwierdził cech krwawienia. Jednocześnie wskazał on, iż pacjent kwalifikuje się do leczenia operacyjnego po kolonoskopi (skierowanie - k. 11, karta pacjenta - k. 10, częściowo przesłuchanie powoda - protokół z rozprawy z dnia 29 czerwca 2015 r. - 07:44).

J. R. nie stawiał się na zaplanowaną kolonoskopię w dniu 21 września 2012 r. z powodu wyjazdu do pracy. Powód w tym czasie pracował, jako operator dźwigu i miał kontrakt na budowę wiatraka w G. i nie miał możliwości przyjazdu na badanie do P. (przesłuchanie powoda - protokół z rozprawy z dnia 29 czerwca 2015 r. - 09:35).

Powód dowiedział się, iż badania kolonoskopi wykonywane są w Szpitalu (...) w P. i zapisał się na takie badanie na dzień 2 listopada 2012 roku i tego dnia badanie takie zostało przeprowadzone w tej placówce medycznej. W badaniu tym stwierdzono u powoda trzy polipy kwalifikujące się do polipektomii endoskopowej. W związku z powyższym tego dnia powód otrzymał skierowanie ze Szpitala św. Trójcy w P. do pozwanego szpitala z rozpoznaniem: polipy jelita grubego i udał się do szpitala i uzgodnił termin przyjęcia na oddział na dzień 20 stycznia 2013 roku (karta badania endoskopowego - k. 13, skierowanie - k. 12, przesłuchanie powoda - protokół z rozprawy z dnia 29 czerwca 2015 r. - 12:42).

W dniu 20 stycznia 2013 r. w godzinach porannych powód przyjechał do pozwanego szpitala i został przyjęty na I Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej z rozpoznaniem trzech polipów okrężnicy oraz nadciśnieniem tętniczym. Powód został zbadany przez lekarza przyjmującego go na oddział specjalistę chirurga M. O.. Dokonano pomiaru jego tętna (72/min). Wykonano badanie per rectum, które wykazało: bańka odbytnicy pusta. Tego dnia wykonano mu badania krwi, w tym morfologię oraz układ krzepnięcia, a także badanie EKG. Tego dnia powód zapoznał się również i wypełnił obowiązujący u pozwanego druk informacja dla pacjenta i wywiad lekarski pod kątem znieczulenia do zabiegu operacyjnego. Powód został również zapoznany z obowiązującą u pozwanego ulotką informacyjną o kolonoskopii i podpisał zgodę na ten zabieg (historia choroby - k. 85, indywidualna karta zaleceń lekarskich - k. 89, wynik badań krwi - k. 92, skala oceny odżywiania - k. 97, wynik badania EKG - k. 98 - 99, informacja - k. 95 - 96, ulotka - k. 72).

Następnego dnia tj. 21 stycznia 2013 roku wykonano u powoda pod znieczuleniem zabieg endoskopowego wycięcia polipa jelita grubego. Zabieg ten wykonał lekarz P. K.. W trakcie tego zabiegu chirurg usunął trzy polipy, jeden 15 mm, drugi 10 mm i trzeci 25 mm. W przypadku dwóch pierwszych po ich usunięciu wystąpiło sączące aktywne krwawienie, w związku z czym zostały założone klipsy hemostatyczne, które je zatamowały. W przypadku trzeciego nie wystąpiło krwawienie po zabiegu. Lekarz zastosował w tym przypadku technikę polegającą na ostrzyknięciu podstawy polipa solą fizjologiczną w celu zapobiegnięcia krwawieniu. Rzeczywiście po odcięciu polipa krwawienie nie wystąpiło, a zatem brak było w ocenie lekarza wykonującego zabieg podstaw do profilaktycznego zakładania klipsów. Pacjent po zabiegu został przekazany na oddział bez krwawienia. Dalszy przebieg hospitalizacji przebiegł bez powikłań i powód w dniu 23 stycznia 2013 roku został wypisany z oddziału do domu z zaleceniem; dieta lekkostrawna, zgłosić się za 3 tyg. po wynik badania histologiczno - patologicznego (karta badania - k. 88, zeznania świadka P. K. - k. 324 - 24:39, 325 - 34:57, karta informacyjna - k. 87, dalsza dok. medyczna - k. 89 - 1, 93 - 94, 100).

Rankiem w dniu 25 stycznia 2013 r. powód zauważył w domu krwawienie z odbytu w związku z tym udał się o godzinie 6.30 na oddział chirurgii pozwanego szpitala, na którym miał przeprowadzany wcześniejszy zabieg. Spotkał tam dr M. B. i poinformował go, iż ma krwawienie. Ten kazał mu poczekać poza oddziałem. Powiedział, że zajmie się nim po obchodzie. Po obchodzie powód sam udał się do jego gabinetu i ten podjął decyzję, że go przyjmie na terenie przychodni. Następnie zszedł z nim z oddziału na teren przychodni i tam zbadał go i stwierdził, że wszystko jest dobrze i wypisał skierowanie na badania krwi - morfologię oraz układ krzepnięcia. Badania te przeprowadzono o godz. 09.00 (przesłuchanie powoda - protokół rozprawy z dnia 29 czerwca 2015 roku - 19:11, zeznania świadka A. R. - k. 301 - 01:16:58).

Następnie powód czekał na wyniki tych badań na korytarzu szpitalnym i tam zemdlął. W tym czasie miał on zachowany oddech i krążenie. Nie był poddany zabiegowi resuscytacji, bo nie było do niego wskazań. Powód początkowo utracił świadomość, ale po położeniu go na płaskiej powierzchni i uniesieniu kończyn w celu centralizacji odzyskał świadomość. O powyższym zdarzeniu został poinformowany dr P. M., który jest zastępcą ordynatora Szpitalnego Oddziału Ratunkowego i tego dnia był na oddziale. Po tym, jak poinformowano go o zdarzeniu i ustaleniu, iż powód odzyskał świadomość skontaktował się on telefonicznie z dr. B., bowiem zobaczył jego wpis w dokumentacji pacjenta. Od niego dowiedział się, że powód zgłosił się tego dnia z objawami krwawienia z dolnego odcinka przewodu pokarmowego i że są to powikłania po polipektomii. O krwawieniu dowiedział się również od pacjenta, którego znał prywatnie wcześniej. Nie mówił on ani powodowi, ani jego żonie, że był on reanimowany. Powód był w tym czasie monitorowany na sali intensywnego nadzoru, był podłączony do monitorów i miał monitorowane ciśnienie i tętno. Wykonano badania krwi oraz EKG, a następnie przekazano pacjenta do I Oddziału Chirurgicznego. Przeprowadzono

również konsultację internistyczną, która wykluczyła zawał serca. Uzyskano wynik badania troponiny na poziomie 19,45 ng/l, przy górnej granicy wynoszącej 14 ng/l. Zaplanowano jednakże konsultację kardiologiczną z uwagi na zmiany w EKG. (zeznania świadka P. M. - k. 303 - 304 - 01:51:20, karta pacjenta - k. 114, wyniki - k. 117, historia choroby - k. 121).

Po przekazaniu na oddział chirurgii powód w trybie pilnym miał ponownie wykonany zabieg kolonoskopii, tym razem w postaci endoskopowego opanowania krwotoku z jelita grubego. Zabieg ten wykonano bez znieczulenia z uwagi na jego nieplanowany charakter. Przeprowadził go ponownie P. K.. W jego trakcie zostały założone dodatkowe dwa klipsy hemostatyczne w miejscu w którym znajdował się trzeci z usuniętych pierwotnie polipów. Po zabiegu powód przebywał na oddziale do dnia 30 stycznia 2013 roku. Pobyt przebiegł bez komplikacji. W tym czasie w dniu 29 stycznia 2013 roku miała miejsce konsultacja kardiologiczna powoda, którą wykonał lek. P. D.. Nie było wskazań do przeniesienia powoda na oddział kardiologiczny. Nie było zaburzeń pracy serca, pacjent nie zgłaszał dolegliwości. Jedynie ze względu na ujemne załamki (...) w badaniu odcinków V5 i V6 zlecił wykonanie kontrolnego badania echa serca w warunkach ambulatoryjnych (karta badania - k. 115, historia choroby - k. 121, zeznania świadka P. K. - k. 324 - 27:11, 325 - 33:37, P. D. - k. 323 - 07:56, 09:43, karta indywidualnej pielęgnacji - k. 112).

Po opuszczeniu szpitala powód źle się czuł. W lutym udał się do W. na konsultację u lekarza specjalisty z zakresu rehabilitacji medycznej Z. M. z powodu bólów pleców. Podczas tej wizyty lekarz z uwagi na wywiad przeprowadzony z pacjentem powziął wątpliwości, co do tego, czy bóle powoda są tylko bólami kręgosłupa. Lekarz zleciła przeprowadzenie badania EKG, które wykonano tego samego dnia. Z opisu specjalisty kardiologa wynikało, iż nie można wykluczyć świeżego niedokrwienia mięśnia sercowego i w związku z powyższym zalecono, iż w przypadku braku możliwości pogłębienia diagnostyki w placówce lekarz powinien skierować powoda do szpitala. W związku z powyższym Z. M. wypisała powodowi skierowanie do szpitala na SOR lub Oddział Kardiologii z rozpoznaniem ostrego zawału serca. Chciała nawet wezwać karetkę, ale powód powiedział, że żona zawiezie go do szpitala (wynik badania EKG - k. 40, skierowanie do szpitala - k. 39, zeznania świadka Z. M. -k. 298 - 299 - 34:12, 36:55).

Powód udał się do (...) w W. na ul. (...). Tam wykonano mu badanie echokardografii i zdecydowano o skierowaniu go na konsultację do przyjęcia do szpitala w celu diagnostyki i ewentualnego leczenia pod kątem niedokrwienia mięśnia serca. Od tego czasu powód rozpoczął regularne leczenie w tej placówce medycznej. Również lekarze z tego szpitala wykluczyli u powoda zawał serca. Rozpoznano natomiast u powoda dwupłatową zastawkę aortalną z cechami małej stenozы i umiarkowanej niedomykalności, poszerzenie aorty wstępującej, dyslipidemię, nadciśnienie tętnicze, hiperurykemię, hipokalcemię. Powód cały czas znajduje się pod opieką lekarzy kardiologów z tego szpitala (przesłuchanie powoda - protokół rozprawy z dnia 29 czerwca 2015 roku - 31:03 - 38:12, 45:26 - 50:09, karta obserwacji - k. 38, wynik badania - k. 37v, skierowanie - k. 37, dokumentacja medyczna - k. 168 - 181).

W dniu 14 czerwca 2013 roku powód zgłosił wniosek do Wojewódzkiej Komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych w W. o ustalenie zdarzenia medycznego, którego podstawę stanowił proces leczenia powoda w pozwanym szpitalu w okresie od 16 sierpnia 2012 roku do 30 stycznia 2013 roku. Pismem z dnia 03 listopada 2014 roku powód cofnął swój wniosek, w związku z powyższym postanowieniem z dnia 06 listopada 2014 roku postępowanie to zostało umorzone (dokumentacja Wojewódzkiej Komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych w W. - k. 192 - 280) .

Postępowanie medyczne prowadzone wobec powoda w pozwanym szpitalu było prawidłowe. Prawidłowo zakwalifikowana początkowo powoda do planowej diagnostyki endoskopowej i wyznaczono termin oczekiwania na badanie kolonoskopii za 5 tygodni, który to termin, jak na polskie warunki był bardzo krótki. Nie było wskazań do pilnego wykonania tego badania. Zabieg usunięcia polipów został przeprowadzony zgodnie ze standardami wiedzy i sztuki medycznej. Okres oczekiwania na ten zabieg również w tym przypadku był krótki, jak na warunki polskie. Przygotowanie do zabiegu było wykonane w sposób standardowy. Postępowanie lekarzy podczas zabiegu i po zabiegu w dniu 21 stycznia 2013 roku cechowało się dużą starannością i ostrożnością. Dalsze leczenie po krwawieniu w dniu 25 stycznia 2013 roku również było prawidłowe. Nie było w tym przypadku wskazań medycznych do przetaczania krwi. Powód nie był tam reanimowany. Zmiany w zapisie EKG sugerujące niedokrwienie lub zawał serca były wieloznaczne, zaś wykonana później koronografia wykluczyła zmiany w tętnicach wieńcowych, które mogły odpowiadać za zawał

serca, w badaniach echokardiograficznych nie opisywano bowiem odcinkowych zaburzeń kurczliwości, które mogłyby sugerować przebyty zawał serca. Rozpoznane później owrządzenie łuku aorty oraz poszerzenie aorty wstępującej są przypadkowe i nie pozostają one w związku z przeprowadzonym zabiegiem polipektomii, zaopatrzeniem krwawienia z dolnego odcinka przewodu pokarmowego oraz omdleniem przy przyjęciu do szpitala w dniu 25 stycznia 2013 roku. Czas oczekiwania na przyjęcie na SOR w dniu 25 stycznia 2013 roku nie był nadmiernie długi biorąc pod uwagę stan zdrowia powoda i jego wyniki badań (opinia biegłych kardiologa i chirurga - k. 341 - 346, k. 361 - 363).

Powód pracował przed 20 stycznia 2013 r. jako operator dźwigu. Otrzymywał wynagrodzenie w kwocie od 7.000,00 zł do 10.000,00 zł W chwili obecnej przebywa na świadczeniu rentowym w kwocie 1.700,00 zł miesięcznie. Bierze leki od ciśnienia (V.) (zeznania świadka A. R., protokół z rozprawy z dnia 7 września 2015 r., czas adnotacji 01:36:31, 01:44:44, k.302)

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił w oparciu o wskazane dokumenty i kserokopie dokumentów. Ponadto, częściowo na podstawie przesłuchania powoda oraz zeznań świadków A. R., M. M. (1), P. S. oraz na podstawie całościowych zeznań A. C., E. W., Z. M., P. G., M. M. (2), P. M., P. D., P. K..

Zeznania świadków A. C. (k. 297 - 298), E. W. (k. 298) oraz P. G. (k. 299 - 300) nie stanowiły podstawy ustaleń faktycznych w sprawie niniejszej. W/w świadkowie nie uczestniczyli w procesie leczenia powoda i nie znali go, nie mieli z nim w ogóle styczności. Stąd też nie mogli oni nic powiedzieć na temat leczenia powoda i jego skutków. Z kolei ich twierdzenia teoretyczne dotyczące podobnych przypadków, jak powoda nie mogły stanowić podstawy ustaleń faktycznych, albowiem w tym zakresie świadek wchodzi w kompetencje biegłego.

Jeżeli chodzi o zeznania pozostałych świadków, to co do zasady Sąd dał im wiarę z pewnymi wyjątkami o czym niżej, aczkolwiek zeznania świadków M. M. (1) i P. S. również nie stanowiły podstawy ustaleń faktycznych.

Sąd odmówił wiary twierdzeniom powoda, iż w dniu 16 sierpnia 2012 roku oraz 29 sierpnia 2012 roku był badany w pozwanym szpitalu przez dr B. (protokół rozprawy z dnia 29.06.2015r - 05:13), albowiem z dokumentacji medycznej (k. 7 - 7v) wynika, iż w pierwszym przypadku był to dr Ł. M., zaś w drugim dr S. G.. Sąd odmówił wiary również twierdzeniom powoda, iż kolejna jego wizyta w pozwanym szpitalu miała miejsce następnego dnia po dniu 16 sierpnia 2012 roku (protokół rozprawy z dnia 29.06.2015r - 07:44), albowiem z dokumentacji medycznej wynika, iż miało to miejsce w dniu 27 sierpnia 2012 roku, a zatem jedenaście dni po pierwszej wizycie, a nie następnego dnia. Sąd odmówił również wiary twierdzeniom powoda, iż nie przeprowadzono z nim wywiadu przed zabiegiem operacyjnym oraz, iż nie wykonano u niego żadnych badań w tym czasie. Powyższemu przeczą zeznania świadka M. M. (2) (k. 300 - 01:04:31) oraz dokumentacja medyczna zgromadzona w aktach, w tym wyniki badań krwi powoda przeprowadzonych w dniu 20 stycznia 2013 roku, EKG wykonane tego dnia, informacja podpisana i opatrzona datą przez powoda (k. 95 - 96), historia choroby powoda z adnotacjami lekarza przyjmującego go na oddział ze wskazanymi wynikami badania przeprowadzonego przez niego (w tym badania per rectum), indywidualna karta zaleceń lekarskich (k. 89), gdzie trzy adnotacje dotyczą badań wykonanych w dniu 20 stycznia 2013 roku i są to zarówno adnotacje lekarza wydającego zlecenia, jak również informacje pielęgniarki o ich wykonaniu oraz karta indywidualnej pielęgnacji (k. 93v), gdzie odnotowano zarówno samopoczucie powoda w trakcie pobytu w szpitalu, jak i to, że przeprowadzono z nim rozmowę i edukację oraz poinformowano o przygotowaniach do zabiegu w dniu 20 stycznia 2013 roku. Sąd nie dał również wiary przesłuchaniu powoda, i zeznaniom świadków A. R., M. M. (1) oraz P. S. w zakresie udzielenia powodowi pomocy przy omdleniu w postaci reanimacji i stłuczenia podczas tej czynności aorty powoda. W toku sprawy lekarz udzielający powodowi pomocy w czasie jego pobytu na SOR P. M. podał, że mężczyzna nie był reanimowany. Nie wskazuje na to również dokumentacja medyczna powoda. Ponadto jak ustalił Sąd powód nie przeżył wtedy zawału mięśnia sercowego, na co wskazują zarówno dokumenty medyczne zebrane w sprawie jak i zeznania lekarzy opiekujących się powodem w czasie jego pobytu u pozwanego oraz opinia biegłego kardiologa.

Sąd w całości przyjął opinie biegłych kardiologa i chirurga oraz ich opinie uzupełniające. Biegli w sposób bardzo jasny, precyzyjny i przekonujący uzasadnili swoje wnioski. Opinie oparli na badaniach powoda oraz zgromadzonym w sprawie materiale dowodowym. Biegli w opinii uzupełniającej w pełni odnieśli się do zgłoszonych przez powoda

zastrzeżeń do opinii i uzasadnili swoje wnioski i twierdzenia. Biegli uzasadnili dlaczego ich zdaniem czas oczekiwania na udzielenie świadczenia w SOR pozwanego w P. nie był nadmiernie wydłużony w dniu 25 stycznia 2013 r. Z powyższym należy się w pełni zgodzić. Pamiętać należy, jak to wskazał biegły, iż na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym obowiązuje system segregacji chorych i nie każdy chory jest od razu przyjmowany. Wszystko zależy od jego stanu. W przypadku wyniki jego badań nie wskazują na to, aby ten stan był ciężki. Zachowanie powoda w tym przypadku było niestandardowe, bowiem zamiast od razu zgłosić się na Izbę Przyjęć SOR, najpierw poszedł na oddział, na którym przeprowadzano zabieg. Mimo tego, iż lekarze z oddziału nie zajmują się pacjentami nie przebywającymi na oddziale, powodowi tego dnia została udzielona porada przez dr M. B., z tym, że po zakończeniu obchodu, a zatem wykonaniu swoich podstawowych obowiązków. W tej sytuacji wynikało to nie z winy pozwanego i jego pracowników, lecz samego powoda. Następnie pełnomocnik powoda zarzucił biegłemu błąd w ustaleniu kwestii dotyczącej występowania zawału serca u powoda. Biegły w sposób stanowczy posługując się dokumentacją medyczną w sprawie ustalił, że u powoda w czasie konsultacji kardiologicznej nie stwierdzono objawów zawału mięśnia sercowego. Jest to zresztą opinia zbieżna z wnioskami lekarzy opiekujących się powodem w W.. Wnioski takie wynikają również z badań, które nie były przeprowadzane w pozwanej placówce, lecz w szpitalu (...) w W., a zatem trudno stawiać tu wniosek podniesiony przez powoda, iż być może badania u pozwanego były przeprowadzone nieprawidłowo. Biegły uzasadnił również dlaczego jego zdaniem nie było wskazań do przetoczenia krwi i dlaczego w opinii powołał wynik hemoglobiny z dnia 28 stycznia 2013 roku. Opinia biegłego znajduje w tym przypadku potwierdzenie również w zeznaniach A. C. (k. 297 - 13:38). W zakresie zarzutu wpływu utraty krwi przez powoda na zmiany w aorcie, biegły podał, że nie zna takiego przypadku w medycynie, aby upływ krwi był przyczyną zmian w aorcie człowieka. Powód w tym zakresie za wyjątkiem własnych przypuszczeń nie przedstawił żadnych dowodów sprzeciwiających się wnioskowi biegłego. Wreszcie biegły chirurg w opinii uzupełniającej (k.363) jasno stwierdził, iż ilość zakładanych klipsów, nie jest w nauce medycyny jasno określona, toteż nie można stwierdzić ile powinno ich być założonych u powoda. Powyższe uzasadnił w sposób jasny i przekonujący.

Sąd przeprowadził wszystkie zawnioskowane przez strony dowody.

### **Sąd Okręgowy zważył, co następuje:**

Powództwo podlegało oddaleniu, jako pozbawione podstaw prawnych i faktycznych.

Powód dochodził w sprawie niniejszej roszczeń o zadośćuczynienie i odszkodowanie, w oparciu o przepisy art 415 k.c. w zw. z art. 430 k.c. twierząc, iż był nieprawidłowo leczony w pozwanej placówce szpitalnej w okresie od 20 stycznia 2013 roku do 30 stycznia 2013 roku. Innymi słowy twierdził, iż personel pozwanego dopuścił się błędu medycznego w czasie ustalania przyczyn krwawienia z odbytu powoda oraz w czasie prowadzonego procesu leczenia. Powód podnosił, że nie udzielono mu fachowej pomocy w czasie, gdy doznał omdlenia na oddziale SOR pozwanego szpitala. W jego ocenie lekarz z SOR pozwanego stwierdził, że powód przeżył zawał serca i w takiej świadomości pozostawał powód, pomimo dalszych konsultacji kardiologicznych, które stwierdziły brak podstaw do orzekania o wystąpieniu zawału mięśnia sercowego powoda. Następnie powód podkreślał, że nieprawidłowo leczenie krwawienia z odbytu przez personel pozwanego, miało znaczący wpływ na jego stan zdrowia i na dalsze świadczenie pracy. Podnosił, że przed pobytem w pozwanej placówce leczniczej otrzymywał wynagrodzenie w kwocie od 7.000,00 zł do 10.000,00 zł, a po ujawnieniu u niego choroby serca, przebywa na rencie w kwocie 1.300,00 zł miesięcznie.

W ocenie Sądu Okręgowego powód w toku procesu nie wykazał, na czym miał polegać błąd lekarzy pracujących u pozwanego, na skutek jakiego dokładnie zawinonego zachowania doznał on szkody na osobie. Kwestionował samą organizację procesu leczenia, doświadczenie i przygotowanie lekarzy, sposób przeprowadzenia zabiegów kolonoskopii i założenia klipsów na jelicie grubym, wreszcie zarzucał pracownikom pozwanego zbyt długi czas oczekiwania na udzielenie mu pomocy, błędne diagnozy kardiologiczne, a także mechaniczne uszkodzenie aorty. Żadne z twierdzeń powoda dotyczących przyczyn przedmiotowego zdarzenia nie znalazło potwierdzenia w poczynionych ustaleniach faktycznych.

Ewentualną podstawą odpowiedzialności pozwanego jest w sprawie niniejszej art 430 k.c., co oznacza odpowiedzialność szpitala, jako osoby prawnej na zasadzie ryzyka, ale za zawinione działania personelu medycznego (art. 415 k.c.), bądź własne działania bądź zaniechania, których skutkiem była niewłaściwa organizacja pracy mogąca prowadzić do szkody - art. 416 k.c. W świetle powyższego, możliwość poniesienia odpowiedzialności przez pozwanego jest uzależniona od uprzedniego ustalenia, czy personel medyczny szpitala ponosi zawinioną odpowiedzialność za stan zdrowia powoda i ujawnione choroby kardiologiczne. Rozstrzygnięcie powyższej kwestii wymagało zaś ustalenia faktu zaistnienia szkody, zawinonego zachowania personelu medycznego oraz normalnego (adekwatnego) związku przyczynowego pomiędzy powstaniem szkody a zachowaniem personelu medycznego.

Główny spór w sprawie niniejszej sprowadzał się do ustalenia czy miało miejsce zawinione zachowanie personelu medycznego i czy ewentualnie był pomiędzy szkodą (stanem zdrowia powoda), a tym zachowaniem adekwatny związek przyczynowy. Jeżeli chodzi o tę ostatnią kwestię to podkreślić należy, iż w tzw. procesach lekarskich ustalenie w sposób pewny związku przyczynowego pomiędzy postępowaniem lekarza, a powstałą szkodą jest najczęściej niemożliwe, gdyż w świetle wiedzy medycznej w większości wypadków można mówić tylko o prawdopodobieństwie wysokiego stopnia, a rzadko o pewności, czy wyłączości przyczyny. Na powstanie szkody ma lub może mieć wpływ wiele czynników i należy tylko ustalić, w jakim stopniu prawdopodobieństwa wobec innych czynników pozostaje zaniedbanie lekarza. Podkreśla się, że żądanie absolutnej pewności związku przyczynowego nie byłoby ani realne, ani uzasadnione (vide wyroki Sądu Najwyższego z dnia 17 października 2007 r., sygn. akt II CSK 285/07 oraz z dnia 27 lutego 1996 r., sygn. akt II CKN 625/97).

W sprawie niniejszej brak jest jednak podstaw do tego, aby przypisać w ogóle lekarzom pracującym u pozwanego zawinione działania. Jak wskazał Sąd Apelacyjny w Łodzi w wyroku z dnia 12 lipca 2016 roku sygn. akt I ACa 57/16 wysokie wymagania stawiane lekarzowi (personelowi medycznemu) nie oznaczają jego odpowiedzialności za wynik (rezultat) leczenia, ani odpowiedzialności na zasadzie ryzyka. Lekarz odpowiada na zasadzie winy, którą można mu przypisać tylko w wypadku wystąpienia jednocześnie elementu obiektywnej i subiektywnej niewłaściwości postępowania. Element obiektywny łączy się z naruszeniem zasad wynikających z zasad wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii, i w jego ramach mieści się tzw. błąd lekarski, przez który rozumie się naruszenie obowiązujących lekarza reguł postępowania, oceniane w kontekście nauki i praktyki medycznej. Dlatego stwierdzenie błędu lekarskiego wyczerpuje zasadniczo tylko obiektywny element winy (z tym zastrzeżeniem, że są takie kategorie błędu lekarskiego, które będą wystarczające dla stwierdzenia winy także w ujęciu subiektywnym). Element subiektywny odnosi się do zachowania przez lekarza staranności, ocenianej pod kątem określonego wzorca, standardu postępowania, przy przyjęciu kryterium wysokiego poziomu przeciętnej staranności każdego lekarza, jako jego staranności zawodowej (por. wyrok Sądu Najwyższego z 10 lutego 2010 r., V CSK 287/09). Odpowiedzialność lekarza powstanie zatem w wypadku "błędu w sztuce". W nieodłącznym związku z określeniem podstaw odpowiedzialności lekarza pozostaje zjawisko określane mianem ryzyka medycznego. Nawet bowiem przy postępowaniu zgodnym z aktualną wiedzą medyczną i przy zachowaniu należytej staranności nie da się wykluczyć ryzyka powstania szkody. Pojęciem dozwolonego ryzyka jest objęte także niepowodzenie medyczne. Pamiętać należy, iż oceniając zachowanie, działania, decyzje lekarzy należy brać pod uwagę stan faktyczny z chwili ich podejmowania, posiadane przez nich informacje, zgłaszane przez pacjenta w tym momencie objawy oraz wiedzę medyczną z tamtego okresu. O wiele łatwiej jest oceniać dany stan faktyczny z perspektywy czasu, mając dostępne wszystkie informacje co do przebiegu choroby, stanu chorego i rozwoju zdarzeń. Pozwany nie ponosi odpowiedzialności za sam fakt ujawnienia się u powoda trzech polipów usytuowanych w jelicie grubym. Pozwany miał obowiązek przeprowadzić proces diagnostyczny i leczniczy zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz zasadami sztuki medycznej. W sprawie niniejszej powód oczekiwał działań ponadstandardowych, chciał być przyjęty do szpitala w trybie pilnym, gdy tymczasem nie było ku temu powodów. Powyższe uzasadnione było w początkowym okresie jego pracą, bowiem powód od 16 do 30 sierpnia przebywał w domu i w tym czasie trzykrotnie próbował uzyskać pomoc w trybie pilnym. Tymczasem termin planowanego badania kolonoskopii został wyznaczony mu na dzień 21 września, a zatem po upływie 5 tygodni. Jest to termin bardzo krótki, jak na warunki polskie. Trudno w tej sytuacji stawiać pozwanemu, jakiegokolwiek zarzuty, szczególnie zważywszy na to, iż powód samowolnie na termin tego badania nie stawił się z powodu pracy. Następnie po uzyskaniu wyniku kolonoskopii został zaplanowany termin zabiegu polipektomii na okres wynoszący niespełna



trzy miesiące. Jest to również okres niedługi, zważywszy na etiologię choroby powoda, w przypadku której czas jej rozwoju to ok. 10 lat. Również czynności przeprowadzone w okresie od 20 do 30 stycznia 2013 roku, były czynnościami prawidłowymi. Brak jest związku przyczynowo - skutkowego pomiędzy zasłabnięciem powoda i podejmowanymi czynnościami przez personel szpitala, a jego aktualnym stanem zdrowia. Z punktu widzenia schorzenia, które było przedmiotem procesu leczenia powoda u pozwanego proces jego leczenia zakończył się z dniem 30 stycznia 2013 roku i nie ma on żadnego związku z aktualnym leczeniem powoda. Skoro brak jest zdarzenia szkodzącego zbędne jest rozważanie istnienia pozostałych przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanego. Dlatego też powództwo podlegało oddaleniu, jako bezzasadne.

Mając powyższe na uwadze Sąd orzekł, jak w punkcie I. sentencji wyroku.

O kosztach procesu Sąd orzekł na podstawie art. 102 k.p.c. odstępując od obciążania nimi powoda z uwagi na jego aktualnie trudną sytuację materialną oraz specyfikę procesu, która z racji na charakter przedmiotu i stopień skomplikowania wiąże się ze znacznym ryzykiem przegrania. Niejednokrotnie sytuacji z punktu widzenia laika oczywiste, z punktu widzenia sztuki medycznej wcale nie są takie oczywiste i proste.

Mając powyższe na uwadze orzeczono, jak w sentencji wyroku.