

UZASADNIENIE

W pozwie z dnia 4 kwietnia 2011r., skierowanym przeciwko (...) Szpitalowi (...) w Ł., powódka B. G. (1) wniosła o zasądzenie od pozwanego kwoty 80.000 zł., tytułem zadośćuczynienia, kwoty 1.000 zł., z tytułu skapitalizowanej renty na zwiększone potrzeby oraz kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego. Nadto powódka domagała się ustalenia odpowiedzialności pozwanego za skutki zdarzenia mogące powstać w przyszłości.

W uzasadnieniu wywiodła, że w wyniku niewłaściwie przeprowadzonego zabiegu alloplastyki przepukliny we wrześniu 2002r. w pozwanym Szpitalu, w szczególności nieprawidłowego umieszczenia siatki, doszło do szeregu komplikacji, m.in. ropienia, zakażenia siatki oraz powstania przetok jelitowych, za które odpowiedzialność ponosi pozwana placówka /pозew – k. 2 – 4/.

Pismem z dnia 22 kwietnia 2011r. strona powodowa sprecyzowała, że zawarte w pozwie roszczenie skapitalizowanej renty na zwiększone potrzeby, w wysokości 1.000 zł., obejmuje okres trzech miesięcy tj. od lipca do września 2008r. / pismo z 20.04.2011r. – k. 20/.

Pozwany w odpowiedzi na pozew z dnia 19 maja 2011r., wniósł o oddalenie powództwa oraz zasądzenie od powódki kosztów zastępstwa procesowego. W ocenie pozwanego przebieg leczenia powódki był zgodny z przyjętymi standardami medycznymi przy tego typu schorzeniach, jakie rozpoznano u powódki. Nadto, zdaniem pozwanego, brak jest podstaw do przyjęcia, iżby do zakażenia powódki doszło w wyniku zaniedbań pozwanego Szpitala /odpowiedź na pozew – k. 23 – 24/.

Ponadto pozwany wniósł o zawiadomienie o toczącym się procesie (...) S.A. Centrum Operacyjnego Likwidacji S. i Świadczeń Zespołu (...) w Ł. i wezwanie go do udziału w sprawie /pismo pozwanego - k. 25/.

W dalszym toku procesu strony podtrzymały swoje dotychczasowe stanowiska w sprawie – pełnomocnik powódki wniósł o zasądzenie kosztów pomocy prawnej udzielonej powódce z urzędu oświadczając, że nie zostały one pokryte ani w całości, ani w części. Pełnomocnik pozwanego nie wniósł o obciążenie powódki kosztami procesu /protokół rozprawy z dnia 5 czerwca 2014r. – 00:17:59/.

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:

Powódka B. G. (1), urodzona (...), we wrześniu 2002 roku dostała bóle brzucha; wezwana karetka zabrała ją do pozwanego Szpitala. W dniu 2 września 2002r. została przyjęta, w ramach ostrego dyżuru, do Kliniki (...) im. N. B. U. w Ł. z rozpoznaniem uwięźniętej przepukliny jamy brzusznej. Tego samego dnia przeprowadzono u powódki zabieg chirurgiczny pod postacią alloplastyki przepukliny brzusznej z wszczepieniem niewchłanialnej siatki sztucznego pochodzenia. Siatkę ułożono na powięzi /on – lay/. W dniu 11 września 2002r. powódka została wypisana do domu. Po sześciu tygodniach powódkę ponownie przyjęto do Oddziału z objawami krwaka w powłokach. W dniu 22 października 2002r. przeprowadzono drenaż i ewakuację krwaka z okolicy blizny pooperacyjnej uzyskując 400 ml treści surowiczego - krwistej. Po sześciu dniach powódkę w stanie dobrym wypisano do domu. Następnie pozostawała pod opieką Poradni Chirurgicznej przy w/w Klinice. Rana w dniu 31 października 2002r. była sucha (prawdopodobnie wygojona). /karta wypisowa leczenia szpitalnego – k. 6, k. 7, pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu chorób zakaźnych A. B. – k. 475, pisemna opinia Uniwersytetu Medycznego im. K. M. w P. – k. 427, informacyjne wyjaśnienia powódki poparte jej zeznaniami – k. 88 odw., k. 559, nagranie rozprawy z dnia 5 czerwca 20104r. – 00:04:49, zeznania świadka M. G. – k. 89 odw., zeznania świadka M. R. – k. 89 odw. /.

Po opuszczeniu pozwanego Szpitala we wrześniu 2002 roku B. G. nie miała żadnych dolegliwości. Przez cały czas pozostawała pod kontrolą przychodni przyszpitalnej. Później zdarzało się jej odczuwać bóle i skurcze, ale nie bardzo silne; ustępowały po przyjęciu tabletki rozkurczowej typu no-spa. Czasem wymiotowała po jedzeniu. Nie zgłaszała tych objawów w poradni przyszpitalnej, uznając je za typowe objawy pooperacyjne. Do czerwca 2008 roku nie była

hospitalizowana. (informacyjne wyjaśnienia powódki poparte jej zeznaniami – k. 88 odw.; zeznania świadka M. G. – k. 89 odw.)

W dniu 13 czerwca 2008 r. powódka była leczona w w/w Szpitalu w Oddziale doraźnej pomocy SOR z powodu bólów brzucha w obrębie wykonanej przed 6 laty operacji chirurgicznej. Wypisana została w tym samym dniu z rozpoznaniem: przepuklina brzuszna bez niedrożności lub zgorzeli. Ponownie hospitalizowana była w Szpitalu (...) w Klinice (...) w dniach od 16 czerwca do 29 sierpnia 2008r. W dniu 27 czerwca usunięto powódce siatkę wzmacniającą. Wykonane badania bakteriologiczne wykazały: w posiewie z siatki obecność bakterii: Proteus mirabilis ESBL (-), Enterococcus faecium HLAR. W wymazie z rany wykryto: Esherichia coli ESBL (-), Proteus mirabilis ES BK (-) i Enterococcus HLAR. W wymazie z otrzewnej: Proteus mirabilis, Enterococcus faecium HLAR i Esherichia coli ESBL (-). Powódka została wypisana z rozpoznaniem: Masywne zakażenie tkanki łącznej powłok jamy brzusznej w miejscu wszczepu syntetycznego z przetoką ropną. Przetoka jelitowa. Zrosty otrzewnowe /karta informacyjna leczenia szpitalnego za okres od 16.06. do 29.08.2008r. – k. 274, pisemna opinia Uniwersytetu Medycznego im. K. M. w P. – k. 427, pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu chorób zakaźnych A. B. – k. 475 odw./.

Kolejne etapy leczenia miały miejsce w Klinice (...). W dniach od 4 do 6 listopada 2009r. powódka była hospitalizowana w Klinice Szpitala (...) z rozpoznaniem: Przetoka jelitowa. Stan po operacji z powodu niedrożności i operacji przepukliny brzusznej. Stan po wyłonieniu jejunostomii. Nadciśnienie tętnicze. Cukrzyca. Stan po cholecystektomii i appendektomii, gruczolak lewego nadnercza. Powódkę operowano usuwając fragment jelita cienkiego z przetokami i wyłaniając pętlową ileostomię. Z powodu powikłań natury chirurgicznej kolejne hospitalizacje miały miejsce w 2010 i 2011r. W maju 2011 r. zlikwidowano ileostomię, odtwarzając ciągłość przewodu pokarmowego. Powikłania w przebiegu zakażeń, które stwierdzono u powódki, były również powodem hospitalizacji na Oddziale Nefrologicznym z rozpoznaniem ostrej niewydolności nerek w 2009 r. /skierowanie do szpitala – k. 184, karta informacyjna za okres od 10 maja do 27 czerwca 2011r. – k. 54 – 55, karta informacyjna za okres od 21 listopada 2009r. do 13 stycznia 2010r. – k. 8 – 10, historia choroby – k. 92 – 93, 174 – 175, karta informacyjna za okres od 4 do 6 listopada 2009r. – k. 177 – 177 odw., karta informacyjna z leczenia szpitalnego za okres od 10. do 19.09.2008r. – k. 332 – 334, karta informacyjna z leczenia szpitalnego za okres od 19. do 27.11.2008r. – k. 380 – 382, informacyjne wyjaśnienia powódki poparte jej zeznaniami – k. 88 odw., k. 559, nagranie rozprawy z dnia 5 czerwca 20104r. – 00:04:49, zeznania świadka M. G. – k. 89 odw., zeznania świadka M. R. – k. 89 odw., pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu chorób zakaźnych A. B. – k. 475 odw., pisemna opinia Uniwersytetu Medycznego im. K. M. w P. – k. 428/.

Uwięźnięta przepuklina, która była przyczyną spornej operacji powódki, jest stanem bezpośredniego zagrożenia życia, bez interwencji chirurgicznej chory umiera. Liczba powikłań w przypadku pilnych operacji jest wielokrotnie wyższa niż w przypadku operacji planowych. Powódka miała wcześniej przepuklinę od 8 lat. Niewiadomo dlaczego nie była operowana wcześniej, w trybie planowym. Dodatkowymi czynnikami ryzyka u powódki, znamienne zwiększającymi liczbę powikłań zakażenia miejsca operowanego, były otyłość i cukrzyca. Jedynym kontrowersyjnym działaniem było zastosowanie siatki w przypadku uwięźniętej przepukliny, a więc w potencjalnie skażonym polu operacyjnym. Jednakże w przypadku braku zgorzeli jelita - a nie było takowej według opisu operacji - jest to działanie całkowicie dopuszczalne. / pisemna opinia Uniwersytetu Medycznego im. K. M. w P. – k. 428/. Z kolei zastosowanie materiałów syntetycznych zrewolucjonizowało chirurgię przepuklin. Użycie siatek poprawiło znamienne wyniki leczenia, wybitnie zmniejszyło liczbę nawrotów przepuklin, spowodowało szybszy powrót do normalnej aktywności fizycznej po zabiegu. Operacje są szybsze i bezpieczniejsze dla chorego. Najpoważniejszym minusem materiału syntetycznego jest możliwość jego zakażenia. Ocena stopnia kontaminacji pola operacyjnego jest zawsze nieco subiektywna, opiera się na doświadczeniu chirurga, dlatego może budzić kontrowersje. Jednak gdyby nie wszczepiono siatki, zwiększyłoby się ryzyko nawrotu przepukliny. / pisemna opinia uzupełniająca Uniwersytetu Medycznego im. K. M. w P. – k. 458/.

U powódki doszło do zakażenia wszczepionej niewchłanianej siatki po upływie sześciu lat po pierwotnym zabiegu. Według definicji zakażenie szpitalne, a w tym konkretnym przypadku zakażenie miejsca operowanego, może powstać do roku po zabiegu z użyciem biomateriału. Jest to powszechnie przyjęta wykładnia Sekcji Zakażeń

Towarzystwa (...). Zatem należy się skłaniać ku teorii migracji wszczepionej siatki do jamy otrzewnej. Niepowlekana siatka polipropylenowa, jaka prawdopodobnie była użyta, w kontakcie z jelitami powoduje destrukcję ich ściany, tworzenie przetok i wtórne zakażenie biomateriału treścią jelitową. Z tego powodu siatek takich nie stosuje się wewnątrzotrzewnowo - muszą być one oddzielone od jelit warstwą otrzewnowo-powięziową. Według załączonego protokołu z pierwszej operacji siatka ułożona była na powięzi, a więc w sposób prawidłowy. Migracje siatek z następowym tworzeniem przetok i zakażeniem są powikłaniem rzadkim, ale dobrze udokumentowanym i opisanym w fachowej literaturze. Istnieje w omawianym przypadku związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy wszczęciem siatki i późniejszym jej zakażeniem, lecz całość postępowania chirurga była prawidłowa. /pisemna opinia Uniwersytetu Medycznego im. K. M. w P. – k. 428 - 429/.

Wszczepienie niewchłanialnej siatki polipropylenowej w przypadku uwięźniętej przepukliny jest dopuszczalne z punktu widzenia wiedzy medycznej, zarówno obecnie, jak również było w 2002 roku. Nie należy stosować siatki jedynie w przypadku zgorzeli jelita (martwicy jego ściany z powodu niedokrwienia), kiedy to dochodzi do translokacji bakterii z jego światła i zakażenia pola operacyjnego. Podobnie, nie stosuje się siatki, w przypadku martwicy sieci, która często jest zawartością worka przepuklinowego lub zakażonego płynu przesiękowego w worku przepuklinowym. W takich wypadkach zastosowanie siatki jest błędem i należy wykonać naprawę przepukliny w oparciu o własne tkanki chorego. W karcie wypisowej z pierwszej operacji nie ma informacji o martwicy sieci czy jelita - w takim przypadku wykonuje się jego resekcję, co byłoby ujęte w dokumentacji. Należy więc domniemywać, że jej nie było. Decyzja o użyciu materiału syntetycznego należy do operującego chirurga i jeżeli nie ma wykładników kontaminacji pola operacyjnego, nie jest ona błędem. /pisemna opinia uzupełniająca Uniwersytetu Medycznego im. K. M. w P. – k. 457/.

W chwili obecnej, w niektórych ośrodkach klinicznych w Polsce, używane są łąty biologiczne, możliwe do zastosowania nawet w skażonym polu operacyjnym. Ich dostępność jest limitowana ceną (powyżej 10.000 zł.), dlatego w zasadzie nie stosuje się ich w operacjach pilnych, a takimi są operacje uwięźniętych przepuklin. W 2002 roku łąty takie w Polsce nie były używane. /pisemna opinia uzupełniająca Uniwersytetu Medycznego im. K. M. w P. – k. 458/.

Nie można wykazać wpływu operacji na stan nefrologiczny i neurologiczny powódki. Dolegliwości te mogą mieć raczej związek z cukrzycą /pisemna opinia uzupełniająca Uniwersytetu Medycznego im. K. M. w P. – k. 458/.

Zakażenie wszczepionej niewchłanialnej siatki nie ma związku ze sposobem ułożenia jej na powięzi. Na zakażenie mają wpływ inne czynniki - stopień kontaminacji pola operacyjnego chorej, choroby towarzyszące (w tym przypadku cukrzyca i otyłość) oraz tryb operacji - planowy czy pilny. /pisemna opinia uzupełniająca Uniwersytetu Medycznego im. K. M. w P. – k. 505/.

Migracje siatek, czego skutkiem może być tworzenie przetok i zakażenie biomateriału, są zjawiskiem bardzo rzadkim. Dane w publikacjach dotyczące tego problemu mają charakter kazuistyczny i skupiają się na opisie pojedynczych przypadków. Trudno znaleźć jakiegokolwiek informacje dotyczące statystyk częstości migracji wszczepionych siatek. /pisemna opinia uzupełniająca Uniwersytetu Medycznego im. K. M. w P. – k. 505/.

W przypadku powódki siatka ułożona była na powięzi (on - lay), wobec czego oddzielona była od jamy otrzewnej warstwą mięśniowo-powięziową. Chora, z objawami krwaka (czy raczej surowiczaka) w powłokach, została przyjęta sześć tygodni po pierwszej operacji w 2002 roku. Była leczona drenażem. Zakażenie siatki nastąpiło sześć lat później, więc leczenie w ówczesnym czasie było wystarczające. Wytworzenie się surowiczaka nie jest wskazaniem do usunięcia siatki. /pisemna opinia uzupełniająca Uniwersytetu Medycznego im. K. M. w P. – k. 506/.

Zakażenie szpitalne oznacza każde zakażenie związane z pobytem w zakładzie opieki zdrowotnej (udzielającym całodziennych lub całodobowych świadczeń zdrowotnych), zakażenie którego nie było w okresie wylegania w momencie przyjęcia do zakładu opieki zdrowotnej. Wg klasyfikacji WHO i zasad obowiązujących w naszym kraju zakażenie szpitalne musi spełniać pewne kryteria i warunki:

Kryterium główne:

1/ Zakażenie rozwinęło się w okresie do 30 dni od zabiegu chirurgicznego lub do 12 miesięcy od zabiegu z użyciem biomateriałów sztucznego pochodzenia;

2/ Stan zapalny dotyczy narządu lub jamy/ przestrzeni otwieranych lub naruszanych podczas zabiegu;

Warunki (jeden z poniższych)

1/ występuje ropny wyciek z drenu w narządzie lub jamie/przestrzeni umieszczonego przez niezależny kanał;

2/ wyizolowano drobnoustrój z posiewu pobranego w warunkach aseptycznych bezpośrednio z narządów lub jamy;

3/ stwierdza się obecność ropnia lub innych objawów stanu zapalnego w badaniu przedmiotowym lub podczas reoperacji lub badaniu histopatologicznym lub w badaniu radiologicznym; rozpoznanie zostało postawione przez lekarza. /pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu chorób zakaźnych A. B. – k. 476/.

W przypadku powódki nie zostało spełnione kryterium główne i warunki kwalifikujące zakażenie miejsca operowanego, jako zakażenie szpitalne miejsca, narządu/jamy operowanej z następujących powodów:

1/ W dniu 22 października 2009 r. powódka była hospitalizowana z powodu krwiaka w bliźnie okolicy operowanej, a zatem brak postaw do uznania tej sytuacji, jako zakażenia szpitalnego. Stan ten wystąpił w koło 7 tygodni po pierwszym zabiegu.

2/ Powódka była operowana z powodu uwięźniętej przepukliny jamy brzusznej, jednakże w momencie zabiegu nie było przyczyn wtórnego zakażenia rany.

3/ Chora po ewakuacji krwiaka w bliźnie pooperacyjnej została wypisana do domu w stanie dobrym. Brak w dokumentacji informacji, które mogłyby sugerować istnienie zakażenia po wypisie chorej ze szpitala.

4/ W czerwcu 2008r. wystąpiły u powódki bóle brzucha i inne objawy świadczące o rozwinęciu się infekcji w obrębie miejsca operowanego we wrześniu 2008r. Jak wynika z dokumentacji, w tym czasie, doszło do ropowicy miejsca uprzednio operowanego, konieczności usunięcia siatki sztucznego pochodzenia. Badania bakteriologiczne wskazały obecność szeregu szczepów bakteryjnych, które występują w przewodzie pokarmowym i w otaczającym nas środowisku. Wystąpienie tego rodzaju zdarzeń niepożądanych, po sześciu latach od operacji wykonanej w 2002r., wyklucza możliwość traktowania tej infekcji jako zakażenia szpitalnego. Tego rodzaju odległe zdarzenia mogą powodować zaburzenia motoryki przewodu pokarmowego występujące po zabiegach chirurgicznych, jak również zakażenia zdarzające się drogą krwiopochodną /pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu chorób zakaźnych A. B. – k. 476 odw./.

Rozmiar cierpień fizycznych powódki należy uznać za bardzo duży. Infekcja w miejscu operowanym doprowadziła do konieczności kilkukrotnej interwencji chirurgicznej. Zakażenie tego rodzaju doprowadza do znacznego upośledzenia stanu ogólnego chorego, stanu gorączkowego, dolegliwości wielonarządowych (np. wysiękowe zapalenie opłucnej, ropnie w obrębie jamy brzusznej). W przypadku powódki bardzo znacznym cierpieniem była ostra niedomoga nerek wymagająca leczenia na Oddziale Nefrologicznym. Dolegliwości bólowe z zakresu jamy brzusznej i istnienie dużej przepukliny utrudniają aktywność fizyczną powódki. /pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu chorób zakaźnych A. B. – k. 477/.

Zakażenie doprowadziło do znacznych zmian bliznowatych w powłokach brzusznych i prawdopodobnie zrostów otrzewnej, przepukliny w miejscu operowanym /pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu chorób zakaźnych A. B. – k. 477 – 477 odw./.

Leczenie powódki było związane z potrzebą leczenia chirurgicznego, brak w leczeniu ambulatoryjnym danych pozwalających na ocenę leczenia miejscowego w postaci opatrunków, czy ewentualnie leczenia farmakologicznego, związanego z leczeniem chirurgicznym. Powódka leczy się z powodu nadciśnienia i cukrzycy, co nie pozostaje w bezpośrednim związku z zakażeniem. /pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu chorób zakaźnych A. B. – k. 477 odw./.

Powódka do chwili obecnej odczuwa silne bóle brzucha. Od kilku lat leczy się psychiatrycznie, ma problemy z pamięcią. /zeznania powódki, potwierdzające jej wyjaśnienia informacyjne – k. 88 odw., k. 559, nagranie rozprawy z dnia 5 czerwca 20104r. – 00:04:49, historia choroby PZP – k. 232 – 238 /.

Powódka potrzebuje pomocy osób trzecich w wymiarze około sześciu godzin dziennie, (obecnie na stałe, o ile w przyszłości nie będzie możliwości wykonania operacji przepukliny brzusznej), w zakresie przygotowywania posiłków, codziennych zakupów, utrzymania higieny osobistej (kąpieli, przy wejściu i wyjściu z brodzika), sprzątaniamieszkania, prania. /pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu chorób zakaźnych A. B. – k. 477 odw./.

Powódka porusza się przy pomocy balkonika, ponieważ zdarza jej się tracić równowagę. Przy czynnościach domowych /pranie, gotowanie sprzątanie/ pomaga jej mąż. Powódka nie spotyka się ze znajomymi, bo trudno jest jej gdziekolwiek dojechać. Na cukrzycę choruje od sześciu lat. Z tego powodu zażywa tabletki oraz insulinę w zastrzykach. /informacyjne wyjaśnienia powódki poparte jej zeznaniami – k. 88 odw., k. 559, nagranie rozprawy z dnia 5 czerwca 20104r. – 00:04:49/.

Pozwany Szpital w okresie objętym pozwem ubezpieczony był od odpowiedzialności cywilnej z tytułu świadczonych usług medycznych w (...) SA /polisa – k. 34 – 40/.

Dokonując powyższych ustaleń faktycznych Sąd oparł się na powołanych dowodach z dokumentów, z zeznań zgłoszonych świadków oraz z przesłuchania powódki, nie budzących wątpliwości co do ich zgodności z rzeczywistym stanem rzeczy i przez strony nie kwestionowanych, a także z opinii biegłego sądowego lekarza specjalisty z zakresu chorób zakaźnych A. B., oraz instytutu - (...) w P., które, jako rzetelne i fachowe, w pełni wyjaśniły konieczne do rozstrzygnięcia kwestie.

Nie ulega wątpliwości, że dowód z opinii biegłych podlega ocenie przy zastosowaniu art. 233 § 1 k.p.c.- na podstawie właściwych dla jej przedmiotu kryteriów zgodności z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, poziomu wiedzy biegłego, podstaw teoretycznych opinii, a także sposobu motywowania oraz stopnia stanowczości wyrażonych w niej wniosków (por. postanowienie SN z dnia 7 listopada 2000 r., I CKN 1170/98, OSNC 4/2001, poz. 64). Złożone w rozpoznawanej sprawie opinie biegłego sądowego oraz biegłych instytutu naukowego, sporządzone przez lekarzy specjalistów w swoich dziedzinach, odznaczają się pełną przydatnością dowodową w świetle powołanych kryteriów, zaś wszystkie, zgłaszane przez strony wątpliwości i zastrzeżenia do wniosków opinii, zostały wyczerpująco wyjaśnione w opiniach uzupełniających, również zleconych przez Sąd z urzędu. Tym samym powołane opinie wydane w sprawie należało uznać za w pełni miarodajne dla poczynienia ustaleń faktycznych, stanowiących podstawę rozstrzygnięcia.

Oddaleniu podlegał wniosek dowodowy strony powodowej o uzupełnienie opinii instytutu - (...) w P., poprzez określenie stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu powódki stanowiącego następstwo powikłania po zabiegu alloplastyki przepukliny albowiem strona powodowa nie zaoferowała dowodów, na podstawie których możliwe byłoby sformułowanie opinii w tym zakresie. Biegli nie mieli możliwości przeprowadzenia badania przedmiotowego powódki, która z uwagi na stan zdrowia, zrezygnowała z poddania się badaniu przez biegłych instytutu w P.. W tej sytuacji pełnomocnik powódki wniósł o dokonanie oceny przez biegłych aktualnego stanu zdrowia B. G. (1) / w tym oceny uszczerbku na zdrowiu/ w oparciu o dokumentację lekarską załączoną do akt sprawy. Jednakże dane z historii choroby dotyczyły okresu sprzed 5 – 11 lat, i biegli instytutu wskazali, że nie są w stanie wypowiedzieć się arbitralnie odnośnie uszczerbku na zdrowiu chorej, opierając się wyłącznie na danych z historii choroby sprzed tak wielu lat, a bez przebadania pacjentki, zaś pełnomocnik powódki oświadczył, że powódka nie posiada historii choroby z lat 2012 – 2014. Z uwagi na powyższe – wobec niemożności oceny aktualnego stanu zdrowia powódki, na

skutek niezaferowania przez stronę powodową materiału dowodowego (w postaci aktualnej dokumentacji medycznej pacjentki lub przeprowadzenia jej badania przedmiotowego) niezbędnego do sformułowania rzetelnych wniosków w tym zakresie przez biegłych lekarzy – zgłoszony wniosek dowodowy podlegał oddaleniu.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Powództwo, jako nieudowodnione, podlegało w całości oddaleniu.

Powódka dochodziła zasądzenia zadośćuczynienia w związku z krzywdą jakiej doznała, wskutek błędu lekarskiego, popełnionego podczas czynności medycznych podejmowanych we wrześniu 2002r. w pozwanym (...) Szpitalu (...)

Podstawę odpowiedzialności publicznego zakładu opieki zdrowotnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych stanowi art. 430 k.c., zgodnie z którym, kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazań, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności. Powołany przepis statuuje odpowiedzialność z tytułu czynu niedozwolonego na zasadzie ryzyka za szkody wyrządzone osobie trzeciej przez podwładnego z jego winy, a więc przyjęcie odpowiedzialności publicznego zakładu opieki zdrowotnej na podstawie art. 430 k.c. wymaga uprzedniego stwierdzenia, iż pracownik zakładu wyrządził szkodę w sposób zawiniony i odpowiada z tego tytułu na zasadach ogólnych (art. 415 k.c.). Należy nadmienić, iż także lekarz, mimo dalece posuniętej samodzielności w zakresie wyboru sposobów leczenia pacjenta, jest podmiotem podlegającym kierownictwu organizacyjnemu zakładu opieki zdrowotnej, a także ma obowiązek stosowania się do jego wskazań w zakresie np. grafika operacji, dyżurów.

Spowodowanie szkody na osobie w warunkach błędu w sztuce medycznej jest specyficzną postacią deliktu prawa cywilnego, którego zaistnienie wymaga zaistnienia przesłanek odpowiedzialności z tytułu czynu niedozwolonego, czyli szkody, winy i adekwatnego związku przyczynowego. Ściśle biorąc, błąd w sztuce medycznej jest jedynie obiektywnym elementem winy lekarza wykonującego czynności medyczne, stanowi bowiem czynność (zaniechanie) lekarza w zakresie diagnozy i terapii, niezgodną z nauką medycyny w zakresie dla lekarza dostępnym. Subiektywnym natomiast elementem koniecznym dla przypisania winy lekarzowi jest jego umyślność lub niedbalstwo (M. Filar, S. Krześ, E. Marszałkowska-Krześ, P. Zaborowski, *Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*, Warszawa 2004, s. 29 i n.; orzeczenie SN z 1 kwietnia 1955 r., IV CR 39/54, OSNCK 1/1957, poz. 7 oraz Lex nr 118379). Miernikiem właściwego zachowania odpowiedzialnego jest kryterium należytej staranności (art. 355 k.c.). Od lekarzy wymaga się staranności wyższej niż przeciętna z uwagi na przedmiot ich zabiegów, którym jest człowiek i skutki, które często są nieodwracalne (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 9 marca 2001 roku, I ACa 124/01).

Stwierdzenie błędu w sztuce medycznej, w kontekście odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej, w którym miał miejsce zabieg, jest natomiast całkowicie niezależne od osoby konkretnego lekarza oraz od okoliczności podjęcia czynności medycznej. Istotne jest bowiem to, iż czynność tę wykonał pracownik zakładu w ramach jego działalności. Od błędu, jako odstępstwa od wzorca i zasad należytego postępowania z uwzględnieniem profesjonalnego charakteru działalności sprawcy szkody, odróżnić należy natomiast powikłanie, które stanowi określoną, niekiedy atypową, reakcję pacjenta na prawidłowo podjęty i przeprowadzony zespół czynności leczniczych.

Wymaganie wyrządzenia szkody przy wykonywaniu powierzonej czynności oznacza, natomiast, że między powierzeniem czynności a działaniem, w którego wyniku nastąpiła szkoda, powinien zachodzić związek przyczynowy w rozumieniu art. 361 § 1 k.c., ograniczający się do następstwa normalnych, tj. takich, jakie na podstawie doświadczenia życiowego należy uznać za stanowiące z reguły skutki danego rodzaju działań lub zaniechań.

Reasumując, dla powstania odpowiedzialności na podstawie powołanych wyżej przepisów konieczne jest zatem ustalenie wyrządzenia szkody oraz normalnego związku przyczynowego pomiędzy działaniem lub zaniechaniem, a powstałą szkodą. Konieczne jest także ustalenie winy lekarza w znaczeniu subiektywnym, tj. podmiotowej zarzucalności działania lekarza. Błąd lekarski jest zawiniony subiektywnie, jeżeli stanowi następstwo niedbalstwa,

tj. niedołożenia przez lekarza należytej staranności w działaniu. W celu oceny ewentualnej odpowiedzialności za wyrządzoną pacjentowi szkodę zbadać zatem należy, czy lekarzowi można postawić zarzut, że gdyby nie dopuścił się niedbalstwa (zachował wymaganą staranność i wykorzystał wszelkie dostępne w danym czasie i okolicznościach metody i środki działania), mógłby uniknąć błędu i tym samym nie doprowadzić do powstania negatywnych następstw na zdrowiu pacjenta.

Zgodnie z treścią art. 231 k.p.c., Sąd może uznać za ustalone fakty mające istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy, jeżeli wnioski taki można wyprowadzić z innych ustalonych faktów. Orzeczenie sądu może być zatem oparte na tego rodzaju domniemaniu faktycznym tylko wówczas, gdy domniemanie to stanowi wniosek logicznie wynikający z prawidłowo ustalonych faktów stanowiących jego przesłanki (wyrok SN z 22 stycznia 1998 r., II UKN 465/97, OSNP 1/99 poz. 24). Należy podkreślić, że przywołany przepis nie oznacza przeniesienia na stronę pozwaną w procesie, którego przedmiotem są roszczenia odszkodowawcze, ciężaru wykazania, iż szkoda doznana przez powoda wynika z przyczyn, za które strona pozwana nie odpowiada. Celem przepisu art. 231 k.p.c. jest natomiast umożliwienie stronie postępowania uzasadnienia jej twierdzeń w sytuacji, gdy z przyczyn od tej strony niezależnych nie są jej dostępne bezpośrednio środki dowodowe, a o prawdziwości twierdzeń strony można wnioskować jedynie na podstawie innych faktów. W związku z powyższym powszechnie przyjmuje się, że w tzw. procesach lekarskich, sąd może, po rozważeniu całokształtu okoliczności sprawy, w oparciu o art. 231 k.p.c. uznać za wystarczający wysoki stopień prawdopodobieństwa, nie wymagając od poszkodowanego ścisłego i pewnego udowodnienia, jaką drogą jego organizm został zainfekowany, taki bowiem dowód często nie jest możliwy do przeprowadzenia (por. m.in. wyrok SN z 10 lipca 1998 r., I CKN 786/97, niepubl.). Zgodnie z utrwalonym orzecznictwem i poglądami doktryny w sprawach lekarskich (tak choćby: SN w wyroku z dnia 14 grudnia 1973 r., II CR 692/73, OSPiKA 4/75 poz. 94 z glosą Sośniaka, czy też w wyroku z dnia 28 października 1983 r., II CR 358/83, OSPiKA 9/84 poz. 187) wymaga się stwierdzenia tak wysokiego stopnia prawdopodobieństwa zarażenia podczas pobytu w danej placówce służby zdrowia, aby było to wystarczające dla przyjęcia jego odpowiedzialności z tytułu powstałej szkody.

Przesłanką odpowiedzialności, jak zostało wyżej wywiedzione, jest wina podwładnego.

W świetle poczynionych w sprawie ustaleń faktycznych, w ocenie Sądu, nie zostało udowodnione, że, zarzucana przez powódkę szkoda w postaci zakażenia tkanki łącznej powłok jamy brzusznej w miejscu wszczepu syntetycznego z przetoką ropną, powstała wskutek zawinionego działania lekarzy prowadzących proces leczniczy w pozwanym Szpitalu.

Wręcz przeciwnie, zgromadzony w sprawie materiał dowodowy, w szczególności opinia lekarzy instytutu – (...) w P., wykazała, że podczas zabiegów operacyjnych, jak i leczenia pooperacyjnego, nie doszło do błędu lekarskiego. Proces leczenia powódki i zastosowane metody, przebiegały zgodnie ze wskazaniami wiedzy i sztuki medycznej. Ocena obrazu klinicznego przebiegu choroby i podejmowanych działań przez lekarzy operatorów nie daje żadnych podstaw do przyjęcia zawinienia po stronie personelu pozwanego Szpitala. Powyższa opinia nie została skutecznie zakwestionowana ani podważona przez powódkę. W realiach sprawy brak jest zatem dowodów na to, aby podczas hospitalizacji powódki w pozwanym Szpitalu dopuszczono się jakichkolwiek nieprawidłowości. W szczególności, wszczepienie niewchłanialnej siatki polipropylenowej w przypadku uwięźniętej przepukliny jest dopuszczalne z punktu widzenia wiedzy medycznej, zarówno w 2002r. jak i obecnie. Rozwiązania tego nie należy jedynie stosować w przypadku zgorzeli jelita oraz martwicy sieci. Tylko w tych przypadkach zastosowanie siatki byłoby błędem i należałoby wykonać naprawę przepukliny w oparciu o własne tkanki chorego. W przypadku powódki jednak w karcie wypisowej z pierwszej operacji brak informacji o wystąpieniu martwicy sieci czy jelita, należy zatem domniemywać, że jej nie było. Decyzja o użyciu materiału syntetycznego należy do operującego chirurga i jeżeli nie ma, jak w omawianym przypadku, wykładników kontaminacji pola operacyjnego, nie jest ona błędem. Siatkę ułożono prawidłowo - na powięzi /on – lay/. Natomiast migracje siatek z następowym tworzeniem przetok i zakażeniem stanowią powikłanie, wprawdzie rzadkie, ale dobrze udokumentowane i opisane w fachowej literaturze.

Nadto, jak wynika z opinii biegłego sądowego z zakresu chorób zakaźnych, w przypadku powódki nie zostały spełnione warunki kwalifikujące zakażenie miejsca operowanego, jako zakażenie szpitalne jamy operowanej. Powódka była

hospitalizowana po upływie około 7 tygodni po pierwszym zabiegu z powodu krwaka w bliźnie okolicy operowanej, a zatem brak postaw do uznania tej sytuacji, jako zakażenia szpitalnego. Nadto, w momencie zabiegu nie było przyczyn wtórnego zakażenia rany. Po ewakuacji krwaka w bliźnie pooperacyjnej powódka została wypisana do domu w stanie dobrym. Brak w dokumentacji informacji, które mogłyby sugerować istnienie zakażenia po wypisie chorej ze Szpitala. Dopiero w czerwcu 2008r. wystąpiły u powódki bóle brzucha i inne objawy świadczące o rozwinęciu się infekcji w obrębie miejsca operowanego we wrześniu 2008r. Jak wynika z dokumentacji w tym czasie doszło do ropowicy miejsca uprzednio operowanego, konieczności usunięcia siatki sztucznego pochodzenia. Wprawdzie badania bakteriologiczne wskazały obecność szeregu szczepów bakteryjnych, które występują w przewodzie pokarmowym i w otaczającym nas środowisku, jednakże wystąpienie tego rodzaju zdarzeń niepożądanych po sześciu latach od operacji wykonanej w 2002r. wyklucza możliwość traktowania tej infekcji, jako zakażenia szpitalnego.

W świetle powyższych rozważań, w ocenie Sądu, w przebiegu procesu terapeutycznego powódki nie doszło do popełnienia błędu w sztuce lekarskiej. Z uwagi na powyższe Sąd uznał, że lekarze opiekujący się powódką podczas jej hospitalizacji w OSK Nr 1 im. N. B. w Ł. w 2002r., dołożyli należytej staranności w opiece nad pacjentką. Lekarze obowiązani są do zachowania w postępowaniu leczniczym najwyższej staranności (art. 355 § 1 k.c.). Nie można jednak od nich wymagać, aby każde leczenie kończyło się wynikiem pozytywnym, bez względu na inne okoliczności przypadku (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 23 listopada 1976 roku, IV CR 442/76).

Reasumując zatem, w świetle poczynionych ustaleń, nie budzi wątpliwości Sądu, że wystąpienie w 2008r., zakażenia tkanki łącznej powłok jamy brzusznej w miejscu wszczepu syntetycznego z przetoką ropną u powódki, nie wynika z błędu w sztuce lekarskiej popełnionego podczas zabiegów, jakim została poddana w 2002r. w pozwanym Szpitalu, czy w leczeniu pooperacyjnym.

Nowelizacja kodeksu postępowania cywilnego z dnia 1 marca 1996 roku przywróciła do postępowania cywilnego zasadę *iudex secundum allegata et probata partium iudicare debet* (łac. sędzia powinien orzekać na podstawie twierdzeń i dowodów przedłożonych przez strony). Stosownie bowiem do treści przepisu art. 232 k.p.c. strony są obowiązane wskazywać dowody dla stwierdzenia faktów, z których wywodzą skutki prawne.

Zgodnie z art. 6 k.c. ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z faktu tego wywodzi skutki prawne. Ta zasada materialno - prawna znajduje odzwierciedlenie w przepisie procesowym art. 232 k.p.c., który z kolei stanowi, iż strony są obowiązane wskazywać dowody dla stwierdzenia faktów, z których wywodzą skutki prawne. Są to naczelnie zasady postępowania dowodowego, które zawsze w postępowaniu sądowym obciążają stronę, która z danego faktu wywodzi dla siebie określone skutki prawne.

W przepisie art. 6 k.c. chodzi o fakty mające istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy, a więc fakty prawotwórcze, czyli wykazujące istnienie prawa oraz fakty niweczące lub tamujące prawo. O tym co każda ze stron stosunku cywilnoprawnego ma udowodnić w sporze toczącym się przed sądem decydują przede wszystkim przedmiot sporu, prawo materialne regulujące określone stosunki prawne oraz prawo procesowe normujące zasady postępowania dowodowego.

Uwzględniając treść art. 6 k.c. stwierdzić należy, iż do osoby występującej z pozwem należy udowodnienie faktów pozytywnych, które stanowią podstawę powództwa, gdyż z faktów tych wywodzi ona swoje prawo. Do przeciwnika natomiast należy wykazanie okoliczności niweczących to prawo lub uniemożliwiających jego powstanie.

W sprawie o odszkodowanie ciężar dowodu i rozkład ciężaru zależą od tego co było przyczyną powstania szkody, czyli jaka jest podstawa materialnej odpowiedzialności pozwanego. W szczególności jeżeli szkoda powstała poza stosunkiem zobowiązaniowym łączącym strony, a więc pozwany ponosi odpowiedzialność na podstawie przepisów kodeksu cywilnego o czynach niedozwolonych, na powódce spoczywa ciężar udowodnienia przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej sprawcy, przez dowiedzenie, że szkoda powstała w związku z zaniedbaniami popełnionymi w ramach pozwanego Szpitala na skutek nieprawidłowego leczenia powódki, czego strona powodowa w niniejszym sporze nie uczyniła. Z uwagi bowiem na to, że twierdzenia pozwu, jakoby do powstania szkody doszło wskutek niewłaściwego założenia siatki w trakcie zabiegu operacyjnego we wrześniu 2002r., a następnie zakażenia

powódki, nie zostały udowodnione, brak jest podstaw do przyjęcia istnienia winy oraz związku przyczynowego między doznaną przez powódkę szkodą, a postępowaniem personelu pozwanej placówki medycznej.

Mając to wszystko na uwadze, powództwo podlegało oddaleniu jako nieudowodnione.

O kosztach nie opłaconej pomocy prawnej udzielonej powódce z urzędu Sąd orzekł na podstawie § 19, 20, 2 ust. 3 w zw. z § 6 pkt. 6 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 roku w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu (Dz. U. Nr 163, poz. 1348 ze zm.), polecając wypłacić je z Funduszy Skarbu Państwa - Sądu Okręgowego w Łodzi.

Z/

Odpis wyroku wraz z uzasadnieniem doręczyć powódce przez pełnomocnika

2014/07/03