

Sygn. akt II C 327/13

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 22 kwietnia 2016 roku

Sąd Okręgowy Warszawa – Praga w Warszawie Wydział II Cywilny

w składzie:

Przewodniczący: SSO Małgorzata Dubinowicz – Motyk

Protokolant: Michalina Osłowska

po rozpoznaniu w dniu 15 kwietnia 2016 roku na rozprawie

sprawy z powództwa J. S. (1) i B. S.

przeciwko (...) Szpitalowi (...) w W.

o zapłatę

I oddała powództwo;

II zasądza od powodów J. S. (1) i B. S. na rzecz pozwanego (...) Szpitala (...) w W. kwoty po 500zł (pięćset złotych) tytułem zwrotu kosztów procesu i odstępuje w pozostałym zakresie od obciążania powodów kosztami procesu;

III nakazuje pobrać od powodów J. S. (1) i B. S. na rzecz Skarbu Państwa – tut. Sądu kwoty po 453,76zł (czterysta pięćdziesiąt trzy złote siedemdziesiąt sześć groszy) tytułem zwrotu wydatków tymczasowo poniesionych przez Skarb Państwa.

Sygn. akt II C 327/13

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 27 marca 2013 roku J. S. (1) i B. S. wnieśli o zasądzenie od (...) Szpitala (...) z siedzibą w W. następujących kwot:

- na rzecz B. S. kwoty 250 000zł z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu tytułem odszkodowania za znaczne pogorszenie sytuacji życiowej w następstwie śmierci E. S.,

- na rzecz B. S. kwoty 100 000zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu tytułem zadośćuczynienia za krzywdę wywołaną śmiercią E. S.,

- na rzecz J. S. (1) kwoty 250 000zł z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu tytułem odszkodowania za znaczne pogorszenie sytuacji życiowej w następstwie śmierci E. S.,

- na rzecz J. S. (1) kwoty 100 000zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu tytułem zadośćuczynienia za krzywdę wywołaną śmiercią E. S.,

- na rzecz J. S. (1) renty w kwocie po 1000zł miesięcznie,

oraz o zasądzenie od pozwanego na rzecz powodów kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego, według norm przepisanych.

W uzasadnieniu pozwu wskazano, iż E. S. w dniu 23 lutego 2010 roku była poddana w pozwanym szpitalu zabiegowi operacyjnemu usunięcia kamicy woreczka żółciowego, iż w późniejszym czasie oczekiwała na zabieg usunięcia przepukliny brzusznej, iż 29 czerwca 2010 roku zgłosiła się do pozwanego szpitala, jednakże po przeprowadzeniu badania i podaniu leków rozkurczowych nie została przyjęta, natomiast następnego dnia na zdjęciu przeglądowym jamy brzusznej stwierdzono niedrożność jelita grubego i wystawiono skierowanie do natychmiastowego leczenia szpitalnego, co skutkowało przyjęciem E. S. do pozwanego szpitala. Po wykonaniu badań i stwierdzeniu guza w jelicie grubym, w dniu 2 lipca 2010 roku lekarze zatrudnieni w pozwanym szpitalu przeprowadzili zabieg operacyjny usunięcia guza esicy i trzech przepuklin po operacji naczyniowej z częściową resekcją i usunięciem zrostów, jednakże w długi czas po operacji stan zdrowia E. S. się nie poprawiał, 8 sierpnia 2010 roku E. S. zmarła, a po przeprowadzonej sekcji zwłok ustalono iż przyczyną śmierci było rozlane włóknikowo – ropne zapalenie otrzewnej wikłane niewydolnością krążenia. W ocenie powodów powyższy przebieg wydarzeń uzasadnia przyznanie powodowi J. S. (1), będącemu mężem E. S. i powodowi B. S., będącemu synem E. S., wskazanych w pozwie kwot tytułem zadośćuczynienia na podstawie art.446§4 k.c., odszkodowania na podstawie art. 446§3 k.c. oraz renty na podstawie art.446§2 k.c. (k.2-9)

(...) Szpital (...) w W. wniósł o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie od powodów na swoją rzecz kosztów postępowania według norm przepisanych. Pozwany przyznał, że E. S. była hospitalizowana na Oddziale Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej w dniach od 15 lutego 2010 roku do 25 lutego 2010 roku, podczas tego pobytu została poddana zabiegowi cholecystektomii laparoskopowej oraz od 30 czerwca 2010 roku do 8 sierpnia 2010 roku, podczas tego pobytu została poddana zabiegowi operacyjnemu resekcji guza esicy. Pozwany wskazał, iż w trakcie zabiegów operacyjnych i w okresie pooperacyjnym pani S. była leczona zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, co oznacza brak podstaw do przypisania pozwanemu szpitalowi odpowiedzialności odszkodowawczej, w szczególności iż w ciągu całego okresu pooperacyjnego nie występowały u pacjentki kliniczne objawy zapalenia otrzewnej, a więc brak było podstaw do postawienia takiej diagnozy i przystępowania do ponownej interwencji chirurgicznej. Pozwany wskazywał nadto, iż powodowie nie sprecyzowali na czym miałyby polegać błąd medyczny czy też jakiego rodzaju zaniechań dopuścić się mieli lekarze zatrudnieni w pozwanym szpitalu oraz kwestionował żądania powodów co do wysokości. (k.60-65)

Podczas rozprawy w dniu 14 marca 2014 roku pełnomocnik powodów precyzował żądanie pozwu, wskazując iż zdaniem powodów personel medyczny strony pozwanej popełnił błąd polegający na nierozpoznanie u E. S. guza jelita, co wpłynęło na rozwój choroby oraz na pojawienie się zapalenia otrzewnej. (k.139) Strona pozwana podtrzymywała swoje stanowisko procesowe, zaprzeczając temu by lekarze Oddziału Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej (...) Szpitala (...) w W. popełnili błąd diagnostyczny, polegający na zbyt późnym rozpoznaniu guza esicy, którego rozwój doprowadził do zapalenia otrzewnej. (k.148-156)

Do chwili zamknięcia rozprawy strony podtrzymywały dotychczasowe stanowiska (k.367).

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

E. S. w 1998 roku była poddana operacji naczyniowej – wszczepienia protezy rozwidlonej aortalno - dwuudowej. Około 2008 – 2009 roku u p. S. pojawiała się przepuklina pooperacyjna, stopniowo powiększająca się i wywołująca od października 2009 roku bóle w śródbrzuszu i podbrzuszu. W wykonanym badaniu USC stwierdzono porcelanowy pęcherzyk żółciowy. Nie ujawniono wówczas występowania guza esicy. Od jesieni 2009 roku E. S. była pod kontrolą lekarską, korzystając m.in. z usług Centrum Medycznego (...). S.A. i Spółdzielni Pracy (...) oraz porad prof. K..

W okresie od 15 do 25 lutego 2010 roku E. S. przebywała w trybie planowym na Oddziale Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej (...) Szpitala (...) w W. z rozpoznaniem nieokreślonych przepuklin brzusznych bez niedrożności lub zgorzeli oraz kamicy pęcherzyka żółciowego. Po wyrażeniu przez E. S. zgody na zabieg operacyjny i na znieczulenie ogólne, 23 lutego 2010 roku pacjentce wykonano zabieg cholecystektomii laparoskopowej (usunięcia pęcherzyka żółciowego), który był utrudniony występowaniem dużych przepuklin i zrostów po operacji jakiej poddana była p. S. w 1998 roku. Masywne zrosty w jamie brzusznej uniemożliwiały pełną inspekcję jamy brzusznej, ograniczające obraz

rejestrowany przez kamerę. Wycięty pęcherzyk skierowano do badań histopatologicznych. 4 marca 2010 roku E. S. zgłosiła się na usunięcie szwów do (...) Poradni (...) w W.. Dowód: dokumentacja medyczna (k.68-81, 93-94, 158-178, 211, 250-251), zeznania świadka A. J. (k.228-230), zeznania powoda J. S. (1) (k.240-244)

Zabieg wycięcia pęcherzyka żółciowego został przeprowadzony zgodnie z zasadami i standardami wiedzy medycznej, mimo dużego stopnia jego skomplikowania z uwagi na występowanie u pacjentki przepukliny pooperacyjnej i licznych zrostów w jamie otrzewnej. Przepuklina i zrosty uniemożliwiły przeprowadzenie rewizji jamy brzusznej w czasie laparoskopii i ewentualne zdiagnozowanie guza jelita, tym bardziej ponieważ guzy jelita grubego rozwijają się od strony jego światła i ich zauważenie jest możliwe dopiero gdy naciek przechodzi już poza zewnętrzną ścianę jelita. Jedynym badaniem, które mogłoby umożliwić rozpoznanie guza esicy była w owym czasie kolonoskopia, jednakże brak było podstaw medycznych do zlecenia przeprowadzenia tego badania, ponieważ dolegliwości zgłaszane przez pacjentkę mogły towarzyszyć kamicy woreczka żółciowego, zrostom pooperacyjnym i przepuklinie. Dowód: opinia biegłego z zakresu chirurgii ogólnej i naczyniowej A. K. (k.271-275, 342-346 i 380-382), opinia biegłego z zakresu onkologii Z. D. (k.282-288, 348-350, 390)

28 czerwca 2010 roku E. S. zgłosiła się do izby przyjęć pozwanego szpitala, zgłaszając wystąpienie krwimoczu oraz zaparć i skarżąc się na bóle brzucha. Ze względu na rodzaj zgłaszanych dolegliwości oraz odnotowany w dokumentacji medycznej fakt wcześniejszego przeprowadzenia zabiegu cholecystektomii i oczekiwania na przeprowadzenie zabiegu usunięcia przepuklin pooperacyjnych, lekarz dyżurny konsultował się z chirurgiem i urologiem. Badający wówczas pacjentkę chirurg nie stwierdził cech niedrożności przewodu pokarmowego (pacjentka oddawała stolce i wydzielala gazy, brzuch był miękki) i konieczności hospitalizacji na oddziale chirurgii, więc zalecił jedynie konsultację urologiczną, wykonanie zdjęcia jamy brzusznej i badania ogólnego moczu. W dokumentacji z izby przyjęć nie ma zdjęcia RTG jamy brzusznej. Po przeprowadzeniu konsultacji urologicznej i chirurgicznej, ustaleniu że aktualnie krwimocz nie występuje, zdiagnozowaniu kamicy lewej nerki, przeprowadzeniu badań krwi, podaniu leków po których ustąpiły dolegliwości bólowe i zaleceniu zażywania F. oraz późniejszego wykonania badania usg, E. S. nie została przyjęta do szpitala. Dowód: karta informacyjna izby przyjęć i karta konsultacyjna izby przyjęć (k.85-86 i 179-180, 210), zeznania świadka A. J. (k.228-230), zeznania świadka E. D. (k.237-238), zeznania powoda J. S. (1) (k.240-244)

Dolegliwości zgłaszane przez p. S. i jej stan w czasie badań mogły uzasadniać postawienie diagnozy o wystąpieniu tzw. kolki nerkowej, nie stanowiącej podstawy do pilnej hospitalizacji. W przypadku kolki nerkowej moczowód rozdęty z powodu zatkania kamieniem moczowym drażni otrzewną i powoduje objawy polegające na okresowych bólach brzucha, wzdęcia i trudności w oddaniu stolca (podobne jak rozwijający się guz jelita), jednak ustępujące po podaniu leków rozkurczowych i przeciwbólowych.

Objawy niedrożności jelita spowodowane rozwijającym się guzem pojawiają się w ciągu kilku - kilkunastu godzin od momentu zupełnego zatkania jelita, ich obraz radiologiczny mógłby jeszcze nie występować w dniu 28 czerwca 2010 roku. Odmowa przyjęcia E. S. do szpitala w dniu 28 czerwca 2010 roku skutkowałą rozwinięciem się objawów niedrożności jelit, jednak nie spowodowała zagrożenia życia chorej. Nie miała ona też wpływu na stan zdrowia chorej powodowany guzem jelita, gdyż guz esicy był wówczas zaawansowany i powodował niedrożność jelita ani na rozwinięcie się późniejszego zapalenia otrzewnej skutkującego zgonem E. S.. Dowód: opinia biegłego z zakresu chirurgii ogólnej i naczyniowej A. K. (k.271-275, 342-346 i 380-382), opinia biegłego z zakresu onkologii Z. D. (k.282-288, 348-350 i 390)

30 czerwca 2010 roku w godzinach rannych E. S. zgłosiła się do gastrologa w Spółdzielni Pracy (...), zgłaszając występowanie krwimoczu, zatrzymanie stolca i gazów. Po przeprowadzeniu badania i zdjęcia przeglądowego jamy brzusznej ujawniającego niedrożność mechaniczną dolnego odcinka przewodu pokarmowego, otrzymała skierowanie do szpitala. Dowód: dokumentacja medyczna (k.92 i 182), zeznania powoda J. S. (1) (k.240-244)

W dniu 30 czerwca 2010 roku E. S. została w trybie nagłym przyjęta na Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej (...) Szpitala (...) z uwagi na rozpoznanie niedrożności jelita, wyrażając zgodę na proponowane leczenie. W

przeprowadzonych tego dnia badaniach tomografii komputerowej stwierdzono występowanie guza esicy na długości ok. 5cm, rozdęte silnie pętle jelita grubego i krętego, przepuklinę.

2 lipca 2010 roku E. S., po wyrażeniu zgody na zabieg, poddana została zabiegowi operacyjnemu, podczas którego po wypreparowaniu worków 3 przepuklin po wcześniejszej operacji naczyniowej i resekowaniu wrośniętej sieci oraz uwolnieniu litych zrostów obejmujących jelito cienkie i jelito grube stwierdzono guz esicy o średnicy ok. 4 cm, całkowicie zamykający światło jelita, zlokalizowany ok. 15 cm od dna miednicy i przyrośnięty do ściany odbytnicy, a następnie wycięto guz z marginesami tkanek zdrowych. Znaczącym utrudnieniem w przeprowadzeniu resekcji guza była duża ilość zrostów wewnątrzbrzusznych. W czasie operacji nie były zauważalne cechy charakterystyczne dla zapalenia otrzewnej. Wycięte tkanki zostały skierowane do badań histopatologicznych, w wyniku których stwierdzono w części środkowej 19-centymetrowego fragmentu esicy owrzodziały naciek nowotworowy przerastający ściany i penetrujący do okołosiczej tkanki tłuszczowej (z naciekaniami pni nerwowych oraz wrastaniem do naczyń limfatycznych i krwionośnych).

Z uwagi na powikłany okres pooperacyjny, tj. długie gojenie się rany, występujące w połowie lipca epizody biegunkowe, wymioty i bóle brzucha oraz apatię pacjentki, odmowę przyjmowania pokarmów, p. S. była intensywnie konsultowana i badana, a okresowo dokarmiana dożylnie. Stosowano u niej antybiotykoterapię, leczenie przeciwzakrzepowe, podawano leki pobudzające perystaltykę. Korzystano z pomocy rehabilitanta oraz konsultacji psychiatry. U p. S. wykonano 15, 17, 18, 22, 29 i 31 lipca i 6 sierpnia 2010 morfologię, założono sondę do żołądka, 16 lipca 2010 roku badanie usg brzucha, tomografię komputerową jamy brzusznej i jamy miednicy (stwierdzając m.in. występowanie niedrożności jelita cienkiego i okrężnicy do pozycji zagięcia śledzionowego, śladową ilość wolnego płynu w jamie otrzewnej), w dniu 23 lipca 2010 roku wykonano seriogram jelita cienkiego (stwierdzając dość wąskie światło jelita i podejrzenie istnienia stanu zapalnego). W kolejnych dniach pacjentka była leczona antybiotykami, lekami przeciwzakrzepowymi, stosowano żywienie pozajelitowe. Z uwagi na wykluczenie niedrożności jelita i potwierdzenie szczelności jelita, a także wiedzę o występowaniu licznych zrostów wewnątrzbrzusznych, nie zdecydowano się na reoperację. Podczas codziennych obchodów nie stwierdzano u pacjentki objawów charakterystycznych dla zapalenia otrzewnej, tj. napięcia brzucha, bolesności brzucha, zaburzeń perystaltyki jelit.

8 sierpnia 2010 roku E. S. zmarła. Dowód: historia choroby i dokumentacja medyczna (k.15-21, 67, 82-84, 87-91, 95-97, 181-209), zeznania świadka W. P. (k.140-143), zeznania świadka J. S. (2) (k.143-145), zeznania powoda J. S. (1) (k.240-244)

Zabieg operacyjny w dniu 2 lipca 2010 roku został przeprowadzony zgodnie z zasadami i standardami aktualnej wiedzy medycznej. Leczenie i diagnostyka w okresie pooperacyjnym prowadzone były właściwie i z dużą starannością, zgodnie z zasadami obowiązującymi w chirurgii po poważnym zabiegu operacyjnym.

Częstym następstwem operacji na jelicie grubym jest ropienie ran powodujące ich opóźnione gojenie się, jednakże jedynie w wyjątkowych przypadkach (zupełnego rozejścia się rany, zupełnego braku odporności chorego) może dojść do zainfekowania jamy otrzewnej ze strony rany.

Zapalenie otrzewnej jest natomiast następstwem operacyjnego otwarcia jamy brzusznej, gdy pojawiający się wówczas odczyn zapalny nie zostanie zwalczony przez siły obronne organizmu. Pooperacyjne zapalenie otrzewnej zwykle występuje u ludzi starszych operowanych w trybie doraźnym z powodu niedrożności przewodu pokarmowego oraz nowotworu. Objawia się ono zaburzeniami perystaltyki jelit, jednak objawy pooperacyjnego zapalenia otrzewnej często występują w sposób powolny i skryty, co utrudnia i opóźnia jego rozpoznanie. Jest ono zwalczane poprzez podanie pacjentowi antybiotyków i stosowanie diety.

Wyniki przeprowadzonych badań laboratoryjnych i obrazowych E. S. nie wykazały istnienia ewidentnych zmian uzasadniających pilną powtórzną operację; w innym przypadku kolejna operacja przyczyniłaby się do pogorszenia stanu zdrowia pacjenta, gdyż śmiertelność po relaparotomii z powodu rozlanego zapalenia otrzewnej wynosi średnio

50%. Dowód: opinia biegłego z zakresu chirurgii ogólnej i naczyniowej A. K. (k.271-275, 342-346 i 380-382), opinia biegłego z zakresu onkologii Z. D. (k.282-288, 348-350 i 390)

W dokumentacji szpitalnej jako wyjściową przyczynę zgonu p. E. S. wpisano nowotwór złośliwy jelita grubego, jako przyczynę bezpośrednią - niewydolność krążeniowo – oddechową, jako przyczynę wtórną zaś wyniszczenie nowotworowe. Dowód: karta statystyczna (k.66 i 212)

11 sierpnia 2010 roku przeprowadzona została sekcja zwłok p. E. S.. Patomorfolog stwierdził, iż przyczyną śmierci pani S., operowanej wcześniej z powodu raka gruczołowego okrężnicy esowatej, było rozlane włóknikowo – ropne zapalenie otrzewnej powikłane niewydolnością krążenia. Jest to bezpośrednia przyczyna zgonu E. S.. Dowód: rozpoznanie sekcyjne (k.14v i 213), opinia biegłego z zakresu chirurgii ogólnej i naczyniowej A. K. (k.271-275, 342-346 i 380-382), opinia biegłego z zakresu onkologii Z. D. (k.282-288, 348-350 i 390)

Sąd ustalił powyższy stan faktyczny w oparciu o przywołane powyżej dowody, oddalając finalnie wniosek powodów o dopuszczenie dowodu z przesłuchania świadków wskazywanych w pozwie, albowiem – wobec niewykazania podstaw odpowiedzialności odszkodowawczej strony pozwanej – okoliczności na jakie świadkowie mieliby zeznawać nie miały istotnego znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy.

Sąd zważył, co następuje:

Powództwo okazało się nieuzasadnione.

W niniejszej sprawie powodowie domagali się zasądzenia od pozwanego (...) Szpitala (...) w W. odszkodowania ze względu na znaczne pogorszenie swojej sytuacji życiowej jako najbliższej rodziny poszkodowanej E. S., zadośćuczynienia pieniężnego za krzywdę doznaną przez powodów w wyniku śmierci żony i matki oraz przyznania renty. Żądania te znajdują swą podstawę w art. 446 k.c., stanowiącym iż osoba, względem której ciążył na zmarłym ustawowy obowiązek alimentacyjny, może żądać od zobowiązanego do naprawienia szkody renty obliczonej stosownie do potrzeb poszkodowanego oraz do możliwości zarobkowych i majątkowych zmarłego przez czas prawdopodobnego trwania obowiązku alimentacyjnego. Takiej samej renty mogą żądać inne osoby bliskie, którym zmarły dobrowolnie i stale dostarczał środków utrzymania, jeżeli z okoliczności wynika, że wymagają tego zasady współżycia społecznego (§2). Sąd może ponadto przyznać najbliższym członkom rodziny zmarłego stosowne odszkodowanie, jeżeli wskutek jego śmierci nastąpiło znaczne pogorszenie ich sytuacji życiowej (§3). Sąd może także przyznać najbliższym członkom rodziny zmarłego odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę (§4).

Podstawą prawną zgłoszonych przez powodów żądań wobec pozwanego szpitala był art. 430 kc. Przepis ten stanowi, iż kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności. W niniejszej sprawie niesporne było, iż osoby prowadzące leczenie E. S. były pracownikami pozwanego szpitala, a do odpowiedzialności jednostek szpitalnych, na rachunek których zatrudnieni w nich lekarze wykonują czynności z zakresu diagnozy i terapii, zastosowanie znajduje art. 430 kc. Oznacza to, że pozwany szpital odpowiada na zasadzie ryzyka za ewentualne szkody wyrządzone przez zatrudnianych przez siebie lekarzy przy wykonywaniu przez nich powierzonych im czynności, o ile działania lekarzy będą zawinione w rozumieniu art. 415 kc.

Nie było przedmiotem sporu, iż samo podjęcie kolejnych interwencji chirurgicznych u E. S. nie było działaniem bezprawnym, jako że zostało poprzedzone poinformowaniem jej o istocie planowanego zabiegu operacyjnego i możliwych niepowodzeniach oraz uzyskaniem pisemnej zgody na wykonanie zabiegu. Spełnione zostały więc wymogi przewidziane w art. 34 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Następnym wyrażeniem zgody na zabieg operacyjny przez E. S. było przyjęcie przez nią na siebie ryzyka niepowodzenia medycznego. Istotne jest jednak, iż wyrażając zgodę na zabieg operacyjny pacjent nie obejmuje nią skutków żadnej postaci winy lekarza czy w trakcie operacji czy w okresie pooperacyjnym.

W rozpoznawanej sprawie przedmiotem sporu stron było to, czy lekarze opiekujący się E. S. w okresie po operacji z dnia 2 lipca 2010 roku popełnili zawiniony błąd terapeutyczny w okresie pooperacyjnym nie dostrzegając u chorej objawów rozwijającego się zapalenia otrzewnej, co skutkowało drastycznym pogorszeniem się stanu zdrowia E. S. i jej śmiercią w dniu 8 sierpnia 2010 roku, jak również to czy lekarze zatrudnieni przez stronę pozwaną popełnili zawiniony błąd diagnostyczny, nie rozpoznając u chorej podczas jej bytności w szpitalu w dniach 15-25 lutego 2010 roku i w dniu 28 czerwca 2010 roku objawów rozwijającego się guza esicy, co wpłynąć miało na rozwój choroby nowotworowej oraz późniejsze pojawienie się zapalenia otrzewnej. Sąd podkreśla, iż powodowie łączyli odpowiedzialność strony pozwanej nie z faktem i sposobem przeprowadzenia u E. S. zabiegu cholecystektomii i resekcji guza esicy, lecz z brakiem przeciwdziałania rozwijającemu się zapaleniu otrzewnej i brakiem wcześniejszego rozpoznania i leczenia guza esicy. Pozwany szpital przeczył temu, by personel lekarski dopuścił się zawinonego błędu medycznego w procesie leczenia p. E. S. i by ewentualne opóźnione rozpoznanie choroby nowotworowej miało wpływ na powstanie pooperacyjnego zapalenia otrzewnej, prowadzącego do śmierci pacjentki. Obowiązek udowodnienia tych okoliczności spoczywał, zgodnie z art. 6 kc, na stronie powodowej.

Sąd stoi na stanowisku, iż zgromadzony w sprawie materiał dowodowy nie uzasadnia ustalenia, iż lekarze leczący E. S. w pozwanym (...) Szpitalu (...) dopuścili się w trakcie procesu leczenia chorej działań bezprawnych i zawinionych, tj. zaniechania odpowiedniej opieki i diagnostyki w okresie po operacji z dnia 2 lipca 2010 roku czy zaniechania odpowiedniej diagnostyki nowotworowej w lutym i czerwcu 2010 roku, prowadzących do śmierci E. S..

Stosownie do art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty, obowiązkiem lekarza jest wykonywanie zawodu zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. Interpretacja przywołanego przepisu prowadzi do wniosku, iż lekarzowi można przypisać winę tylko w przypadku jednoczesnego wystąpienia elementu obiektywnej i subiektywnej niewłaściwości jego postępowania w procesie diagnozowania i leczenia pacjenta, przy czym element obiektywny dotyczy naruszenia zasad wynikających z wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii lekarskiej, a element subiektywny odnosi się do zachowania przez lekarza wymaganej wysokiej staranności zawodowej.

Ocena prawidłowości podejmowanych wobec E. S. działań lekarskich w pozwanym szpitalu wymagała zasięgnięcia wiadomości specjalnych, stąd Sąd dopuścił dowód z opinii biegłych z zakresu onkologii oraz chirurgii ogólnej i naczyniowej, zlecając biegłym udzielenie odpowiedzi na szereg pytań wymienionych w postanowieniu z dnia 15 października 2014 roku (k.253). W konkluzji opinii obu biegłych stwierdzono, że zabiegi chirurgiczne podejmowane wobec p. S. w pozwanym szpitalu w dniach 23 lutego 2010 roku i 2 lipca 2010 roku, jak również leczenie i diagnostyka w okresie pooperacyjnym były prawidłowe i prowadzone według przyjętych procedur medycznych. Biegli nie stwierdzili również odstępstw od zasad i aktualnych standardów wiedzy medycznej mających polegać na niedostrzeżeniu u pacjentki objawów rozwijającej się choroby nowotworowej, podkreślając iż w trakcie bytności w pozwanym szpitalu 15-25 lutego i 28 czerwca 2010 roku E. S. podawała niespecyficzne dolegliwości ze strony jamy brzusznej, a prowadzona wówczas diagnostyka obrazowa wykazywała jedynie kamice pęcherzyka żółciowego, przepukliny pooperacyjne i liczne zrosty w obrębie jamy brzusznej. Opinie obu biegłych Sąd uznał za wiarygodne i przekonujące, albowiem były logicznie i merytorycznie uzasadnione, a jej autorami były osoby których wiedzy fachowej nie sposób kwestionować. Sąd miał przy tym na uwadze, że w pisemnych opiniach uzupełniających biegli wyczerpująco i obszernie umotywowano wnioski opinii, wyjaśniając wątpliwości i odnosząc się do zastrzeżeń powodów zgłaszanych po doręczeniu opinii pisemnej. Wnioski opinii znajdowały odzwierciedlenie w materiale dowodowym zgromadzonym w sprawie, głównie dokumentacji medycznej. Analiza akt sprawy nie dostarcza również żadnych dowodów, które poddawałyby w wątpliwość postawione przez biegłych twierdzenia. Wymaga zauważenia, iż zeznający w charakterze świadków lekarze leczący E. S. opisywali podejmowane przez siebie wobec chorej czynności i ich uzasadnienie w sposób zbliżony do wniosków przedstawionych w opinii biegłych, szczególnie w odniesieniu do braku możliwości oglądu organów jamy brzusznej podczas zabiegu laparoskopii, decyzji o braku konieczności przyjęcia pacjentki do szpitala w dniu 28 czerwca 2010 roku czy też zaniechania przeprowadzenia powtórnej operacji po pogorszeniu się stanu zdrowia pacjentki w drugiej połowie lipca 2010 roku. Sąd zauważa, iż powodowie nie zakwestionowali w

skuteczny sposób wniosków opinii biegłych, poprzestając jedynie na wyrażeniu oceny iż biegli usiłowali tuszować błąd medyczny lekarzy pozwanego szpitala i nie uzasadniając podstaw takiego poglądu. Tymczasem w orzecznictwie i doktrynie utrwalone są wskazania, iż dla zakwestionowania wniosków opinii biegłych konieczne jest wykazanie, iż biegły nie dysponuje wiadomościami specjalnymi, iż rozumowanie przedstawione przez biegłych nie jest logicznie poprawne, iż opinia jest niepełna, nie uwzględnia wszystkich istotnych dla sprawy okoliczności lub nie zawiera uzasadnienia wyrażonych w niej ocen i poglądów, albo też gdy jest ona niejasna. Samo zaś niezadowolenie strony z konkluzji opinii, nie dyskwalifikuje opinii jako podstawy czynienia ustaleń faktycznych przez Sąd.

Reasumując, żaden z przeprowadzonych w sprawie dowodów nie uzasadnia ustalenia by personel medyczny pozwanego szpitala w okresie po operacji z dnia 2 lipca 2010 roku powinien i mógł podjąć inne czynności lecznicze wobec E. S. i skutecznie zapobiec rozprzestrzenianiu się zapalenia otrzewnej, które to zapalenie stało się przyczyną śmierci p. S.. Przeprowadzone w sprawie dowody nie potwierdzają także tez powodów by lekarze strony pozwanej powinni wcześniej rozpoznać u p. S. chorobę nowotworową, a szczególnie iż odmowa przyjęcia pacjentki do szpitala w dniu 28 czerwca 2010 roku i zaniechanie przeprowadzenia w tym dniu badania RTG jamy brzusznej wywarły negatywny wpływ na stan zdrowia chorej i w konsekwencji doprowadziły do jej śmierci.

Skoro powodowie nie wykazali istnienia przesłanek odpowiedzialności pozwanego (...) Szpitala (...) w W. określonych w art. 430 kc, powództwo podlegało oddaleniu w całości jako nieuzasadnione, o czym orzeczono w pkt I sentencji wyroku.

O kosztach procesu orzeczono na podstawie art. 98§1 i 3 kpc w zw. z art. 99 kpc i art. 102 kpc, zasądzając od powodów na rzecz strony pozwanej kwotę stanowiącą równowartość uiszczonej przez pozwanego szpitala zaliczki na wydatki wiążące się z przeprowadzeniem dowodu z opinii biegłego. W pozostałym zakresie, tj. dotyczącym wynagrodzenia pełnomocnika, Sąd odstąpił od obciążania powodów kosztami procesu należnymi stronie pozwanej, kierując się sytuacją życiową i materialną powodów przedstawioną we wnioskach o zwolnienie od kosztów sądowych, jak i tym, że wystąpienie przez powodów z pozwem było kierowane subiektywnym przekonaniem powodów o nieprawidłowościach w postępowaniu leczniczym wobec członka ich rodziny (odmowa przyjęcia do szpitala w dniu 28 czerwca 2010 roku, nagłe załamanie się stanu zdrowia w okresie pooperacyjnym).

Stosownie do wyniku procesu, Sąd obciążył powodów wydatkami tymczasowo poniesionymi przez Skarb Państwa na przeprowadzenie dowodu z opinii biegłych, które wyniosły 907,52zł, orzekając na podstawie art. 83 ust. 2 w zw. z art. 113 ust. 1 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych.