

## UZASADNIENIE

A. R. (1) wystąpił z powództwem przeciwko (...) (...) (...) Szpitalowi (...) w Ł. i (...) S.A. o zasądzenie in solidum od obydwu pozwanych na rzecz powoda sumy 300.000 zł z tytułu zadośćuczynienia pieniężnego wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie za okres od dnia 28 sierpnia 2017 roku.

W uzasadnieniu pozwu podano, że w dniach od 11 do 19 maja 2015 roku oraz następnie od 27 maja 2015 roku do 20 lipca 2015 roku A. R. (1) był poddawany leczeniu w Klinice (...) pozwanego szpitala, przy czym w dniu 12 maja 2015 roku został poddany zabiegowi operacyjnemu, po którym jego stan zdrowia znacznie się pogorszył, a zaplanowany cel zabiegu nie został osiągnięty. Ponadto już po zabiegu operacyjnym powstały u powoda ropnie i przetoki, a w następstwie tych powikłań musiał być przez 6 miesięcy żywiony dojelitowo. Powód wskazał ponadto, że na skutek postępowania pozwanego szpitala doszło do naruszenia jego praw jako pacjenta, tj. przed przystąpieniem do zabiegu z dnia 12 maja 2015 roku nie został w sposób prawidłowy poinformowany o możliwych powikłaniach i ryzykach związanych z zabiegiem.

(pозew, k. 3-8)

W odpowiedzi na pozew pozwany szpital wystąpił o oddalenie powództwa -

(odpowiedź na pozew, k. 188-190)

W odpowiedzi na pozew pozwany zakład ubezpieczeń wniósł o oddalenie powództwa.

(odpowiedź na pozew, k. 196-198)

W piśmie procesowym datowanym na 25 lutego 2021 roku powód podał, że w ramach kwoty łącznej 300.000 zł zadośćuczynienia pieniężnego domaga się kwoty 250.000 zł z uwagi na wywołaniu rozstroju zdrowia i uszczerbku na zdrowiu oraz kwoty 50.000 zł z tytułu naruszenia prawa pacjenta do informacji.

(pismo procesowe powoda k. 561-562)

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

W czerwcu 2014 roku A. R. (1) poddano zabiegowi operacyjnemu wycięcia czerniaka skóry klatki piersiowej wraz z przerzutami do węzłów chłonnych.

(okoliczność niesporna, wyjaśnienia powoda – protokół rozprawy z dnia 14 września 2018 roku, 21-22 minuta)

W dniach od 30 marca do 2 kwietnia 2015 roku powód przebywał na Oddziale Medycyny Nuklearnej (...) w Z., gdzie przeprowadzono badanie CT (tomografia komputerowa, TK) nadnerczy i potwierdzono występowanie guza nadnercza lewego.

(karta informacyjna k. 168)

Przed leczeniem operacyjnym w pozwanym szpitalu A. R. nie skarżył się na dolegliwości bólowe, był w pełni samodzielny. Na wizycie lekarskiej u prof. L. P. uzyskał informację, że zabieg usunięcia guza nadnercza jest potrzebny, gdyż istnienie guza może utrudniać leczenie tarczycy. W pozwanym szpitalu nie informowano powoda o tym, że czeka go skomplikowana lub trudna operacja.

(zeznania świadka Ł. R. – protokół rozprawy z dnia 14 września 2018 roku, 1 godzina 50 minuta; zeznania świadka M. R. - protokół rozprawy z dnia 14 września 2018, 1 godzina 5 minuta)

W dniu 11 maja 2015 roku A. R. (1) przyjęto na leczenie do Klinice (...) pozwanego szpitala. W opisie wywiadu z pacjentem podano, że został on przyjęty na leczenie w trybie planowym z powodu guza nadnercza lewego, wykrytego w badaniu TK w październiku 2014 roku (wymiary guza opisano jako 125/93/105 mm). W listopadzie 2014 roku wykonano biopsję nadnercza lewego, której obraz nie pozwolił określić, czy zmiana ma charakter tłuszczaka czy wysoko dojrzałego tłuszczakomięśniaka.

W dniu 12 maja 2015 roku przeprowadzono u powoda operację polegającą na laparotomii – otworzono jamę otrzewnej, w trakcie preparowania wystąpiło intensywne krwawienie z naczyń okołosiedzionowych. Krwawiące naczynia podkłuto. Stwierdzono nieoperacyjny guz nadnercza lewego o średnicy ok. 20 cm naciekający na lewą nerkę i okoliczne tkanki. Pobrano materiał z guza do badania histopatologicznego. Wyżej opisaną operację podjęto z intencją usunięcia guza – odstąpiono od tego w trakcie operacji, kiedy okazało się, guz jest związany z aortą w sposób uniemożliwiający jego bezpieczne wycięcie.

(historia choroby k. 115, wywiad przy przyjęciu do szpitala k. 105, opis operacji k. 113 odwrót, k. 124 odwrót, zeznania świadka L. P. k. 274)

W dniu 11 maja 2015 roku A. R. (1) podpisał przedstawiony mu przez personel pozwanego szpitala dokument zatytułowany „Druk świadomej zgody pacjenta” zawierający zgodę na wykonanie zabiegu operacyjnego określonego jako „wycięcie nadnercza lewego z guzem”. Druk nie zawierał informacji o żadnych konkretnych możliwych powikłaniach leczenia ani o stopniu ryzyka zabiegu.

(druk zgody pacjenta na operację k. 121, zeznania świadka L. P. k. 274)

Wycinek z guza pobrany u powoda w trakcie zabiegu operacyjnego z 12 maja 2015 roku poddano badaniu i stwierdzono, że jest to tkanka tłuszczowa bez cech atypowych. W dniu 19 maja 2015 roku A. R. (1) został wypisany z pozwanego szpitala do domu.

(karta wypisowa k. 105 odwrót, opis wyniku badania histopatologicznego k. 104)

Po operacji z dnia 12 maja 2015 roku A. R. (1) odczuwał silne dolegliwości bólowe w jamie brzusznej, które występowały także w dacie wypisania go ze szpitala. W dniu 19 maja 2015 roku powód nie był w stanie samodzielnie wyjść ze szpitala, był osłabiony. Po powrocie do domu musiał leżeć na łóżku w jednej pozycji, aby nie odczuwać silnych dolegliwości bólowych. Występowała podwyższona temperatura ciała. Kiedy powód pojechał ze swoim synem na zabieg zdjęcia szwów pooperacyjnych, chirurg odstąpił od tego zabiegu, gdyż brzuch powoda był twardy, napięty, a rana operacyjna nie była wygojona. Stan zdrowia powoda pogorszał się, nie był w stanie sam wejść po schodach, zamieszkał z synem, który się nim opiekował. Kiedy ból brzucha stał się na tyle silny, że powód nie mógł spać w nocy, w godzinach porannych następnego dnia powód zgłosił się na izbę przyjęć pozwanego szpitala.

(zeznania świadka Ł. R. – protokół rozprawy z dnia 14 września 2018 roku, 1 godzina 55 minuta – 2 godzina 1 minuta; zeznania świadka M. R. - protokół rozprawy z dnia 14 września 2018, 1 godzina 11 minuta -1 godzina 23 minuta)

W dniu 27 maja 2015 roku A. R. (1) został przyjęty w trybie nagłym do Kliniki (...) pozwanego szpitala. W dokumentacji medycznej z pozwanego szpitala odnotowano, że powodem przyjęcia był ból i wzdęcia brzucha, ogólne osłabienie i stany gorączkowe do 38 stopni Celsjusza. Rozpoznano wstępnie zbiornik płynowy (być może krwiak lub ropień) w nadbrzuszu.

(historia choroby k. 21, k. 23)

Powód przebywał w Klinice (...) pozwanego szpitala w okresie od 27 maja 2015 roku do 20 lipca 2015 roku. Rozpoznano u niego torbiel trzustki. W badaniu TK jamy brzusznej przeprowadzonym u powoda w dniu 28 maja 2015 roku stwierdzono u powoda w nadbrzuszu dwa zbiorniki płynowe połączone wąskim pasmem. W dniu 29 maja 2015 roku wykonano u powoda zabieg operacyjny określony w dokumentacji medycznej jako laparotomia zwiadowcza – w

tracie zabiegu dokonano drenażu ropnia trzustki. Gojenie rany po operacji wydłużało się. W dniu 20 lipca 2015 roku powód został wypisany ze szpitala „do dalszej obserwacji w warunkach ambulatoryjnych”, z zaleceniem „codziennej toalety przetok”.

(karta informacyjna leczenia szpitalnego k. 24-26)

W opisie badania TK jamy brzusznej powoda z dnia 8 czerwca 2015 roku stwierdzono zmniejszenie rozmiaru zbiornika płynowego w jamie brzusznej powoda – nadal występowały dwa zbiorniki określone jako „reszkowe”. Podano, że „w obrębie zbiorników obecność gazu – tworzące się ropnie/gaz związany z drenażem. Zmianom tym towarzyszą zacieki płynowe z obrzękniętą tkanką tłuszczową”. Stwierdzono zwiększenie się ilości płynu w jamach opłucnych.

Z kolei w badaniu USG z dnia 13 lipca 2015 roku stwierdzono, że przy prawym brzegu blizny pooperacyjnej występuje „palczasty naciek w obrębie powłok o orientacyjnych wym. 22x 13x 50 mm”. Opisano ropień w nadbrzuszu między trzustką a tylną ścianą żołądka i ciągnącą się od jego przedniej ściany wypustkę nacieku zapalnego z pęcherzykami gazu („mogącą odpowiadać kanałowi przetoki”). Opisano zakrzepicę żyły śledzionowej. Stwierdzono pewną ilość płynu w jamie opłucnej.

(opis badania TK k. 37, opis badania USG k. 46, k. 110)

W trakcie ponownej hospitalizacji powoda w pozwanym szpitalu nikt z personelu medycznego nie informował powoda i odwiedzających go dzieci, dlaczego leczenie powoda przedłuża się, dlaczego tak wiele płynu gromadzi się w jamie brzusznej. Rana pooperacyjna u powoda nadal się nie goiła, ropiała. Przez pewien czas powód w pozwanym szpitalu karmiony był dojelitowo, potem znów podawano mu jedzenie doustnie. Przy wypisie ze szpitala A. R. mógł poruszać się samodzielnie, ale był wychudzony i osłabiony.

W ciągu 2 dni od wypisu z pozwanego szpitala w dniu 20 lipca 2015 roku u powoda wystąpiła wysoka temperatura ciała – powód zgłosił się do (...) (...), gdzie dokonano oczyszczenia rany pooperacyjnej i podano antybiotyki, wprowadzono na stałe żywienie dojelitowe. W dacie wypisu z (...) (...) stan powoda był już lepszy.

(zeznania świadka Ł. R. – protokół rozprawy z dnia 14 września 2018 roku, 2 godzina 2 minuta – 2 godzina 11 minuta; zeznania świadka M. R. - protokół rozprawy z dnia 14 września 2018, 1 godzina 24 minuta – 1 godzina 35 minuta; przesłuchanie powoda – protokół rozprawy z dnia 4 listopada 2021 roku, 20-34 minuta)

W dniu 23 lipca 2015 roku A. R. (1) zgłosił się do (...) (...) w Ł., gdzie był hospitalizowany na Oddziale Chirurgii Ogólnej do dnia 5 sierpnia 2015 roku. W wykonanym w tym szpitalu w dniu 23 lipca 2015 roku badaniu CT uwidoczniło się w przedniej okolicy trzustki patologiczny zbiornik płynowy o wymiarach 13 na 4 cm o charakterze ropnia oraz kolejny ropień o wymiarach 40 na 20 mm przylegający do mięśni prostych brzucha. Ropnie zdrenowano oraz przeprowadzono antybiotykoterapię celowaną. W trakcie hospitalizacji stosowano żywienie dojelitowe. W wyniku leczenia uzyskano poprawę stanu ogólnego pacjenta, który w dniu 5 sierpnia 2015 roku został wypisany z utrzymanym drenem w okolicy zaotrzewnowej - z zaleceniem dalszego żywienia dojelitowego.

(karta informacyjna leczenia szpitalnego k. 108, opis badania TK k. 164)

W szpitalu im (...) (...) zastosowano u powoda tzw. antybiotykoterapię celowaną.

(opinia pisemna biegłego chirurga J. B. k. 505, opinia pisemna biegłego chirurga M. G. k. 245, opinia pisemna biegłej z zakresu chorób zakaźnych A. M. k. 323)

Po zakończeniu hospitalizacji w (...) (...) w Ł. powód poddawany był w dalszym ciągu leczeniu żywieniowemu za pomocą sondy nosowo-jelitowej – w Centrum (...) przy wyżej wskazanym szpitalu. Przez ok. pół roku od zabiegu z maja 2015 roku powód miał założony dren odprowadzający płyn z jamy brzusznej, z karmienia dojelitowego (sondą wprowadzoną przez otwór nosa) powód korzystał do wiosny 2016 roku.

(kopia karty informacyjnej leczenia żywieniowego k. 107, przesłuchanie powoda – protokół rozprawy z dnia 4 listopada 2021 roku, 34-38 minuta)

W dniach od 5 do 7 października 2015 roku A. R. (1) przebywał na Oddziale Chirurgii Onkologicznej (...) (...) w Ł. – wykonano zabieg wycięcia przerzutu czerniaka do skóry klatki piersiowej.

(karta informacyjna leczenia szpitalnego k. 109)

Zabieg operacyjny, któremu poddano A. R. (1) w dniu 12 maja 2015 roku został powikłany intensywnym krwawieniem z okolic trzustki i śledziony. Ubytki krwi wyrównano przetoczeniami. U powoda po wyżej opisanym zabiegu wystąpiło odczynowe ostre zapalenie trzustki powikłane wytworzeniem ropnia okolicy zaotrzewnowej i ropnia wewnątrzbrzusznego.

W ocenie biegłego z zakresu chirurgii ogólnej zabieg operacyjny z dnia 12 maja 2015 roku został przeprowadzony prawidłowo, zgodnie z wiedzą i sztuką medyczną. Ze względu na duże rozmiary guza i jego naciekanie na sąsiednie tkanki nie było możliwości technicznej usunięcia guza w całości, co czyniło uzasadnionym odstępnie od operacyjnego usunięcia guza. Ostre zapalenie trzustki jest stosunkowo częstym (ok. 10%) powikłaniem zabiegów operacyjnych w nadbrzuszu. Z przeważającym prawdopodobieństwem u powoda doszło do mechanicznego podrażnienia trzustki w trakcie zabiegu operacyjnego, co jednak nie wynikało z błędu w sztuce medycznej. Guz nadnercza u powoda ma charakter nieoperacyjny, jednakże z dostępnej dokumentacji medycznej nie wynika, aby już po otwarciu powłok brzusznych a przed podjęciem próby wypreparowania guza można go było uznać za nieoperacyjny. W okolicznościach niniejszej sprawy podjęcie próby wycięcia guza nie stanowiło błędu w sztuce medycznej. Podjęcie próby wycięcia guza, nawet przy przyjęciu, że było to tłuszczak (nowotwór niezłośliwy) było działaniem celowym, gdyż guz tej wielkości uciskając na sąsiednie narządy może negatywnie wpływać na funkcjonowanie organizmu. Brak jest podstaw do przyjęcia, że próbę wypreparowania (wycięcia) guza podjęto w sposób nieostrożny. Niewykonanie u powoda badania TK jamy brzusznej bezpośrednio przed operacją, tj. w dniach 11 lub 12 maja 2015 roku, nie było błędem w sztuce medycznej.

Ropnie wewnątrzbrzuszne i ropienie rany operacyjnej u powoda zostały wyleczone ostatecznie na przełomie 2015 i 2016 roku – u powoda po tej dacie nie występuje uszczerbek na zdrowiu będący skutkiem operacji z maja 2015 roku.

U powoda w trakcie hospitalizacji w pozwanym szpitalu doszło do infekcji bakteryjnej.

W opisie wyniku badania TK z dnia 13 lipca 2015 roku rozpoznano u powoda ropień – opisując ten sam zbiornik płynu w jamie brzusznej, który następnie został stwierdzony i opisany w badaniu TK przeprowadzonym u powoda 23 lipca 2015 roku w (...) (...) w Ł. W dni 20 lipca 2015 roku leczenie szpitalne powoda powinno być kontynuowane, gdyż u powoda nadal istniał ropień (a nie jedynie torbiel) w okolicy zaotrzewnowej. U powoda występowało wówczas ostre zapalenie trzustki powikłane ropniem w okolicy zaotrzewnowej i zakrzepicą żyły śledzionowej, co w każdej chwili groziło dalszymi powikłaniami. Obecność płynu w lewej jamie opłucnej świadczyło o rozprzestrzenianiu się infekcji w organizmie powoda.

(opinia pisemna biegłego z zakresu chirurgii ogólnej M. G. k. 244-248, wyjaśnienia biegłego złożone na rozprawie w dniu 22 stycznia 2019 roku k. 274-278, wyjaśnienia biegłego – protokół rozprawy z dnia 28 maja 2019 roku od 2 minuty)

W trakcie drugiego pobytu powoda w pozwanym szpitalu pobierano materiał na posiew z rany pooperacyjnej i jamy brzusznej – w dniach 10 czerwca 2015 roku i 6 lipca 2015 roku z materiału tego wyhodowano częściowo antybiotykooporny szczep bakterii gronkowca (*Staphylococcus*), oporny m.in. na penicyliny i gentamycynę oraz grzyb *Candida krusei*. W pobranym od powoda wymazie z jamy otrzewnowej w dniu 13 lipca 2015 roku wyhodowano bakterię paciorkowca kałowego (*Enterococcus*).

U A. R. (1) doszło w trakcie pobytu w pozwanym szpitalu do tzw. bakteryjnego zakażenia szpitalnego – częściowo antybiotykooporną bakterią gronkowca (*Staphylococcus MRCNS*, wyhodowany z wymazu z rany pooperacyjnej), który w przeciwieństwie do paciorkowca kałowego (*Enterococcus faecalis*) nie stanowi naturalnej flory przewodu pokarmowego. Tylko w przypadku tej drugiej a nie pierwszej bakterii wykrytej u powoda mogło dojść do „przemieszczenia” bakterii z przewodu pokarmowego powoda do jamy otrzewnowej. W wyniku zakażenia bakteryjnego u powoda powstały ropnie w obrębie nadbrzusza wymagające dalszego leczenia i kolejnej hospitalizacji w (...) (...). Ropnie w jamie brzusznej zawsze stanowią zagrożenie dla życia i zdrowia pacjenta.

Ponadto, jak wynika z karty znieczulenia operacyjnego (k. 124) w dniu 12 maja 2015 roku nie zastosowano profilaktyki antybiotykowej zabiegowej u powoda (w szczególności zalecanej przez komitet terapeutyczny w pozwanym szpitalu dla zabiegu laparotomii - k. 378) – brak o niej wzmianki w karcie znieczulenia. Co więcej, mimo zobowiązania strony pozwanej (zarządzenie z 26 XI 2019 roku, k. 328) do złożenia wszystkich dokumentów wskazanych w pierwszej opinii biegłej z zakresu chorób zakaźnych (k. 323-324 akt sprawy), strona pozwana nie złożyła tzw. wymazów czystościowych z rąk personelu na bloku operacyjnym i w oddziale chirurgii ogólnej pozwanego szpitala, jak również protokołów kontroli Inspekcji Sanitarnej-Epidemiologicznej z 2015 roku.

Proces ropny u powoda został ostatecznie wyleczony bez trwałego (stałego) uszczerbku na zdrowiu, jednakże sam utrzymujący się ropny proces zapalny stanowił długotrwały uszczerbek na zdrowiu powoda oszacowany przez biegłą z zakresu chorób zakaźnych na 15%. Na skutek wyżej opisanego zakażenia powód doznał dolegliwości fizycznych (bólowych) o bardzo dużym stopniu nasilenia.

(opinia pisemna biegłej z zakresu chorób zakaźnych A. M. k. 322-324, pisemna opinia uzupełniająca biegłej k. 534-536, wyniki posiewu wymazu z rany k. 40 i 41, wyniki posiewu wymazów z jam ciała k. 45)

Leczony operacyjnie u powoda w październiku 2015 roku przerzut czerniaka do skóry klatki piersiowej nie ma związku z leczeniem operacyjnym guza nadnercza ani z kilkumiesięcznym gojeniem się rany po operacji z maja 2015 roku. Brak jest podstaw do przyjęcia, że stres psychiczny związany z przebiegiem leczenia powoda w pozwanym szpitalu zwiększył prawdopodobieństwo przerzutów czerniaka do skóry klatki piersiowej.

(opinia pisemna biegłego z zakresu chirurgii ogólnej i onkologicznej J. B.

k. 503-507, pisemna opinia uzupełniająca k. 529-531)

Przebieg leczenia A. R. (1) w pozwanym szpitalu był dla powoda źródłem stresu i dyskomfortu psychicznego, jednakże nie powstały u niego w rezultacie zaburzenia psychopatologiczne – u powoda nie stwierdza się zaburzeń nerwicowych ani nasilenia przebytej reakcji afektywnej, które uzasadniałyby przyjęcie, że powód doznał stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu psychicznym.

(opinia pisemna biegłej z zakresu psychiatrii A. R. k. 576-602)

W okresie od dnia 28 grudnia 2014 roku do dnia 27 września 2015 roku (...) S.A. w W. udzielał ochrony ubezpieczeniowej w zakresie odpowiedzialności cywilnej pozwanemu zakładowi ubezpieczeń.

(okoliczność niesporna, odpowiedź na pozew (...) SA k. 197)

W dniu 28 lipca 2017 roku w imieniu powoda wysłano pisemne zgłoszenie szkody do pozwanego szpitala z żądaniem zapłaty kwoty 300.000 zł z tytułu zadośćuczynienia pieniężnego.

(pismo k. 15-17, potwierdzenie nadania k. 18)

Pozwany szpital przekazał zgłoszenie szkody dokonane w imieniu powoda do (...) S.A., który w piśmie datowanym na 26 września 2017 roku odmówił uwzględnienia roszczeń powoda.

(pismo k. 200-202)

W zakresie dotyczącym celowości i prawidłowości leczenia chirurgicznego powoda sąd oparł się na treści opinii biegłego z zakresu chirurgii ogólnej M. G., z której wynika, że podjęcie zabiegu operacyjnego (tj. próby usunięcia operacyjnego guza nadnercza w dniu 12 maja 2015 roku) było działaniem uzasadnionym i nie stanowiło błędu w sztuce medycznej, podobnie jak odstąpienie od kontynuowania tego zabiegu wobec stwierdzenia w jego trakcie, że wielkość i umiejscowienie guza (niemożność jego wypreparowania od sąsiednich tkanek) czynią niewykonalnym jego usunięcia bez zagrożenia dla życia i zdrowia pacjenta. W omawianym zakresie brak jest podstaw do kwestionowania wiarygodności opinii biegłego – podobnie jak co do ustaleń biegłego chirurga odnośnie tego, że powikłanie zabiegu operacyjnego w postaci zapalenia trzustki (będącego najprawdopodobniej skutkiem jej mechanicznego podrażnienia) nie było skutkiem błędu w sztuce medycznej, zwłaszcza przy trudnym polu operacyjnym.

Zarazem jednak w zakresie dotyczącym przyczyn wystąpienia u powoda w trakcie hospitalizacji infekcji bakteryjnej oraz jej związku z błędami po stronie pozwanego szpitala sąd oparł się na opinii biegłej z zakresu chorób zakaźnych a nie biegłego chirurga ogólnego – jest to bowiem zagadnienie z zakresu kompetencji pierwszej z tych biegłych. Biegły chirurg ogólny potwierdził w swojej opinii, że u powoda w trakcie leczenia w pozwanym szpitalu doszło do infekcji bakteryjnej – sformułował natomiast hipotezę, zgodnie z którą u powoda zakażenie bakteryjne zaczęło się od zakażenia zmienionego zapalnie mięszu trzustki, co miało nastąpić na tle translokacji bakterii z przewodu pokarmowego, czemu jakoby personel medyczny szpitala nie mógł zapobiec. Ta hipoteza biegłego chirurga stoi jednak w sprzeczności z ustaleniami zawartymi w opinii biegłej z zakresu chorób zakaźnych, która wskazała na to, że jedynie bakteria paciorkowca kałowego (*Enterococcus faecalis*) mogła pochodzić z przewodu pokarmowego powoda, natomiast pochodzenia takiego nie miała dwukrotnie wyhodowana z wymazu z rany operacyjnej bakteria gronkowca (*Staphylococcus*) oporna na część antybiotyków – istnienie tej bakterii w organizmie powoda wskazuje na tzw. zakażenie szpitalne, tzn. wywołane florą bakteryjną charakterystyczną dla warunków szpitalnych. Brak było podstaw od kwestionowania wiarygodności opinii biegłej z zakresu chorób zakaźnych, do której żadna ze stron nie zgłosiła umotywowanych zarzutów.

Wniosek powoda o zobowiązanie biegłego chirurga M. G. do udzielenia odpowiedzi na pytanie z pisma powoda datowanego na 10 czerwca 2019 roku (k. 312) dotyczące tego, czy biegły jest „emerytowanym profesorem uczelni medycznej (...) powiązanej z pozwanym (...)” podlegał oddaleniu jako zmierzający jedynie do nieuzasadnionego przedłużenia czasu trwania postępowania – z uwagi na to, że biegły dwukrotnie składał wyjaśnienia ustne na rozprawach w dniach 22 stycznia 2019 roku i 28 maja 2019 roku w obecności strony powodowej, która mogła zadawać biegłemu pytania także dotyczące kwestii poruszonej w piśmie z 10 czerwca 2019 roku. Wiarygodność opinii biegłego M. G. co do celowości i sposobu przeprowadzenia zabiegu operacyjnego z dnia 12 maja 2015 roku potwierdza treść opinii kolejnego biegłego chirurga J. B. (k. 506). Dalsze pytania do tego ostatniego biegłego z pisma powoda z 11 maja 2020 roku (k. 518-519), ponowione następnie w piśmie powoda z 1 lutego 2021 roku (k. 549-550), jak również dotyczące tych samych okoliczności wniosek powoda o dopuszczenie dowodu z opinii kolejnego biegłego chirurga podlegały pominięciu na podstawie art. 235<sup>2</sup> §1 pkt 5 k.p.c. jako zmierzające jedynie do przedłużenia czasu trwania postępowania w sytuacji, w której na wszystkie zadawane po wielokroć pytania strony powodowej dotyczącej chirurgicznego aspektu leczenia powoda odpowiedział już biegły M. G. w swojej opinii pisemnej i w trakcie dwukrotnie składanych, trwających łącznie ok. 4 godzin, wyjaśnień udzielonych sądowi i stronom procesu na rozprawie.

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

Powództwo A. R. (1) podlegało częściowemu uwzględnieniu.

Zasadność roszczeń powoda stosunku do pozwanego szpitala podlega ocenie w oparciu o treść art. 415 i art. 430 k.c. W szczególności, drugi z wyżej przywołanych przepisów ma znaczenie w niniejszej sprawie, gdyż na jego podstawie jednostka służby zdrowia posiadająca osobowość prawną ponosi odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną w sposób zawiniony innemu podmiotowi przez osoby zatrudnione w tej jednostce w trakcie realizowania świadczeń medycznych. Zgodnie z treścią art. 445 §1 w zw. z art. 444 §1 k.c. w razie uszkodzenia ciała lub wywołania

rozstroju zdrowia sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Z kolei zgodnie z treścią 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 roku (tekst jedn. Dz.U. z 2020 r. poz. 849) w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 Kodeksu cywilnego – do praw pacjenta ustawa zalicza m.in. prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej (art. 6 ust.1), prawo pacjenta do informacji o swoim stanie zdrowia obejmujące prawo do uzyskania od lekarza przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu (art. 9 ust. 1 i 2 ustawy w brzmieniu obowiązującym w 2015 roku).

Z kolei podstawę odpowiedzialności pozwanego ubezpieczyciela za szkodę zgłoszoną przez powoda stanowi art. 822 § 1 k.c., z uwagi na niespornie zawartą przez (...) S.A. z pozwanym szpitalem umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

W świetle treści art. 430 k.c. szpital odpowiada za wyrządzone pacjentom przez jego personel szkody, jeżeli wyniknęły one z zawinionego działania lub zaniechania personelu poddanego kierownictwu organizacyjnemu władz szpitala – nie jest przy tym wymagane wykazanie przez powoda, kto dokładnie spośród pracowników szpitala dopuścił się takiego działania lub zaniechania. Zawinione wyrządzenie szkody w rozumieniu wyżej przytoczonego przepisu oznacza spowodowane szkody nie tylko na skutek naruszenia obowiązku wynikającego z przepisów prawa, lecz także na skutek każdego innego obiektywnie nagannego zachowania (tj. działania lub zaniechania), które narusza przyjęte w danej sferze stosunków międzyludzkich standardy postępowania, a zwłaszcza reguły ostrożności i starannego działania (por. wyroki SN: z dnia 10 lutego 2010 r. w sprawie o sygn. akt V CSK 287/09 oraz z dnia 29 października 2003 r. w sprawie o sygn. akt III CK 34/02).

Podzielić należy pogląd, zgodnie z którym w tzw. sprawach medycznych udowodnienie wszystkich przesłanek odpowiedzialności jednostki służby zdrowia w stopniu pewnym byłoby niezmiernie trudne do osiągnięcia. Stwierdzenie zachodzenia związku przyczynowego, jeśli chodzi o zdrowie ludzkie i procesy zachodzące w ludzkim organizmie, z reguły nie może być dokonane z całkowitą pewnością - jest to częstokroć utrudnione ze względu na aktualny stan wiedzy medycznej, która nie zawsze jest w stanie dać stanowczą odpowiedź na każde pytanie. W związku z powyższym do przyjęcia istnienia normalnego związku przyczynowego w odniesieniu do tzw. błędów medycznych wystarcza, że istnienie takiego związku jest dowiedzione z dostateczną dozą prawdopodobieństwa (por. uzasadnienie wyroku SN z dnia 30 września 2020 r., IV CSK 64/19). Wykazanie znacznego prawdopodobieństwa związku przyczynowego między określonymi działaniami szpitala, a zakażeniem, pozwala przyjąć, że powód spełnił obowiązek wynikający z art. 6 k.c. - nie można bowiem stawiać przed powodem nierealnego wymagania ścisłego (tj. z całą pewnością) wykazania momentu i drogi przedostania się infekcji do jego organizmu (por. uzasadnienie wyroku SN z dnia 13 czerwca 2000 r., V CKN 34/00). W sprawach dotyczących tzw. błędów w sztuce medycznej dla przyjęcia odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanego zakładu opieki zdrowotnej konieczne jest wykazanie dostatecznie wysokiego stopnia prawdopodobieństwa zaistnienia takiego błędu i jego negatywnych skutków dla organizmu osoby poszkodowanej (por. uzasadnienia wyroków Sądu Najwyższego: z dnia 14 grudnia 1973 r., II CR 692/73, z dnia 6 listopada 1998 r., III CKN 4/98, z dnia 24 maja 2005 r., V CSK 654/04, z dnia 5 kwietnia 2012 r., II CSK 402/11, z dnia 26 marca 2015 r., V CSK 357/14).

Wydana w niniejszej sprawie opinia pisemna biegłego z zakresu chirurgii M. G., następnie szeroko i szczegółowo wyjaśniona przez biegłego na dwóch terminach rozprawy, nie pozwala na przyjęcie, że po stronie personelu medycznego pozwanego szpitala doszło do zawinionych błędów w sztuce medycznej związanych z podjęciem decyzji o poddaniu powoda w dniu 12 maja 2015 roku zabiegowi operacyjnemu zmierzającemu do usunięcia guza nadnercza, jak również do błędów związanych ze sposobem przeprowadzenia tego zabiegu i z ostatecznym odstępniem w jego trakcie od pierwotnego celu, tj. na zaniechaniu usunięcia guza z uwagi na jego rozmiary i ścisłe powiązanie z narządami ciała powoda. Nie ma dostatecznych podstaw do przyjęcia, że podrażnienie trzustki w trakcie zabiegu operacyjnego

wynikało z zawinionego działania lub zaniechania personelu operującego powoda – a zatem, że podrażnienie to jest wynikiem niestaranego wykonania zabiegu operacyjnego.

Zachodzą natomiast w oparciu o zebrany w sprawie niniejszej materiał dowodowy – tj. wobec treści obydwu opinii pisemnych wydanych przez biegłą z zakresu chorób zakaźnych - podstawy do przyjęcia, że w trakcie hospitalizacji w pozwany szpitalu został zakażony tzw. szczepem szpitalnym (częściowo antybiotykoopornym) bakterii gronkowca, co wywołało u niego ropny proces zapalny w ranie operacyjnej i w jamie brzusznej, a w konsekwencji powstanie dwóch ropni, co zagrażało zdrowiu i życiu powoda. Jak wynika z opinii biegłej, brak jest podstaw do przyjęcia, że wyżej wskazana bakteria gronkowca pochodziła z przewodu pokarmowego powoda – co oznacza, że bakterie te musiały wnikać do organizmu powoda w trakcie zabiegu operacyjnego albo bezpośrednio po nim (do rany pooperacyjnej). Z opinii biegłej z zakresu chorób zakaźnych wynika ponadto, że złożona przez stronę dokumentacja medyczna nie potwierdza tego, aby u powoda zastosowano bezpośrednio przed operacją profilaktykę antybiotykową (mającą zapobiegać tego rodzaju infekcjom), chociaż w przypadku zabiegu polegającego na laparotomii była ona zalecana zgodnie z wewnętrznymi procedurami pozwanego szpitala (k. 378) – na podstawie odpowiedniej karty zleceń pielęgniarka anestezjologiczna powinna podać właściwy (wskazany w zaleceniach komitetu terapeutycznego szpitala) antybiotyk pacjentowi już na bloku operacyjnym, bezpośrednio przed rozpoczęciem operacji (k. 367). Jak wskazała biegła A. M. w swojej opinii, z karty znieczuleniowej (k.124) podpisanej przez anestezjologa nie wynika, aby bezpośrednio przed operacją w dniu 12 maja 2015 roku podano powodowi jakiegokolwiek antybiotyku, tj. aby zastosowano zalecaną w przypadku laparotomii profilaktykę antibakteryjną. Z kolei w opinii uzupełniającej biegła wskazała na niezłożenie przez stronę pozwaną tzw. wymazów czystościowych rąk personelu kliniki chirurgii i bloku operacyjnego pozwanego szpitala oraz protokołów kontroli Inspekcji Sanitarno-Epidemiologicznej z 2015 roku, chociaż do złożenia tych dokumentów pozwany został zobowiązany w toku postępowania. Okoliczności te pozwalają przyjąć z przeważającym prawdopodobieństwem, że do bakteryjnego zakażenia powoda i wywołanej nim poważnej infekcji doszło w pozwanym szpitalu na skutek niezachowania odpowiednich procedur profilaktycznych.

Co więcej, znaczna długość leczenia tego powikłania (w postaci silnie ropiejącego procesu zapalnego w ranie i jamie brzusznej) w pozwanym szpitalu wskazuje na to, że leczenie to nie było prowadzone w sposób optymalny (trwało ono ok. 2 miesiące i nie było skuteczne) – zwłaszcza jeżeli uwzględnić, że już po niespełna 2-tygodniowym okresie dalszego leczenia powoda w innym szpitalu ( (...) (...) ) uzyskano znaczną poprawę stanu powoda, umożliwiającą jego wypisanie do domu, co zapewne było wynikiem zastosowania w tym ostatnim szpitalu tzw. antybiotykoterapii celowanej i konsekwentnym wdrożeniu żywienia dojelitowego. Zaznaczyć należy, że także biegły z zakresu chirurgii M. G. w swoich ustnych wyjaśnieniach złożonych na rozprawie w maju 2019 roku przyznał, że wypisanie powoda z pozwanego szpitala w dniu 20 lipca 2015 roku było nieuzasadnione i przedwczesne, gdyż u powoda nadal trwał ropny proces zapalny (istniały ropnie w jamie brzusznej potwierdzone w badaniach obrazowych z 13 lipca 2015 roku i następnie w kolejnym szpitalu w dniu 27 lipca 2015 roku). Proces leczenia powoda w zakresie powikłania w postaci infekcji bakteryjnej w pozwanym szpitalu nie tylko nie był skuteczny ale został przedwcześnie i w sposób nieuzasadniony przerwany w dniu 20 lipca 2015 roku – już w dniu 23 lipca 2015 roku powód na skutek trwającej nadal poważnej infekcji w ramie brzusznej i ranie operacyjnej musiał zgłosić się do innego szpitala.

Pozwany szpital (a w konsekwencji także pozwany zakład ubezpieczeń) odpowiada za wywołaną zakażeniem szpitalnym bakteryjną infekcję ropną u powoda i jej przedłużające się (nieskuteczne, trwające ok. 2 miesiące) leczenie oraz dalsze skutki w postaci przedłużającego się gojenia rany operacyjnej, który to proces zakończył się dopiero po ponad pół roku od operacji z 12 maja 2015 roku, tj. na przełomie 2015 i 2016 roku (do stycznia 2016 roku powód musiał korzystać z żywienia dojelitowego, co było dodatkową uciążliwością dla niego wywołaną wyżej opisaną infekcją). Biegła z zakresu chorób zakaźnych oszacowała długotrwały uszczerbek na zdrowiu powoda tym wywołany na 15%. Zaznaczyć jednak należy, że na początku 2016 roku wywołany u powoda rozstrój zdrowia był już wyleczony, a opinie biegłych wydane w niniejszej sprawie nie potwierdzają tego, aby skutkowało on utrzymywaniem się po styczniu 2016 roku dalszych niekorzystnych skutków dla zdrowia powoda. Wobec powyższego należało uznać, że na podstawie art. 445 §1 k.c. powodowi za doznany długotrwały (trwający ok. 7 miesięcy) uszczerbek na zdrowiu i rozstrój zdrowia przysługuje od pozwanych zadośćuczynienie pieniężne w kwocie 36.000 zł.



Przyznać należy ponadto, że doszło do naruszenia prawa pacjenta poprzez nieudzielenie mu w pozwanym szpitalu przed zabiegiem operacyjnym z 12 maja 2015 roku odpowiednich (przystępnych, zrozumiałych dla pacjenta) informacji o dających się przewidzieć następstwach planowanego leczenia operacyjnego, w tym o możliwych ryzykach i powikłaniach (art. 9 ust. 1 i 2 ustawy o prawach pacjenta) – zwłaszcza o ryzyku mechanicznego podrażnienia trzustki (które wedle biegłego chirurga jest znaczne, bo podrażnienie takie występuje w ok. 10% zabiegów laparotomii), mogącego skutkować ostrym zapaleniem trzustki, jak również o ryzyku (również wysokim i realnym) znacznej utraty krwi w trakcie zabiegu. W rezultacie powód nie miał świadomości, jak poważny zabieg go czeka i jakie są realne ryzyka z nim związane. Z tego względu powodowi przysługuje od pozwanych dodatkowe zadośćuczynienie pieniężne na podstawie art. 448 k.c, w zw. z art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta w kwocie 4000 zł.

Ostatecznie zatem zasądzeniu in solidum od pozwanych podlega należność główna w kwocie 40.000 zł – w pozostałym zakresie powództw dotyczące należności głównej podlegało oddaleniu.

Na podstawie art. 481 §1 i 2 k.c. powodowi przysługują odsetki ustawowe za opóźnienie od należności głównej. Powód nie wykazał, w jakiej dacie doręczono pozwanemu szpitalowi jego pismo datowane na 26 lipca 2017 roku zawierające zgłoszenie szkody (k. 15) - powód załączył do pozwu jedynie dowód nadania pisma (k. 18), natomiast nie złożył dowodu doręczenia. Skoro jednak niesporne między stronami jest to, że pozwany szpital przekazał zgłoszenie szkody do (...) S.A., które z kolei w piśmie datowanym na 26 września 2017 roku poinformowało powoda o braku podstaw do uwzględnienia jego roszczeń, należy przyjąć, że pisemne zgłoszenie szkody zostało doręczone pozwanemu szpitalowi przed dniem 26 września 2017 roku. Stan opóźnienia po stronie pozwanego (...) S.A., stosownie do treści art. 817 §1 k.c., powstał po 30 dniach od daty doręczenia pozwanemu zakładowi ubezpieczeń zgłoszenia szkody – daty tego zdarzenia powód w pozwie nie określił i nie wykazał w toku dalszego postępowania dowodowego, jednakże treść zgłoszenia szkody musiała być znana (...) S.A. w dacie skierowania do powoda wyżej przywołanego pisma datowanego na 26 września 2017 roku. Termin 30 dni z art. 817 §1 k.c. należy zatem liczyć od dnia 26 września 2017 roku, co oznacza, że termin ten upłynął z końcem dnia 26 października 2017 roku, a od dnia 27 października 2017 roku pozwany (...) SA pozostawał w stanie opóźnienia. Od tej zatem daty powodowi przysługują od pozwany odsetki ustawowe za opóźnienie w zapłacie należności głównej.

Na podstawie art. 100 k.p.c. orzeczono o zniesieniu kosztów procesu między stronami z uwagi na to, że każda ze stron wygrała proces jedynie częściowo.

Na podstawie art. 113 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 roku o kosztach sądowych w sprawach cywilnych orzeczono o obowiązku solidarnego pokrycia przez pozwanych nieuiszczonych w toku postępowania kosztów sądowych w łącznej kwocie 2978,30 zł. Łączna kwota nieuiszczonych kosztów sądowych w sprawie niniejszej wyniosła 22.327,88 zł (opłata sądowa od pozwu 15.000 zł, łączna kwota wypłaconych z funduszy Skarbu Państwa wynagrodzeń biegłych 7237,88 zł: 1336,72 zł postanowienie k. 250, 351,60 zł postanowienie k. 279, 281,28 zł postanowienie k. 308, 1186,38 zł postanowienie k. 327, 1175,75 zł postanowienie k. 510, 577,56 zł i 1026,75 zł – postanowienie k. 540, 212,25 zł postanowienie k. 567, 1179,59 zł postanowienie k. 604). Pozwani są stroną przegrywającą proces w 13,33%, wobec czego pozwanych obciąża obowiązek pokrycia takiej właśnie części kosztów sądowych:  $22.327,88 \text{ zł} \times 0,1333 = 2976,30 \text{ zł}$ .

Na podstawie art. 113 ust. 4 ustawy o kosztach sądowych odstąpiono od ściągnięcia na rzecz Skarbu Państwa z roszczenia zasądzonego na rzecz powoda w punkcie 1 wyroku przypadającej na niego części nieuiszczonych kosztów sądowych.

## ZARZĄDZENIE

Odpis wyroku wraz z uzasadnieniem doręczyć pełnomocnikowi powoda (przez Portal).

Adam Borowicz