

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 12 lutego 2014 r. (data nadania w Urzędzie Pocztowym) powódka E. K. wniosła o zasądzenie od pozwanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) Szpitala (...) Medycznej (...) w Ł. – (...) Szpitala (...) kwoty 300.000,00 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę wraz z ustawowymi odsetkami liczonymi od dnia doręczenia pozwu do dnia zapłaty, odszkodowania w wysokości 11.500 zł wraz z ustawowymi odsetkami liczonymi od dnia doręczenia pozwu do dnia zapłaty, renty w wysokości 300 zł płatnej do dnia 15-go każdego miesiąca począwszy od miesiąca lutego 2014 r. wraz z ustawowymi odsetkami w razie uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat. Nadto powódka wniosła o ustalenie, iż strona pozwana ponosi odpowiedzialność za następstwa operacji z dnia 16 lutego 2011 r., które mogą ujawnić się u powódki E. K. w przyszłości.

W uzasadnieniu powódka podniosła, że swoje roszczenia wywodzi z leczenia w pozwanej placówce a zapoczątkowaną operacją usunięcia gruczolaka – guza odbytnicy na przednio-bocznej ścianie z dnia 16 lutego 2011 r. Po operacjach powódka pozostawała pod opieką psychologa, gdyż jej stan psychiczny był fatalny, permanentne cierpienia fizyczne i długotrwały pobyt w szpitalu spowodowały załamanie psychiczne i brak wiary w wyzdrowienie. Z pomocą rehabilitanta powódka od nowa musiała nauczyć się siada, co przysparzało jej ogromny ból ze względu na cewki i dreny, a potem chodzić. Powódka ostatecznie opuściła szpital w dniu 9 lipca 2011 r. Dopiero wówczas została skierowana na chemioterapię. Chemioterapia ta, zdaniem powódki została przeprowadzona zbyt późno, gdyż dopiero po upływie 6 miesięcy po operacji gruczolaka, co może skutkować w przyszłości przerzutami do wątroby i płuc. Zdaniem powódki powodem infekcji jej organizmu w okresie pooperacyjnym był brak należytej dbałości przez personel medyczny oddziału chirurgicznego o właściwą septykę sali operacyjnej i sal szpitalnych, w których przebywali pacjenci. Podstawę prawną dochodzonych przez powódkę roszczeń stanowi art. 415 k.c. Powódka podniosła, że na pozwanym szpitalu ciążył obowiązek zapewnienia maksymalnie septycznych warunków sali chirurgicznej, na której wykonano operację powódce, jak i S. szpitalnej, w której przebywała po operacji, a wina szpitala polega na niezachowaniu należytej staranności, w tym zakresie, co skutkowało długotrwałą infekcją organizmu powódki, zapaleniem osierdzia, przepukliną, która z kolei skutkuje obecnie nietrzymaniem moczu i koniecznością stosowania pampersów.

Oprócz zadośćuczynienia powódka dochodzi na podstawie art. 444 §1 k.c. zwrotu poniesionych kosztów spowodowanych zawinionym działaniem pozwanego szpitala w kwocie 11.500 zł, na które składają się codzienne dojazdy męża i córki do szpitala w kwocie 6.500 zł, zakup na polecenie personelu medycznego opatrunków z jonami srebra i opatrunków żelowych na kwotę 3.000 zł, a także zakup podkładów higienicznych, balsamów S. i innych środków przyspieszających gojenie się ran na kwotę 2.000 zł. Wydatki nie ustały również po wyjściu ze szpitala, gdyż powódka została wypisana ze szpitala, gdy ropiały jej jeszcze rany na brzuchu i rana pod obojczykiem. Konieczna była opieka medyczna w domu i zmiana opatrunków 2 razy dziennie. Łącznie powódka wydała na ten cel 5.000 zł.

Ponadto powódka na podstawie art. 444 §2 k.c. dochodzi zasądzenia od pozwanego szpitala comiesięcznej renty w wysokości 300 zł, gdyż zwiększyły się jej codzienne potrzeby w związku z przepukliną jakiej doznała w szpitalu.

(pozew k. 2-12)

W odpowiedzi na pozew z dnia 2 lipca 2014 r. pozwany SP ZOZ (...) im. WAM w Ł. – (...) pozwany wniosł o oddalenie powództwa w całości, zasądzenie od powódki na rzecz pozwanego kosztów postępowania według norm przepisanych, w tym kosztów zastępstwa procesowego z uwzględnieniem opłaty od pełnomocnictwa.

W uzasadnieniu pozwany podał, że kwestionuje powództwo zarówno co do zasady, jak i co do wysokości. Twierdzenia powódki, zdaniem pozwanego, nie zasługują na uwzględnienie. Zdaniem pozwanego nie miało miejsca

jego zawinienie, które powódka traktuje jako bezsporne, natomiast z historii choroby powódki wynika, że wszelkie procedury wykonane zostały w pozwanym szpitalu w sposób prawidłowy i nie budzący wątpliwości.

W procesie leczenia takich schorzeń, jak w przypadku powódki powikłania są powszechne i częste. W pozwanym szpitalu każdy pacjent jest świadom możliwości ich wystąpienia w chwili podpisywania zgody na proponowane leczenie chirurgiczne. Tak też było w przypadku powódki, która własnoręcznie podpisała zgodę na leczenie chirurgiczne w dniu 15 lutego 2011 r.

Według pozwanego nie miała miejsca żadna szkoda, skutkująca uznaniem, że powódce należy się jakiegokolwiek odszkodowanie. Nie ma również podstaw do przyjęcia, że zasadne jest w tej sprawie żądanie zadośćuczynienia. Lekarze pozwanej placówki nie mogą bowiem ponosić odpowiedzialności za to, że niejednokrotnie w leczeniu schorzeń, na które cierpiała powódka pojawiają się powikłania. W działaniach lekarzy nie można bowiem doszukać się żadnych nieprawidłowości, a stan emocjonalny powódki nie jest spowodowany działaniem lekarzy tylko tym, że leczenie przedłużyło się, co nie może w żadnej mierze obciążać lekarzy w przedmiotowej sprawie.

(odpowiedź na pozew k. 59-62)

(...) S.A. z siedzibą w W. (Dział S. Medycznych) o toczącym się postępowaniu, do czasu zamknięcia rozprawy (...) S.A. nie przystąpiło do sprawy.

(zwrotka k. 334)

Postanowieniem z 19 października 2018 r. sąd zawiesił postępowanie w niniejszej sprawie na skutek śmierci powódki E. Kowalskiej i podjął zawieszono postępowanie z udziałem następców prawnych zmarłej powódki: K. K. i A. S..

(postanowienie k. 630)

Na rozprawie bezpośrednio poprzedzającej wyrokowanie powodowie poparli powództwo, pozwany wniósł o oddalenie powództwa.

(głosy stron k. 647)

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:

Powódka zgłosiła się do poradni onkologicznej Wojewódzkiego Szpitala (...) w S. w grudniu 2010 r. Po wstępnej diagnostyce ustalono, że powódka chorowała na wysokozróżnicowanego gruczolakoraka odbytnicy G-1, w stopniu zaawansowania klinicznego T4 N1 MO (najwyższy stopień w skali (...)). Ustalono, że przed planowanym zabiegiem operacyjnym dla powódki będzie wskazana radioterapia przedoperacyjna. Radioterapię przeprowadzono w Ośrodku (...) w Ł..

W dniu 15.02.2011r. powódka została hospitalizowana w Klinice (...) i (...) im. WAM w Ł.. W dniu 16 lutego 2011 r. powódkę poddano radykalnej operacji brzuszno – kroczonego wycięcia odbytnicy sposobem M., rozszerzonej o całkowite wycięcie mesorektum ((...)) oraz o wycięcie tylnej ściany pochwy nacieczonej przez nowotwór odbytnicy. Zabieg bardzo rozległy. Pojawiły się trudności techniczne powyższej operacji: u powódki stwierdzono śródoperacyjnie zmiany popromienne tkanek miednicy mniejszej skutkujące stanem zapalnym, kruchością i wzmożoną krwawliwością tkanek, badaniem dwuręcznym śródoperacyjnym stwierdzono obecność guza dystalnej części odbytnicy, dochodzącego do zwieraczy. Stwierdzono też cechy naciekania guza odbytnicy na tylną ścianę pochwy, co zmusiło chirurga operującego do wycięcia w jednym bloku odbytnicy wraz z tylną ścianą pochwy. Po operacji nie udało się uzyskać pełnej hemostazy. Do rany operacyjnej wprowadzono S. oraz zastosowano tzw. setonaz miednicy mniejszej wprowadzając do rany operacyjnej dwie serwety. Serwety te usunięto operacyjnie w dniu 18.02.2011 r. U powódki wytworzył się ropień miednicy mniejszej. Z tej przyczyny powódkę poddano kolejnej operacji oczyszczenia jamy otrzewnej i drenażu ropnia w dniu 24.02.2011 r. Badanie bakteriologiczne ropy z dnia 24.02.2011 r. wykazało infekcję S. aureus (...) i Candida glabrata. Badanie

mikrobiologiczne z dnia 28.02.2011 r. wykazało obecność szczepów *S. aureus* (...) i *E. faecalis*. Ropienie u powódki utrzymywało się mimo stosowanego leczenia chirurgicznego i farmakologicznego. Zmusiło to zespół chirurgiczny do poddania powódki kolejnym operacjom drenażu miednicy i oczyszczania jamy ropnia. Te operacje przeprowadzono w dniach 1.03.2011 r. i 10.03.2011 r. Z wymazu z rany w dniu 1.03.2011 r. wyhodowano *A. baumannii*, *Candida glabrata* i *S. aureus* (...). W posiewie bakteriologicznym ropy w dniu 14.03.2011 r. u powódki wyhodowano szczepy gronkowca złocistego (...). Ten sam szczep wyhodowano u powódki z krwi, wynik posiewu tlenowego krwi z dnia 14.03.2011 r. wykazał obecność szczepów *S. aureus* (...) i *Candida glabrata*. W dalszym przebiegu u powódki wystąpił ropień w prawej okolicy podobojczykowej. Ropień ten otwarto operacyjnie w dniu 14.03.2011 r. i powtórnie w dniu 25.06.2011 r. Poza wymienionymi powikłaniami chirurgicznymi u powódki wystąpiło bakteryjne zapalenie wsierdza. Leczenie chirurgiczne szpitalne u powódki zakończono w dniu 9.07.2011 r. Powódka otrzymała pełną okołooperacyjną profilaktykę antybiotykową przed zabiegiem w dniu 16.02.2011 r. W dniu 15 lutego 2011 r. doustne antybiotyki D., N., w dniu 16 lutego 2011 r. zgodnie z wytycznymi obowiązującymi w szpitalu: A. 1,2g dożylnie oraz M. 500 mg (5mg/ml ampułki 100 ml) dożylnie. Powyższe zostało odnotowane w karcie zleceń lekarskich i zostało zaparafowane przez zespół pielęgniarski. W ciągu 33 dni od pierwszego zabiegu operacyjnego stosowano u powódki żywienie pozajelitowe. W czasie całego pobytu powódki w Klinice (...) przetoczono 8 jednostek masy erytrocytarnej, przez cały okres stosowano antybiotykoterapię.

Badanie histopatologiczne pooperacyjne nr (...) - (...) z dnia 11 marca 2011 r. wskazało na *A. tubulare cum necrosi*.

Od 15 lipca 2011 r. do grudnia 2011 r. powódka poddana była chemioterapii uzupełniającej LF3/ %F. z L./, które to leczenie powódka tolerowała dobrze.

Okresowo kontrolowana w Przychodni (...) w S..

W CT jamy brzusznej z dnia 16.12.2014 r. w loży pooperacyjnej stwierdzono masę patologiczną 46x45x90mm przylegająca do kości krzyżowej /S2 do kości guzicznej/ Podejrzanie wznowy. W kontroli CT jamy brzusznej z 1.10.2015 r. obraz CT jak w badaniu z dnia 16.12.2014 r., brak dynamiki zmian, przemawiała za rozpoznaniem zmiany włóknisto-zapalnej.

Morfologia krwi L 7,6, er. 4,77 Hb 14,5, płytki 239 tys., mocznik-badanie ogólne w normie. K. 0,69, cukier 128 mg badania z 29.09.2016 r.

W dniu 17.03.2016 r. powódka była hospitalizowana w Oddziale Ginekologii z powodu krwawienia z dróg rodnych. Wyłęczkowano kanał szyjki macicy i jamę macicy. Badaniem histopatologicznym stwierdzono dysplazję małego stopnia (...), podejrzenie mięśniaków podśluzówkowych.

(dokumentacja medyczna k.13-27, 91-324, 366-399, 516-522, zeznania świadka R. K. protokół rozprawy z 14.11.2014 r. czas nagrania: 00:02:45-00:36:24 k. 349-350, pismo k. 448, protokoły pielęgniarki operacyjnej k. 449-455, opinia biegłego onkologa k. 502-505, zeznania świadka A. S. protokół rozprawy z 5.09.2014 r. k. 338-340)

Nie stwierdzono dopuszczenia się przez pozwanego szpitala zaniedbań oraz błędów w zakresie przeprowadzonych procedur chirurgicznych. Wystąpił natomiast szereg okoliczności, które wpłynęły na powikłany przebieg leczenia operacyjnego i pooperacyjnego u powódki:

- zaawansowany gruczolakorak odbytnicy G-1 – stopień zaawansowania przedoperacyjnego oceniono na T4 N1 M0. Nowotwór przekroczył granice odbytnicy, naciekał na tylną ścianę pochwy;

- przedoperacyjna radioterapia, która, oprócz korzystnego wpływu na rozległość nowotworu, wywiera niekorzystny wpływ na tkanki miednicy oraz obniża tzw. odporność miejscową, co sprzyja powstawaniu i szerzeniu się infekcji pooperacyjnych - to zjawisko miało miejsce u powódki;

- znaczne trudności techniczne w trakcie operacji brzusznej – kroczonego odjęcia odbytnicy, w szczególności przekroczenie przez nowotwór granicy odbytnicy i naciekanie tylnej ściany pochwy. Zmusiło to chirurga operującego

do dwóch istotnych kroków: po pierwsze – chirurg, w trakcie operacji musiał przeprowadzić tzw. badanie dwuręczne odbytnicy i pochwy w celu określenia rozległości nacieku nowotworowego i możliwości technicznych usunięcia tkanki nowotworowej w całości. Jelito grube i odbytnica są skolonizowane przez olbrzymią ilość bakterii. Obrazowo można podać, iż wagowo bakterie stanowią 1/3 suchej masy stolca, jest to ilość olbrzymia. Oczywiście, przygotowanie przedoperacyjne znacznie zmniejsza zawartość jelita grubego, ale nigdy nie można doprowadzić do całkowitego wyjąłowania wnętrza jelita grubego z bytujących tam bakterii. Zazwyczaj, przy standardowych operacjach amputacji odbytnicy, kontakt rąk chirurga i narzędzi chirurgicznych z wnętrzem odbytnicy ogranicza się do niezbędnego minimum. Jelito grube odcina się od esicy staplerem, a brzeg odcięcia dezynfekuje się i zabezpiecza przed kontaktem z polem operacyjnym. Odbyt, po okrojeniu, zaszywa się. Odbytnicę usuwa się w całości, w bloku, w postaci zamkniętego z obu stron preparatu. Przy standardowej operacji amputacji odbytnicy nie dochodzi do penetracji rąk chirurga do wnętrza odbytnicy, aby zminimalizować skażenie pola operacyjnego. Tymczasem, u powódki zaistniała konieczność wprowadzenia rąk chirurga do wnętrza odbytnicy i pochwy, i do przeprowadzenia śródoperacyjnego badania dwuręcznego odbytnicy i pochwy, w celu określenia operacyjności raka odbytnicy i zakresu radykalnej operacji. Takie postępowanie zasadniczo zmienia stopień skażenia pola operacyjnego, operacja odbywała się w skażonym, a nawet brudnym polu operacyjnym. Jeżeli teraz uwzględnimy osłabienie odporności u powódki spowodowane chorobą nowotworową oraz pogłębienie deficytu odporności wskutek przebytej radioterapii przedoperacyjnej – to jasne stanie się potencjalne narażenie powódki na infekcję bakteryjną, co stało się jej udziałem. Nadto chirurg musiał znacznie rozszerzyć zakres operacji, wycinając w jednym bloku odbytnicę i tylną ścianę pochwy. Leczenie skojarzone raka odbytnicy przeprowadzone u powódki odpowiadało światowym standardom chirurgii w XXI wieku.

Nie stwierdzono u powódki zaniedbań oraz błędów w sztuce, leżących po stronie pozwanego szpitala w zakresie przeprowadzonych procedur chirurgicznych. Nie stwierdzono również u powódki wystąpienia jakiegokolwiek uszczerbku na zdrowiu związanego z leczeniem w pozwanym szpitalu. Stan zdrowia powódki był wynikiem choroby nowotworowej oraz powikłań okołoperacyjnych.

Główne etapy leczenia powódki odbyły się na koszt NFZ. We własnym zakresie powódka dokonywała zakupów dodatkowych materiałów opatrunkowych, jeszcze w trakcie hospitalizacji (opatrunki ze srebrem, nie potrafiła podać nazwy, koszt ok. 40 zł za 1 opatrunek), miesięcznie ok. 400 zł. Po opuszczeniu szpitala powódka miała 3 niewygojone rany: w prawej okolicy podbrzuszkowej, w podbrzuszu i ranę w kroczu. Okres leczenia tych ran trwał ok. 6 miesięcy, koszt zakupów materiałów opatrunkowych w tym czasie powódka określa na ok. 300 zł miesięcznie. Po tym okresie rany uległy wygojeniu. Później, ze względu na objawy nietrzymania moczu powódka dokonywała zakupów pampersów, podkładek, podpasek i pieluchomajtek – koszt ok. 200 zł miesięcznie.

Rokowania na przyszłość u powódki były niepewne. Powódka chorowała na zaawansowany nowotwór złośliwy odbytnicy. Rokowanie co do wyleczenia i co do życia u takich chorych stawia się ostrożnie, ze względu na to, że wspólną cechą nowotworów złośliwych jest tendencja do tworzenia przerzutów odległych, wznów miejscowych i nawrotów choroby, często mimo przeprowadzonego radykalnego leczenia skojarzonego.

Nie stwierdzono u powódki wystąpienia jakiegokolwiek uszczerbku na zdrowiu związanego z leczeniem w pozwanym szpitalu. (...), czyli gronkowiec złocisty metycylinooporny, jest szczepem gronkowca wielolekoopornego, który przekształcił się w środowisku pod wpływem stosowania antybiotykoterapii. Ludzie zdrowi mogą być nosicielami gronkowca złocistego (...), nie chorując. Infekcje szpitalne gronkowcem złocistym metycylinoopornym (...) w największym stopniu dotyczą ludzi starszych, o obniżonej odporności, a w szczególności pacjentów oddziałów chirurgicznych. U powódki doszło do zakażenia szczepami gronkowca metycylinoopornego (...). Możliwe daty wystąpienia tej infekcji to 16 i/lub 18 lutego 2011 r. Objawy infekcji gronkowcowej u powódki to ropień miednicy mniejszej, (...) czyli zakażenie miejsca operowanego, bakteriemia, ropień w prawej okolicy podbrzuszkowej, leczony chirurgicznie, bakteryjne zapalenie wsierdza (dwa ostatnie powikłania nie zostały zweryfikowane badaniami bakteriologicznymi). Wskazane stany chorobowe stanowią następstwa infekcji gronkowcowej. Powódka została hospitalizowana w pozwanym szpitalu w dniu 15.02.2011 r. i zakończono leczenie chirurgiczne w dniu 9 lipca 2011 r. Zatem leczenie chirurgiczne powódki obejmowało okres około 5 miesięcy. W tym czasie powódka została wyleczona z bardzo zaawansowanego raka odbytnicy oraz wszystkich powikłań infekcji gronkowcem złocistym

metycyloopornym (...). U powódki utrzymywała się rozległa przepuklina w bliźnie pooperacyjnej powłok brzusznych i przepuklina okołostomijna. Za uszczerbek na zdrowiu (stały lub długotrwały) uważa się takie naruszenie sprawności organizmu, które powoduje upośledzenie czynności organizmu – jest to warunek sine qua non. U powódki nie stwierdzono takiego naruszenia sprawności organizmu, z przyczyn chirurgicznych, które powoduje upośledzenie czynności organizmu. Występujące u powódki przepukliny powłok brzusznych były następstwem zaburzeń gojenia tkanek i właściwości organizmu powódki. Aby dane zdarzenie uznać za skutkujące ewentualnym uszczerbkiem na zdrowiu muszą jednocześnie wystąpić cechy podlegające ocenie w postaci nagłość zdarzenia, przyczyna zewnętrzna, uraz lub śmierć, związek przyczynowo-skutkowy zdarzenia z naruszeniem sprawności organizmu. U powódki występowała wieloczęściowa przyczyna wewnętrzna. Poszczególne części składowe przyczyny wewnętrznej u powódki przedstawiały się następująco:

- zaawansowany (...) rak odbytnicy
- konieczność przeprowadzenia przedoperacyjnej neoadiuwantowej radioterapii fotonami X do łącznej dawki 25 Gy/pr
- konieczność przeprowadzenia operacji amputacji odbytnicy w brudnym polu operacyjnym
- masywne krwawienie śródmiąższowe śródoperacyjne z powodu zaburzeń hemostazy po popromiennym uszkodzeniu naczyń krwionośnych w miednicy małej.

U powódki nie wystąpiła żadna z czterech cech warunkujących sformułowanie wniosku orzeczniczego dotyczącego uszczerbku na zdrowiu. Następstwa infekcji gronkowcowej u powódki zostały wyleczone w trakcie hospitalizacji w pozwanym szpitalu, a czasokres występowania objawów chorobowych i leczenia tych powikłań nie przekroczył 6 miesięcy. Nie stwierdza się wobec tego u powódki długotrwałego uszczerbku na zdrowiu z przyczyn chirurgicznych. Naruszenie sprawności organizmu u powódki jest związane z chorobami samoistnymi, zatem nie skutkuje uszczerbkiem na zdrowiu.

Rozległa przepuklina brzuszna u powódki powstała w następstwie zaburzeń gojenia rany operacyjnej po laparotomii. Przyczyny zaburzeń gojenia ran u powódki były wielorakie. Należy do nich zaliczyć zaawansowaną chorobę nowotworową, przedoperacyjną radioterapię neoadiuwantową fotonami X do łącznej dawki 25 Gy/pr, konieczność przeprowadzenia operacji amputacji odbytnicy w brudnym polu operacyjnym co per se skutkowało początkowo skażeniem, a potem zakażeniem miejsca operowanego ((...)), znaczną utratę krwi wskutek masywnego krwawienia śródoperacyjnego z powodu zaburzeń hemostazy po popromiennym uszkodzeniu naczyń krwionośnych miednicy małej.

Powódka nie została zakwalifikowana do operacji rekonstrukcyjnej powłok brzusznych, w dokumentacji medycznej brak jest uzasadnienia tej decyzji.

U powódki występowało wysiłkowe nietrzymanie moczu, a w dacie badania przez biegłego chirurga powódka miała 70 lat. W tym wieku, u wielu kobiet występuje wysiłkowe nietrzymanie moczu, którego przyczyną może być obniżenie narządu rodno wskutek starzenia się ustroju. U powódki dochodzą dodatkowo czynniki destabilizujące umocowanie narządu rodno pęcherza moczowego w miednicy. U powódki dokonano rozległego zabiegu w obrębie miednicy mniejszej, taka operacja negatywnie wpływa na umocowanie i dodatkowo zwiększa brak podparcia narządów miednicy mniejszej – zwłaszcza pęcherza moczowego i może przyczyniać się do nasilenia objawów nietrzymania moczu.

Od początku choroby powódka żyła 13 lat. Biorąc pod uwagę okres przeżycia to jest bardzo duży okres biorąc pod uwagę charakter choroby. Uzyskano bardzo dobry wynik leczenia. Tyle medycyna mogła powódce zaoferować. Kolejne operacje były spowodowane leczeniem choroby podstawowej i powikłań w przebiegu leczenia. Powikłania, które wystąpiły u powódki były wynikiem zaawansowania choroby podstawowej, obniżenia odporności u powódki, w skutek zarówno choroby nowotworowej, jak i przebytej radioterapii. Nie bez znaczenia jest rozległość zabiegu operacyjnego. Rozległa operacja brzuszno-koroczowa plus amputacja tylnej ściany pochwy powoduje, że u kobiet

pęcherz moczowy traci podparcie. Utrata podparcia pęcherza moczowego powoduje obniżenie narządu rodno co wiąże się z pociąganiem pęcherza i zaburzenia pracy zwieraczy. To się przyczynia do nietrzymania moczu. Z wiekiem pojawiają się również problemy z nietrzymaniem moczu. Długie utrzymywanie cewnika w drogach moczowych po operacji przyczynia się do możliwości zakażenia układu moczowego i w pewnym stopniu do nietrzymania moczu, jednak odprowadzanie moczu na zewnątrz jest obligatoryjne w takich stanach. Cewniki się wymienia i sprawdza się drożność cewnika, natomiast okres cewnikowania był związany z gojeniem się ran u powódki.

(opinia biegłego chirurga k. 416-420, opinia uzupełniająca biegłego chirurga k. 510-512 dokumentacja medyczna k. 437 druga opinia uzupełniająca biegłego chirurga k. 594-596, ustna opinia uzupełniająca biegłego chirurga protokół rozprawy z 19.10.2018 r. czas nagrania: 00:06:41-00:24:04 k. 634)

Z prawdopodobieństwem graniczącym z pewnością do zakażenia powódki bakterią Gronkowca złocistego (...) doszło w pozwanej placówce w dniu 16 lub 18 02.2011 r. W dniu 16.02.2011 r. powódka została poddana radykalnej operacji wycięcia odbytnicy. Z powodu powikłań okołoperacyjnych w dniu 18.02.2011 r. powódka przeżyła kolejny zabieg usunięcia wprowadzonych do miednicy mniejszej serwet. Kolejny zabieg powódka przeszła w dniu 24.02.2011 r. z powodu ropnia miednicy mniejszej. W tym dniu pobrano materiał z ropnia do badania mikrobiologicznego, wyhodowano Gronkowca złocistego (...) a także stwierdzono zakażenie grzybicze – Candida glabrata. W sposób ewidentny nie działał efektywnie system zapobiegania zakażeniom szpitalnym zgodnie z wymogami ustawowymi z roku 2008. Znamienna jest ilość zakażeń spowodowana Gronkowcem złocistym (...) w roku 2011 w Klinice (...) i brak udokumentowanych działań ustawowych zmierzających do poprawy sytuacji (w tym na przykład udokumentowanych szkoleń personelu medycznego czy działań korygujących i naprawczych). Znamienny jest także pierwszy wynik badania mikrobiologicznego z dnia 24.02.2011 r. kiedy wyhodowano Gronkowca złocistego (...) a „florę przewodu pokarmowego-bakterie kałowe” dopiero w dniu 28 lutego 2015 r. Zaniedbania dotyczyły działania ustawowego systemu zapobiegającego zakażeniom.

Zakażenie u powódki trwało od lutego do grudnia 2011 r. Przebiegało nie tylko miejscowo (zakażenie rany), ale również były to głębokie ropnie miednicy, a także rozsiew krwiopochodny – zapalenie wsierdzia oraz ropień okolicy podobojczykowej. Rokowania na przyszłość powódki są trudne do oszacowania ze względu na trwający proces nowotworowy u powódki.

(dokumentacja epidemiologiczna k. 400-413,459-478, opinia biegłego z zakresu chorób zakaźnych i epidemiologii k. 432-436, opinia uzupełniająca biegłego z zakresu chorób zakaźnych i epidemiologii k. 487-489)

U powódki rozpoznano raka odbytnicy (...) po neoadiuwantowej radioterapii, po radykalnej operacji brzuszno-kroczonej sposobem M. w lutym 2011, po uzupełniającej chemioterapii. W styczniu 2011 r. E. K. była konsultowana w Klinice (...) im. WAM w Ł.. Rozpoznano zaawansowanego „nieresekcyjnego” raka odbytnicy. Konsultowano powódkę w Ośrodku (...) w Ł.. Decyzję skojarzonego leczenia podjęto zespołowo z akceptacją powódki, zgodnie ze współczesnymi standardami leczenia zaawansowanego raka odbytnicy, ze świadomością iż wstępna radioterapia może umożliwić przeprowadzenie radykalnej operacji z szansą na wyleczenie z choroby nowotworowej, ale z drugiej strony stwarza ryzyko wystąpienia uszkodzeń popromiennych komplikujących leczenie operacyjne. W dniu 16.02.2011 r. w pozwanym szpitalu wykonano radyklaną resekcję odbytnicy sposobem brzuszno-kroczonej po uprzedniej radioterapii na obszar miednicy. Zabieg operacyjny powikłany masywnym krwawieniem mięszzowym w wyniku popromiennych zaburzeń hemostazy. W dalszym przebiegu pooperacyjnym wystąpiły kolejne ciężkie powikłania w wyniku uszkodzeń popromiennych w postaci zakażeń bakteryjnych, nacieków zapalnych, ropni. Mimo powikłań leczenia skojarzonego bilans zysków i strat leczenia jest korzystny dla powódki. Zysk wstępnej radioterapii to stworzenie warunków umożliwiających radykalne leczenie chirurgiczne z szansą na wyleczenie z choroby nowotworowej. Straty, to niekorzystne objawy powikłań popromiennych. Ostateczny zysk, to całkowite wyleczenie z zaawansowanej, „nieresekcyjnej” choroby nowotworowej. Jest to prawdziwy sukces zespołu leczącego powódkę. Podczas leczenia powódki w pozwanym szpitalu nie dopuszczono się żadnych zaniedbań i błędów. Powódka jest całkowicie wyleczona z choroby nowotworowej /5 lat obserwacji po leczeniu bez cech wznowy/

Rokowanie na przyszłość jest dobre. Standardowy okres pobytu chorego w szpitalu po operacji brzuszno-kroczowej niezaawansowanego raka odbytu, bez radioterapii neoadiuwantowej nie przekracza 14 dni.

Planowano u wnioskodawczynie uzupełniającą chemioterapię po leczeniu operacyjnym. Podjęcie chemioterapii było możliwe dopiero po wygojeniu powikłań po radioterapii i leczeniu operacyjnym. Wcześniejszych możliwości podjęcia chemioterapii nie było. Nie jest to błąd zaniechania. Przedłużenie terminu rozpoczęcia chemioterapii nie miało ujemnego wpływu na stan zdrowia powódki.

Rozległa przepuklina w bliźnie pooperacyjnej jest wynikiem licznych zabiegów operacyjnych otwarcia jamy brzusznej. Nie jest wynikiem błędu zespołu chirurgów. Wysiłkowe nietrzymanie moczu nie ma związku z istniejącą przepukliną brzuszną, wymaga diagnostyki urologicznej. Rozległa przepuklina brzuszna upośledza sprawność wnioskodawczynie, wymaga zakładania pasa przepuklinowego. Powódka jest zdolna do samodzielnej egzystencji, do wykonywania podstawowych czynności związanych z codziennym życiem: dbaniu o osobistą higienę, przygotowywanie posiłków, wykonywania prostych zakupów, samodzielnego przemieszczania się, może się schylać. O możliwości leczenia operacyjnego przepukliny powinien zdecydować specjalista chirurg z zakresu operacji brzusznych.

W badaniach komputerowych z dnia 16.12.2014 r. i z dnia 1.10.2015 r. opisywano masę tkankową łoża pooperacyjnej w okolicy przedkrzyżowej o wymiarach 45x45x90 mm bez cech dynamiki, stabilną, o charakterze odczynu włóknisto-zapalnego po przebytej radioterapii i leczeniu operacyjnym. Progresja nacieku uwidoczona w badaniu TK z dnia 16.12.2016 r. może być wyrazem progresji zmian zapalnych po przebytej radioterapii i leczeniu operacyjnym (tzw. odczyn popromienny późny), budzi też podejrzenie nowotworu złośliwego wychodzącego z narządu rodniego (nowy niezależny proces nowotworowy). Dla wyjaśnienia charakteru opisywanych zmian w badaniu TK konieczna jest weryfikacja na drodze biopsji z badaniem histopatologicznym. Badanie to umożliwi ustalenie właściwego rozpoznania i leczenia. Badanie markerów nowotworowych nie ma w tym przypadku jednoznacznych wartości diagnostycznych. Poziomy markerów mogą być podwyższone w innych stanach chorobowych.

(opinia biegłego onkologa k. 502-505, opinia uzupełniająca onkologa k. 534-535, ustna opinia uzupełniająca biegłego onkologa protokół rozprawy z 30.01.2019 r. k. 647)

Powódka była prawidłowo zorientowana auto i allopsychicznie z jasną świadomością. Nastój sytuacyjnie obniżony, co wiąże z leczeniem chemioterapeutycznym, jego następstwami. Aktywność dostosowana do możliwości. Nie ujawnia napadów lęku, relacjonuje poczucie wzmożonego niepokoju związanego z własnym funkcjonowaniem, postępem choroby. Bilansująca życie. Wypowiedzi zgodne z linią zadawanych pytań, wyczerpujące. Sen falujący. Apetyt obniżony odkąd bierze chemię. Bez czynnych doznań psychotycznych, myśli i tendencji „s”.

Cierpienie psychiczne powódki w początkowym okresie leczenia – do końca kwietnia było umiarkowane i stopniowo malejące, co miało bezpośredni związek z procesem leczenia.

U powódki nie stwierdza się zaburzeń nerwicowych w następstwie urazu czaszkowo-mózgowego, lub po ciężkim uszkodzeniu ciała pozostających w związku przyczynowo-skutkowych z leczeniem w pozwanym szpitalu. Uszczerbek na zdrowiu 0%.

Rokowanie co do stanu zdrowia psychicznego będącego następstwem hospitalizacji w pozwanym szpitalu należy określić jako pomyślne. Powódka po opuszczeniu szpitala była prawidłowo zaadaptowana psychicznie, nie ujawniała zaburzeń psychopatologicznych skutkujących rozwojem choroby, bądź zaburzeń psychicznych.

Zakres cierpienia psychicznego związanego z leczeniem w pozwanym szpitalu powódka oceniła jako umiarkowany przez pierwsze cztery miesiące leczenia i stopniowo malejący.

Powódka na informację o wznowie choroby nowotworowej zareagowała adekwatnie do sytuacji. Relacjonowała smutek, lęk o dalsze leczenie, zdrowie. Jednakże w całym procesie leczenia onkologicznego powódki nie doszło do przekroczenia zdolności adaptacyjnych ustroju skutkujących rozwojem zaburzeń czy choroby psychicznej.

(opinia sądowo-psychiatryczna k. 557-579, uzupełniająca opinia sądowo-psychiatryczna k. 618-619)

Każda osoba z personelu medycznego pozwanego jest zobowiązana do przestrzegania zasad aseptyki. Powołany jest także zespół do spraw zakażeń szpitalnych. Prowadzone są kontrole pomieszczeń gdzie leżą chorzy, gdzie wykonywane są operacje. Pobierane są posiewy z pomieszczeń i rąk lekarzy i personelu pielęgniarskiego. W dokumentacji komisji ds. zakażeń szpitalnych są dokumenty dotyczące pobierania posiewów i wyników posiewów. Klinika chirurgii ogólnej gdzie przebywała powódka ma piętro tzw. sale czyste, a na innym piętrze są tzw. sale brudne. Jak nie z pacjentem się nie dzieje, nie ma ran zakażonych, to przebywa na sali czystej. Jeżeli są jakieś przeświadczenia, że jest infekcja, to pacjent po zbadaniu przez dwóch lekarzy przenoszony jest na salę brudną. Chodzi tu o izolację chorych. Wszystkie sale chorych poddawane są procedurom septycznym. Codziennie sale są myte, sprzątane. W szpitalu okresowo są pobierane wymazy czystościowe z łóżek, z sal zabiegowych, z rąk personelu. Sale okresowo są dezynfekowane a na czas tych czynności pacjenci przenoszeni są na korytarz. Ponadto pobierane są wymazy bakteriologiczne od pacjentów. Sale są sprzątane codziennie.

(zeznania świadka R. K. protokół rozprawy z 14.11.2014 r. czas nagrania: 00:02:45-00:36:24 k. 349-350, zeznania świadka T. K. protokół rozprawy z 16.01.2015 r. k. 355v-356)

Rodzina powódki była proszona przez personel pozwanego o kupowanie opatrunków z jonami srebra. Jak personel medyczny widzi, że takie opatrunki mogą przyspieszyć leczenie rany to sugeruje kupno takich opatrunków. W receptarzu pozwanego opatrunków z jonami srebra nie było w czasie leczenia powódki. Tych opatrunków nie było na wyposażeniu szpitala. Te opatrunki były z górnej półki, opatrunki z jonami srebra, opatrunki żelowe i balsam S., są zalecane przez Towarzystwo (...).

(zeznania świadka R. K. protokół rozprawy z 14.11.2014 r. czas nagrania: 00:02:45-00:36:24 k. 349-350, zeznania świadka T. K. protokół rozprawy z 16.01.2015 r. k. 355v-356, zeznania świadka A. S. protokół rozprawy z 5.09.2014 r. k. 338-340)

Powódka po operacji wymagała dużo czynności pielęgnacyjnych i opiekuńczych. Członkowie rodziny nie byli konieczni do prawidłowego procesu pielęgnowania powódki. P. medyczny mógł u powódki przeprowadzać zmianę kroplówki, gimnastykę oddechową, mógł pomagać powódce przy zmianie pozycji w łóżku. Po zabiegu powódka była w bardzo obniżonym nastroju. Nie chciała wstawać z łóżka w celu uruchamiania, co między innymi miało zapobiegać chorobie zakrzepowej i zapaleniu płuc. Powódka cały czas była pełna niepokoju. Niechęć do wstawania z łóżka była również związana z tym, że cały czas powódka gorączkowała i źle się czuła. Wymagała całkowitej pielęgnacji w łóżku. Po około 8 dnia od wkłucia podobojczykowego powstały cechy infekcji miejsca wkłucia, które zostało usunięte. Po jakimś czasie powstał w tym miejscu ropień. Ropień został nacięty w warunkach bloku operacyjnego. W miejscu po tym ropniu została rana. Rana długo się goiła, ale powódka wyszła ze szpitala w stanie zagojenia tej rany oraz rany brzusznej. Przy wymianie opatrunku podobojczykowego personel medyczny musiał ranę mocno przepłukać octeniseptem i powódkę to bolało i szczypało. Później przepłukano ranę roztworem soli fizjologicznej i pieczenie ustało. Po tych zabiegach nic z raną się nie działo. Musiano wówczas użyć wtedy większą ilość octeniseptu, bo zebrało się dużo wydzieliny surowiczo-ropnej w ranie. Na początku powódka trafiła na odcinek aseptyczny czyli czysty. Na odcinek septyczny została przeniesiona prawdopodobnie po ewakuacji ropnia okolicy przedkrzyżowej.

Od marca powódka miała rehabilitację, opiekę psychologiczną.

(zeznania świadka T. K. protokół rozprawy z 16.01.2015 r. k. 355v-356)

Do powódki codziennie przyjeżdżała rodzina ze S.. W szpitalu powódka miała pozajelitowe karmienie. Po operacji w pozwanym szpitalu powódka zaczęła się moczyc. Od tego czasu zmuszona była kupować pieluchy, pieluchomajtki. Powódka ma wyprowadzoną stomię, dostaje worki. Worki i zasyпка są refundowane z NFZ. Myje się aloesem. Łącznie na leczenie wydaje 600 zł. Same pieluchomajtki to koszt w granicach 100 zł miesięcznie. O. kosztuje na miesiąc 40

zł, aloe 100 zł, pampersy 50-60 zł, przy czym powódka pampersów używa tylko na noc. P. powóda używa na dzień. Lekarstw nie kupuje. Na opatrunki wydaje 50 zł.

(przesłuchanie powódki protokół rozprawy z 21.06.2017 r. czas nagrania: 00:07:34-00:33:29 k. 549,b zeznania świadka K. K. protokół rozprawy z 5.09.2014 r. k. 340-342)

W szpitalu odnoszono się do powódki bardzo dobrze, opieka pielęgniarska była dobra, salowe sprzątały.

(przesłuchanie powódki protokół rozprawy z 21.06.2017 r. czas nagrania: 00:07:34-00:33:29 k. 549)

Powódka utrzymywała się z emerytury 1.250 zł netto. Mieszkała z mężem, z którym prowadziła wspólne gospodarstwo domowe. Koszty utrzymania mieszkania powódki wynosiły ok. 400 zł z mediami. Powódka miała córkę i wnuki.

(przesłuchanie powódki protokół rozprawy z 21.06.2017 r. czas nagrania: 00:07:34-00:33:29 k. 549)

Po operacji powódka nie mogła pracować na działce, bo przeszkadza jej przepuklina, nie mogła jeździć rowerem, bo jak zsiadła z roweru to miała nieotrzymanie moczu. Nie mogła dźwigać, myć okien.

(zeznania świadka A. S. protokół rozprawy z 5.09.2014 r. k. 338-340, zeznania świadka K. K. protokół rozprawy z 5.09.2014 r. k. 340-342)

W dniu 16 lipca 2018 r. zmarła powódka E. K.. Spadek po zmarłej dziedziczyli na podstawie ustawy z dobrodziejstwem inwentarza mąż K. K. oraz córka A. S. w udziałach po 1/2 części każde z nich.

(akt poświadczenia dziedziczenia repertorium A nr (...) k. 628-629)

Powyższy stan faktyczny, Sąd ustalił w oparciu o materiał dowodowy zebrany w przedmiotowej sprawie w postaci załączonych do akt dokumentów, w tym dokumentacji medycznej leczenia powódki. Prawdziwość tych dokumentów nie była kwestionowana przez żadną ze stron postępowania.

Ustalając stan faktyczny, Sąd wziął również pod uwagę przesłuchanie powódki oraz zeznania świadków A. S., K. K., T. K. oraz R. K., które to zeznania w zakresie wyżej ustalonych faktów uznał za wiarygodne i mające oparcie w pozostałym zebranych w sprawie materiale dowodowym.

Jednakże ustalając stan faktyczny Sąd miał przede wszystkim na uwadze opinie wydane w niniejszej sprawie przez biegłych chirurga, onkologa oraz z zakresu chorób zakaźnych, które to opinie są zupełne, jasne i konsekwentne, a w końcowych wnioskach potwierdzają się wzajemnie. Biegli wydający powyższe opinie wykazali się wysokim poziomem wiedzy specjalistycznej, dokonali szczegółowej analizy postępowania lekarzy wobec powoda oraz ocenili stan zdrowia powoda.

Sąd oddalił wniosek o dopuszczenie opinii biegłego urologa, z uwagi na to, że u powódki, w trakcie leczenia szpitalnego, nie stosowano leczenia urologicznego. Wynik badania uretrocystoskopii (wziernikowanie cewki moczowej i pęcherza moczowego) z dnia 16 kwietnia 2014 r. nie stwierdzono patologii. Brak było więc wskazań do dopuszczenia w tej sprawie dowodu z opinii biegłego urologa,.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Powództwo jest uzasadnione jedynie w części.

W przedmiotowej sprawie powódka domagała się kwoty 300.000,00 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, odszkodowania w wysokości 11.500 zł, renty w wysokości 300 zł oraz ustalenia odpowiedzialności pozwanego za następstwa operacji z dnia 16 lutego 2011 r., które mogą ujawnić się u powódki E. K. w przyszłości.

Tak określona podstawa faktyczna wskazuje na dochodzenie przez stronę powodową roszczeń w oparciu o odpowiedzialność deliktową. Podstawę prawną zgłoszonych żądań stanowi w tym wypadku przepis art. 430 k.c. w związku z art. 415 k.c.

Podstawę prawną odpowiedzialności wskazanego szpitala stanowi art. 430 k.c. Przesłanki roszczenia z art. 430 k.c. są następujące:

- powierzenie wykonania czynności na własny rachunek osobie podlegającej kierownictwu powierzającego;
- zawinione zachowanie podwładnego przy wykonywaniu powierzonej mu czynności;
- szkoda;
- związek przyczynowy pomiędzy zachowaniem podwładnego a szkodą.

Regulacja zawarta w art. 430 k.c. opiera się na konstrukcji odpowiedzialności zwierzchnika za podwładnego, czyli za osobę, która przy wykonywaniu powierzonych jej czynności podlega kierownictwu i ma obowiązek stosowania się do wskazówek i wytycznych przełożonego. W obecnym stanie prawnym zarówno w doktrynie, jak i w judykaturze nie ma wątpliwości, iż lekarz – pomimo znacznej samodzielności i niezależności w zakresie czynności diagnozy i terapii – pozostaje podwładnym zakładu leczniczego. Podlega on bowiem (podobnie jak pozostały personel medyczny) ogólnie – organizacyjnemu zwierzchnictwu szpitala i zobowiązany jest stosować się do ustalonych przez zakład reguł dotyczących w szczególności miejsca i czasu wykonywania pracy. Tzw. „wewnętrzna” niezależność lekarza w dziedzinie diagnozy i terapii nie ma natomiast znaczenia. Decydujące znaczenie ma bowiem fakt, iż lekarz zatrudniony w zakładzie leczniczym nie dokonuje czynności leczniczych we własnym interesie i na własny rachunek, lecz w interesie i na rachunek przełożonego (zakładu leczniczego).

Stosownie do brzmienia art. 361 § 1 k.c. zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła. Zasadniczym problemem, który pojawia się w związku z odpowiedzialnością szpitala jest kwestia ustalenia związku przyczynowego, będącego jedną z przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej. O odpowiedzialności za szkodę można mówić wówczas, gdy szkoda jest skutkiem określonego zdarzenia, za które ktoś odpowiada.

W ocenie Sądu kwestią będącą podstawą rozstrzygnięcia było zweryfikowanie, czy został popełniony błąd w sztuce lekarskiej podczas leczenia powódki w SP ZOZ (...) im. WAM UM w Ł. – (...) w Ł..

Błąd medyczny nie jest pojęciem kodeksowym (przepisy nie definiują go), jednakże w literaturze i orzecznictwie wskazuje się, że o błędzie medycznym możemy mówić w sytuacji, w której działanie lub zaniechanie działania jest sprzeczne z aktualnym poziomem wiedzy i praktyki medycznej. Błąd medyczny jest to nieumyślne działanie, zaniechanie lub zaniechanie lekarza powodujące szkodę pacjenta. Na błąd medyczny muszą składać się następujące elementy: postępowanie niezgodne z powszechnie uznanym stanem wiedzy medycznej, wina nieumyślna (tzw. lekkomyślność lub niedbalstwo) lekarza, ujemny skutek popełnionego błędu, związek przyczynowy między popełnionym błędem, a ujemnym skutkiem postępowania leczniczego w postaci śmierci pacjenta, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia. Przy czym zachowanie lekarza przy dokonywaniu zabiegu medycznego powinno zostać poddane ocenie z punktu widzenia fachowości. Tę zaś wyznaczają kwalifikacje lekarza (specjalizacja, stopień naukowy), posiadanie doświadczenia ogólnego przy wykonywaniu określonych zabiegów medycznych, charakter i zakres doksztalcania się w pogłębianiu wiedzy medycznej i poznawaniu nowych metod leczenia. O zawinięciu lekarza może zdecydować nie tylko zarzucenie mu braku wystarczającej wiedzy i umiejętności praktycznych, odpowiadających aprobowanemu wzorcowi należytej staranności, ale także niezręczność i nieuwaga przeprowadzanego zabiegu, jeżeli ocenianąc obiektywnie nie powinny one wystąpić w konkretnych okolicznościach. Ponadto dodać należy także, iż na lekarzu zgodnie z art. 355 k.c. spoczywa obowiązek dołożenia należytej staranności w swoim działaniu. Przy czym winą lekarza jest niedołożenie najwyższej staranności jaka jest możliwa przy obecnie stosowanych metodach leczenia

danego schorzenia i zabiegach standardowo wykonywanych (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z 12.10.2007r, I ACa 920/07).

W świetle powołanych powyżej przepisów dla powstania odpowiedzialności pozwanego konieczne jest powstanie łącznie następujących przesłanek: winy, w tym przypadku lekarzy i pielęgniarek podczas prowadzonego leczenia, szkody, jakiej miałyby doznać powódka wskutek działania lub zaniechania lekarza i w końcu istnienie normalnego (adekwatnego) związku przyczynowego pomiędzy winą a szkodą. Brak któregokolwiek z tych elementów skutkuje brakiem odpowiedzialności pozwanego.

W dalszej kolejności należało dokonać ustalenia, czy doznana przez powódkę E. K. szkoda niemajątkowa - krzywda jest wynikiem nieprawidłowego działania lub zaniechania pozwanego, a dokładniej lekarzy i pielęgniarek, za których pozwany ponosi odpowiedzialność.

Zgodnie z art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U.2011.277.1634 ze zm.) oraz art. 11 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U.2016.1251) lekarz jak i pielęgniarka mają obowiązek wykonywać zawód, 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. O zawinieniu fachowego personelu medycznego może zdecydować nie tylko zarzucenie mu braku wystarczającej wiedzy i umiejętności praktycznych, odpowiadających aprobowanemu wzorcowi należytej staranności, ale także niezręczność i nieuwaga przeprowadzanego zabiegu, jeżeli oceniając obiektywnie nie powinny one wystąpić w konkretnych okolicznościach. Nie chodzi zatem o staranność wyższą od przeciętnej, lecz o wysoki poziom przeciętnej staranności każdego lekarza czy pielęgniarki jako staranności zawodowej (art. 355 § 2 k.c.) i według tej przeciętnej ocenianie konkretnego zachowania. Do obowiązków lekarzy oraz personelu medycznego należy bowiem podjęcie takiego sposobu postępowania (leczenia), które gwarantować powinno, przy zachowaniu aktualnego stanu wiedzy i zasad staranności, przewidywalny efekt w postaci wyleczenia, a przede wszystkim nienarażenie pacjentów na pogorszenie stanu zdrowia (zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 14 lutego 2013r., sygn. akt I ACa 970/12, Lex nr 1289424, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 lutego 2010r., sygn. akt V CSK 287/09, Lex nr 786561).

Jak wynika ze zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego nie stwierdza się u powódki zaniedbań oraz błędów w sztuce leżących po stronie pozwanego szpitala w zakresie przeprowadzonych procedur chirurgicznych. Nie stwierdza się również u powódki wystąpienia jakiegokolwiek uszczerbku na zdrowiu związanego z leczeniem w pozwanym szpitalu.

Z prawdopodobieństwem graniczącym z pewnością można jednak stwierdzić, że do zakażenia powódki bakterią Gronkowca złocistego (...) doszło w pozwanej placówce w dniu 16 lub 18 02.2011 r. W dniu 16.02.2011 r. powódka została poddana radykalnej operacji wycięcia odbytnicy. Z powodu powikłań okołoperacyjnych w dniu 18.02.2011 r. powódka przeżyła kolejny zabieg usunięcia wprowadzonych do miednicy mniejszej serwet. Kolejny zabieg powódka przeszła w dniu 24.02.2011 r. z powodu ropnia miednicy mniejszej. W tym dniu pobrano materiał z ropnia do badania mikrobiologicznego, wyhodowano Gronkowca złocistego (...) a także stwierdzono zakażenie grzybicze – Candida glabrata. W sposób ewidentny nie działał efektywnie system zapobiegania zakażeniom szpitalnym zgodnie z wymogami ustawowymi z roku 2008. Znamienna jest ilość zakażeń spowodowana Gronkowcem złocistym (...) w roku 2011 w Klinice (...) i brak udokumentowanych działań ustawowych zmierzających do poprawy sytuacji (w tym na przykład udokumentowanych szkoleń personelu medycznego czy działań korygujących i naprawczych). Znamienny jest także pierwszy wynik badania mikrobiologicznego z dnia 24.02.2011 r. kiedy wyhodowano Gronkowca złocistego (...) a „florę przewodu pokarmowego-bakterie kałowe” dopiero w dniu 28 lutego 2015 r. Zaniedbania dotyczyły działania ustawowego systemu zapobiegającego zakażeniom.

Zakażenie u powódki trwało od lutego do grudnia 2011 r. Przebiegało nie tylko miejscowo (zakażenie rany), ale również były to głębokie ropnie miednicy, a także rozsiew krwio pochodny – zapalenie wsierdza oraz ropień okolicy podbojczykowej. Rokowania na przyszłość powódki są trudne do oszacowania ze względu na trwający proces nowotworowy u powódki.

Nie należy również tracić z pola widzenia okoliczności, że ostatecznie, w czasie całego pobytu powódki w szpitalu została ona wyleczona z bardzo zaawansowanego raka odbytnicy oraz wszystkich powikłań infekcji gronkowcem złocistym metycylooopornym (...). U powódki utrzymywała się jedynie rozległa przepuklina w bliźnie pooperacyjnej powłok brzusznych i przepuklina okołostomijna. Występujące u powódki przepukliny powłok brzusznych były następstwem zaburzeń gojenia tkanek i właściwości organizmu powódki. U powódki nie wystąpiła żadna z czterech cech warunkujących sformułowanie wniosku orzeczniczego dotyczącego uszczerbku na zdrowiu. Następstwa infekcji gronkowcowej u powódki zostały wyleczone w trakcie hospitalizacji w pozwanym szpitalu, a czasokres występowania objawów chorobowych i leczenia tych powikłań nie przekroczył 6 miesięcy. Nie stwierdzono u powódki długotrwałego uszczerbku na zdrowiu z przyczyn chirurgicznych. Naruszenie sprawności organizmu u powódki było związane z chorobami samoistnymi, zatem nie skutkowało uszczerbkiem na zdrowiu.

Mając na względzie powyższe okoliczności, Sąd doszedł do przekonania, że zgromadzony w sprawie materiał dowodowy pozwala na ustalenie, iż zaistniałe uchybienie pozostaje w związku przyczynowo – skutkowym z krzywdą powódki. Powyższe skutkuje przyjęciem odpowiedzialności pozwanej placówki opieki zdrowotnej za powyższe następstwa.

W pierwszej kolejności zaznaczyć należy, że zgodnie z art. 445 § 1 k.c. w przypadku uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę pieniężną tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę, przy czym suma pieniężna stanowić ma ekwiwalent szkody niemajątkowej. W myśl przyjętego w doktrynie i ugruntowanego w orzecznictwie Sądu Najwyższego poglądu, zadośćuczynienie winno mieć przede wszystkim charakter kompensacyjny, przy czym jego wysokość nie może stanowić zapłaty symbolicznej, lecz musi przedstawiać wartość ekonomicznie odczuwalną. Zadośćuczynienie powinno być środkiem pomocy dla poszkodowanego i pozostawać w odpowiednim stosunku do rozmiaru krzywdy i szkody niemajątkowej. Na krzywdę poszkodowanego składają się z kolei cierpienia fizyczne w postaci bólu i innych dolegliwości oraz cierpienia psychiczne polegające na ujemnych uczuciach przeżywanych bądź w związku z cierpieniami fizycznymi, bądź w związku z następstwami uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, zwłaszcza trwałymi i nieodwracalnymi. Jednocześnie kwota zadośćuczynienia nie może być nadmierna oraz winna być należycie wyważona i utrzymana w rozsądnych granicach, odpowiadających aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa (vide: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 22 kwietnia 1985 r., II CR 94/85, Lex nr 8713).

Tak więc z jednej strony zadośćuczynienie musi przedstawiać wartość ekonomicznie odczuwalną, z drugiej zaś powinno być utrzymane w rozsądnych granicach, odpowiadających aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej. Zasada umiarkowanej wysokości zadośćuczynienia trafnie łączy wysokość zadośćuczynienia z wysokością stopy życiowej społeczeństwa, gdyż zarówno ocena, czy jest ono realne, jak i czy nie jest nadmierne, pozostawać musi w związku z poziomem życia (vide: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 września 2002 r., IV CKN 1266/00). Jednocześnie reguła umiarkowanej wysokości zadośćuczynienia nie może oznaczać przyzwolenia na lekceważenie takich bezcennych wartości jak zdrowie czy integralność cielesna, a okoliczności wpływające na określenie tej wysokości, jak i kryteria ich oceny muszą być zawsze rozważane indywidualnie w związku z konkretną osobą poszkodowanego i sytuacją życiową, w której się znalazł (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 grudnia 2007r., I CSK 384/07, LEX nr 351187).

Zgodnie zaś z utrwalonym już stanowiskiem Sądu Najwyższego, przy ocenie wysokości zadośćuczynienia należy uwzględnić przede wszystkim nasilenie cierpień, długotrwałość choroby, rozmiar kalectwa, trwałość następstw zdarzenia oraz konsekwencje uszczerbku na zdrowiu w życiu osobistym i społecznym (tak Sąd Najwyższy m. in. w wyroku z dnia 10 czerwca 1999 r., UKN 681/98, OSNAP 2000/16/626 oraz w wyroku z dnia 24 października 1968r., I CR 383/68, LEX nr 6407).

W związku z powyższym dla określenia rozmiaru krzywdy doznaney przez powódkę koniecznym stało się ustalenie rozmiaru doznaney przez nią następstw. Choć biegli nie wskazali bezpośredniego skutku działania pozwanego Szpitala na wystąpienie jakiegokolwiek uszczerbku na zdrowiu powódki, tym niemniej podniesione przez Sąd powyżej okoliczności uzasadniały przyznanie powódce kwoty 50.000 zł tytułem zadośćuczynienia. W związku z tym, że

powódka zmarła w 16 lipca 2018 r. a w jej miejsce wstąpili następcy prawni K. K. i A. S., którzy odziedziczyli spadek po zmarłej powódce po 1/2 udziałów Sąd zasądził od Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) Szpitala (...) Medycznej (...) w Ł. - (...) Szpitala (...) w Ł. na rzecz K. K. i A. S. kwoty po 25.000 złotych na rzecz każdego z powodów, zgodnie z art. 1035 k.c.

Zgodnie z art. 444 § 1 k.c. w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu koszty. Na podstawie zebranego w sprawie materiału dowodowego uznać należy, że w związku z zakażeniem gronkowcem (...), jakiego doznała powódka w wyniku leczenia w pozwanym szpitalu, poniosła ona dodatkowe koszty związane z leczeniem w kwocie 5.000 zł, były to koszty opatrunków z jonami srebra i żelowych, koszty podkładów higienicznych, balsamów i innych środków ułatwiających gojenie ran. Biorąc natomiast pod uwagę, że powódka miała łącznie 3 rany wynikające z leczenia w pozwanym szpitalu, przy czym jedynie jedna z nich – w prawej okolicy podobojczykowej – była wynikiem zaniedbań ze strony pozwanego, czyli wynikiem zakażenia, to uznać należy, że koszty opatrunków i innych środków higienicznych do pielęgnacji rany wynosiły proporcjonalnie 1.600 zł na każdą ranę. W związku z tym Sąd zasądził kwoty po 800 złotych na rzecz każdego z powodów tytułem odszkodowania. W powyższych kosztach Sąd nie uwzględnił kosztów dojazdów córki i męża do szpitala do powódki, gdyż koszty te i opieka osób trzecich, jak wynika z zeznań świadków, nie była konieczna, a sama powódka uznała, że opieka nad nią była bardzo dobra i była z niej zadowolona.

Uwzględniając żądanie powódki zasądzenia odsetek ustawowych, Sąd zasądził odsetki ustawowe od dnia 17 czerwca 2014 r., tj. od dnia doręczenia pozwu pozwanemu, zgodnie z żądaniem pozwu do dnia 31 grudnia 2015 roku oraz odsetki ustawowe za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 roku do dnia zapłaty. Sąd uwzględnił zmianę stanu prawnego w zakresie prawa materialnego wynikającą z art. 2 w zw. z art. 56 ustawy z 9 października 2015 roku o zmianie ustawy o terminach zapłaty w transakcjach handlowych, ustawy - Kodeks cywilny oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2015, poz. 1830), która nadała art. 481 § 2 k.c. od 1 stycznia 2016 roku następujące brzmienie: „Jeżeli stopa odsetek za opóźnienie nie była oznaczona, należą się odsetki ustawowe za opóźnienie w wysokości równej sumie stopy referencyjnej Narodowego Banku Polskiego i 5,5 punktów procentowych. Jednakże gdy wierzytelność jest oprocentowana według stopy wyższej, wierzyciel może żądać odsetek za opóźnienie według tej wyższej stopy”. Przepis ten określa zatem nową kategorię odsetek ustawowych za opóźnienie naliczanych według innej stopy niż inne odsetki ustawowe (art. 359 § 2 k.c.). Zgodnie z art. 56 ustawy nowelizującej, do odsetek należnych za okres kończący się przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy stosuje się przepisy dotychczasowe. Z tej przyczyny rozstrzygnięcie o odsetkach ustawowych wymagało rozróżnienia okresów naliczania odsetek według różnych stóp procentowych przed i po 1 stycznia 2016 roku. Stąd rozróżnienie mianownictwa odsetek w sentencji wyroku w okresach przypadających przed i po 1 stycznia 2016 roku. (punkt 1 a i 1b wyroku)

W pozostałej części roszczenie o zadośćuczynienie i odszkodowanie, jako wygórowane Sąd oddalił. Odnosząc się do żądania renty oraz do żądania ustalenia odpowiedzialności pozwanego za skutki operacji z dnia 16 lutego 2011 r. mogące powstać w przyszłości, wskazać należy na treść art. 922 § 2 zd. 1 k.c., z którego wynika, że do spadku nie należą prawa ściśle związane z osobą zmarłego. Zatem wobec tego, że realizacja takich praw ma na celu zaspokojenie interesu wyłącznie samego spadkodawcy i nie przechodzi na spadkobierców, Sąd oddalił w tej sprawie wyżej wskazane żądania. (punkt 2 wyroku)

Z uwagi na szczególny charakter sprawy, w tym okoliczność, iż powódka nie żyje, a sprawa zakończyła się z udziałem następców prawnych E. K., zaś rozstrzygnięcie zależało od uzyskania przez Sąd wiadomości specjalnych, należało, zdaniem Sądu, na podstawie art. 102 k.p.c. odstąpić od obciążania powodów kosztami procesu. (punkt 3 wyroku)

Sąd odstąpił od obciążania pozwanego nieuiszczonymi kosztami sądowymi od uwzględnionej części powództwa na podstawie art. 113 ust. 4 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych. (punkt 4 wyroku)

Kwotę 324,60 zł zwrócono pozwanemu szpitalowi tytułem nadpłaconej zaliczki na koszty opinii biegłych zgodnie z art. art. 84 ust. 1 u.k.s.c. (punkt 5 wyroku)

ZARZĄDZENIE

Odpis wyroku wraz z uzasadnieniem doręczyć pełnomocnikom stron

29.03.2019 r.