

Sygn. akt I C 828/10

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 30 sierpnia 2013 roku

Sąd Okręgowy w Lublinie I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący: Sędzia Sądu Okręgowego Alicja Zych

Protokolant: ST. Sekr. sąd. Jolanta Lisiowska

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 22 sierpnia 2013 roku w Lublinie

sprawy z powództwa : E. S.

przeciwko: (...)Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w L.i (...) Spółce Akcyjnejz siedzibą w W.

o zapłatę

1. zasądza od pozwanych (...) Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w L.i (...) Spółki Akcyjnejz siedzibą w W.na rzecz powoda E. S.kwotę 75 500 zł (siedemdziesiąt pięć tysięcy pięćset złotych) przy czym zapłata powyższej kwoty przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego,
2. zasądza od pozwanych (...) Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w L.i (...) Spółki Akcyjnejz siedzibą w W.na rzecz powoda E. S.solidarnie kwotę 11 099,61 zł tytułem zwrotu kosztów procesu,
3. nakazuje ściągnąć od pozwanych (...) Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w L.i (...) Spółki Akcyjnejz siedzibą w W.na rzecz Skarbu Państwa – Sąd Okręgowy w Lublinie solidarnie kwotę 4 054,75 zł tytułem zwrotu nieuiszczonych kosztów sądowych

Sygn. akt **828/10**

UZASADNIENIE

W pozwie z dnia 5 listopada 2010 roku powód E. S.wniósł o zasądzenie solidarnie od pozwanych: (...)Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej z siedzibą w L.i od (...) Spółki Akcyjnej(...) z siedzibą w Ł.kwoty 75.500 zł tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę, „stanowiącą następstwo błędu w sztuce lekarskiej i niedochowania należytej staranności, których dopuścił się zespół lekarski zatrudniony przez pozwany szpital”. Ponadto powód wniósł o zasądzenie od pozwanych na jego rzecz kosztów postępowania według norm prawem przepisanych (petitum pozwu, k. 2-3).

W uzasadnieniu pozwu, E. S. podniósł, że w dniu 28 września 2009 roku przyjęty został na Oddział Gastrologiczny pozwanego Szpitala, gdzie następnego dnia wykonano mu zabieg kolonoskopii połączony z polipektomią. W niedługim czasie po przeprowadzeniu tegoż zabiegu, powód zaczął odczuwać silne bóle brzucha, którym towarzyszyło uczucie wzdęcia i podpierania. Wykonane zostało więc badanie USG, które wykazało obecność pojedynczych poziomów płynów w jamie brzusznej. Niemniej jednak, po przeprowadzeniu wprawdzie konsultacji chirurgicznej, zalecono wyłącznie prowadzenie dalszego leczenia zapobiegawczego, które w ogóle nie przynosiło rezultatu.

Wobec powyższego, w dniu 2 października 2009 roku stan zdrowia powoda był krytyczny. Był osłabiony i zlany potem. Wystąpiło również obniżenie ciśnienia tętniczego krwi, przy jednoczesnym przyspieszeniu tętna, co

wskazywało na wstrząs septyczny. Dopiero wówczas wykonane zostało badania RTG i TK jamy brzusznej, wskazujące jednoznacznie na perforację przewodu pokarmowego. W związku z tym, w trybie pilnym ze wskazań życiowych powód zakwalifikowany został do leczenia operacyjnego.

Po przytoczeniu powyższych okoliczności faktycznych, powód kategorycznie wskazał, że lekarz przeprowadzający kolonoskopię popełnił błąd, doprowadzając do perforacji jelita grubego, a następnie nie podejmując próby zdiagnozowania przyczyny występowania dolegliwości. Oczywistym jest wprawdzie, zdaniem powoda E. S., że komplikacje mogą się wydarzyć, niemniej jednak wszelkie powikłania występujące po kolonoskopii powinny zaniepokoić personel medyczny. W przypadku bowiem, gdy pacjent uskarża się na silne bóle brzucha, uczucie wzdęcia, ma stan podgorączkowy, lekarze sprawujący nad nim opiekę, mają obowiązek przeprowadzić, i to jak najszybciej, wszelkie badania dodatkowe, których wyniki będą podstawą do przeprowadzenia ewentualnego zabiegu operacyjnego – w niniejszej sprawie będącego jedyną możliwością usunięcia perforacji jelita grubego. W innym bowiem przypadku, mamy do czynienia z przejawem niezachowania przez pozwany Szpital szczególnej staranności w leczeniu pacjenta.

W uzasadnieniu pozwu, powód wskazał nadto, że w okolicznościach faktycznych niniejszej sprawy, personel medyczny przeprowadził operację dopiero czwartego dnia po wykonaniu zabiegu kolonoskopii połączonego z polipektomią, mimo iż, został on do niej zakwalifikowany w trybie pilnym ze wskazań życiowych, albowiem znajdował się w stanie wstrząsu septycznego. Ponadto tak długie oczekiwanie na zabieg operacyjny skutkowało wyłonieniem na jelicie krętym stomii obarczającej, a następnie - bardzo długim dochodzeniem do „względnej sprawności”.

Podsumowując, powód E. S. wskazał, że w niniejszej sprawie wystąpiły dwa zdarzenia, rodzące odpowiedzialność odszkodowawczą pozwanego Szpitala. Pierwszym, jest błąd w sztuce lekarskiej, którego dopuścili się lekarze przeprowadzający zabieg kolonoskopii. Drugim zaś – brak dochowania szczególnej staranności w opiece nad pacjentem po przeprowadzeniu wskazanego powyżej zabiegu, wyrażający się w nieumiejętności zdiagnozowania przyczyn bólów, które były wielokrotnie przez niego zgłaszane i w konsekwencji tego, w niewykonaniu odpowiednio wcześniej stosownych i niezbędnych badań diagnostycznych, które mogłyby dostarczyć lekarzom informacji niezbędnych do zapobieżenia zaistnieniu stanu bezpośrednio zagrażającego jego życiu. A zatem, gdyby lekarze zachowali się w sposób właściwy, rozmiar szkód, jakich powód doznałby byłby znacznie mniejszy, niż ten, który rzeczywiście wystąpił.

Mając na uwadze powyższe, powód E. S. wskazał, że kwota żądanego zadośćuczynienia stanowi minimalną rekompensatę za ogrom cierpień fizycznych i psychicznych, których doświadczył po przeprowadzeniu zabiegu kolonoskopii (uzasadnienie pozwu, k. 3-8).

W odpowiedzi na pozew, pozwany (...) Spółka Akcyjna(...) z siedzibą w Ł.nie uznał powództwa, wnosząc o jego oddalenie oraz o zasądzenie od powoda na jego rzecz kosztów procesu według norm prawem przepisanych.

W uzasadnieniu odpowiedzi na pozew, pozwany zakład ubezpieczeń podniósł, że na przeprowadzenie w dniu 28 września 2009 roku zabiegu kolonoskopii, powód wyraził świadomą zgodę, będąc poinformowanym o jego możliwych powikłaniach, które w rzeczywistości w ogóle nie wystąpiły, o czym świadczy opis zabiegu. A zatem nie ma żadnych podstaw do stwierdzenia niedołożenia przez personel medyczny pozwanego Szpitala należytej staranności podczas jego przeprowadzania.

W dalszej części odpowiedzi na pozew zakład ubezpieczeń podniósł z kolei, że wprawdzie zabieg kolonoskopii zakończył się powikłaniem w postaci perforacji jelita, niemniej jednak, powikłanie to występuje z częstotliwością od 0,07 do 0,26 % i wiąże się z dużym odsetkiem chorobowości (21-43 %) i śmiertelności (7-25 %).

Pozwany zakład ubezpieczeń wskazał nadto, że personel Szpitala nie dopuścił się również zaniedbań w zakresie opieki medycznej sprawowanej nad pacjentem, zarówno podczas samego zabiegu, jak i po jego przeprowadzeniu. Objawy brzuszne bowiem, potwierdzone badaniem RTG i CT, nakazujące wykonanie laparotomii wystąpiły u powoda

dopiero w trzeciej dobie (tj. 2 października 2009 roku) i dlatego dopiero wówczas zastosowano adekwatny do zmian stwierdzonych w jamie brzusznej zabieg chirurgiczny (odpowiedź na pozew, k. 15-16).

Odpowiedź na pozew złożył również (...) Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w L., w której również wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie kosztów procesu według norm prawem przepisanych.

W odpowiedzi na pozew, Pozwany Szpital podniósł, że najprawdopodobniej podczas polipektomii polipa poprzecznicy doszło do termicznego uszkodzenia ściany jelita grubego bez cech perforacji. Martwica całej grubości ściany i perforacja nastąpiła bowiem dopiero później. Najprawdopodobniej początkowo miejsce termicznego uszkodzenia jelita zostało oklejone siecią. Do „całkowitej” perforacji doszło natomiast w godzinach porannych dnia 2 października 2009 roku, o czym świadczy przebieg kliniczny, wyniki badań dodatkowych oraz nagle pogorszenie się stanu ogólnego chorego połączone z silnymi dolegliwościami bólowymi.

Niemniej jednak, podczas pobytu w Szpitalu, powód był pod ścisłą obserwacją, jak również wykonano mu niezbędne badania i wdrożono niezbędne leczenie farmakologiczne (odpowiedź na pozew, k. 27-27v; stanowisko Szpitala, k. 28-29).

W toku całego postępowania strony podtrzymywały reprezentowane stanowisko w sprawie (protokół rozprawy, k. 44; 202v; 222v; 230v; 255; 277v; skrócony protokół rozprawy, k. 526 od godz. 00:03:28 do godz. 00:04:20; skrócony protokół rozprawy, k. 553 od godz. 00:03:38 do godz. 00:04:54; skrócony protokół rozprawy, k. 557 godz. 00:00:16 i godz. 01:23:03).

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 28 września 2009 roku powód E. S., w celu leczenia i diagnostyki, przyjęty został na Oddział Gastrologiczny (...) Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w L.z powodu utrzymujących się luźnych stolców, wzdęć i bólów brzucha.

W dniu 29 września 2009 roku powód E. S. poddany został zabiegowi kolonoskopii z polipektomią, (a dokładnie kolonoskopii kontrolnej, ponieważ w 2004 roku przeszedł kolonoskopię z usunięciem polipów). Zabieg przeprowadził dr M. Z., który usunął trzy polisy: polip poprzecznicy usunął przy pomocy pętli diatermicznej, dwa pozostałe zaś, tj. polip esicy i prostnicy – kleszczykami.

Podczas zabiegu, powód E. S., mimo znieczulenia, odczuwał silne dolegliwości bólowe (dowód: zeznania powoda E. S., k. 44-48, 255v-256v, skrócony protokół rozprawy, k. 559-559v od godz.01:14:33 do godz. 01:23:03; zeznania świadka M. Z., k. 203v-206, 278-278v; okoliczność bezsporna).

Po zabiegu, już około godz. 14⁰⁰-15⁰⁰ powód E. S. zaczął odczuwać promieniujący ból w jamie brzusznej, jak również miał wzdęcia. Poinformował więc o tym dr P. Z., będącego jego lekarzem prowadzącym, który, nie badając go, zalecił mu wówczas chodzenie i masowanie jamy brzusznej. Następnego dnia, jeszcze przed obchodem lekarskim, powód E. S. również zgłosił dr P. Z., że „źle się czuje i jego stan się pogarsza, że organizm nie pracuje prawidłowo i nie wraca do normalnego funkcjonowania”. Mówił wówczas, że ma bóle brzucha, wzdęcia i chce mu się wymiotować (dowód: zeznania powoda E. S., k. 44-48, 255v-256v, skrócony protokół rozprawy, k. 559-559v od godz.01:14:33 do godz. 01:23:03; zeznania świadka M. S., k. 209-209v; zeznania świadka H. B., k. 208v-209; okoliczność bezsporna).

Wieczorem E. S.miał podwyższoną temperaturę ciała do 37,8 ° C, uskarżał się na rozlane bóle, wzdęcia brzucha i uczucie podpierania. W związku tym, dr M. Z.oraz dr P. Z.przeprowadzili badanie fizykalne, wykazujące, iż brzuch jest wzdęty oraz tkliwy uciskowo w śródbrzuszu i podbrzuszu. Niemniej jednak, perystaltyka jelit była słyszalna. Dlatego też, powód E. S.ponownie otrzymał zalecenie chodzenia i masowania brzucha. Niemniej jednak, z uwagi na bóle brzucha, zlecona została dodatkowa kroplówka z No-spą, Pyralginą i Lignokainą. Dolegliwości jednak nie ustąpiły. W związku z tym, powód E. S.skonsultowany został chirurgicznie przez dr K. R., który po przeprowadzeniu badania zaczął podejrzewać, albo przebiecie przewodu pokarmowego albo niedrożność przewodu pokarmowego, tj.

niedrożność w wyniku choroby zrostowej. Wykonane zostało więc badanie przeglądowe RTG jamy brzusznej, które wykazało pojedyncze poziomy płynu w rzucie jelit.

Po wykonaniu powyższych badań, powód E. S. otrzymał kolejną kroplówkę, po której perystaltyka jelit wróciła (dowód: zeznania świadka K. R., k. 207v-208; wynik badania RTG, k. 150; okoliczność bezsporna).

W godzinach wieczornych, powód E. S. poszedł na Oddział Radiologiczny, prosząc dr J. W. o wykonanie mu badania USG jamy brzusznej, ponieważ „źle się czuł i chciał zobaczyć, co się z nim dzieje”. Wynik badania zaniepokoił lekarza, dlatego też, kończąc dyżur, przekazał dr D. B. zalecenie, aby następnego dnia, rano, badanie zostało powtórzone (dowód: zeznania świadka J. W., k. 230v-231; okoliczność bezsporna).

W dniu 1 października 2009 roku, stan ogólny powoda E. S. uległ poprawie. Dolegliwości ze strony jamy brzusznej znacznie zmniejszyły się. Brzuch był miękki, lekko tkliwy w nadbrzuszu, a perystaltyka była zachowana. Niemniej jednak, przeprowadzone w tymże dniu przez dr D. B. badanie USG jamy brzusznej wykazało odcinkowo poszerzone pętle jelita wypełnione treścią płynową, najpewniej krętego (dowód: wynik badania USG, k. 151; okoliczność bezsporna).

W godzinach popołudniowych, powód E. S. zagorączkował. Dr P. Z. zlecił wówczas wykonanie badań laboratoryjnych: tj. leukocytozy i CRP, które były podwyższone, (poziom CRP wynosił bowiem 133.54 mg/l, zaś leukocyty - $13.1 \cdot 10^3$ /ul). Wobec powyższego, w nocy, z 1 na 2 października 2009 roku, dr P. Z. zlecił antybiotykoterapię (dowód: księga raportów pielęgniarskich, k. 195, 197, 200; okoliczność bezsporna).

W tymże dniu, powód E. S. po raz pierwszy od zabiegu wypróżnił się, z wielkim bólem i obfitym krwawieniem. Wydalił wówczas z siebie ostry metalowy kawałek, bliżej nie określonego przedmiotu o wielkości około 2 cm. Postanowił przedmiot ten okazać lekarzowi, który go konsultował, tj. dr K. R., który ów przedmiot wyrzucił do kosza, stwierdzając, że „to „ nie ma w tej chwili większego znaczenia (dowód: zeznania powoda E. S., k. 44-48, 255v-256v, skrócony protokół rozprawy, k. 559-559v od godz. 01:14:33 do godz. 01:23:03; zeznania świadka K. R., k. 207v-208; zeznania świadka B. S. k. 210-210v).

W dniu 2 października 2009 roku, dr P. Z. poprosił dr R. Ż. o konsultację stanu zdrowia E. S., który tenże ocenił jako poważny. Zlecił wówczas wykonanie badań pod kątem chirurgicznym, tomografię jamy brzusznej oraz zdjęcie przeglądowe jamy brzusznej, podejrzewając perforację jelita grubego. Następnie dr R. Ż., z uwagi na to, że w tym czasie wyznaczony został do przeprowadzenia zabiegu operacyjnego, zlecił dr Z. P., aby „obejrzał” powoda E. S..

W międzyczasie, żona powoda E. S. – M. S., mówiąc, że „z mężem dzieje się coś niedobrego”, również poprosiła dr Z. P. o ocenę stanu zdrowia męża.

Po wejściu na salę chorych, dr Z. P. zobaczył powoda, który cierpiał, skarżąc się na duże dolegliwości bólowe. Niezwłocznie zbadał go więc, stwierdzając, że ma rozlane objawy otrzewnowe. Podejrzewając perforację przewodu pokarmowego, przekazał dr P. Z., że powód E. S. wymaga operacji w trybie pilnym (dowód: zeznania świadka Z. P., k. 231-232v, 278v-279v; zeznania świadka R. Ż., k. 279v-280v; okoliczność bezsporna).

Dr P. Z. zlecił wówczas wykonanie badania RTG i TK jamy brzusznej, które wykazały pojedyncze poziomy płynów oraz rąbek powietrza pod prawą kopułą przepony. Stwierdzono więc perforację przewodu pokarmowego, w związku z czym E. S. został zakwalifikowany do leczenia operacyjnego w trybie pilnym. Śródoperacyjnie stwierdzono kałowe, rozlane zapalenia otrzewnej, naciek zapalny krezki jelita i przestrzeni zaotrzewnowej oraz perforację jelita grubego z ropniem międzypętlowym w okolicy zagięcia śledzionowego. A zatem, wykonano laparotomię, rewizję jamy brzusznej, hemicolectomię lewostronną, ileostomię obarczającą czasową, toaletę jamy brzusznej i drenaż jamy brzusznej. Zabieg operacyjny przeprowadzony został w godzinach 11⁵⁰-15²⁰. Operatorem był dr R. Ż., zaś pierwszym asystentem – dr Z. P. (dowód: karta informacyjna z leczenia szpitalnego, k. 10-10v; protokół operacyjny, k. 134-134v; okoliczność bezsporna).

Po zabiegu operacyjnym, do powoda E. S. przyszedł Ordynator Oddziału dr M. Z., który przyznał, że „przypalił” mu jelito (dowód: zeznania powoda E. S., k. 44-48, 255v-256v, skrócony protokół rozprawy, k. 559-559v od godz. 01:14:33 do godz. 01:23:03; zeznania świadka B. S., k. 210-210v; okoliczność bezsporna).

Od dnia 25 listopada 2009 roku do dnia 28 listopada 2009 roku powód przebywał z kolei na Oddziale Chirurgicznym Szpitala z rozpoznaniem: przetoka okołodbytnicza K 60 i zatoka włosowa. W związku z tym zakwalifikowany został do leczenia operacyjnego. Dlatego też, w dniu 26 listopada wykonany został zabieg excisio totalis (dowód: karta informacyjna z leczenia szpitalnego, k. 11; okoliczność bezsporna).

Na Oddziale Chirurgicznym E. S. przebywał również w okresie od dnia 10 stycznia 2010 roku do dnia 15 stycznia 2010 roku z rozpoznaniem: odbył sztuczny i stan po perforacji jelita grubego. W dniu 11 stycznia 2010 roku odtworzona została ciągłość przewodu pokarmowego (dowód: karta informacyjna z leczenia szpitalnego, k. 12; historia choroby, k. 69; okoliczność bezsporna).

W niniejszej sprawie wywołana została opinia sądowa z zakresu gastroenterologii, z której wynika, że po usunięciu polipa, endoskopista powinien sprawdzić, czy polip został usunięty doszczętnie, czy nie doszło do natychmiastowej perforacji i czy nie występuje krwawienie. Nie ma wprowadzić określonych zaleceń, jak długo powinno trwać to sprawdzanie, niemniej jednak, w żadnym wypadku nie może dojść do przeoczenia perforacji zaraz po usunięciu polipa.

Biegły sądowy zaopiniował nadto, że odczucia po kolonoskopii z polipektomią są bardzo różne, od kompletnie bezobjawowych do bólów i wzdęć brzucha. Zdarza się i tak, że bezpośrednio po badaniu (nawet bez polipektomii), pacjent nie ma dolegliwości, a pojawiają się one w kilka godzin później i mogą być tak silne, że uniemożliwiają chodzenie. Niemniej jednak, dolegliwości te, powinny zmniejszać się wraz z upływem czasu. Jeżeli zaś tak się nie dzieje, pacjent zgłasza bóle brzucha, to powinien być częściej badany, osłuchiwana powinna być perystaltyka oraz powinno się wykonywać zdjęcie przeglądowe jamy brzusznej z uwidocznieniem kopuł przepony, by wykluczyć lub potwierdzić powietrze pod kopułami przepony świadczące o perforacji, której objawami są: ból brzucha, zatrzymanie gazów i stolca, wzdęcie brzucha, wzmożone napięcie powłok brzusznych, a następnie zwykle po kilku, kilkunastu godzinach, a czasem dniach (w dużej mierze zależy od wielkości perforacji i jej podłoża), objawy zapalenia otrzewnej: wymioty, nawet objawy wstrząsu (spadek ciśnienia, wzrost tętna). O perforacji, a już natomiast o rozwijającym się w organizmie stanie zapalnym świadczą również podwyższone wyniki badań: poziomu CRP i leukocytozy. Przy takich wynikach badań natomiast oraz przy takich objawach klinicznych, które zgłaszał powód, (w szczególności w przypadku silnego bólu brzucha uniemożliwiającego chodzenie w pozycji wyprostowanej), powinno się kategorycznie podjąć działania prowadzące do ustalenia, jaka jest przyczyna stanu zapalnego, w tym wykonać badania potwierdzające lub wykluczające perforację.

W okolicznościach sprawy, zdaniem biegłego, takie działania zostały podjęte, bowiem powód miał wykonane badania dodatkowe: badanie USG jamy brzusznej w dniu 1 października 2009 roku oraz badanie RTG klatki piersiowej z uwidocznieniem kopuł przepony w dniu 2 października 2009 roku, które doprowadziły do wyjaśnienia przyczyny wzrostu parametrów stanu zapalnego. Do zdiagnozowania perforacji wystarczy jednak tylko badanie RTG przeglądowe jamy brzusznej z uwidocznieniem kopuł przepony, które zostało wykonane w dniu 30 września 2009 roku, prawdopodobnie po konsultacji chirurgicznej, nie wykazujące perforacji, tylko pojedyncze poziomy płynu. Dopiero badanie RTG kłp z uwidocznieniem kopuł przepony wykonane w dniu 2 października 2009 roku stwierdziło niewielką ilość powietrza, co świadczy o świeżej perforacji. Prawdopodobnie więc do perforacji odroczonej doszło pomiędzy tymi dwoma badaniami.

Podsumowując, biegły sądowy zaopiniował, że na podstawie dostępnej dokumentacji i wyjaśnień składanych przez opiekującego się pacjentem zespół medyczny, postępowali oni prawidłowo, wykonując badanie przedmiotowe, badania dodatkowe i prosząc już w dniu 30 września 2009 roku o konsultację chirurgiczną. Po stwierdzeniu perforacji podano choremu antybiotyki, co także było postępowaniem prawidłowym (dowód: opinia sądowa z zakresu gastroenterologii, k. 315-318).

W sprawie wywołana została również opinia sądowa z zakresu radiologii, według której, za perforacją ściany jelita jako powikłaniem zabiegu kolonoskopii z polipektomią, przemawia obecność wolnego gazu pod kopułą przepony. W przypadku pewności co do istnienia wolnego gazu u takiego chorego, wykonywanie badania TK nie jest konieczne. Miejsce perforacji jest bowiem w tym przypadku wiadome i odpowiada najprawdopodobniej miejscu usunięcia polipa.

Biegły sądowy podkreślił jednak jednocześnie, że nie wyklucza obecności perforacji ściany jelita również brak wolnego gazu pod kopułą przepony (dowód: opinia sądowa z zakresu radiologii, k. 350-353).

W pisemnej uzupełniającej opinii sądowej z zakresu radiologii, biegły sądowy zaopiniował, że dolegliwości bólowe u chorych po zabiegach kolonoskopii i polipektomii są częste i nie świadczą zawsze o powikłaniach (np. perforacji ściany jelita). Dlatego też, decyzja o badaniach dodatkowych, takich jak: RTG i TK, podejmowana jest w przypadku podejrzeń po przeprowadzonych wcześniej badaniach palpacyjnych brzucha oraz w przypadku wystąpienia podwyższonej temperatury ciała, lub zawyżonego poziomu leukocytów we krwi. Badanie USG jamy brzusznej z kolei zwykle nie wykazuje wczesnych objawów perforacyjnych jelit.

W ocenie biegłego sądowego, mimo iż, oba, wskazane powyżej badania nie wykazywały wyraźnych cech perforacji jelita, to jednak pogarszanie się stanu klinicznego chorego i zgłaszane przez niego objawy powinny były wzmocnić czujność lekarza prowadzącego i spowodować zlecenie wykonania badania TK jamy brzusznej w celu ustalenia stanu operowanych jelit (dowód: pisemna uzupełniająca opinia sądowa z zakresu radiologii, k. 394-397).

W sprawie wywołana została kolejna opinia sądowa z zakresu radiologii, tym razem sporządzona przez biegłego sądowego dr n. med. L. W., z której wynika, że nie ma podstaw sądzić, aby kolonoskopia z polipektomią została przeprowadzona w sposób niezgodny z zasadami sztuki lekarskiej. Powikłania podczas polipektomii występują u około 2 % pacjentów i zdarzają się nawet najbardziej doświadczonym endoskopistom. W ocenianym przypadku, powikłanie w postaci opóźnionej perforacji leczonej operacyjnie wystąpiło dopiero po trzech dobach od przeprowadzonej polipektomii, dlatego też wykonujący badanie nie mógł dostrzec perforacji bezpośrednio po wykonaniu polipektomii, ponieważ wystąpiła ona znacznie później.

Niemniej jednak, dłuższe utrzymywanie się dolegliwości bólowych, a tym bardziej ich nasilanie, wymagało ścisłego nadzoru lekarskiego, ponieważ mogło wskazywać na powikłanie przebytego zabiegu w postaci perforacji. Zasadniczym badaniem pozwalającym na rozpoznanie perforacji jelita jest przeglądowe zdjęcie RTG z pozycji stojącej i badanie TK. Wykazanie obecności powietrza pod kopułami przepony wskazuje na jego perforację. A zatem, wobec utrzymywania się dolegliwości bólowych, istniała uzasadniona potrzeba powtórzenia badania RTG w dniu 1 października 2009 roku celem wykluczenia wystąpienia perforacji. Celowe było także wykonanie badania TK.

Podsumowując biegły sądowy sformułował następujące wnioski:

1. wobec utrzymujących się dolegliwości wzdęcia brzucha i bólów brzucha w kilka godzin po zakończeniu polipektomii, zasadne było wykonanie przeglądowego badania RTG celem wykluczenia perforacji jelita;
2. wykazanie poziomów płynu w jelitach w badaniu przeglądowym RTG jamy brzusznej w dniu 30 września 2009 roku wykazujące podniedrożność u pacjenta po przebytych dwóch operacjach brzusznych, ale zarazem u pacjenta po przebytej uprzedniego dnia polipektomii, wymagało szczególnego nadzoru przez lekarza prowadzącego oraz konsultującego oddział chirurga;
3. podwyższenie wartości leukocytozy i CRP powinno być momentem decydującym o objęciu pacjenta ścisłym nadzorem chirurgicznym; w tym dniu powinno być wykonane kontrolne badanie przeglądowe RTG jamy brzusznej w kierunku perforacji jelita po polipektomii oraz badanie TK jamy brzusznej dla oceny, czy miejsce przebytej polipektomii nie jest przyczyną podwyższonych markerów zapalenia; przeprowadzona winna być również konsultacja chirurgiczna w celu wykazania, czy nie występują objawy rozpoczynającego się zapalenia otrzewnej.

Mimo powyższego, biegły sądowy zaopiniował, że nie ma podstaw do stwierdzenia, że sprawowana opieka nad powodem przez personel pozwanego Szpitala była niezgodna z zasadami wiedzy medycznej.

Biegły sądowy wrócił również uwagę na okoliczność, iż chodzenie i masowanie brzucha ruchem okrężnym w przypadku niestępowaniu po kilku godzinach od badania wzdęcia brzucha lub jego nasilania, jest przeciwwskazane, z uwagi na podejrzenie uszkodzenia jelita. Przyspiesza bowiem przechodzenie treści jelitowej do jamy otrzewnej, a tym samym sprzyja nasileniu się zapalenia otrzewnej (dowód: opinia sądowa z zakresu radiologii sporządzona przez biegłego sądowego dr n. med. L. W., k. 414-423).

W sprawie wywołana została również opinia sądowa z zakresu chirurgii ogólnej, z której wynika, że badania obrazowe takie jak: zdjęcie przeglądowe jamy brzusznej i tomografia komputerowa mają charakter badań dodatkowych i ich celem jest potwierdzenie lub wykluczenie wstępnego rozpoznania postawionego na podstawie badania lekarskiego. Wyniki badań wykonanych w dniu 2 października 2009 roku potwierdziły podejrzenie perforacji jelita grubego i skłoniły badającego do zaproponowania pacjentowi leczenia operacyjnego. W takim przypadku operacja powinna odbyć się niezwłocznie po uzyskaniu zgody pacjenta, ponieważ zmiany zachodzące w obrębie jamy brzusznej po perforacji przewodu pokarmowego mają charakter postępujący i zwykle korelują ze stanem ogólnym pacjenta (dowód: opinia sądowa z zakresu chirurgii ogólnej, k. 478-480).

Według pisemnej uzupełniającej opinii sądowej z zakresu chirurgii ogólnej natomiast, dla rzetelnej i wiarygodnej oceny stanu zdrowia pacjenta na oddziale chirurgicznym podstawowe znaczenie ma skrupulatnie zebrany wywiad i badanie fizykalne pacjenta. Na tej podstawie podejmowana jest decyzja dotycząca leczenia. Wszelkiego rodzaju badania diagnostyczne natomiast (laboratoryjne, obrazowe), mają charakter dodatkowy, pomocniczy, w związku z tym nie decydują o sposobie leczenia. Niemniej jednak, badania laboratoryjne, takie jak: leukocytoza i CRP są bardzo czułymi wskaźnikami stanu zapalnego toczącego się w organizmie (dowód: pisemna uzupełniająca opinia sądowa z zakresu chirurgii ogólnej, k. 505-507).

W kolejnej pisemnej uzupełniającej opinii sądowej z zakresu chirurgii ogólnej biegły sądowy zaopiniował, że po analizie dokumentacji medycznej nie było wskazań do wykonania badania RTG jamy brzusznej i TK jamy brzusznej w dniu 1 października 2009 roku (dowód: pisemna uzupełniająca opinia sądowa z zakresu chirurgii ogólnej, k. 531-532).

W ustnej uzupełniającej opinii sądowej biegły sądowy zaopiniował, że prawdopodobnie podczas zabiegu doszło do usunięcia pewnych warstw ściany jelita grubego, co skutkowało perforacją niepełną. W takiej sytuacji wdrażane jest postępowanie zachowawcze, stosowane są antybiotyki. Konieczne jest również regularne badanie tętna i ciśnienia, jak również przeprowadzanie badania fizykalnego (dowód: skrócony protokół rozprawy z dnia 22 sierpnia 2013 roku od godz. 00:04:35 do godz. 01:14:33).

W okresie od dnia 19 stycznia 2009 roku do dnia 18 stycznia 2010 roku (...) Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej z siedzibą w L. posiadał ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzonej działalności medycznej posiadanego mienia w (...) Spółce Akcyjnej (...) z siedzibą w Ł. (polisa Nr (...)).

Powód E. S. dokonał zgłoszenia szkody, jakiej doznał na skutek przedmiotowego zdarzenia: w dniu 19 kwietnia 2010 roku w pozwanym Szpitalu, zaś w dniu 31 maja 2010 roku – w pozwanym zakładzie ubezpieczeń. Domagał się wówczas kwoty 120.000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę. Niemniej jednak pozwani nie uwzględnili powyższego roszczenia z uwagi na brak podstaw do przyjęcia odpowiedzialności za skutki zdarzenia z dnia 28 września 2009 roku (akta szkody).

Powyższy stan faktyczny ustalony został na podstawie zgromadzonych w sprawie wskazanych powyżej dowodów.

Odnosząc się do dokumentów zgromadzonych w aktach sprawy, należy wskazać, iż żadna ze stron nie zgłaszała zastrzeżeń, co do ich prawdziwości. Sąd z urzędu nie dostrzegł również jakichkolwiek podstaw do zakwestionowania ich mocy dowodowej. Stąd też, ta kategoria dowodów została obdarzona w całości walorem wiarygodności.

Przechodząc zaś do dowodów z zeznań świadków należy w pierwszej kolejności wskazać, że zeznania w niniejszej sprawie składali lekarze pozwanego Szpitala, którzy w spornym okresie zajmowali się stanem zdrowia powoda E. S. oraz członkowie najbliższej rodziny i znajomi.

Odnosząc się zeznań personelu medycznego pozwanego Szpitala należy podnieść, że Sąd obdarzył wiarygodnością zeznania świadków: M. Z. (k. 203v-206, 278-278v), P. Z. (k. 206-207v), K. R. (k. 207v-208), J. W. (k. 230v-231), Z. P. (k. 231-232v, 278v-279v) i R. Ż. (k. 279v-280v), w tej części, w jakiej świadkowie ci zeznawali na okoliczność przeprowadzenia zabiegu kolonoskopii z polipektomią oraz jego następstw, na okoliczność dolegliwości bólowych odczuwanych przez powoda E. S. po tymże zabiegu oraz w związku z tym - postępowania personelu medycznego celem zdiagnozowania przyczyn występowania tychże bólów, bowiem okoliczności te były bezsporne pomiędzy stronami niniejszego postępowania.

Bezspornym w niniejszej sprawie było również to, że podczas zabiegu kolonoskopii z polipektomią doszło do usunięcia pewnych warstw ściany jelita grubego, co w rezultacie skutkowało perforacją jelita grubego – a zatem bezspornym było więc popełnienie błędu w sztuce lekarskiej podczas przeprowadzania tegoż zabiegu.

W pozostałym natomiast zakresie, tj. co do zlecenia wykonania badań, a dokładnie, czy badania, którym był poddawany powód E. S. w celu zdiagnozowania przyczyn bólów brzucha po zabiegu kolonoskopii z polipektomią były przeprowadzane we właściwym czasie, jak również czy były one adekwatne do jego stanu zdrowia, Sąd odmówił wiarygodności zeznaniom świadków: M. Z. (k. 203v-206, 278-278v) oraz P. Z. (k. 206-207v), bowiem nie znajdowały one potwierdzenia w gromadzonym w sprawie materiale dowodowym, a dokładnie w treści praktycznie wszystkich opinii sądowych wywołanych w niniejszej sprawie.

Natomiast zeznania świadków: K. R. (k. 207v-208), J. W. (k. 230v-231), Z. P. (k. 231-232v, 278v-279v) i R. Ż. (k. 279v-280v) nie odnosiły się w ogóle do wskazanych powyżej okoliczności spornych.

W sprawie zeznawał również świadek D. B. (k. 208v), niemniej jednak zeznania tegoż świadka nie miały większego znaczenia dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy, bowiem zeznawał on na podstawie zapisów w kartach informacyjnych, w pozostałym zaś zakresie zaś nic nie pamiętał.

Jak zostało wskazane powyżej, w sprawie zeznawali również członkowie rodziny E. S. oraz jego znajomi, a dokładnie: M. K. (k. 203-203v), H. B. (k. 208v-209), M. S. (k. 209-209v) oraz B. S. (k. 210-210v), a nadto sam powód k. 44-48, 255v-256v, skrócony protokół rozprawy, k. 559-559v od godz.01:14:33 do godz. 01:23:03).

Oceniając wiarygodność wskazanych powyżej świadków, (za wyjątkiem zeznań świadka M. K., które nie miały większego znaczenia dla sprawy, bowiem świadek ten nie był bezpośrednim obserwatorem okoliczności faktycznych niniejszej sprawy), Sąd uznał je za wiarygodne.

Przechodząc do oceny wiarygodności wywołanych w sprawie opinii sądowych, Sąd nie miał zastrzeżeń do wartości dowodowej opinii sądowych: z zakresu gastroenterologii sporządzonej przez dr hab. med. A. M. (k. 315-318); z zakresu radiologii sporządzonej przez biegłego sądowego P. T. (k. 350-353; pisemna opinia uzupełniająca, k. 394-397); z zakresu radiologii sporządzonej przez dr n. med. L. W. (k. 414-423) oraz z zakresu chirurgii ogólnej sporządzonej przez dr hab. n. med. K. Z. (k. 478-480; pisemna opinia uzupełniająca, k. 505-507; pisemna opinia uzupełniająca, k. 531-532; ustna opinia uzupełniająca, skrócony protokół rozprawy z dnia 22 sierpnia 2013 roku od godz. 00:04:35 do godz. 01:14:33), sporządzonych, ogólnie rzecz ujmując, na okoliczności, czy, zarówno podczas przeprowadzania zabiegu kolonoskopii z polipektomią, jak i w trakcie diagnozowania przyczyn bólów brzucha, występujących u powoda po tymże zabiegu, personel medyczny pozwanego Szpitala dopuścił się błędu w sztuce lekarskiej.

Wprawdzie, wszystkie wskazane powyżej opinie sądowe zanegowały powyższą okoliczność, niemniej jednak jednocześnie wskazywały na nieprawidłowości postępowania tegoż personelu, które znajdowały potwierdzenie w poczynionych w sprawie ustaleniach faktycznych.

Mając powyższy stan faktyczny za podstawę Sąd zważył, co następuje:

Powództwo w pełni jest zasadne, dlatego też zasługuje na uwzględnienie.

W pierwszej kolejności należy podnieść, że bezsporną w niniejszej sprawie była okoliczność poddania powoda w dniu 29 września 2009 roku zabiegowi kolonoskopii z polipektomią oraz jego następstwa, okoliczność wystąpienia dolegliwości bólowych odczuwanych przez E. S. po tymże zabiegu, jak również postępowanie personelu medycznego celem zdiagnozowania przyczyn występowania tychże bólów. Niesporną była również okoliczność dopuszczenia się błędu w sztuce medycznej podczas wykonywania zabiegu kolonoskopii z polipektomią.

Sporną natomiast pozostawała okoliczność, czy za obecny stan zdrowia powoda odpowiedzialność odszkodowawczą ponosi pozwany Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej – Szpital w L., a w związku z tym, również pozwany zakład ubezpieczeń.

W obecnym stanie prawnym, tj. od dnia 17 czerwca 2004 roku, podstawę odpowiedzialności szpitala, będącego samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej, wyposażonym w osobowość prawną stanowi art. 430 k.c., według którego, 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.

Przesłankami odpowiedzialności na zasadzie art. 430 k.c. są więc: szkoda wyrządzona osobie trzeciej przez podwładnego, wina podwładnego (w ujęciu, jak w art. 415 k.c.) oraz to, że wyrządzenie szkody nastąpiło przy wykonywaniu przez podwładnego powierzonej mu czynności (normalny związek przyczynowy uzasadniony treścią art. 361 § 1 k.c.).

Odnosząc się do przesłanki „winy podwładnego” (w przypadku zakładu opieki zdrowotnej – winy personelu medycznego) należy wskazać, że lekarz, (a więc także i szpital), zobowiązany jest zachować staranność w każdym przejawie kontaktu z pacjentem i na każdym etapie leczenia, tj., zarówno przy przeprowadzaniu badań diagnostycznych i czynności technicznych zmierzających do rozpoznania, jak i podczas leczenia. Staranność ta powinna być szczególnie wysoka ze względu na profesjonalny (fachowy) charakter działań lekarza (zakładu leczniczego), przedmiot czynności medycznych, który stanowią zdrowie i życie, a także okoliczność, iż konsekwencje nieprawidłowego działania lekarza (szpitala) są zazwyczaj poważne, a często nawet nieodwracalne. Odstępstwo od wymaganej w danych okolicznościach staranności w działaniu będzie stanowić winę lekarza.

Przesłanką odpowiedzialności odszkodowawczej na podstawie art. 430 k.c. jest również szkoda w rozumieniu art. 361 § 2 k.c., czyli obejmująca straty oraz utracone korzyści, które poszkodowany mógł osiągnąć, gdyby mu szkody nie wyrządzono. Zastosowanie znajdują więc ogólne reguły dotyczące kompensaty szkody w mieniu (majątkowej) i na osobie (majątkowej i niemajątkowej) – por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 7 kwietnia 2010 roku, I ACa 222/10, Lex nr 628185; wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 9 listopada 2010 roku, I ACa 841/10, Lex nr 756729; por. także cyt. wyżej wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 4 grudnia 2001 roku; wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 23 września 2003 roku, K 20/02, OTK-A 2003, nr 7, poz. 76; Z. Radwański, A. Olejniczak, Zobowiązania..., s. 219; Z. Banaszczyk (w:) Kodeks..., s. 1239).

Do przyjęcia odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej niezbędne jest jeszcze wystąpienie normalnego związku przyczynowego, pomiędzy wyrządzeniem szkody, a wykonywaniem przez podwładnego powierzonej mu czynności. Pojęcie związku przyczynowego winno być również oceniane na ogólnych zasadach wynikających z art. 361 § 1 k.c., wobec czego pozwany ponosi odpowiedzialność za normalne następstwa swojego zawinionego działania lub zaniechania.

Odnosząc powyższe do przedmiotowej sprawy, Sąd, mając na względzie zgromadzony w sprawie materiał dowodowy, doszedł do przekonania, że personelowi medycznemu pozwanego Szpitala należy przypisać brak należytej staranności w zdiagnozowaniu przyczyn bólów brzucha występujących u powoda po przeprowadzonym zabiegu kolonoskopii z

polipektomią, a zatem błąd w sztuce lekarskiej, ujmowany ogólnie jako takie postępowanie, które jest obiektywnie sprzeczne z powszechnie uznanymi zasadami wiedzy i praktyki medycznej. Inaczej rzecz ujmując, błędem w sztuce lekarskiej nazywa się naruszenie obowiązujących w konkretnym wypadku, wypracowanych na gruncie nauki i praktyki, reguł postępowania zawodowego.

Koncepcję wąskiego ujmowania błędu w sztuce lekarskiej można obecnie uznać za utrwaloną i nie budzącą żadnych zastrzeżeń. Literatura i orzecznictwo pozostają bowiem zgodne, że błąd jest kategorią wyłącznie obiektywną, całkowicie niezależną od indywidualnych cech, bądź zdolności konkretnego lekarza oraz od okoliczności, w jakich dokonuje on czynności leczniczych. Z zakresu błędu wyłącza się, zarówno kwestię podmiotowego zawinienia, jak i przypadki niedociągnięć i zaniedbań o charakterze stricte organizacyjnym (tj. nie związanych ze stosowaniem wiedzy medycznej).

W przedmiotowej sprawie, w uzasadnieniu pozwu, powód E. S. przytoczył dwa zdarzenia, rodzące –w jego ocenie - odpowiedzialność odszkodowawczą pozwanego Szpitala. Pierwszym takim zdarzeniem jest błąd w sztuce lekarskiej, którego dopuścił się lekarz przeprowadzający zabieg kolonoskopii. Drugim zaś – „brak dochowania szczególnej staranności w opiece nad pacjentem po przeprowadzeniu wskazanego powyżej zabiegu, wyrażający się w nieumiejętności zdiagnozowania przyczyn bólów, które były wielokrotnie przez niego zgłaszane i w konsekwencji tego, w niewykonaniu odpowiednio wcześniej stosownych i niezbędnych badań diagnostycznych, które mogłyby dostarczyć lekarzom informacji niezbędnych do zapobieżenia zaistnieniu stanu bezpośrednio zagrażającego jego życiu” (uzasadnienie pozwu, k. 3-8).

Odnosząc się do pierwszej okoliczności zakwalifikowanej przez E. S. jako błąd w sztuce lekarskiej, należy podnieść, że nie była ona sporna, mając na względzie materiał dowodowy zgromadzony w sprawie. Sam dr M. Z., przeprowadzający zabieg kolonoskopii z polipektomią przyznał bowiem, iż – jak to określił – podczas tegoż zabiegu „przypalił” powodowi jelito.

Przechodząc więc do drugiej okoliczności, która, w ocenie powoda, również skutkowałą popełnieniem przez personel medyczny pozwanego Szpitala do błędu w sztuce lekarskiej, należy w tym względzie przytoczyć treść wywołanych w sprawie opinii sądowych oraz zeznania świadków – lekarzy pozwanego Szpitala.

I tak, wszystkie wywołane w sprawie opinie sądowe stanowiły, że odczucia po kolonoskopii z polipektomią są bardzo różne, od kompletnie bezobjawowych do bólów i wzdęć brzucha, niemniej jednak, powinny one zmniejszać się wraz z upływem czasu. Jeżeli zaś tak się nie dzieje, pacjent nadal zgłasza bóle brzucha, to powinien być częściej badany, osłuchiwana powinna być perystaltyka oraz powinno się wykonywać zdjęcie przeglądowe jamy brzusznej z uwidocznieniem kopolu przepony, by wykluczyć lub potwierdzić powietrze pod kopolami przepony świadczące o perforacji.

Ponadto, w ocenie biegłych sądowych, wykazanie poziomów płynu w jelitach w badaniu przeglądowym RTG jamy brzusznej w dniu 30 września 2009 roku, wykazujące podniedrożność u pacjenta po przebytych dwóch operacjach brzusznych, ale zarazem u pacjenta po przebytej uprzedniego dnia polipektomii, wymagało szczególnego nadzoru przez lekarza prowadzącego oraz konsultującego oddział chirurga. Również podwyższenie wartości leukocytozy i CRP powinno być momentem decydującym o objęciu pacjenta ścisłym nadzorem chirurgicznym, (w tym dniu powinno być wykonane kontrolne badanie przeglądowe RTG jamy brzusznej w kierunku perforacji jelita po polipektomii oraz badanie TK jamy brzusznej dla oceny, czy miejsce przebytej polipektomii nie jest przyczyną podwyższonych markerów zapalenia). Ponadto powinna być również przeprowadzona konsultacja chirurgiczna w celu wykazania, czy nie występują objawy rozpoczynającego się zapalenia otrzewnej.

Biegli sądowi wrócili również uwagę na okoliczność, iż chodzenie i masowanie brzucha ruchem okrężnym w przypadku nieustępowaniu po kilku godzinach od badania wzdęcia brzucha lub jego nasilania, jest przeciwwskazane, z uwagi na podejrzenie uszkodzenia jelita. Przyspiesza bowiem przechodzenie treści jelitowej do jamy otrzewnowej, a tym samym sprzyja nasileniu się zapalenia otrzewnej.

W przedmiotowej sprawie natomiast, w oparciu o zgromadzony w sprawie materiał dowodowy, Sąd doszedł do wniosku, że w stosunku do osoby powoda E. S., powyższe działania nie zostały podjęte przez personel medyczny pozwanego Szpitala. W sytuacji bowiem, kiedy badanie RTG jamy brzusznej przeprowadzone w dniu 30 września 2009 roku wykazało poziomy płynu w jelitach, lekarze zlecieli jedynie E. S. chodzenie i masowanie brzucha, co w sytuacji perforacji jelita przyspiesza przechodzenie treści jelitowej do jamy otrzewnowej, a tym samym sprzyja nasileniu się zapalenia otrzewnej. Ponadto w przypadku stwierdzenia podwyższonego poziomu leukocytozy i poziomu CRP, personel medyczny Szpitala nie wykonał, ani badania RTG jamy brzusznej, ani badania TK jamy brzusznej. Lekarz prowadzący dr P. Z. zlecił jedynie wdrożenie antybiotykoterapii. Nie przeprowadzona została także konsultacja chirurgiczna.

Uzasadniając swoje postępowanie, lekarze zeznający w niniejszej sprawie wskazali, że nie przeprowadzili tychże badań we wskazanym powyżej okresie, ponieważ w ogóle nie podejrzewali wystąpienia perforacji jelita grubego. Świadek M. Z. zeznał bowiem, że podejrzewali niedrożność jelit spowodowaną chorobą zrostową po przebytych uprzednio operacjach, tj. usunięcia woreczka żółciowego i wyrostka robaczkowego. (...). Wprawdzie badanie USG z dnia 1 października 2009 roku dało wynik niepokojący, ale nikt nie przewidywał, że nastąpi perforacja. „Było to dla mnie totalnym zaskoczeniem, że nastąpiła perforacja. (...) Gdybym miał do czynienia z perforacją, nie zalecałbym masowania i chodzenia”. Dodatkowo świadek M. Z. zeznał, że: „być może przeprowadzenie wówczas badań komputerowych dałoby lepszy obraz” (k. 203v-206, 278-278v). Powyższą okoliczność potwierdził również świadek P. Z., który zeznał: „podejrzewałem, że nastąpiła infekcja szpitalna, czy zapalenie płuc i podałem profilaktycznie Metronidazol. (...) Drugie badanie USG mnie zaniepokoiło pod kątem choroby zrostowej (...). Nie stwierdziłem u pacjenta zapalenia płuc i na tym etapie nie szukałem innej przyczyny infekcji. (...). Żeby zdiagnozować, to trzeba było zrobić zdjęcia przeglądowe jamy brzusznej i odbyć konsultację chirurgiczną. Ja rozpoznałem na podstawie tych badań chorobę zrostową. To było rozpoznanie pewne i inne nie były pod uwagę brane”.

Wobec powyższego, w przedmiotowej sprawie mamy do czynienia z błędem diagnostycznym, polegającym na postawieniu niewłaściwej diagnozy na skutek obiektywnie sprzecznego z zasadami obowiązującymi w medycynie postępowania lekarza. W niniejszej sprawie wystąpił błąd negatywny, który zachodzi wtedy, gdy lekarz w ogóle nie rozpoznaje choroby albo rozpoznaje chorobę inną, niż ta, na którą pacjent faktycznie cierpi.

Przyczyny błędnej diagnozy mogą być różne, przy czym pamiętać należy, że lekarz poniesie odpowiedzialność tylko wtedy, gdy nie dochował należytej staranności podczas czynności podjętych w celu postawienia właściwej diagnozy. W ocenie Sądu, w oparciu o poczynione w sprawie ustalenia faktyczne, spełnienie tejże przesłanki nie powinno budzić wątpliwości.

Nie ulega również wątpliwości, iż spełniona została przesłanka szkody, jakiej doznał powód w wyniku nie rozpoznania na czas objawów perforacji jelita grubego, (podkreślić należy, że już w godzinach popołudniowych tego samego dnia, kiedy przeprowadzony został zabieg, powód zgłaszał dolegliwości bólowe brzucha, które ulegały nasileniu, co również było zgłaszane personelowi medycznemu Szpitala) oraz iż zachodzi związek przyczynowy pomiędzy wyrządzeniem szkody, a wykonywaniem przez personel medyczny pozwanego Szpitala powierzonej mu czynności.

Wobec powyższego, Sąd doszedł do przekonania, iż personel medyczny pozwanego Szpitala, a zatem również pozwany zakład ubezpieczeń, ponoszą in solidum odpowiedzialność odszkodowawczą za obecny stan zdrowia powoda, będący skutkiem niezachowania należytej staranności przy diagnozowaniu przyczyn bólów brzucha po przeprowadzonym zabiegu kolonoskopii z polipektomią.

Końcowo należy również zwrócić uwagę na okoliczność, iż w toku postępowania, powód powołał się również na okoliczność wydalenia w dniu 1 października 2009 roku „metalowego” przedmiotu o wielkości około 2 cm. Wprawdzie kwestia ta, nie została zakwestionowana przez stronę pozwaną, (a wręcz przeciwnie, świadek K. R. przyznał, iż taki przedmiot widział), niemniej jednak pozwany Szpital nie podjął żadnego działania celem wyjaśnienia, czy pozostaje to w jakimkolwiek związku z przeprowadzonym zabiegiem kolonoskopii z polipektomią oraz co do przyczyny zaistniałej okoliczności. Fakt wydalenia „przedmiotu „ nie była poddana jakiegokolwiek analizie i diagnostyce.

A zatem, z uwagi na ponoszenie przez pozwanych odpowiedzialności odszkodowawczej za skutki zdarzenia z dnia 28 września 2009 roku, należy poddać pod rozważania zgłoszone przez powoda E. S. roszczenie zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.

Podstawę prawną tego roszczenia stanowi treść art. 445 § 1 k.c., zgodnie z którym, w wypadkach przewidzianych w artykule poprzedzającym, tj. w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia Sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.

Spowodowanie uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia jest najczęstszą podstawą żądania zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Chodzi tu o krzywdę ujmowaną jako cierpienie fizyczne (ból i inne dolegliwości) i cierpienia psychiczne (ujemne uczucia) przeżywane w związku z cierpieniami fizycznymi lub następstwami uszkodzenia ciała albo rozstroju zdrowia. W literaturze prezentowane jest stanowisko, iż zadośćuczynienie pieniężne ma na celu przede wszystkim złagodzenie tych cierpień. Obejmuje ono wszystkie cierpienia fizyczne i psychiczne, zarówno już doznane, jak i te, które zapewne wystąpią w przyszłości. Ma więc ono charakter całościowy i powinno stanowić rekompensatę pieniężną za całą krzywdę doznaną przez poszkodowanego, mowa jest bowiem o „odpowiedniej sumie tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę”, przyznawaną jednorazowo (G. Bieniek „Komentarz do kodeksu cywilnego. Księga trzecia. Zobowiązania”, Wydawnictwo Prawnicze – Warszawa 1996, tom I, str. 368).

Zasądzenie na rzecz powoda E. S. zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę jest uzasadnione tym, że na skutek zdarzenia z dnia 28 września 2009 roku doznał on niewątpliwie cierpienie fizyczne.

Nie może bowiem budzić wątpliwości fakt, mając chociażby na uwadze zasady doświadczenia życiowego, iż powikłania, których powód doznał w wyniku usunięcia pewnych warstw ściany jelita grubego, podczas przeprowadzania zabiegu kolonoskopii z polipektomią, co w rezultacie skutkowało perforacją jelita grubego, w tym zabiegi operacyjne, jakim w związku z tym musiał być poddawany, związane były ze znacznym cierpieniem fizycznym.

Jak wynika z okoliczności niniejszej sprawy, powód przez cztery dni od przeprowadzonego zabiegu kolonoskopii z polipektomią uskarżał się na silne bóle brzucha. W czwartej dobie zaś, E. S. znajdował się już w stanie zagrażającym życiu, z uwagi na wstrząs septyczny, którego doznał, w wyniku rozlanego kałowego zapalenia otrzewnej. Po przeprowadzeniu zabiegu operacyjnego z uwagi na perforację jelita grubego, założono mu do dnia 11 stycznia 2010 roku stomię.

W wyniku powyższego, jak wskazał świadek B. S. (k. 210-210v): „mąż wyglądał fatalnie. Miał zmienioną twarz, miał żółte, szare kolory na twarzy i pot”.

Okoliczność doznawania przez powoda ogromu cierpień fizycznych potwierdzili również świadkowie: H. B. (k. 208v-209) oraz M. S. (k. 209-209v). I tak, świadek H. B. zeznał, że: „w czwartek kontakt z nim (tj. powodem) był utrudniony, wił się człowiek z bólu, każdy ruch to był okropny ból, ale leżał wtedy powód na łóżku, chociaż otrzymywał wyraźne instrukcje, że ma chodzić i masować brzuch. W moim odczuciu człowiek był konający”. Z kolei świadek M. S. zeznała, że: „jego (tj. powoda) bardzo brzuch bolał i ze łzami w oczach ten brzuch masował”.

Powód doznał również cierpień psychicznych. Jak sam zeznał: „przeżyłem straszny stres, bo miałem tę świadomość, że mój stan się pogarsza, aż wszedłem w stan krytyczny. Ja to psychicznie bardzo źle zniosłem” (...). „Ja o tej sytuacji nie jestem w stanie normalnie się wypowiadać” (zeznania powoda E. S., k. 44-48, 255v-256v, skrócony protokół rozprawy, k. 559-559v od godz.01:14:33 do godz. 01:23:03).

Analizując również cierpienia psychiczne, podkreślenia wymaga okoliczność, iż analiza słowa „krzywda” prowadzi również do konieczności uwzględnienia sytuacji życiowej ofiary sprzed zdarzenia powodującego szkodę, tj. wypadku i po jego zaistnieniu.

A zatem, przed dniem 28 września 2009 roku, tj. przed dniem przedmiotowego zdarzenia, powód E. S. był osobą całkowicie sprawną, czynną zawodowo. Natomiast obecnie powód, z uwagi na usunięty dość duży kawałek jelita grubego, zmuszony jest unikać podróży. Inaczej również funkcjonuje jego przewód pokarmowy, częściej zmuszony jest korzystać z toalety. Życie powoda zmieniło się, jak sam określił, na niekorzyść (zeznania powoda E. S., k. 44-48, 255v-256v, skrócony protokół rozprawy, k. 559-559v od godz. 01:14:33 do godz. 01:23:03).

Zasądzając kwotę zadośćuczynienia należy również mieć na uwadze okoliczności w czasie kiedy powód funkcjonował ze sztucznym odbytem tj od dnia wykonania zabiegu ratującego życie i zdrowie do dnia 11 stycznia 2010 roku kiedy odtworzono ciągłość przewodu pokarmowego (okres ok. 4 miesięcy). W ocenie sądu nie wymaga dowodu, jako okoliczność oczywista, dyskomfort spowodowany funkcjonowaniem ze sztucznym odbytem w tym konieczność ograniczania się w podejmowaniu czynności czy spotkań, które mogłyby doprowadzić do nieszczelności sztucznego odbytu.

Mając na uwadze powyższe okoliczności, Sąd uznał oparte na art. 445 § 1 k.c. roszczenie o zapłatę zadośćuczynienia pieniężnego za uzasadnione co do istoty.

Na wstępie podnieść należy, iż przepisy kodeksu cywilnego nie zawierają żadnych kryteriów, jakie należy uwzględnić przy ustalaniu wysokości zadośćuczynienia pieniężnego, ponieważ wypracowała je judykatura, a w szczególności Sąd Najwyższy.

Zadośćuczynienie z art. 445 k.c. ma przede wszystkim charakter kompensacyjny i tym samym jego wysokość musi przedstawiać ekonomicznie odczuwalną wartość. Wysokość ta nie może być jednak nadmierna w stosunku do doznanej krzywdy i aktualnych stosunków majątkowych społeczeństwa, a więc powinna być utrzymana w rozsądnych granicach (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 lutego 1962 roku, 4 CR 902/61, OSNCP 1963 rok, nr 5, poz. 107; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 24 czerwca 1965 roku, I PR 203/65, OSPiKA 1966 rok, poz. 92; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 22 kwietnia 1985 roku, II CR 94/85, lex nr 8713; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 lipca 2000 roku, II CKN 1119/98, lex nr 50884; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 28 września 2001 roku, III CKN 427/00, lex nr 52766).

Mając na uwadze powyższe należy podkreślić, iż mimo, że zadośćuczynienie powinno być utrzymane w rozsądnych granicach to nie może być to symboliczna kwota, ale musi stanowić odczuwalną ekonomicznie korzyść majątkową, (co potwierdza wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 3 listopada 1994 roku, III AP 43/94, OSA 1995/5/41).

Mając na uwadze wymienione powyżej kryteria ustalania wysokości zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, a z drugiej strony - rodzaj, rozmiar, czas trwania cierpień fizycznych, Sąd uznał, iż kwotą w pełni usprawiedliwioną okolicznościami niniejszej sprawy, jest kwota żądana w petitum pozwu, a zatem kwota 75.500 zł.

O kosztach procesu Sąd orzekł na podstawie art. 98 k.p.c., stanowiącego o zasadzie odpowiedzialności za wynik procesu.

Dlatego też pozwani: (...) Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej z siedzibą w L. oraz (...) Spółka Akcyjna z siedzibą w L., będący stroną przegraną w niniejszej sprawie, zobowiązani są solidarnie uiszczyć na rzecz powoda E. S. łączną kwotę 11 099,61 zł tytułem zwrotu kosztów procesu, obejmującą kwotę 7 217 zł (2 x 3.600 zł zgodnie z uzasadnionym nakładem pracy i skomplikowanym stanem sprawy wnioskiem powoda), stanowiącą zwrot kosztów zastępstwa procesowego wraz z opłatą skarbową od pełnomocnictwa w kwocie 17 zł, na podstawie § 6 pkt 6 w związku z § 2.1 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 roku w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu (Dz. U. z 2002 roku, Nr 163, poz. 1348 z późn. zm.), kwotę 3.775 zł tytułem uiszczony opłaty sądowej od pozwu (k. 9) oraz kwotę 107,61 zł, poniesioną tytułem wydatków związanych z przesłaniem dokumentacji medycznej.

Z kolei rozstrzygnięcie zawarte w pkt III wyroku uzasadnione jest treścią art. 113 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 roku „o kosztach sądowych w sprawach cywilnych” (Dz. U. z 2010 roku, Nr 90, poz. 594 ze zm.).

W przedmiotowej sprawie nie uiszczone wydatki związane były z wynagrodzeniem biegłych sądowych w łącznej kwocie 4.054,75 zł – (postanowienia tut. Sądu: z dnia 1 czerwca 2012 roku, k. 374; z dnia 8 sierpnia 2012 roku, k. 400; z dnia 23 listopada 2012 roku, k. 459; z dnia 5 lutego 2013 roku, k. 490; z dnia 5 kwietnia 2013 roku, k. 527 i z dnia 13 maja 2013 roku, k. 537). Dlatego też Sąd nakazał ściągnąć solidarnie od (...)Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej z siedzibą w L.oraz od (...) Spółki Akcyjnej(...) z siedzibą w Ł.na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Lublinie powyższą kwotę tytułem nie uiszczonych wydatków.

Mając na uwadze całokształt okoliczności sprawy, powyższe rozważania i na podstawie wyżej powołanych przepisów Sąd Okręgowy orzekł, jak w sentencji.