

Sygn. akt I ACa 160/14

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 22 maja 2014 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący:	SSA Dariusz Rystał (spr.)
Sędziowie:	SSA Artur Kowalewski SSO del. Katarzyna Krasny
Protokolant:	sekr.sądowy Magdalena Goltsche

po rozpoznaniu w dniu 22 maja 2014 r. na rozprawie w Szczecinie

sprawy z powództwa B. D.

przeciwko (...) Szpitalowi (...) - Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej w S.

o zapłatę i ustalenie

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Okręgowego w Szczecinie

z dnia 3 stycznia 2014 r., sygn. akt I C 1224/10

***I. oddala apelację,***

***II. zasądza od pozwanego na rzecz powódki kwotę 1.800 (jeden tysiąc osiemset) złotych tytułem kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.***

***Artur Kowalewski Dariusz Rystał Katarzyna Krasny***

Sygn. akt: I A Ca 160/14

## UZASADNIENIE

Pozwem złożonym 13 grudnia 2010 r., ostatecznie sprecyzowanym pismem z 30 września 2011 r., B. D. wniosła przeciwko (...) Szpitalowi (...) Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej w S. o zasądzenie na jej rzecz kwoty 200.000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę z odsetkami ustawowymi od dnia wniesienia pozwu. Ponadto powód domagał się ustalenia odpowiedzialności pozwanego na przyszłość oraz zasądzenia na jego rzecz od strony przeciwnej kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

W odpowiedzi na pozew (...) Szpital (...) Publicznemu Zakład Opieki Zdrowotnej w S. wniósł o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie od powódki na jego rzecz kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. Ponadto wniósł o zawiadomienie o toczącym się postępowaniu ubezpieczyciela pozwanego (...) S.A. i wezwanie go do wzięcia udziału w sprawie w charakterze interwenienta ubocznego po stronie pozwanej.

Ubezpieczyciel zawiadomiony o toczącym się procesie nie wstąpił do sprawy w charakterze interwenienta ubocznego po stronie pozwanej (zawiadomienie k- 68 na zarządzenie z dnia 8 kwietnia 2011 roku, dowód doręczenia k- 70 akt).

Wyrokiem z 3 stycznia 2014 roku Sąd Okręgowy w Szczecinie uwzględnił powództwo i zasądził od pozwanego na rzecz B. D. kwotę 60 000 zł z odsetkami ustawowymi od dnia 4 stycznia 2014 roku do dnia zapłaty. W punkcie II wyroku ustalił także, zgodnie z żądaniem pozwu, odpowiedzialność pozwanego za przyszłe następstwa zdarzenia z grudnia 2008 roku, a w punkcie III. w pozostałym zakresie powództwo oddalił. W punktach od IV do V wyroku rozstrzygnął o kosztach zastępstwa procesowego.

Wyrok został poprzedzony następującymi ustaleniami faktycznymi. W okresie od 12 do 14 listopada 2008 r. B. D. przebywała w Oddziale Endokrynologii i Terapii Izotopowej (...) Szpitala (...) Publicznemu Zakład Opieki Zdrowotnej w S.. U pacjentki rozpoznano wole guzowate w okresie eutyreozy do dalszej obserwacji, cukrzycę typu drugiego, umiarkowane nadciśnienie tętnicze, zmiany zwyrodnieniowe stawów obu dłoni, osteopenię, zapalenie jelita grubego – do dalszej diagnostyki. Po przeprowadzeniu szeregu badań stwierdzono, że występujące u powódki dolegliwości w dolnej części jamy brzusznej wymagają dalszej diagnostyki endoskopowej. W dniu 14 listopada 2008 r. powódka wyraziła zgodę na badanie kolonoskopowe oraz ewentualne zabiegi endoskopowe, których wykonanie byłoby wskazane podczas wykonywania badania diagnostycznego. Pacjentka została poinformowana o rodzaju i charakterze zabiegu oraz o mogących wystąpić powikłaniach. W dniu 8 grudnia 2008 r. powódka została przyjęta do Oddziału Wewnętrzny pozwanego Szpitala z zapaleniem jelita grubego celem wykonania kolonoskopii. Następnie w dniu 9 grudnia 2008 r. B. D. została poddana kolonoskopii, w trakcie której wykazano obecność trzech schyłków w esicy, które to zmiany stanowią miejsca zmniejszonej oporności ściany jelita. Powyższe badanie przebiegało w sposób typowy, nie pojawiły się ewidentne symptomy perforacji, do których należy nagły, silny ból i bębnica. Pacjentka była dobrze przygotowana do niniejszego badania, jelito było oczyszczone. W czasie badania lekarz pozostawał z pacjentką w stałym kontakcie. Oglądając jelito grube brano pod uwagę jego zmniejszoną odporność, której jednym z objawów były stwierdzone w esicy uchyłki. Podczas wykonywania badania endoskopowego lekarz wraz z asystentką obserwowali obraz jelita i położenie endoskopu oraz reakcje i odczucia pacjentki i według tych parametrów lekarz prowadził endoskopię. Po zabiegu - już 9 grudnia 2008 r. powódka źle się czuła, odczuwała silny ból w górnej części klatki piersiowej, po prawej stronie. Ponadto odczuwała silny ból brzucha. Wówczas personel pozwanego Szpitala podawał pacjentce środki przeciwbólowe. Nie wykonano natomiast zdjęcia RTG przeglądowego jamy brzusznej po powyższym badaniu. W dniu 10 grudnia 2008 r. rozpoznano u powódki perforację przewodu pokarmowego, co skutkowało przeprowadzeniem zabiegu operacyjnego z resekcją jelita oraz wyłonieniem stomii. Zabieg został przeprowadzony w trybie pilnym. Do perforacji okrężnicy doszło u powódki wskutek badania kolonoskopowego. Jest to powikłanie, które może wystąpić w trakcie kolonoskopii. Odtworzenie ciągłości przewodu pokarmowego nastąpiło w dniu 20 kwietnia 2009 r. Przebieg zabiegu i okres pooperacyjny był bez powikłań. Pacjentka została wypisana do domu w stanie ogólnym dobrym z zaleceniem okresowej kontroli w Poradni Chirurgicznej, leczenia farmakologicznego, stosowaniem diety lekkostrawnej, niezapierającej oraz noszeniem przez okres 6 miesięcy pasa brzuszego. Zabieg likwidacji stomii został wykonany prawidłowo – osiągnięto zasadniczy cel, jakim było przywrócenie ciągłości przewodu pokarmowego. W czasie niniejszej operacji nie zastosowano materiału syntetycznego. U B. D. w przebiegu leczenia doszło do odrespiratorowego zapalenia płuc, które pozostawało w związku ze stosowaniem oddechu zastępczego. Obecnie u powódki nie stwierdza się zaburzeń ze strony układu oddechowego.

W maju 2009 r. rozpoznano u powódki przepuklinę w bliźnie, która stopniowo powiększała się. W styczniu 2010 r. powódka nie chciała poddać się zabiegowi operacyjnemu, bowiem obawiała się o swój stan zdrowia po zabiegu. W listopadzie 2010 r. powódka również nie wyraziła zgody na zabieg. Ostatecznie, w marcu 2011 r. powódka została poddana leczeniu chirurgicznemu przepukliny. Przebieg pooperacyjny był bez powikłań. Powódka została wypisana

w stanie dobrym z zaleceniem dalszego leczenia ambulatoryjnego. B. D. doznała uszczerbku na skutek jej leczenia przez personel pozwanego Szpitala wynoszącego 20 %, obejmującego: uszkodzenie powłok jamy brzusznej – 5 %, uszkodzenie jelita z zaburzeniami ze strony przewodu pokarmowego – 15 %. Powódka wymagała w 2009 r. okresowych kontroli poradni psychologicznej. Pozwany (...) Szpitalowi (...) Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej w S. zawarł z (...) S.A. umowę o ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej lekarzy, przedstawicieli innych zawodów medycznych oraz zakładów opieki zdrowotnej na okres od 1 kwietnia 2008 r. do 31 marca 2009 r. Po ustaleniu okoliczności faktycznych sprawy Sąd pierwszej instancji uznał, że powództwo oparte o przepisy art. 415 k.c. w związku z art. 430 k.c. w związku z art. 445 § 1 k.c. i art. 444 § 1 k.c. okazało się częściowo zasadne. W ocenie Sądu Okręgowego powódka jedynie częściowo podźwiignęła ciężar wykazania przesłanek odpowiedzialności deliktowej pozwanego. W tym miejscu Sąd Okręgowy podkreślił, że bez znaczenia jest, który z pracowników szpitala - lekarzy przeprowadzających leczenie i operację w sposób zawiniony wyrządził ewentualnie szkodę powodowi. Przyjmowana jest, bowiem w takim wypadku, reguła winy anonimowej. W ocenie Sądu, w okolicznościach niniejszej sprawy, nie można było przyjąć za wykazane, że doszło do uchybień ze strony personelu medycznego podczas przeprowadzonego w dniu 9 grudnia 2008 r. badania kolonoskopowego. Powódka wykazała natomiast, iż personel pozwanego Szpitala zlekceważył zgłaszane przez nią objawy, jakie jej towarzyszyły bezpośrednio po przeprowadzonym u niej zabiegu, przez co zmuszona została poddać się w dniu 10 grudnia 2008 r. zabiegowi operacyjnemu z resekcją jelita oraz wyłonieniem stomii w związku z rozpoznaniem u niej perforacji przewodu pokarmowego. Dokonując ustaleń w tej materii Sąd Okręgowy oparł się przede wszystkim na zgromadzonej w sprawie dokumentacji medycznej oraz opinii Zakładu Medycyny Sądowej sporządzonej przez specjalistów w zakresie chirurgii oraz medycyny sądowej, które są w pełni przekonywujące. Zdaniem Sądu pierwszej instancji opinia biegłych sądowych została sporządzona przez kompetentne podmioty dysponujące odpowiednią wiedzą specjalistyczną i doświadczeniem zawodowym. Biegli sporządzając opinię oparli się na całokształcie zebranego w sprawie materiału dowodowego, zaś wnioski ich były stanowcze i jednoznaczne. Opinia ta jest jasna i pełna, a twierdzenia w niej zawarte zostały logicznie uzasadnione. Biorąc pod uwagę powyższe, Sąd Okręgowy uznał dowód z opinii sądowo-lekarskiej za pełnowartościowy materiał dowodowy. Odpisy opinii zostały doręczone stronom, które miały możliwość zgłoszenia zarzutów do opinii, po czym przewodniczący zarządzeniem z dnia 6 grudnia 2013 roku skierował sprawę na termin rozprawy. Dlatego wniosek pełnomocnika pozwanego zgłoszony na rozprawie w dniu 3 stycznia 2014 roku o dopuszczenie dowodu z uzupełniającej opinii nie mógł być uwzględniony jako zgłoszony po wyznaczonym stronom terminie albowiem wyraźnie zmierzał do przewlekłości postępowania. Za miarodajne dowody w sprawie, oprócz opinii sądowo-medycznej, zostały uznane także pozostałe zawarte w aktach sprawy dokumenty, w tym dokumentacja lekarska, których autentyczności żadna ze stron nie kwestionowała oraz zeznania świadków: B. P., L. J., B. W., A. S., I. Ś., M. J., K. P., W. Ż., S. S.. Bezsporną w sprawie była okoliczność, że w dniu 9 grudnia 2008 r. B. D. została poddana kolonoskopii. Nie ulega również wątpliwości, iż po zabiegu już 9 grudnia 2008 r. powódka źle się czuła, odczuwała silny ból w górnej części klatki piersiowej, po prawej stronie. Ból i typowe objawy perforacji nasilały się, a personel pozwanego z opóźnieniem podjął diagnostykę, która pozwoliła na ustalenie takiego stanu rzeczy. Bezspornym – w przekonaniu Sądu Okręgowego, jest także, że w dniu 10 grudnia 2008 r. rozpoznano u powódki perforację przewodu pokarmowego, co skutkowało przeprowadzeniem zabiegu operacyjnego z resekcją jelita oraz wyłonieniem stomii oraz, że w dniu 20 kwietnia 2009 r. dokonano u powódki odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego. Nie ulega również wątpliwości, iż u B. D. w przebiegu leczenia doszło do odrespiratorowego zapalenia płuc, a także, że w maju 2009 r. rozpoznano u niej przepuklinę w bliźnie, która ostatecznie w marcu 2011 r. była operowana.

Oceniając zebrany w sprawie materiał dowodowy Sąd Okręgowy zwrócił uwagę, że badanie kolonoskopowe, przeprowadzone u powódki w dniu 9 grudnia 2008 r., przebiegało w sposób typowy, nie pojawiły się ewidentne symptomy perforacji, do których należy nagły, silny ból i bębnicca. Pacjentka była dobrze przygotowana do niniejszego badania, jelito było oczyszczone. W czasie badania lekarz pozostawał z pacjentką w stałym kontakcie. Oglądając jelito grube brano pod uwagę jego zmniejszoną odporność, której jednym z objawów były stwierdzone w esicy uchyłki. Powołani w sprawie biegli sądowi, po przeanalizowaniu zebranego w sprawie materiału dowodowego, zaznaczyli, iż badanie kolonoskopowe wykazało obecność trzech uchyłków, które to zmiany stanowiły miejsca zmniejszonej oporności ściany jelita. Z opisu zabiegu operacyjnego nie wynikało natomiast, czy faktycznie stały się one miejscem perforacji. Z opisu wynika jedynie, że perforacja dotyczyła zagięcia odbytniczo-esiczego, a więc jednego z trzech

krytycznych miejsc kolonoskopii. Dostępny materiał dowodowy nie dał podstaw do jednoznacznej oceny, czy przyczyną perforacji była końcówka aparatu, czy było to następstwem tzw. wypętlania kolonoskopu i naciągnięcia ściany. Podkreślili przy tym, że perforacja w trakcie kolonoskopii jest możliwa nawet w przypadku prowadzenia danego badania przez najlepszych specjalistów. Ostatecznie Sąd pierwszej instancji, kierując się opinią biegłych sądowych nie widział podstaw do wnioskowania, iż w trakcie badania z 9 grudnia 2008 r. doszło do uchybień ze strony personelu medycznego pozwanego Szpitala. Sąd uznał natomiast, iż zaistniały nieprawidłowości w zakresie postępowania personelu medycznego bezpośrednio po przeprowadzonym w dniu 9 grudnia 2008 r. badaniu. Z dowodów zebranych w sprawie wynika, że po zabiegu, w dniu 9 i do dnia 10 grudnia 2008 r. powódka źle się czuła, odczuwała silny ból w górnej części klatki piersiowej, po prawej stronie. Ponadto odczuwała silny ból brzucha. Wówczas personel pozwanego Szpitala podawał pacjentce środki przeciwbólowe. Nie wykonano natomiast zdjęcia RTG przeglądowego jamy brzusznej po powyższym badaniu. Powyższe postępowanie opóźniło możliwość rozpoznania perforacji i wdrożenia stosownego leczenia. Wcześniejsze rozpoznanie i leczenie, mogło skutkować jedynie koniecznością zamknięcia perforacji metodą laparoskopową lub otwartą z zeszcieniem lub zespoleniem pierwotnym, a tym samym nie istniałaby konieczność wyłonienia stomii i jej zamknięcia oraz nie doszłoby do powstania przepukliny w bliźnie i wykonania kolejnego zabiegu. Sąd zwrócił uwagę, iż zgłaszane przez powódkę objawy były niepokojące i mogły przemawiać za perforacją i rozwijającym się zapaleniem otrzewnej. Były to bowiem silne bóle, występujące praktycznie od czasu zakończenia badania. Biegli sądowi wskazali przy tym, iż ból barku, jaki pojawił się u powódki, można traktować tożsamo z tzw. objawem Kehra, związanym z urazem śledziony, gdzie wynaczyniona krew drażni przeponę i drogą nerwu przeponowego ból przenosi się do barku. W przypadku powódki mieliśmy do czynienia z powietrzem i treścią jelitową, które odgrywały tę samą rolę co krew. W ocenie Sądu, zlekceważenie tego typu objawu było błędem. Podawanie środków przeciwbólowych winno być ograniczone do 2-3 godzin, a nie stosowane przez całą noc, bowiem zamazywało to obraz choroby. Personel medyczny nie wykazał się empatią, wrażliwością i czujnością, tym bardziej, co przyznaje strona pozwana w odpowiedzi na pozew, wiadomym jest, że mogło dojść do odroczonego pęknięcia kątnicy po badaniu, z powodu zmniejszonej podatności ścian jelita grubego, spowodowanej współistniejącymi chorobami (cukrzyca, nadciśnienie tętnicze) i że tego rodzaju powikłanie może wystąpić nawet kilka godzin po kolonoskopii. W godzinach rannych objawy zapalenia otrzewnej były już natomiast ewidentne. Z tego wynika, że powódka była utrzymywana przez personel medyczny z obawami perforacji dzień, w którym doszło do badania tj. 9 grudnia 2008 roku oraz całą noc do 10 grudnia 2008 roku, a więc praktycznie 24 godziny, biorąc pod uwagę czas wykonania operacji naprawczej, jak się okazało, ratującej życie. Wyłonienie stomii, wynikające z braku możliwości zespolenia pierwotnego lub zeszcienia z drenażem, wynikało z zaawansowania zapalenia otrzewnej, co z kolei stoi w związku z opóźnieniem rozpoznania powikłania w postaci perforacji. Zespolenie pierwotne byłoby możliwe do 5-6 godzin od wykonania kolonoskopii. Gdyby natomiast powikłanie rozpoznano w trakcie samej kolonoskopii, to wówczas można by nawet zamknąć otwór metodami endoskopowymi lub laparoskopowymi. Sąd Okręgowy nie podzielił natomiast zarzutu powódki, jakoby powstała u niej w późniejszym okresie przepuklina była spowodowana brakiem wszycia siatki w okolicę blizny pooperacyjnej podczas przeprowadzonego u niej w dniu 20 kwietnia 2009 r. operacji odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego. Z dowodów zebranych w sprawie wynika, że przebieg zabiegu i okres pooperacyjny był bez powikłań. Zabieg likwidacji stomii został wykonany prawidłowo – osiągnięto zasadniczy cel, jakim było przywrócenie ciągłości przewodu pokarmowego. Powyższy zarzut powódki jest bezzasadny. Należy zaznaczyć, iż w przypadku zabiegu, jaki wykonano u powódki zawsze dochodzi do otwarcia przewodu pokarmowego, a w zasadzie jest on już otwarty, poprzez obecność stomii skóra jest dodatkowo zakażona przez wydzielinę stomii. Powołani w sprawie specjaliści medyczni podkreślili, iż stosowanie podczas zabiegów materiału syntetycznego w polu skażonym jest wyjątkowe. Wskazali przy tym, iż na ogół nie wszczepia się materiału syntetycznego w takich warunkach, z uwagi na obawę zakażenia siatki, co może spowodować szereg powikłań, włącznie ze śmiercią chorego. Mając na uwadze powyższe twierdzenia, należało – zdaniem Sądu Okręgowego uznać, iż działanie personelu medycznego pozwanego Szpitala podczas zabiegu przeprowadzonego w dniu 20 kwietnia 2009 r. było zgodne z wiedzą i sztuką medyczną. Sąd pierwszej instancji nie zgodził się również z twierdzeniem, że poprzez wadliwe działania personelu pozwanego Szpitala, u powódki doszło do tzw. odrespiratorowego zapalenia płuc, doznając z tego powodu dalszego rozstroju zdrowia. Konstatając, Sąd Okręgowy zważył, że powódka zdołała jedynie wykazać,

że zaistniały nieprawidłowości w zakresie postępowania personelu medycznego pozwanego Szpitala bezpośrednio po przeprowadzonym w dniu 9 grudnia 2008 r. badaniu i w tym zakresie Sąd uznał roszczenie B. D..

W tym stanie rzeczy zdaniem Sądu B. D. była uprawniona do dochodzenia zadośćuczynienia za krzywdę, cierpienia fizyczne i psychiczne doznane w związku z niewłaściwym postępowaniem personelu medycznego pozwanego Szpitala bezpośrednio po przeprowadzonym w dniu 9 grudnia 2008 r. zabiegu kolonoskopii, które naraziło powódkę na stres, operację ratującą życie a to z uwagi na zapalenie otrzewnej, konieczność dyskomfortowego życia związanego z przerwaniem ciągłości przewodu pokarmowego, konieczność przejścia operacji likwidującej stomię i przepukliny a co za tym idzie wydłużony czas leczenia i pozostawania w szpitalach, będących w związku przyczynowym z opóźnieniem z diagnostyką wystąpienia objawów perforacji jelita, które wystąpiło po badaniu kolonoskopowym, co doprowadziło do wywołania rozstroju zdrowia.

Ustalając wysokość należnej z tego tytułu kwoty zadośćuczynienia Sąd Okręgowy brał pod uwagę wiele okoliczności, przede wszystkim jednak rodzaj i rozmiar doznanej krzywdy, stopień i czas trwania cierpień fizycznych i psychicznych (pobyty w szpitalu, komplikacje w procesie leczenia, bolesność zabiegów), trwałość skutków czynu niedozwolonego (poczucie nieprzydatności, bezradność życiowa), prognozy na przyszłość, wiek powódki, stan zdrowia i kondycję powódki przed zdarzeniem, które jak na wiek powódki należało uznać za zadowalające i satysfakcjonujące powódkę. Jak wskazano wyżej, wcześniejsze rozpoznanie i leczenie u powódki perforacji – bezpośrednio po kolonoskopii przeprowadzonej w dniu 9 grudnia 2008 r., mogło skutkować jedynie koniecznością zamknięcia perforacji metodą laparoskopową lub otwartą z zeszcieniem lub zespoleniem pierwotnym, a tym samym nie istniałaby konieczność wyłonienia stomii i jej zamknięcia oraz nie doszłoby do powstania przepukliny w bliźnie i wykonania kolejnego zabiegu. Tymczasem, wskutek zaniedbań personelu medycznego pozwanego Szpitala, powódka została zmuszona poddać się w dniu 10 grudnia 2008 r. zabiegowi operacyjnemu, polegającemu na resekcji jelita oraz wyłonieniu stomii. Niewątpliwie powódka doznała wówczas zarówno cierpień fizycznych, jak i psychicznych w związku z nieoczekiwaną operacją. Powódce (głównie z powodu wyłonienia stomii), przez okres co najmniej kilku miesięcy, towarzyszył stan stresu, dyskomfortu fizycznego, obrzydzenia i wstydu. Taki stan z pewnością utrzymywał się u powódki do 20 kwietnia 2009 r., kiedy została poddana zabiegowi operacyjnemu, polegającemu na odtworzeniu ciągłości przewodu pokarmowego. Do tego czasu musiała jednak regularnie korzystać z pomocy pielęgnacyjnej, musiała zmienić dietę oraz zreorganizować swój tryb życia. W tym czasie ograniczyła swoje kontakty z innymi ludźmi. Poza tym wymagała okresowych kontroli poradni psychologicznej. Ponadto powódka musiała przejść w dniu 20 kwietnia 2009 r. kolejny zabieg, polegający na odtworzeniu przewodu pokarmowego, zaś po nim poddać się leczeniu farmakologicznemu, zastosować dietę lekkostrawną, niezapierającą oraz musiała nosić przez okres 6 miesięcy pas brzuszny. Dodatkowo u B. D. w przebiegu leczenia doszło do odrespiratorowego zapalenia płuc, zaś w maju 2009 r. rozpoznano u niej przepuklinę w bliźnie, która ostatecznie była operowana w marcu 2011 r. Mając na uwadze powyższe okoliczności, nie ma w przekonaniu Sądu Okręgowego wątpliwości, iż powódka doznała wielu cierpień fizycznych i psychicznych. B. D. doznała uszczerbku na skutek jej leczenia przez personel pozwanego Szpitala wynoszącego 20 %, obejmującego: uszkodzenie powłok jamy brzusznej – 5 %, uszkodzenie jelita z zaburzeniami ze strony przewodu pokarmowego – 15 %. W konkluzji, biorąc pod uwagę rozmiar doznanych przez powódkę cierpień zarówno fizycznych, jak i psychicznych oraz trwałość następstw rozstroju zdrowia, zdaniem Sądu słuszna jest suma zadośćuczynienia w wysokości 60 000 zł, o czym Sąd orzekł w punkcie I sentencji wyroku. Oddalając roszczenie powódki o zapłatę pozostałej kwoty tytułem zadośćuczynienia (patrz punkt III wyroku) Sąd miał na względzie, iż przyznane odszkodowanie nie może stanowić źródła wzbogacenia się, lecz ma zmierzać do złagodzenia poczucia krzywdy. Odpowiedniość kwoty zadośćuczynienia, o której stanowi art. 445 § 1 k.c. ma służyć złagodzeniu doznanej krzywdy, pozostając w rozsądnych granicach, odpowiadających aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa.

O odsetkach Sąd Okręgowy orzekł na podstawie art. 481 § 1 i 2 k.c. przyjmując ich początkowy termin od wydania wyroku albowiem rozmiar cierpień i rozstroju zdrowia Sąd ustalił na dzień orzekania. Oddalając w punkcie III żądanie zapłaty odsetek od dnia wniesienia pozwu.

Sąd uznał za uzasadnione roszczenie powódki o ustalenie odpowiedzialności pozwanego na przyszłość w razie wystąpienia dalszych skutków związanych z ewentualnym pogorszeniem się jej stanu zdrowia, o czym Sąd orzekł jak

w punkcie II wyroku z dnia 3 stycznia 2014 roku, a to z uwagi na rozmiar i rodzaj trwałego uszczerbku na zdrowiu. O kosztach Sąd Okręgowy orzekł mają na uwadze wynik procesu, który ukształtował się 30% do 70%.

Od powyższego wyroku apelację w części, tzn. w zakresie punktu I do kwoty 30.000 zł z odsetkami ustawowymi od tej kwoty od dnia 04 stycznia 2014 roku do dnia zapłaty a w konsekwencji także co do punktu V, a także co do punktu II, złożył pozwany. Domagał się zmiany punktu I wyroku poprzez zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kwoty 30.000,-zł z odsetkami ustawowymi od tej kwoty od dnia 04-01-2014r do dnia zapłaty, zmiany punktu II wyroku poprzez ustalenie braku odpowiedzialności pozwanego za następstwa zdarzenia z grudnia 2008 roku oraz zasądzenia od powoda na rzecz pozwanego kosztów postępowania za obydwie instancje, w tym kosztów zastępstwa procesowego.

Skarżący wskazał, na

1. sprzeczność istotnych ustaleń Sądu z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego będącą skutkiem dowolnej oceny materiału dowodowego, dokonanej z naruszeniem art. 231, 232 i 233 § 1 k.p.c. przez:

- błędne uznanie za ustalone fakty mające istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy, pomimo tego, że wniosków takich nie można było wyprowadzić z innych ustalonych faktów- tj. wystąpienie i rozmiar cierpień, nie został ustalony przez SO w zobiektywizowany sposób, w oparciu o inne ustalone fakty (np. odbyte leczenie)

- tzw. zasady dowodzenia podnoszonych twierdzeń - polegającej na przyjęciu wiarygodności ustnych odosobnionych oświadczeń powoda (pomimo nie przedstawienia żadnych dowodów) na okoliczność konieczności korzystania z opieki pielęgniarzkiej oraz pomocy psychologicznej.

- zaniechanie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału w sprawie przez pominięcie w ocenie przypadku istotnej okoliczności, iż u powoda najprawdopodobniej doszło do mikroperforacji jelita- przyczyn której powstania nie przypisano pozwanemu- co skutkowało odroczonym tokiem dolegliwości, trudnym ze względu na swój charakter do natychmiastowego zdiagnozowania jako perforacja jelita

2. Wygórowane określenie kwoty orzeczonego zadośćuczynienia-

- poprzez brak odniesienia się przez Sąd Okręgowy do aktualnych warunków i przeciętnej stopy życiowej społeczeństwa- jako stanowiących kryterium wartościowania kwoty zadośćuczynienia.

- poprzez nieuwzględnienie krótkotrwałości wyłonienia stomii

- poprzez nieuwzględnienie możliwości funkcjonowania powoda poza środowiskiem domowym mimo wyłonienia stomii.

3. Błędne ustalenie odpowiedzialności szpitala za przyszłe następstwa zdarzenia z

grudnia 2008 r.

W uzasadnieniu skarżąca rozbudowała zarzuty wskazane w petitum pisma.

Powódka wniosła o oddalenie apelacji w całości oraz zasądzenie na swoją rzecz kosztów postępowania apelacyjnego.

**Sąd Apelacyjny zważył co następuje.**

Apelacja pozwanego nie zasługiwała na uwzględnienie.

Sąd pierwszej instancji w całości podziela ustalenia faktyczne oraz ich ocenę prawną dokonaną przez Sąd Okręgowy, gdyż te ustalenia i rozważania są prawidłowe i odpowiadają prawu. Ostatecznie część z rozważań prawnych poczynionych przez Sąd Okręgowy została zaakceptowana przez stronę pozwaną. W postępowaniu apelacyjnym apelujący nie kwestionowali bowiem już swej odpowiedzialności za krzywdę powódki co do zasady oraz uznali jej

roszczenie o zadośćuczynienie do kwoty 30 000 złotych. Kwestią sporną pozostała natomiast wysokość ostatecznie zasądzonego zadośćuczynienia, która została przez Sąd Okręgowy ustalona na poziomie 60 000 złotych. Zdaniem pozwanego powinna to być kwota 30 000 złotych. Zdaniem pozwanego gdyby Sąd Okręgowy właściwie ustalił stan faktyczny doszedł by do wniosku, że roszczenie zasądzone powódce jest nadmierne, nieadekwatne do stopnia jej krzywd. Sąd Apelacyjny nie podziela tego poglądu skarżącego wskazując, że apelujący sam przedstawia stan faktyczny w sposób odbiegający od materiału dowodowego zgromadzonego w sprawie. Zarzut jakoby Sąd pierwszej instancji naruszył art. 233 k.p.c. nie tylko nie jest zasadny, ale poglądy przedstawione na jego uzasadnienie nie mają oparcia w materiale dowodowym sprawy.

Przede wszystkim nie jest tak, że sąd bez dowodów przyjął, że powódka wymagała leczenia psychologicznego. Fakt ten wprost wynika z historii choroby poradni chirurgicznej, gdzie w dniu 24 lutego 2009 roku wpisano, że pacjentka wymaga kontroli w poradni psychologicznej. Nie jest też tak – jak twierdzi pełnomocnik pozwanej, że powódka nie zgłaszała dolegliwości bólowych i nie było podstaw do diagnozowania perforacji jelit. Wykonujący badanie kolonoskopii doktor L. J. zeznał, że z dokumentacji medycznej wie, że dolegliwości pojawiły się u pacjentki w kilka godzin po zabiegu. Przyznał, że w esicy zauważył liczne uchyłki. Podał, że tego rodzaju sytuacja obliuguje do bardzo ostrożnego wprowadzania aparatu, ponieważ uchyłki są świadectwem obniżenia prawidłowej elastyczności i wytrzymałości jelit. Dodał, że powódka jest w podeszłym wieku, nadto ma cukrzycę i nadciśnienie tętnicze, które powodują zwiększenie kruchości jelit. Wskazał, że objawem perforacji jest wypełnienie brzucha powietrzem. Widać, że pacjentowi powiększa się brzuch. Nadto jest zwiększony ból. Już zatem historia choroby powódki, powinna wzbudzić szczególną czujność personelu szpitala. Tymczasem tak się nie stało. Lekarz W. Z. przyznała, że powódka zgłaszała po zabiegu, że źle się czuje, że boli ją brzuch. Potwierdził to także dyżurujący wówczas na oddziale doktor S. S., który zeznał, że powódka zgłaszała ból barku. Co prawda zaprzeczył aby zgłaszała ból brzucha, ale przyznał, że nie pamięta czy też brzuch badał, czy coś się działo niepokojącego podczas jego dyżuru. Świadek mógł zatem nie pamiętać wszystkich okoliczności zdarzenia z uwagi na odległość czasu i częstotliwość pełnionych dyżurów. Nie można wykluczyć, że świadek nie chciał obciążać swojej osoby, gdyż jego obowiązkiem podczas pełnienia dyżuru jest właśnie diagnozowanie zmian chorobowych powstałych wskutek przeprowadzonych zabiegów lekarskich, w tym także takich jak u powódki. Ponadto, jak wynika z zeznań jednej z pacjentek pozwanej - I. Ś., powódka kilkakrotnie zgłaszała dolegliwości bólowe. Pierwsze takie zgłoszenie miało miejsce już po godzinie od badania. Następnie zgłaszała te informacje kolejnym lekarzom, którzy zalecali podawanie leków przeciwbólowych. Dopiero rano skierowano powódkę na badanie rentgenowskie celem wykluczenia podejrzenia perforacji jelit. Tymczasem jak zeznał M. J. gdyby działania były natychmiast po powstaniu perforacji to zabieg byłby jednoetapowy. Granica tolerancji według literatury to 4-6 godzin. W przypadku powódki był to już zabieg dwuetapowy polegający na odcinkowym usuwaniu jelita z miejscem perforacji i otaczającymi tkankami oraz zastosowaniu metody Hartmana (wysunięciu stomii). Od chwili perforacji do czasu jej zdiagnozowania upłynęło zatem przynajmniej 4 do 6 godzin. Jak przyznał M. J., który wykonywał operację powódki podczas zabiegu stwierdził perforację jelit z obecnością dużego odczynu zapalnego w miejscu perforacji, obejmującego również tkanki wokół jelita. Z tego powodu podjął śródoperacyjną decyzję o wytworzeniu stomii jelitowej. Te okoliczności świadczą o tym, że choroba rozwijała się znacznie wcześniej, a jej symptomy w postaci bólu były zgłaszane personelowi szpitala, który nie zachował szczególnej ostrożności. Bez względu na kruchość jelit powódki i ich zmniejszoną elastyczność ograniczono się do leczenia objawowego lekami przeciwbólowymi. Okoliczność ta została potwierdzona w opinii sądowo lekarskiej przeprowadzonej na potrzeby niniejszego postępowania. Biegli wskazali bowiem, że wcześniejsze rozpoznanie i leczenie, mogłoby skutkować jedynie koniecznością zamknięcia perforacji metodą laparoskopową lub otwartą z zeszyciem lub zespoleniem pierwotnym, a tym samym nie zaistniałaby konieczność wyłonienia stomii i jej zamknięcia oraz nie doszłoby do powstania przepukliny w bliźnie i wykonania kolejnego zabiegu. Sąd Apelacyjny nie zgadza się z pozwanym, że okolicznością łagodzącą jego odpowiedzialność jest personel szpitala. Przeciwnie ta okoliczność zastrza krytykę postępowania pozwanej. Żaden z lekarzy i pielęgniarek, znający przecież historię choroby powódki, a tym samym mający możliwość zorientowania się co do podwyższonego ryzyka wystąpienia u niej powikłań po kolonoskopii (jak zeznał L. J.), nie zachował należytej ostrożności, nie reagował należyście na zgłaszane dolegliwości bólowe, mimo obowiązku niesienia pomocy i stosownych kwalifikacji ku temu. Tym samym podniesiony przez apelującego zarzut naruszenia art. 233 par. 1 k.p.c. nie tylko nie wykazał

wad we wnioskowaniu Sądu Okręgowego, a uwypuklił nie dość wnikliwie przeanalizowanie materiału dowodowego zgromadzonego w tej sprawie przez stronę pozwaną.

Ostatecznie nie doszło zatem do naruszenia art. 445 k.c. poprzez przyznanie powódce nadmiernego zadośćuczynienia. O jego wysokości decyduje wiek osoby poszkodowanej, jej dotychczasowy tryb życia i zamiana jaką spowodowała szkoda. Możliwość psychicznego i fizycznego powrotu do pełnego zdrowia, natężenie cierpień i bólu. Te zaś okoliczności w przypadku powódki zostały spełnione. Jak powódka zeznała, przez cały czas tego wydarzenia miała przeświadczenie, że może umrzeć. Żegnała się z rodziną, odsunęła się od wnuka. Brzydziła się siebie. Krępowwała się męża, zrezygnowała z funkcji ławnika oraz pracy jaką dotychczas wykonywała. Nie wróciła do pełnej aktywności zawodowej. Zamknęła się towarzysko, choć wcześniej miała wielu znajomych. Jak to już wyżej opisano przez wiele miesięcy nie wyrażała zgody na operację przepukliny, bała się śmierci. Wymagała leczenia psychiatrycznego, jak twierdzi – brała leki. Ostatecznie, nie można pominąć, że powódka przyszła do pozwanego szpitala w wieku 69 lat. Zmiany jakie wywołała opóźniona reakcja pozwanego na perforację jelit mogą się utrzymywać już przez resztę życia powódki. Powrót do pełnego zdrowia fizycznego i psychicznego może okazać się niemożliwy. Pierwsza operacja powódki była operacją ratującą życie z powodu rozlanego zapalenia otrzewnej. Jak wskazał A. S. jest to ciężkie zapalenie otrzewnej bo w jelicie jest zapalenie kałowe. Powódka była na intensywnej terapii. Wskutek operacji wyłoniono stomię. Później - już w ambulatoryjnych warunkach, leczyła się z powodu ropienia rany. Tymczasem powódka przybyła do szpitala jedynie w celu wykonania diagnostyki. Ufała personelowi medycznemu i nie była przygotowana na tak ciężkie leczenie. Z tego powodu jej szok i poczucie krzywdy było ogromne. Co więcej, wskutek przebytych operacji nie chciała zdecydować się na kolejną operację - polegającą na usunięciu olbrzymiej przepukliny, powstałej wskutek dwóch pierwszych operacji. Powódka zwlekała z jej usunięciem, mimo tego, że – jak zeznał A. S., miała dyskomfort, trudności w jedzeniu, chodzeniu oraz dolegliwości bólowe. Zdaniem Sądu Apelacyjnego gdyby powódka nie przeżyła emocjonalnie dwóch poprzednich operacji nie zwlekała by tak długo z przeprowadzeniem kolejnej. W istocie wołała znosić ból związany z przepukliną aniżeli poddać się jej usunięciu, co świadczy o bardzo dużej traumie spowodowanej poprzednimi doświadczeniami związanymi z pobytem w szpitalu. Lekarz W. Z. zeznała, że powódka była bardzo wystraszona. Ostatecznie – jak wynika z opinii biegłych, efekty tego leczenia skutkują uszczerbkiem, który można określić na obecnie na poziomie 20%. Stąd kwota 60 000 złotych tytułem zadośćuczynienia nie jest sumą wygórowaną – jak twierdzi pozwany. Odpowiada wysokości krzywdy jakiej ona doznała, jest zmiarkowana odpowiednio do opisanych wyżej okoliczności sprawy i skutków w życiu powódki wywołanych tym przykrym zdarzeniem.

Ostatecznie nie jest też tak jak twierdzi pełnomocnik pozwanego szpitala, że choroba ustąpiła u powódki w kwietniu 2009 roku. Taka teza nie wynika z opinii biegłych, na którą się pozwany powołał. Biegli podali jedynie datę ustąpienia dolegliwości związanych z układem oddechowym. Nie wskazali natomiast kiedy ustąpiły dolegliwości związane z układem pokarmowym, a te stanowią przecież istotę sporu w tej sprawie. Powódka w związku z operacjami musiała zmienić dietę, doszło do powstania przepukliny. Nie jest zatem tak całkowicie niezasadnie podnosi pozwany, że choroba u powódki trwała zaledwie 4 miesiące. Matematyczne wyliczenie okresu wyłonienia stomii jest jedynie fragmentem bólu i cierpień doznanych przez powódkę wskutek zbyt późnego zdiagnozowania perforacji jelit. Okres bólu i cierpienia trwa u powódki od grudnia 2008 roku do chwili obecnej. Nie można wykluczyć, że wskutek szkody powstaną dodatkowe aktualnie niewykryte zmiany w zdrowiu powódki, które mogą rodzić jego odpowiedzialność odszkodowawczą. Stąd też rozstrzygnięcie Sądu Okręgowego ustalające odpowiedzialność pozwanego na przyszłość okazało się prawidłowe. Co prawda Sąd pierwszej instancji nie wskazał podstawy prawnej tego rozstrzygnięcia, ale mając na uwadze, że opiera się ono na art. 189 k.p.c., należy uznać, że wszystkie przesłanki tego roszczenia zostały spełnione. Sąd Apelacyjny dostrzega interes prawny powódki w ustaleniu odpowiedzialności pozwanego na przyszłość. Tylko bowiem w ten sposób może ona zapewnić sobie ochronę prawną na ewentualność dalszych negatywnych skutków powstałych w wyniku zaniechania szpitala. W opinii sądowno – lekarskiej biegli podali, że dalsze zabiegi i powikłania mają związek z sytuacją pierwotną, a zatem postępowaniem które opóźniło możliwość rozpoznania perforacji i wdrożenia stosownego leczenia.

Mając zatem powyższe kwestie na uwadze Sąd Apelacyjny, na zasadzie art. 385 k.p.c., oddalił apelację.



O kosztach procesu orzeczono na podstawie art. 98 k.p.c. tj. zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik postępowania. Na ich wysokość składa się wynagrodzenie zawodowego pełnomocnika powódki, określone na podstawie art. § 6 pkt 5) w zw. z § 12 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenie przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (Dz. U. Nr 163, poz. 1349).

SSA A. Kowalewski SSA D. Ryszał SSO del. Katarzyna Krasny