

S.. akt I C 2234/12

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 17 listopada 2017 r.

Sąd Okręgowy w Toruniu Wydział I Cywilny w składzie:

Przewodniczący: SSO Barbara Wiśniewska

Protokolant: sekretarz sądowy Grzegorz Nitka

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 7 listopada 2017r

sprawy z powództwa Z. T.

przeciwko pozwanemu (...) Spółka Akcyjna z siedzibą w W.

o zapłatę

I. zasądza od pozwanego (...) Spółka Akcyjna z siedzibą w W. na rzecz powódki Z. T. kwotę 150.000zł -, (sto pięćdziesiąt tysięcy) złotych z odsetkami ustawowymi od dnia 5 kwietnia 2012r. do 31 grudnia 2015 r. zaś od 1stycznia. 2016 do dnia zapłaty z ustawowymi odsetkami za opóźnienie

II. ustala odpowiedzialność cywilną pozwanego za przyszłe ewentualne skutki zdarzenia z 5 kwietnia 2009r

III. w pozostałym zakresie powództwo oddala

IV. nakazuje pobrać od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Toruniu kwotę 7500zł (siedem tysięcy pięćset złotych) tytułem części nieuiszczonej opłaty od pozwu i kwotę 5060,97zł (pięć tysięcy sześćdziesiąt złotych dziewięćdziesiąt siedem groszy) tytułem zwrotu wydatków tymczasowo pokrytych przez Skarb Państwa

V. nakazuje ściągnąć z zasądzzonego roszczenia w punkcie pierwszym wyroku od powódki na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Toruniu kwotę 2500zł (dwa tysiące pięćset) tytułem części opłaty od pozwu i kwotę 1687zł (jeden tysiąc sześćset osiemdziesiąt siedem złotych) tytułem zwrotu wydatków tymczasowo pokrytych przez Skarb Państwa

VI. zasądza od pozwanego na rzecz powódki kwotę 4557, 85 zł (cztery tysiące pięćset pięćdziesiąt siedem złotych osiemdziesiąt pięć groszy) tytułem zwrotu kosztów procesu

Sygn. akt IC 2234/12

UZASADNIENIE

W dniu 27 listopada 2012 r. pełnomocnik powódki Z. T. złożył pozew o zasądzenie na jej rzecz od pozwanego (...) S.A. z siedzibą w W. kwoty 200.000,-zł., na podstawie art. 445 § 1 kc, tytułem zadośćuczynienia za krzywdę z ustawowymi odsetkami od dnia 5 kwietnia 2012 r. do dnia zapłaty. Ponadto wniósł o ustalenie odpowiedzialności pozwanego za szkodę na przyszłość. Zażądał również zasądzenia od pozwanego na rzecz powódki kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

W uzasadnieniu faktycznym pozwu pełnomocnik powódki podał, że w dniu 5 kwietnia 2009 r. Z. T. przyjęta została na Oddział Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Naczyń (...) Szpitala (...) w T. na planowany na następny dzień zabieg usunięcia żyłaków odbytnicy. Została przyjęta do Szpitala w stanie dobrym. Tego samego dnia wykonana została przez pielęgniarkę lewatywa, która doprowadziła do powikłań i wobec podejrzenia zapalenia otrzewnej powódkę

przeniesiono na Oddział Intensywnej Terapii Medycznej, gdzie w dniu 6 kwietnia 2009 r. wykonano operację laparotomii połączoną z nacięciem krwiaka około - odbytniczego, oraz założeniem kolonostomii. W dniu 9 kwietnia 2009 r. konieczne było wykonanie drugiej operacji amputacji brzuszno – kroczonej odbytnicy z powodu martwicy odbytu. Po drugiej operacji powódka była w bardzo ciężkim stanie, była nieprzytomna, znajdowała się we wstrząsie septycznym, była zaintubowana i podłączona do respiratora a dodatkowo stwierdzono u niej zapalenie płuc. Ponadto w okresie pobytu w Szpitalu Miejskim rozpoznano u Z. T. złamanie kręgow L -1 i L - 4 oraz niedowład wiotki kończyn dolnych. Wystąpiła także przepuklina brzuszna. W dniu 25 kwietnia 2009 r. powódkę przeniesiono na Oddział Chirurgii. Ogólnej, Onkologicznej i Naczyń a w dniu 19 czerwca 2009 r. na Oddział Rehabilitacyjny, w związku z niedowładem nóg, który na skutek rehabilitacji w znacznej części ustąpił (poza stopą prawą). W efekcie pobytu w szpitalu powódka, która przybyła do niego w stanie dobrym w celu usunięcia żyłaków odbytnicy wyszła z niego po prawie czterech miesiącach, z amputowaną odbytnicą, stomią, workami stomijnymi i zleceniem na pas brzuszny. Musi także poruszać się o kuli.

Z. T. złożyła w związku z powyższym w dniu 23 listopada 2009 r. skargę do Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej przy (...) Okręgowej Izbie Lekarskiej w T.. Po rozpoznaniu skargi przez Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w P. postanowieniem z 25 maja 2011 r. umorzono postępowanie wyjaśniające, uzasadniając, że pomimo ciągu powikłań i niepożądanych zdarzeń nie dopatrzone się zaniedbań po stronie zespołu lekarskiego. Nie zostało wszczęte postępowanie wyjaśniające dotyczące oceny prawidłowości postępowania pielęgniarki.

Powódka, za pośrednictwem Fundacji (...) zwróciła się do (...) Szpitala Miejskiego w T. z wnioskiem o uznanie odpowiedzialności Szpitala za błędy w sztuce lekarskiej jakich dopuścił się personel medyczny i wypłatę tytułem zadośćuczynienia kwoty 150.000,-zł. Żądanie to przekazano do Centrum Operacyjnego Likwidacji Szkód (...) S.A. tj. ubezpieczycielowi obowiązkowej odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń medycznych. Decyzją z 5 kwietnia 2012 r. pozwany (...) S.A. stwierdził brak podstaw do przyjęcia odpowiedzialności i wypłaty świadczenia z tytułu szkody osobowej doznanej w wyniku błędu lekarskiego, gdyż powódka nie udowodniła przesłanek odpowiedzialności Szpitala wynikających z art. 415 kc. Zdaniem pozwanego brak jest dowodów świadczących o tym, że powikłania, jakie wystąpiły mogły być skutkiem nieprawidłowego przeprowadzenia zabiegu lewatywy.

W uzasadnieniu prawnym pozwu pełnomocnik powódki wskazał, że odpowiedzialność Szpitala (a tym samym i jego ubezpieczyciela) opiera się na przepisie art. 430 kc w zw. z art. 415 kc. Jest to odpowiedzialność na zasadzie ryzyka za czynności powierzone, w tym przypadku pracownikom stanowiącym personel medyczny szpitala, tj. za winę (w rozumieniu przepisu art. 415 kc) podwładnego. Nie ma nawet konieczności przypisania winy konkretnej osobie, wystarczy wykazać, że osoba ta należy do grona pracowników (podwładnych) danego zwierzchnika – tzw. wina anonimowa. Ponadto zakład opieki zdrowotnej ponosi odpowiedzialność również wtedy, gdy szkoda została wyrządzona pacjentowi na skutek niewłaściwej organizacji zakładu leczniczego, braku odpowiedniego personelu, niedostatecznych kwalifikacji personelu, nieodpowiednich warunków zabiegu czy leczenia, jak też w innych przypadkach związanych z wadliwą organizacją procesu leczenia – tzw. wina organizacyjna.

Zdaniem strony powodowej pomiędzy zaniechaniami (działaniami) personelu medycznego a faktem powikłań, które wystąpiły u powódki istnieje oczywisty związek przyczynowo – skutkowy. Po stronie personelu medycznego wskazać można na brak staranności, który skutkował powikłaniami po lewatywie, wywołał stan zagrożenia życia i zdrowia pacjentki, czteromiesięczny pobyt w szpitalu i konieczność długotrwałej rehabilitacji. Na obowiązek należytej staranności wskazuje się zarówno w Ustawie „o zawodach lekarza i lekarza dentystry” (art. 4) oraz Ustawie „o zawodach pielęgniarki i położnej” (art. 18). Pełnomocnik powódki, odnosząc się do związku przyczynowego między postępowaniem lekarzy lub innego personelu medycznego a powstałą szkodą, wskazał, że nie musi być on ustalony w sposób pewny, wystarczy, by zostało stwierdzone prawdopodobieństwo wysokiego stopnia.

W ocenie strony powodowej wysokość żadanego zadośćuczynienia stanowi sumę odpowiednią w stosunku do rozmiarów krzywdy jakiej doznała Z. T. na skutek nieprawidłowego leczenia w Szpitalu Miejskim w T.. Powódka

doznała trwałego uszczerbku na zdrowiu, odczuwała dolegliwe cierpienia fizyczne i psychiczne. Pogorszyło się jej społeczne funkcjonowanie.

Wskazując datę od której winny być zasądzone odsetki pełnomocnik powódki podał datę 5 kwietnia 2012 r, tj. datę odmowy wypłaty odszkodowania przez pozwanego Zakład na zgłoszone wcześniej żądanie powódki. Począwszy zatem od tego dnia pozostaje w zwłoce w zakresie spełnienia świadczenia.

Składając wniosek o zwolnienie powódki od ponoszenia kosztów sądowych pełnomocnik wskazał na trudną sytuację finansową powódki, która utrzymuje się z renty, ponosząc przy tym koszty utrzymania mieszkania, ubezpieczenia, prądu, telewizji i leków. Tylko ok. 700,-,zł miesięcznie pozostaje jej na wyżywienie, odzież i obuwie i inne wydatki osobiste. W tej sytuacji nie jest w stanie ponieść kosztów opłaty, jak i np. ewentualnych opinii biegłych.

Postanowieniem z dnia 8 grudnia 2012 r Sąd Okręgowy w T. zwolnił powódkę w całości od ponoszenia kosztów sądowych.

Pozwany (...) S.A. z siedzibą w W. wniósł o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie od powódki na rzecz pozwanego zwrotu kosztów procesu według norm przepisanych. W uzasadnieniu pisma powołał się na wyniki postępowania likwidacyjnego. W jego toku nie stwierdzono, by pracownicy ubezpieczonego szpitala popełnili błąd przy udzielaniu świadczeń medycznych. Ustalono, że wszystkie procedury i zabiegi zastosowane podczas leczenia pacjentki były prawidłowe. Powstanie krwiaka około – odbytniczego należy uznać za rzadkie powikłanie, za które personel medyczny nie ponosi odpowiedzialności. Świadczy o tym również postępowanie wyjaśniające przed Okręgowym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej Okręgowej Izby Lekarskiej w P. i stanowisko powołanego w nim biegłego. W niniejszej sprawie można jedynie mówić o ciągu niepożądanych zdarzeń, na które nie miało wpływu zastosowane leczenie. Pozwany wskazał także, że powódka wcześniej cierpiała już na osteoporozę i to właśnie było przyczyną pęknięcia kręgow.

Zdaniem pozwanego zastosowano metody zgodne ze wskazaniami wiedzy medycznej, natomiast powikłania jakie wystąpiły u powódki nie były skutkiem zaniedbań, czy błędu ubezpieczonego szpitala. Strona powodowa nie wykazała, by istniał związek przyczynowy między zawinionym, nieprawidłowym zachowaniem personelu medycznego a powstałą szkodą.

Pozwany z ostrożności procesowej podniósł, że zgłoszone żądanie jest rażąco wygórowane w stosunku do stopnia odniesionej krzywdy psychicznej i fizycznej.

Na rozprawie w dniu 14 lutego 2017 r. Sąd zaproponował stronom zawarcie ugody na kwotę 100.000,-,zł tytułem całkowitego zaspokojenia roszczeń pozwu, bez odsetek. Strona powodowa wyraziła zgodę na powyższe warunki ugody, z tym, że wskazana kwota winna być podwyższona o 25.000,-,zł tytułem połowy odsetek ustawowych od kwoty głównej (k. 669). Strona pozwana oświadczyła, powołując się na stanowisko swoich konsultantów medycznych, że nie znajduje podstaw do zawarcia ugody (k. 670).

Ostatecznie, na rozprawie w dniu 7 listopada 2017 r., powódka podtrzymała pierwotne żądanie, zawarte w pozwie.

Pozwany również, do dnia wyrokowania, nie zmienił swojego stanowiska.

Sąd ustalił co następuje

W 2009 r. powódka Z. T. miała 73 lata. Od wielu lat leczyła się na osteoporozę, przyjmowała w związku z tym regularnie leki. Poza tym była osobą zdrową i nie przyjmowała innych leków. W 2008 r. miała operację zaćmy. Od około dwóch lat zaczęła jednak odczuwać dolegliwości związane z żyłakami odbytu. Mówiła o tym swojej córce, wnuczce i sąsiadce. W styczniu 2009 r. poinformowała o tym lekarza pierwszego kontaktu lek. med. A. Ł..

(dowód:

- zeznania powódki – k. 753 – 54;
- dokumentacja Miejskiej Przychodni (...) w T. – k. 172 – 73 i 178;
- zeznania świadka I. R.- k. 34v.;
- zeznania świadka A. K. – k. 340;
- zeznania świadka K. R. (1) – k. 341v.)

Wspomniane dolegliwości zaczęły być coraz bardziej dokuczliwe i związane były z krwawieniami. Powódka zgłosiła się do specjalisty chirurga T. H.. Badanie odbyło się w dniu 2 lutego 2009 r, Podczas niego lekarz stwierdził krwawiące żyłki odbytu. Badanie odbyło się palcem przez odbyt, aczkolwiek nie odnotowano tego w dokumentacji medycznej. W jego wyniku lekarz wystawił pacjentce skierowanie do szpitala z rozpoznaniem krwawiących żyłaków odbytu. Również w jego treści nie odnotowano badania per rectum. Powódka zgłosiła się do (...) Szpitala (...) w T. i wyznaczono jej termin operacji na 6 kwietnia 2009 r., przy czym miała się zgłosić do szpitala dzień wcześniej

(dowód:

- zeznania powódki – k. 753 – 54;
- dokumentacja Miejskiej Przychodni (...) w T. – k. 173v.;
- skierowanie do szpitala – k.233;
- informacja o terminie – k. 233v;
- opinia biegłego dra n. med. R. Ż. – k. 447v. wywiad od powódki).

W dniu 5 kwietnia 2009 r. w godzinach rannych powódka zgłosiła się do Szpitala. Przyjmował ją lek. med. J. J. (1). Jako rozpoznanie wstępne przyjęto krwawiące żyłki odbytu i zaćmę. W trakcie przyjęcia nie przeprowadzono szczegółowych badań, w szczególności badań okolicy odbytu. Został natomiast przeprowadzony z pacjentką wywiad. Została poinformowana o czekającym ją zabiegu . Nie została poinformowana o konieczności przeprowadzenia zabiegu lewatywy. Pobieżne badanie przedmiotowe nie wykazało żadnych innych dolegliwości ani schorzeń poza wskazanymi przez samą pacjentkę. Także w karcie indywidualnej pielęgnacji na Oddziale Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Naczyń nie odnotowano innych informacji co do stanu zdrowia powódki poza wcześniej wskazanymi. Z. T. wyraziła pisemną, świadomą zgodę na leczenie operacyjne żyłaków odbytu. Lekarz zlecił badania podstawowe i przygotowanie do rektoskopii.

(dowód:

- zeznania powódki – k. 753 – 54;
- historia choroby – przyjęcie pacjenta- k. 232;
- karta badania przedmiotowego – k. 241;
- Karta Indywidualnej Pielęgnacji – k. 235;
- Indywidualna Karta zleceń lekarskich – k. 242
- zeznania świadka J. J. (1) – k. 339).

W godzinach popołudniowych (na pewno po godzinie 18⁰⁰) chorej wykonano „wlew przeczyszczający” tj. lewatywę doodbytniczo standardowym, przygotowanym fabrycznie preparatem (enema). Zabieg wykonywała pielęgniarka K.

W.. Odbył się on w ogólnodostępnej łazience dla pacjentów. Po wprowadzeniu preparatu do odbytu pacjentki, pielęgniarka poleciła jej, by starała się utrzymać go przez kilkanaście minut a dopiero w przypadku silnego parcia oddać stolec. W trakcie samego zabiegu powódka czuła się dobrze, nie zgłaszała żadnych dolegliwości, nie odczuwała bólu. Po wykonaniu zabiegu pielęgniarka oddaliła się z łazienki, idąc do innych zajęć. Po kilkunastu minutach powódka poczuła się źle. Usiadła na sedes. Nie wypróżniła się, natomiast poczuła, że wychodzą jej na zewnątrz jelita. Poprosiła osobę, która wówczas weszła do łazienki o zawiadomienie pielęgniarek. Z. T. straciła w tym czasie świadomość. Zaalarmowana przez innego pacjenta K. W., wraz z dwiema innymi pielęgniarkami, przeniosła powódkę na łóżko (nie zostało to jednak odnotowane w dokumentacji medycznej). Nie dostrzegła wówczas u niej śladów krwawienia. Nie wykonywano w tym czasie wobec pacjentki żadnych czynności medycznych. Pielęgniarka nie dowiadywała się, czy nastąpiło wypróżnienie (co było warunkiem niezbędnym do przystąpienia do operacji).

(dowód:

- zeznania powódki – k. 514 – 515, transkrypcja k. 529 - 31, 753 – 54

- Karta Indywidualnej Pielęgnacji – k. 235;

- zeznania świadka K. W. – k. 342 i 129 – 130 akt RO - 0046/2009 Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej (...) OIL w T.)

Około godziny 21⁰⁰ powódka zgłosiła pielęgniarcze złe samopoczucie, w tym drętwienie rąk i twarzy. Pielęgniarka przekazała te informacje lekarzowi. W karcie obserwacji odnotowano m. in. pobołowanie i drętwienie dłoni, twarzy, sztywność rąk. W badaniu per rectum stwierdzono **obrzęk w okolicy żyłaków odbytu i wypływającą treść czystą z wykonanej lewatywy**. Pod wpisem widnieje pieczętka i podpis Z-cy Ordynatora Oddziału Chirurgii Ogólnej i Naczyń lek. med. P. H.. Po badaniu podano pacjentce relanium i wapń. W dokumentacji nie odnotowano żadnych badań w celu ustalenia przyczyn obrzęku okolic odbytu.

(dowód:

- zeznania powódki – k. 514 – 515, transkrypcja k. 529 - 31, 753 – 54

- karta obserwacji – k. 237).

- Karta Indywidualnej Pielęgnacji – k. 235;

Następnego dnia (6 kwietnia 2009 r.) pacjentka nadal zgłaszała złe samopoczucie. Uskarżała się na pobołowanie podbrzusza i drętwienie rąk. Nasilały się bóle podbrzusza i okolic odbytu. Badający ją lekarz (S. J.) zakwalifikował objawy jako otrzewnowe. Stwierdził także istnienie krwiaka około odbytniczego, który zakwalifikował do laparotomii i nacięcia. Miało to miejsce ok. godz. 12⁰⁰.

(dowód:

- karta obserwacji – k. 237;

- karta informacyjna leczenia szpitalnego – k. 229).

Zostało to także potwierdzone we wpisie z godz. 12⁴⁵ przez tego samego lekarza, mianowicie, że z powodu bólów brzucha zgłaszanych w podbrzuszu, objawów podrażnienia otrzewnej i krwiaka około odbytniczego pacjentka została zakwalifikowana do laparotomii i nacięcia krwiaka.

(dowód:

- odwrót karty gorączkowej ogólnej – k. 245).

W dniu 6 kwietnia 2009 r. o godz. 13⁰⁹ (albo (...) – nieczytelne) powódka podpisała dokument „świadoma zgoda pacjenta na ingerencję lekarską”. Zapisy ręczne owego dokumentu nie są czytelne. Po bardzo uważnym przyjrzeniu się dokumentowi w rubryce – „rozpoznanie choroby” można odczytać „podejrzanie perforacji przewodu pokarmowego”. W rubryce – „środki zaradcze” można odczytać „laparotomia, nacięcie krwiaka około - odbytniczego”. W kolejnej rubryce dotyczącej m.in. możliwych skutków interwencji lekarskich, poinformowania o sposobach leczenia i możliwych metodach diagnostycznych zapis ręczny nie jest możliwy do odczytania nawet przy wnikliwym badaniu. W kolejnej rubryce widnieje wpis możliwy do odczytania „wyłonienie stomii”. Pod dokumentem widnieje chaotyczny podpis powódki odbiegający w sposób znaczący od zwykle składanego przez nią podpisu (porównaj k. 243, 244 i np. k. 102v. akt)

(dowód:

- świadoma zgoda pacjenta na ingerencję lekarską – k. 243;
- świadoma zgoda pacjenta na ingerencję lekarską – k. 244).

Operacja została przeprowadzona ze względu na stwierdzony krwiak około - odbytniczy i podejrzenie perforacji odbytnicy. Rozpoczęła się ok. godz. 16⁰⁰. Operującym był lek. P. H. a asystującym lek. S. J.. Wykonano zwiadowcze otwarcie jamy brzusznej. Założono kolostomię. Wykonano nacięcie krwiaka około - odbytniczego. Otwarto jamę otrzewnową. W miednicy stwierdzono niewielką ilość mętnego płynu. Nie znaleziono perforacji przewodu pokarmowego w jamie otrzewnowej. Następnie opróżniono krwiak, Założono przetokę na esicy. W dalszej kolejności zeszyto powłoki brzuszne i założono opatrunki.

(dowód:

- Karta Indywidualnej Pielęgnacji – k. 235v;
- protokół operacyjny nr 480 – k. 236v;
- zeznania św. P. H. – k. 338 v – 339)

Około godz. 18⁰⁰ operacja została zakończona i chorą przekazano na Oddział Intensywnej Terapii Medycznej i Anestezjologii. Znajdowała się w stanie ciężkim. Była nieprzytomna. Została zaintubowana i podłączona do respiratora. O godz. 12¹⁵ została przewieziona na kolejną operację podczas której wycięto jej tkanki martwicze z okolicy około - odbytniczej oraz martwiczo zmienione części mięśniowe około - odbytnicze, tkankę tłuszczową i brzegi skóry. Ranę zaopatrzono opatrunkiem. Operację wykonali ci sami lekarze, którzy wykonali poprzednią.

(dowód:

- Karta Indywidualnej Pielęgnacji – k. 217 -218;
- protokół operacyjny nr 486 – k. 240v;
- karta obserwacji – k. 221;
- historia choroby – k. 212
- zeznania św. P. H. – k. 338 v – 339)

Po zakończonej operacji, o godz. 12^(50) pacjentka ponownie trafiła na Oddział Intensywnej Terapii Medycznej i Anestezjologii. Jej stan określano jako bardzo ciężki. Zaczęła odzyskiwać przytomność, dlatego też za konieczne uznano zastosowanie sedacji (działanie farmakologiczne zmierzające do ograniczenia świadomości – może być połączone z utratą pamięci). Przez cały czas była zaintubowana i podłączona do respiratora. W dniu 8 kwietnia 2009 r.

po raz pierwszy stwierdzono zaostrzony szmer nad płucami. Jej stan był nadal bardzo ciężki. Poddawano ją w dalszym ciągu sedacji. W dniu 9 kwietnia 2009 r. pacjentka została poddana trzeciej operacji. Wykonywali ją Z-ca Ordynatora Oddziału Chirurgii Ogólnej i Naczyń lek. med. P. H. a asystował mu Koordynator tegoż Oddziału dr. n. med. J. J. (2). Podczas tej operacji wycięto powódce odbytnicę i odbył w całości (tzw. operacja sposobem Milesa). Odtworzono odbył (stomia). Operacja trwała ponad dwie godziny. Po operacji chora została przyjęta ponownie na Oddział Intensywnej Terapii Medycznej i Anestezjologii.

(dowód:

- Karta Indywidualnej Pielęgnacji – k.218 v., 274 v.;
- protokół operacyjny nr 506 – k. 265;
- karta obserwacji – k. 222;
- zeznania św. P. H. – k. 338 v – 339
- karta informacyjna leczenia szpitalnego – k. 214).

W badaniu histopatologicznym nr (...) stwierdzono m. in. „w odbytnicy na odcinku dł. 7 cm ściany częściowo martwicze z odczynem zapalnym ścianek okalających”. Świadczy to o pęknięciu odbytnicy, w efekcie którego doszło do powstania miejscowego obrzęku i zakażenia tkanek około odbytniczych i martwicy.

(dowód:

- wynik badania histopatologicznego – k. 45;
- opinia sądowo – lekarska dra n. med. R. Ż. – k. 691).

Od dnia 9 kwietnia 2009 r. powódka przebywała na Oddziale Intensywnej Terapii Medycznej i Anestezjologii. Była w tym czasie nieprzytomna. Została zaintubowana i podłączona do respiratora. Stan jej był bardzo ciężki. W dniu 10 kwietnia 2009 r. określono go jako krytyczny. Znalazła się we wstrząsie septycznym. Była leczona bardzo intensywnie farmakologicznie (wlewy z amin presyjnych). W dalszym ciągu poddawana była sedacji (wlewy z midanium i morfiny). Żywiona była pozajelitowo, w sondzie żołądkowej i dożylnie. Badanie RTG wykazało u niej zapalenie płuc. Chora gorączkowała. Od 18 kwietnia 2009 r. pacjentka zaczęła odzyskiwać przytomność, zaczęła spadać jej też gorączka, tym niemniej nadal była zaintubowana i podłączona do respiratora. W dniu 22 kwietnia 2009 r. podjęto skuteczną próbę extubacji, przy czym powódka oddychała przez maskę tlenową a następnie przez tzw. wąsy tlenowe. Można było jednak nawiązać z nią kontakt słowny. Stan jej zdrowia poprawił się na tyle, że w dniu 25 kwietnia 2009 r. została wypisana z Oddziału Intensywnej Terapii Medycznej i Anestezjologii do Oddziału Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Naczyń.

(dowód:

- Karta Indywidualnej Pielęgnacji – k. 274 - 78.;
- wypis chorego z 25.04.2009 r. – k. 292;
- karta obserwacji – k. 270 - 71;
- karta informacyjna leczenia szpitalnego – k. 279 – 80;
- opinia sądowo – lekarska dra n. med. R. Ż. – k. 448;
- opinia sądowo – lekarska dra n. med. P. M. – k. 691).

Na tym Oddziale pacjentka leczona była od 25 kwietnia 2009 r. do 19 czerwca 2009 r., gdzie kontynuowano leczenie zachowawcze. Podczas rezonansu magnetycznego kręgosłupa w dniu 10 czerwca 2009 r. stwierdzono u powódki cechy nasilonego uogólnionego zaniku kostnego a także złamania kompresyjne w obrębie kręgosłupa – trzonu L1 i blaszki granicznej trzonu L4. Uszkodzenia te nie były wynikiem przebiegu operacji, ani ewentualnego upadku po zabiegu lewatywy. Powstały natomiast w wyniku zaawansowanej osteoporozy. W trakcie konsultacji neurologicznych w dniach 2 i 10 czerwca 2009 r. stwierdzono u powódki zaburzenia w oddawaniu moczu oraz wiotkospastyczny niedowład kończyn dolnych (polineuropatię) z przewagą prawej. W istocie był to niedowład stóp. Nie wynikał on z uszkodzeń nerwów podczas którejkolwiek z operacji, gdyż do nich nie doszło. Nastąpił natomiast w wyniku zapalenia płuc i wstrząsu septycznego przebytych przez pacjentkę (septyczne zapalenie mózgu).

(dowód:

- Karta Indywidualnej Pielęgnacji – k. 50;
- karta obserwacji – k. 51-60;
- karta przyjęcia pacjenta – k. 61;
- karta informacyjna leczenia szpitalnego – k. 62;
- opinia sądowno – lekarska dra n. med. J. B. – k. 553 – 55, 597, 614, 649 - 50;
- opinia sądowno – lekarska (wraz z protokołem badań) lek. med. A. P.- k. 574 – 76, 613, 655 – 56).

W dniu 19 czerwca 2009 r. Z. T. została przeniesiona na Oddział Rehabilitacyjny (...) Szpitala (...). W badaniu neurologicznym stwierdzono zaniki mięśni ud i podudzi oraz ułożenie końsko – szpotawe prawej stopy, ograniczenie ruchowe obu stóp, osłabioną siłę mięśniową przy poruszaniu stopami (wyraźniej po stronie prawej). Nie mogła zginać prawej stopy. Poruszała się przy balkoniku. W wyniku zaleconych i przeprowadzanych ćwiczeń kończyn i ogólnousprawniających nastąpiła poprawa stanu zdrowia pacjentki. Ustąpiły zaburzenia w oddawaniu moczu. Poprawiła się siła mięśniowa obu kończyn, przy czym prawej w mniejszym stopniu. Stopy zaopatrzone ortezami. Pacjentka zaczęła poruszać się korzystając z jednej kuli ortopedycznej. W trakcie pobytu w szpitalu wystąpiła przepuklina brzuszna pooperacyjna. Jej stan zdrowia poprawił się jednak na tyle, że w dniu 31 lipca 2009 r. została wypisana do domu. W wypisie wskazano na stan wiotkospastyczny kończyn dolnych z przewagą prawej. Zalecono dalsze leczenie w Poradni Rehabilitacyjnej a także stosowanie pasa przepuklinowego przystosowanego do stomii.

(dowód:

- karta rehabilitacji pacjenta – k.250;
- konsultacja chirurgiczna – k. 251;
- karta badania przedmiotowego – k.252;
- karta badania stanu neurologicznego – k. 253;
- indywidualna karta zleceń lekarskich – k.253v., 259-60;
- karta obserwacji – k. 255-56;
- wypis z Oddziału (...) k. 261)
- opinia sądowno – lekarska (wraz z protokołem badań) lek. med. A. P.- k. 574 – 76, 613, 655 – 56).

Po opuszczeniu szpitala powódka jeszcze przez rok poruszała się chodząc o kuli. Kontynuowała rehabilitację zaleconą przez neurologa w Poradni Neurologicznej. Obecnie na skutek polineuropatii powódka ma nieznaczne osłabienie zginania grzbietowego obu stóp (tj. do góry), wyraźniej prawej oraz zaburzenia czuciowe w postaci przeczulicy (mrowienie). Przy tych dolegliwościach należy ostrożnie poruszać się, np. by nie zahaczać o chodnik. Dolegliwości te mogą się cofnąć (ale od zdarzenia upłynęło 8 lat). Przez ok. pół roku Z. T. wymagała opieki córki, która przemywała jej ranę (ropiejącą) i zmieniała opatrunki. Córka codziennie przychodziła do niej, gdyż powódka nie mogła i nie może zamieszkać u córki (musi mieć nieograniczony dostęp do toalety a z córką zamieszkują dwie wnuczki). Jeden raz utworzyła się jej rana w okolicy stomii, musiała korzystać z pomocy lekarskiej. Obecnie porusza się samodzielnie, bez pomocy kuli, czy laski, ale może chodzić tylko powoli i na krótsze dystanse. Z powodu stomii i konieczności korzystania z worków stomijnych niechętnie wychodzi z domu. Z tego samego powodu i dlatego, że się krępuje, ograniczyła swoje kontakty towarzyskie. Worki wymienia sobie sama (do 5 sztuk dziennie). Również w nocy worek stomijny napęcznieje wobec czego powódka musi wstawać w nocy i oczyszczać go. Musi dbać o odpowiednie oczyszczanie specjalną pianką otworu do stomii. Zlecenia na otrzymywanie worków pobiera ze swojej Przychodni. Musi stosować lekkostrawną dietę. Odczuwa także ograniczenia wynikające z przepukliny (np. nie może się schylać). Powódka obecnie utrzymuje się z renty, po zmarłym mężu, w wysokości 1.500,-zł. Opłaca z niej mieszkanie (ok. 180,-zł miesięcznie), prąd i gaz (ok. 100,-zł miesięcznie). Wykupuje leki neurologiczne za ok. 100,- zł miesięcznie (pozostałe leki otrzymuje z uwagi na wiek za darmo). Ponadto leczy się na nadciśnienie, na bóle kręgosłupowe, puchnące nogi i jak już wcześniej wspomniano, na osteoporozę.

(dowód:

- zeznania powódki –k. 753 – 54;
- zeznania świadka A. K. – k.340;
- zeznania świadka I. R. – k 340v. -41;
- zeznania świadka K. R. (1) – k. 341v.
- opinia sądowo – lekarska (wraz z protokołem badań) lek. med. A. P.- k. 574 – 76, 613, 655 – 56;
- dokumentacja Miejskiej Przychodni (...) w T. – k. 174 – 75 i 179 – 200)

Sąd zważył, co następuje:

Stan faktyczny sprawy w znacznej części był bezsporny. Poczynione przez Sąd ustalenia zostały dokonane w tym zakresie w oparciu o okoliczności niesporne lub przyznane (wg reguł z art. 229 i 230 kpc), a dodatkowo znalazły oparcie w przedłożonych przez strony dowodach z dokumentów oraz z zaoferowanego materiału w postaci zeznań świadków (częściowo) i przesłuchania strony powodowej (częściowo).

Przed przystąpieniem do zasadniczych rozważań należy podkreślić, że sprawy cywilne są kontradiktoryjne a obowiązek składania wniosków dowodnych spoczywa na stronach (art. 3 in fine k.p.c.). Z kolei ciężar udowodnienia określonych faktów, a co za tym idzie, ryzyko niepowodzenia dowodów i zaniechania w wykazywaniu inicjatywy dowodowej spoczywa na tej stronie, która wywodzi z nich określone skutki prawne (art. 6 k.c.). W myśl art. 232 k.p.c. strony są obowiązane wskazywać dowody dla stwierdzenia faktów, z których wywodzą skutki prawne. Sąd może dopuścić dowód nie wskazany przez stronę. Proces cywilny to spór pomiędzy dwiema równoprawnymi stronami, toczący się przed bezstronnym sądem (zasada kontradiktoryjności). To strony obowiązane są zgłaszać w tym sporze twierdzenia, wnioski i dowody na poparcie swoich stanowisk (art. 3 k.p.c.). Na nich więc spoczywa ciężar udowodnienia wskazywanych przez siebie faktów. Ta strona, która twierdzi, że określony fakt miał miejsce obowiązana jest zgłosić dowód lub dowody wykazujące jego istnienie. Strona, która powołuje się na nieistnienie określonego faktu powinna również udowodnić swoje twierdzenie, zgłaszając dowody dla wykazania faktów przeciwnych. Nie jest wykluczone dowodzenie nieistnienia faktu (czyli tzw. faktu negatywnego), choć jest ono utrudnione. Ciężar

udowodnienia spoczywa na tym, kto powołuje się na istnienie lub nieistnienie faktu. Jeżeli pozwany zaprzecza faktom przytoczonym w pozwie przez powoda, to powód powinien te fakty udowodnić. Proste zaprzeczenie nie rodzi "obowiązku" dowodowego. Jeżeli jednak pozwany zaprzecza powołując się na określone fakty (np. fakty przeciwne), to powinien on te fakty udowodnić, co nie zwalnia powoda z obowiązku wykazania faktów uzasadniających powództwo. W doktrynie i praktyce podkreśla się, że sąd powinien korzystać z przewidzianego w art. 232 k.p.c. zdanie drugie uprawnienia powściągliwie i z umiarem, pamiętając, że taka inicjatywa należy przede wszystkim do samych stron i że cały rozpoznawany spór jest ich sprawą, a nie sądu. Przyjmuje się, że nieprzeprowadzenie przez sąd dowodu z urzędu z reguły nie stanowi uchybienia. Dopuszczenie z urzędu dowodu niewskazanego przez strony jest uprawnieniem, z którego sąd powinien korzystać w sytuacjach wyjątkowych i w sposób nienasuujący podejrzeń co do bezstronności. Nie może on jednak w ten sposób wyręczać w inicjatywie dowodowej strony zastępowanej przez adwokata lub radcę prawnego (wyrok Sądu Najwyższego z 23 lipca 2003 r., II CK 320/01, niepubl.). W sprawie niniejszej obie strony były reprezentowane przez profesjonalnych pełnomocników.

Odnosząc się do kwestii poszczególnych dowodów, należy wskazać, że wiarygodność dokumentów nie była kwestionowana przez żadną ze stron postępowania. Chodzi tu przede wszystkim o dokumentację medyczną, pochodzącą zarówno z przychodni w których powódka leczyła się przed i po pobycie w szpitalu, jak i dokumentację pochodzącą ze (...) Szpitala (...) w T.. Przyznać należy, że dokumentacja ta była po części mało czytelna, tym niemniej te fragmenty, które nadawały się do odczytania stanowiły wystarczającą podstawę do wydania orzeczenia. Sąd nie miał podstaw do kwestionowania wiarygodności, ani autentyczności poszczególnych zapisów, tym bardziej, że jak już wcześniej wspomniano kwestie te nie były podnoszone przez żadną ze stron. Sąd uwzględnił zatem ten materiał i dokonał, między innymi, na jego podstawie ustaleń.

Sąd co do zasady dał wiarę zeznaniom powódki. Nie pozostawały one w sprzeczności z pozostałym materiałem dowodowym. Jedyne wątpliwości dotyczyć mogły możliwości prawidłowego zapamiętania niektórych szczegółów odnoszących się do przebiegu wypadków w dniach 5 i 6 kwietnia 2009 r. Powódka, zdaniem sądu, relacjonowała zdarzenia w sposób spójny, logiczny i nie wskazujący na celowe przypisywanie winy poszczególnym lekarzom, czy pielęgniarkom. Wyrażane przez nią rozczarowanie, czy też rozżalenie związane z efektami jej pobytu w (...) szpitalu (...) w T. nie może dziwić, jednakże brak jest podstaw, by twierdzić, że wpłynęło to na szczerść jej relacji.

Pierwsza wątpliwość dotyczy kwestii pozycji w jakiej zaaplikowano jej lewatywę. Pielęgniarka K. W. zeznała, że zabieg dokonywany był w pozycji leżącej (bocznej) na kozetce, gdyż tak się je rutynowo wykonuje. Powódka podała, że było to w pozycji stojącej, z wypiętymi pośladkami, gdyż nie była w stanie samodzielnie wejść na wysoką kozetkę. Wersja powódki wydaje się bardziej prawdopodobna, gdyż dla niej było to nowe, indywidualne doświadczenie a zatem pozostające w pamięci. Pielęgniarka odwoływała się raczej do swojego doświadczenia zawodowego, poza tym mogła się obawiać, że ewentualne odstępstwo od rutynowego wykonywania zabiegu mogłoby zostać poczytane jako jej błąd. Niezależnie od powyższych różnic należy wskazać, że nie miały one żadnego znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy, gdyż jak stwierdził biegły M. obie pozycje podawania lewatywy są dopuszczalne i prawidłowe i nie ma między nimi istotnej różnicy. Kolejna wątpliwość dotyczy tego fragmentu zeznań powódki w którym podała ona, że zemdląca w kilka – kilkanaście minut po zaaplikowaniu jej lewatywy a świadomość odzyskała dopiero w wiele dni po przeprowadzeniu serii operacji. Co do samego omdlenia w łazience, to należy stwierdzić, że rzeczywiście mogło dojść do omdlenia. Nie bez powodu przecież pacjentka została wyniesiona z niej przez trzy pielęgniarki. Gdyby była w pełni sił, jak przed zabiegiem, na który przecież udała się samodzielnie i w pełni świadoma, to nie byłoby konieczne przenoszenie jej na łóżko, w dodatku przez trzy osoby (wystarczyłaby asysta jednej). Nie wydaje się jednak możliwe, by powódka nie odzyskała świadomości w późniejszym czasie. Z dokumentacji medycznej wynika, że to właśnie Z. T. zgłaszała drętwienie twarzy i rąk. Gdyby nie było takiego zgłoszenia, nie byłoby również wizyty lekarskiej, która wszakże miała miejsce jeszcze tego samego dnia wieczorem. Ani badający ją wówczas lekarz P. H., ani badający następnego dnia przed południem lekarz S. J. nie stwierdzili, by pacjentka była nieprzytomna. Podpisała zresztą w dniu 6 kwietnia 2009 r. zgodę na ingerencję lekarską (aczkolwiek w sposób odbiegający od innych składanych wówczas podpisów) i rozmawiała telefonicznie ze swoją córką. Nie sposób zatem dać wiarę temu, że w tym czasie była nieprzytomna. Nie można jednak tracić z pola widzenia, że właśnie od 6 kwietnia 2009 r. powódka przez wiele dni, z powodu operacji,

była nieprzytomna a następnie pozostawała pod silnym działaniem farmakologicznym leków przeciwbólowych i uspokajających, które także wpływają na procesy zapamiętywania. W tej sytuacji nie może dziwić, że powódka nie zapamiętała poszczególnych fragmentów zdarzeń, nawet jeśli wówczas była świadoma tego co się dzieje. Nie wpływa to jednak w żaden sposób na ocenę szczerości jej wypowiedzi.

Żadnych wątpliwości co do wiarygodności powódki nie budzi ta część jej zeznań, która odnosi się do jej stanu i przebiegu wydarzeń po odzyskaniu przez nią przytomności. Znajduje ona wsparcie w dokumentacji medycznej, opiniach neurologa i neurochirurga, zeznaniach innych świadków (córci, wnuczki, znajomej). Pozwoliła ona na poczynienie ustaleń co do przebiegu powrotu powódki do zdrowia, jej aktualnego stanu i problemów jakie napotyka w związku z uszczerbkiem na zdrowiu wynikającym z jej pobytu w szpitalu.

Sąd dał wiarę świadkom A. K., I. R. i K. R. (1). Są to - znajoma, córka i wnuczka powódki. Mimo łączących je więzi z powódką, Sąd nie dopatrywał się w ich zeznaniach stronniczości, czy też zdecydowanie negatywnego nastawienia wobec personelu medycznego (...) Szpitala (...). Siłą rzeczy zeznania ich nie mogą odnosić się do kwestii medycznych związanych z niniejszą sprawą a znaczenie miały przede wszystkim dla ustalenia sytuacji życiowej i zdrowotnej Z. T. przed i po jej pobycie w szpitalu. W tym zakresie są one ze sobą zgodne, potwierdzają się i uzupełniają. Ich treść odpowiada także zeznaniom samej powódki. Stanowią wraz z nimi jednolitą i spójną a przez to wiarygodną całość.

Istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy miały zeznania świadka K. W., pielęgniarki Oddziału Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Naczyń (...) Szpitala (...) w T., która dokonała zabiegu lewatywy. Składając zeznania przed sądem świadek niewiele pamiętała z ówczesnego zdarzenia, bądź pamiętała jedynie jego fragmenty. Stwierdziła jedynie, że wykonywała lewatywę „standardowo”. Jak już wyżej wspomniano sąd dał wiarę w tym fragmencie powódce, aczkolwiek nie miało to żadnego znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy. Świadek z kolei nie potrafiła przypomnieć sobie sytuacji, w której powódka wymagałaby pomocy po udzieleniu jej lewatywy, by była wzywana dzwonkiem, ani by ktoś z personelu pomagał opuścić jej łazienkę. Należy mieć jednak na uwadze, że sytuacja miała miejsce ponad cztery lata przed złożeniem zeznań, zaś dla świadka wykonywanie lewatywy jest czynnością rutynową i codzienną. Można mieć zatem wątpliwości co do możliwości dokładnego jej zapamiętania. Dlatego też za wiarygodną uznał sąd wersję przedstawioną przez tego świadka w trakcie przesłuchania przed Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w P. (k. 129 - 130 akt RO - 0046/2009 Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej (...) OIL w T.), kiedy to świadek zeznała „pogorszenie wystąpiło ok. 20 – 30 minut po lewatywie” i „na to wezwanie poszłam z dwoma innymi pielęgniarkami. Nie oglądałyśmy pacjentki, tylko przeniosłyśmy ją na salę, na łóżko”. Zeznanie to zostało złożone ok. rok po zdarzeniu, zatem świadek mogła zapamiętać i zrelacjonować je w sposób bardziej dokładny. Podane szczegóły świadczą zresztą o tym. W pozostałym zakresie sąd dał wiarę zeznaniom świadka złożonym przed sądem. Dotyczą one zresztą czynności powtarzalnych, rutynowych (także sposobu pouczenia pacjenta) i znajdują odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej.

Żadnego znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy nie miały zeznania świadka M. P.. Świadek jest lekarzem anestezjologiem i brała udział w jednej z operacji powódki, ale po czterech latach nie pamiętała absolutnie niczego z jej przebiegu, ani okoliczności, co jest oczywiście zrozumiałe.

Niewielkie znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy miały też zeznania świadków G. J., E. D. i D. W.. Były one wówczas pielęgniarkami na Oddziale Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Naczyń (...) Szpitala (...) w T.. Żadna z nich nie była wówczas obecna w pracy, albo nie pamięta okoliczności pobytu powódki przed pierwszym zabiegiem operacyjnym. Wypowiadały się jedynie co do rutynowego sposobu wykonywania lewatywy. Należy jednak zaznaczyć, że G. J. i E. D. wspomniały (k. 405v.) o sposobie alternatywnym – podaniu płynu doustnie. Także świadek K. W. (k. 129 akt RO - 0046/2009 Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej (...) OIL w T.) wspomniała o tym, że Oddział dysponuje środkami przeczyszczającymi doustnymi – Fortrans). Sąd nie znalazł podstaw do kwestionowania wiarygodności wyżej wskazanych świadków, Nie było to również podnoszone przez żadną ze stron.

Jako wiarygodne potraktował sąd zeznania lekarzy P. H. i J. J. (1), aczkolwiek z uwagi na upływ czasu i charakter wykonywanej przez nich pracy (wielkość pacjentów, wykonywanych zabiegów i operacji) trudno było im się odnieść do

konkretnego, rozpatrywanego przez sąd przypadku. P. H. pamiętał np. ogólnie przebieg operacji (osobiście wykonał trzy), ale nie wspominał o tym (być może nie pamiętał), że badał powódkę wieczorem dnia poprzedzającego pierwszą z nich. Z kolei J. J. (1) nie pamiętał okoliczności przyjęcia pacjentki do szpitala. Jest to oczywiste z uwagi na upływ czasu. Przekazał jedynie informacje ogólne co do tego jak rutynowo przebiega przyjęcie pacjenta do szpitala (a przynajmniej jak powinno przebiegać). W tym stanie rzeczy, nie odmawiając świadkom wiarygodności, sąd oparł swoje ustalenia przede wszystkim na medycznej dokumentacji szpitalnej dotyczącej konkretnej pacjentki, tj. Z. T..

Jako istotne dla rozstrzygnięcia sprawy potraktował sąd natomiast ustalenia i wnioski opinii biegłych sporządzone na potrzeby niniejszego postępowania,

Sąd w pełni podziela pogląd wyrażony w opiniach biegłych dra n. med. J. B. (neurochirurga) i lek. med. A. P. (neurologa). Ich opinie podstawowe wraz z późniejszymi opiniami uzupełniającymi są wewnętrznie spójne, odwołują się do konkretnych badań i ustaleń medycznych a także do wskazań nauki. Są w pełni profesjonalne. Nie zostały w sposób skuteczny podważony przez żadną ze stron. Wnioski przedstawione przez biegłych wynikają z ich badań, zarówno akt (przede wszystkim dokumentacji medycznej), jak i osobistych (w przypadku lek. med. A. P.). Co istotne, wnioski obu opinii są zgodne, pokrywają się i wzajemnie potwierdzają. Na ich podstawie ustalono w sposób nie budzący wątpliwości, że dolegliwości powódki o charakterze neurologicznym nie wynikają bezpośrednio z działań podjętych w trakcie wykonywania operacji w dniach 6, 7, i 9 kwietnia 2009 r., ale z powikłań pooperacyjnych (wstrząsu septycznego i zapalenia płuc). Z kolei uszkodzenia w obrębie kręgosłupa nie mają żadnego związku z pobytem powódki w szpitalu a wynikają wyłącznie z osteoporozy, na którą cierpi od wielu lat. Sąd nie znalazł podstaw do kwestionowania fachowości, rzetelności i wiarygodności przedmiotowych opinii.

Odnosząc się do opinii sądowo – lekarskiej biegłego dra n. med. R. Ź. należy stwierdzić, że, aczkolwiek doceniając jej szczerą i rzetelną, sąd nie jest w stanie zgodzić się ze wszystkimi zawartymi w niej wnioskami. Nie ulega wątpliwości, zresztą strona powodowa tego nie kwestionowała, że lekarze i pozostały personel (...) Szpitala (...) w T. wykazali się wysokimi umiejętnościami zawodowymi przy ratowaniu życia pacjentki. Nie ulega także wątpliwości, że powikłania po lewatywie należą do niezwykle rzadkich i trudnych do przewidzenia. Tym niemniej, jak wynika z treści opinii (także ustnej opinii uzupełniającej) biegłemu umknęły dwie istotne dla sprawy okoliczności. Po pierwsze biegły (oceniając prawidłowość wykonanej lewatywy i prawidłowość opieki pielęgniarskiej) nie dostrzegł, bądź przeoczył fakt, że pacjentka w 15 – 20 minut po zabiegu została przeniesiona przez trzy pielęgniarki na salę chorych. Biegły w ogóle nie odniósł się do tego faktu, co świadczy o tym, że albo w ogóle o nim nie wiedział (choć dysponował aktami Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej – być może nie zapoznał się z nimi szczegółowo), albo też go zignorował. Biegły nie zwrócił również uwagi na fakt nie odnotowania tego zdarzenia w dokumentacji medycznej (choć nie może to dziwić w sytuacji jego braku wiedzy co do tego zdarzenia). Podobnie rzecz się ma z zapisem w karcie obserwacji (k. 237). Biegły ustalił wprawdzie, że znajduje się tam zapis o obrzęku okolicy odbytu pacjentki, ale w dalszej części opinii w ogóle się do niego nie odniósł. Jest to o tyle dziwne, że dokładnie w tym samym miejscu, po kilku godzinach pojawił się duży krwiak, którego obecność spowodowała konieczność przeprowadzenia operacji i to bynajmniej nie tej, która była planowana. W tej sytuacji, mimo uznania dla pracy biegłego przy ocenie prawidłowości postępowania personelu medycznego (...) Szpitala (...) w T., sąd nie do końca mógł się zgodzić z wnioskami wynikającymi z opinii. Chodzi tu przede wszystkim o czas reakcji na stwierdzony stan zagrażający życiu, lub zdrowiu pacjenta w znacznych rozmiarach. Biegły wskazał, że jak na realia polskich szpitali czas ten był dobry, czy też nie był mocno spóźniony (jak wynika z odsłuchu płyty zawierającej nagranie z rozprawy). Rzecz jednak nie w tym, by porównywać wyniki osiągnięte przez poszczególne szpitale w podobnych sytuacjach. Nie jest to przecież kwestia rywalizacji. Chodzi o to, czy w tym konkretnym przypadku personel medyczny zareagował w sposób właściwy i bez zbędnej zwłoki. W tej kwestii sąd nie może zgodzić się z oceną dokonaną przez biegłego. Personel medyczny szpitala miał w tym czasie tj. już wieczorem dnia 5 kwietnia 2009 r. świadomość tego, że pacjentka w sposób nietypowy zareagowała na rutynowy zabieg lewatywy (skoro trzeba było ją wynieść z łazienki) i że wystąpił u niej obrzęk okolicy odbytu. Zdaniem sądu wymagało to natychmiastowej reakcji, a nie oczekiwania kolejnych kilkunastu godzin na wystąpienie ewentualnych dalszych objawów. Bezczyńność ta była być może efektem braku właściwej komunikacji między członkami zespołu medycznego (np. pielęgniarka nie przekazała lekarzowi informacji o reakcji pacjentki na lewatywę), czy też nadmiernego obciążenia

obowiązkami tegoż zespołu (o czym wspomniał biegły), tym niemniej nie powinna ona mieć miejsca. Biegły nie odniósł się do tych kwestii wprost, aczkolwiek niejako potwierdził tok rozumowania sądu przyznając, że skoro do rozstroju zdrowia pacjentki doszło na terenie szpitala to jest on za to odpowiedzialny (k. 525v akt – zapis rejestracji dźwięku z rozprawy w dniu 14 października 2015 r.). Podsumowując, sąd uznał opinię biegłego Ż. za jasną, rzetelną i zasługującą na uwzględnienie, z zastrzeżeniami o których była mowa wyżej.

Podobnie sąd ocenił opinię biegłego P. M.. Dotyczyła ona przede wszystkim sposobu i prawidłowości przeprowadzenia zabiegu lewatywy. Biegły nie dopatrywał się uchybień w tym zakresie w postępowaniu zespołu medycznego (...) Szpitala (...) w T.. Także i ten biegły w opinii pominął fakt przeniesienia chorej na salę z łazienki przez pielęgniarki, aczkolwiek dostrzegł, że pacjentka zgłosiła złe samopoczucie 10 – 15 minut od lewatywy i „przy pomocy personelu pielęgniarskiego znalazła się na sali chorych”. Nie dostrzegł jednak żadnego związku między tą informacją a stwierdzonym nieco później obrzękiem odbytu. W swojej opinii zawarł m. in stwierdzenie „całość działań personelu lekarskiego i pielęgniarskiego (...) była w sposób staranny i co najważniejsze, na bieżąco dokumentowana w ramach prowadzonej dokumentacji medycznej”. Zdaniem sądu nie do końca odpowiada to rzeczywistości stanowi rzeczy. Nigdzie nie odnotowano bowiem faktu, że pacjentka została przeniesiona z łazienki do sali chorych przez trzy pielęgniarki. Nie chodziło tu zatem o zwykłą pomoc przy przejściu, gdyż do tego potrzebny byłby udział jednej, może dwóch osób. Udział natomiast trzech osób w „znalezieniu się na sali chorych” wskazuje jednak na to, że pacjentka nie była w stanie w ogóle poruszać się o własnych siłach. Sąd nie ma wątpliwości co do zasadności twierdzeń biegłego odnośnie do samego przebiegu zabiegu lewatywy i jego zgodności z procedurami obowiązującymi w Szpitalu. Ma natomiast wątpliwości co do stwierdzenia, że przyjmowanie doustne płynów (jako alternatywa dla lewatywy) jest niewskazane dla osób starszych, gdyż jest bardziej obciążające i wymaga wypicia kilku litrów płynu. Zdaniem biegłego Ż. jest to metoda o wiele mniej obciążająca pacjenta i wymaga wypicia 2 szklanek preparatu, który „przeżył chorego łagodnie” (k. 523v akt – zapis rejestracji dźwięku z rozprawy w dniu 14 października 2015 r.).

Generalnie, sąd uznał opinię biegłego M. za rzetelną, jasną, racjonalnie uzasadnioną i zasługującą na uwzględnienie, z zastrzeżeniami o których była mowa wyżej.

Przechodząc do kwestii prawnych dotyczących niniejszej sprawy należy wskazać, że podstawę odpowiedzialności szpitala stanowią przepisy art. 415 kc w zw. z art. 430 kc. Zgodnie z tym drugim przepisem „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”. Nie ulega wątpliwości, że za zawinione błędy personelu medycznego zatrudnionego w szpitalu odpowiedzialność cywilną ponosi zakład leczniczy. Lekarz, czy pielęgniarka, udzielający świadczeń zdrowotnych w związku z zatrudnieniem w zakładzie leczniczym nie ponosi indywidualnej odpowiedzialności za szkody wyrządzone pacjentom z winy nieumyślnej przy wykonywaniu czynności zawodowych. Odpowiedzialność w takim przypadku, jak w niniejszej sprawie, ponosi wyłącznie szpital. Zasada ta nie budzi większych wątpliwości w orzecznictwie sądowym. Sąd Najwyższy np. w wyroku z 13 grudnia 2007 r. (sygn.. I CSK 384/07, LEX nr 351187) przyjął odpowiedzialność szpitala za zawiniony błąd diagnostyczny zatrudnionego w nim lekarza i podjęciu w związku z tym błędnej decyzji co do dalszego postępowania medycznego. Na podobnym stanowisku stanął także Sąd Apelacyjny w Lublinie w wyroku z 21 lutego 2006 r. (sygn. I ACa 69/06), który uznał odpowiedzialność szpitala za „wadliwe i nieprawidłowe postępowanie lekarzy w ocenie stanu płodu i opóźnienie porodu, co spowodowało niedotlenienie dziecka, skutkujące ciężkim kalectwem i nieuleczalną chorobą” (PiM 2007/4/130).

Szpital ponosi odpowiedzialność nie tylko za działanie personelu medycznego, ale także zaniechanie dokonania określonego świadczenia zdrowotnego, lub zwłokę w jego dokonaniu. Zaznaczyć przy tym trzeba, że w przypadku tzw. odpowiedzialności zastępczej szpitala za zatrudniony w nim personel medyczny, nie ma potrzeby wskazywania konkretnej osoby, której działanie, bądź zaniechanie z powodu braku należytej staranności, spowodowało powstanie szkody. Wystarczy wykazanie, że błędu, czy też niedbalstwa dopuściła się osoba wchodząca w skład zespołu pracowników szpitala (tzw. wina anonimowa, czy też bezimienna) – patrz np. wyrok Sądu Najwyższego z 21 listopada 1974 r., sygn.. II CR 638/74, OSPiKA 1975, poz. 108, wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 8 lutego 2006 r.,

sygn. I ACa 1131/05, LEX nr 194522, wyrok Sądu Okręgowego w Lublinie z 4 kwietnia 2002 r., sygn. I C656/99, PiM 2004/2. Podobnie Kinga Bączyk – Rozwadowska „Odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone przy leczeniu - zarys wykładu”. UMK Toruń. W uchwale z 21 listopada 1967 r. Sąd Najwyższy stwierdził, że „imienne wskazanie sprawcy nie jest konieczne. Wystarczy ustalenie, że sprawcą jest organ zakładu pracy albo którykolwiek z jego pracowników bądź osoba, za której postępowanie zakład pracy jest odpowiedzialny w myśl art. 429 i 430 k.c.” (sygn. III PZP 34/67, OSNCP 1968, z. 6, poz. 94).

Dodać należy, że w tzw. procesach lekarskich nie wymaga się ustalenia związku przyczynowego w sposób absolutnie pewny. Sąd Najwyższy w wielu orzeczeniach podkreślał, że w sytuacjach w których chodzi o życie i zdrowie ludzkie nie można mówić o całkowitej pewności, lecz co najwyżej o wysokim stopniu prawdopodobieństwa faktu, że szkoda wynika z określonego zdarzenia. Jeśli prawdopodobieństwo to zostanie wykazane, związek przyczynowy należy uznać za wykazany (patrz np. wyrok Sądu Najwyższego z 5 lipca 1967 r., I PR 74/67, OSN z 1968 r., poz. 26, wyrok Sądu Najwyższego z 13 czerwca 2000 r., V CKN 34/00, Lex nr 52689, wyrok Sądu Najwyższego z 27 lutego 1998 r., II CKN, 625/97, Lex nr 50227).

W niniejszej sprawie można także mówić o winie własnej zakładu leczniczego (tzw. organizacyjnej). Szpital odpowiada bowiem m. in. za to, by zatrudniać odpowiednią liczbę personelu w stosunku do przebywających na oddziałach pacjentów, tak, by zapewnić im należytą i staranną opiekę. Należy pamiętać bowiem, że pacjenci znajdują się w zakładzie opieki zdrowotnej gdzie mogą oczekiwać na wzmożoną, np. w stosunku do warunków domowych, opiekę zdrowotną, która zapewni im polepszenie a nie pogorszenie ich stanu zdrowia, z tego tylko powodu, że poszczególne pielęgniarki mają pod opieką zbyt dużą liczbę pacjentów. Powszechnie znane są problemy polskiej służby zdrowia, nie usprawiedliwia to jednak kierownictw poszczególnych szpitali, w których zatrudnia się zbyt małą liczbę pracowników w stosunku do liczby przyjmowanych pacjentów, czy też wadliwie organizuje się ich dyżury.

Zgodnie z art. 4 ustawy „o zawodach lekarza i lekarza dentysty” z 5 grudnia 1996 r. lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniem aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. Z opisanym obowiązkiem lekarza skorelowane jest prawo pacjenta do uzyskania świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej (art. 19 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, tekst jedn. Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 z późn. zm.). Od lekarzy wymaga się staranności wyższej niż przeciętna, z uwagi na przedmiot ich działań, którym jest człowiek a skutki ewentualnego błędu mogą być nieodwracalne (patrz. np. Małgorzata Serwach. „Odpowiedzialność cywilna zakładów opieki zdrowotnej na tle planowanej komercjalizacji”. Łódzki Uniwersytet Medyczny, wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 11 października 2013 r., sygn. akt I ACa 898/13, biuletyn Orzeczeń SA we Wrocławiu, LEX nr 1416532, wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 9 marca 2001 r. I ACa 124/01, LEX nr 55262). „Należyta staranność w stosunku do lekarzy powinna być rozumiana jako obiektywnie istniejący wzorzec postępowania obowiązujący każdego lekarza w tym samym stopniu. W literaturze, na podstawie analizy orzecznictwa sądowego, twierdzi się, że musi to być jednak staranność wysokiego stopnia, oznaczająca, że powstanie wypadku czy innego ujemnego dla pacjenta zdarzenia wyrządzającego mu szkodę było nie do uniknięcia nawet przez najbardziej przeczynnego, starannego i kwalifikowanego lekarza (wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 12 kwietnia 2017 r., sygn. akt I ACa 1327/16, Biuletyn Orzeczeń SA w Łodzi). Wymaga się od lekarza staranności wyższej niż przeciętna, określana jako „staranność znawców” (patrz - glosa do wyroku SN z dnia 10 lutego 2010 r., V CSK 287/09 [w:] M. Nesterowicz, Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych, WK 2017). „Od lekarza oczekuje się zachowania staranności, ocenianej pod kątem określonego wzorca, standardu postępowania, przy przyjęciu kryterium wysokiego poziomu przeciętnej staranności każdego lekarza, jako jego staranności zawodowej. Przy ocenie postępowania lekarza należy też mieć na względzie uzasadnione oczekiwanie nie narażenia pacjenta na pogorszenie stanu zdrowia, przydatny może być również test oparty na pytaniu, czy niekorzystnego skutku można było uniknąć oraz czy lekarz w danym przypadku powinien był i mógł zrobić więcej (lepiej)” – wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 stycznia 2013 r., IV CSK 431/12, LEX nr 1275006. Chodzi tu o wysoki poziom przeciętnej staranności każdego lekarza jako staranności zawodowej (art. 355 § 2 k.c.) i według tej przeciętnej ocenianie konkretnego zachowania (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 lutego 2010 r., V CSK 287/09, LEX nr 786561).

Podobne oczekiwania dotyczą pielęgniarek. Zgodnie z art. 18 ówczesnie obowiązującej ustawy. z dnia 5 lipca 1996 r. „o zawodach pielęgniarki i położnej” pielęgniarka, położna wykonuje zawód zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, dostępnymi jej metodami i środkami, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz ze szczególną starannością.

W ocenie sądu orzekającego w niniejszej sprawie owej należytej, czy też szczególnej staranności zabrakło. Już przy samym przyjęciu do szpitala jej badanie miało charakter powierzchowny. Wbrew twierdzeniom przyjmującego ją lekarza J. J. (1) nie obejrzał on nawet okolic odbytu pacjentki a przecież ten fragment ciała miał być operowany. Fakt taki nie został odnotowany w dokumentacji. Sama powódka zaprzeczyła temu a przecież nie miała problemu, by przyznać w identycznej sytuacji (także przy braku wzmianki w dokumentacji lekarskiej), że była badana per rectum przez lekarza kierującego ją do szpitala. Nie została też poinformowana o konieczności wykonania lewatywy, ani zapytana, czy kiedykolwiek miała wykonywaną lewatywę. Lekarz wydał jedynie pisemne zalecenie przygotowania pacjentki do operacji rektoskopii. Należy zwrócić uwagę, że w skierowaniu mowa była o krwawiących żylakach. Jak wyjaśnił to biegły jest to szerokie pojęcie i może obejmować kolejno: plamienie, oddawanie stolca z krwią, w skrajnych przypadkach krwotok, który powoduje konieczność natychmiastowej interwencji. Lekarz przyjmujący nie ustalił nawet, z którym stopniem ma do czynienia.

Także pielęgniarka, która wykonywała lewatywę nie zapytała pacjentki czy miała wcześniej wykonywaną lewatywę, czy nie wykonała jej np. samodzielnie w domu, czy wcześniej coś jadła, ewentualnie kiedy ostatni raz coś jadła i kiedy się ostatnio wypróżniała. Nikt też nie rozważył możliwości zastosowania innego, mniej inwazyjnego sposobu przeczyszczenia jelit, o którym wspomniał biegły Ż. tj. poprzez podanie odpowiedniego płynu do wypicia, mimo, że jak wynika z ustaleń sądu stosowne preparaty znajdowały się na Oddziale . Po dokonaniu wlewu pielęgniarka pozostawiła pacjentkę samą, bez opieki, w toalecie. Jak zostało to ustalone w toku postępowania nie ma szpitalu praktyki, by pielęgniarka czuwała przy pacjencie po wykonaniu lewatywy (jak stwierdził biegły, nie jest to możliwe w realiach polskich szpitali, gdy pielęgniarka ma pod opieką kilkudziesięciu pacjentów). Nie wzięła jednak pod uwagę pielęgniarka K. W., że ma do czynienia z pacjentką 73 – letnią, która została przyjęta na oddział bez żadnych badań specjalistycznych .Co więcej udzieliła jej niewłaściwej wskazówki, że ma oddać stolec dopiero wówczas, gdy będzie odczuwać silne parcie. Powstrzymanie wypróżnienia prowadzi bowiem do zwiększenia ciśnienia w odbytnicy , co w tym przypadku zdaniem biegłego najprawdopodobniej spowodowało jej pęknięcie.

Należy także zauważyć, że już po opuszczeniu łazienki nie zaopiekowano się powódką we właściwy sposób. Sama powódka twierdziła, że wówczas zemdlała i dalej już nic nie pamięta z tego i następnego dnia. Całkowita utrata świadomości wydaje się wątpliwa, ze względu na fakt, że jeszcze tego samego dnia zgłosiła pielęgniarcie dolegliwości a następnego podpisała zgodę na operację i rozmawiała ze swoją córką, ale niewątpliwie zasłabnięcie musiało mieć miejsce. Po pierwsze powódka nie mogła samodzielnie opuścić łazienki. Jej złe samopoczucie zgłosił pielęgniarkom inny pacjent. Na koniec wreszcie, jak przyznała sama K. W., w postępowaniu przed Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej, pacjentka została przeniesiona przez nią i dwie inne pielęgniarki z łazienki do sali chorych. Musiało się zatem w łazience wydarzyć omdlenie , skoro osoba sprawna i na tyle dobrze się czująca, że pielęgniarka nie zahała się pozostawić jej samej po wykonanym zabiegu, po kilkunastu minutach nie była w stanie o własnych siłach opuścić pomieszczenia. Nikt nie zainteresował się tym nagłym zasłabnięciem pacjentki, ani nie zawiadomił lekarza. Jak zeznała K. W., lewatywa była wykonywana krótko po rozpoczęciu przez nią dyżuru (godz. 18⁰⁰). Tymczasem lekarz został zawiadomiony o złym samopoczuciu pacjentki o godzinie 21⁰⁰, gdy zaczęła się uskarżać na drętwienie rąk, sztywność rąk i drętwienie twarzy.

W trakcie badania per rectum w dniu 5 kwietnia 2009 r. po godzinie 21 stwierdzono obrzęk w okolicy odbytu i wypływającą treść. Pod wpisem widnieje pieczętka i podpis Z-cy Ordynatora Oddziału Chirurgii Ogólnej i Naczyń lek. med. P. H.. Z wpisów do karty obserwacji wynika, że lekarz sądził, że ma do czynienia z objawami tężyczki (do których należą m. in. drętwienie i mrowienie). Mimo stwierdzenia obrzęku okolicy odbytu nie podjął żadnych kroków w celu ustalenia przyczyn jego powstania. Widząc wypływającą treść nie mógł tego nie skojarzyć z efektem lewatywy. Najprawdopodobniej nikt mu nie powiedział o tym, że po wykonaniu lewatywy pacjentka nie mogła wyjść o własnych siłach z toalety (fakt ten nie został odnotowany w Karcie Indywidualnej Pielęgnacji). W takim przypadku mamy do

czynienia z brakiem właściwej komunikacji między członkami personelu medycznego. Jeśli natomiast lekarz miał taką informację i zignorował ją, to dalsze pozostawienie pacjentki w takim stanie, po zaaplikowaniu jej wyłącznie wapna i relanium było jego zawinionym błędem.

Trudno w tych okolicznościach zgodzić się z twierdzeniem biegłego Ż., że „czas reakcji zespołu był dobry”. W tym przecież czasie tj. między godziną 19⁰⁰ 5 kwietnia 2009 r. a godziną 16⁰⁰ dnia następnego, kiedy to rozpoczęto pierwszą operację powstał krwiak wymagający operacyjnego nacięcia. Doszło do rozwoju miejscowego zakażenia tkanek około - odbytniczych i martwicy samej odbytnicy, co z kolei wymagało przeprowadzenia dwóch kolejnych operacji w dniach 7 i 9 kwietnia 2009 r. Czas reakcji można by określić mianem dobrego, gdyby liczyć go od momentu stwierdzenia istnienia krwiaka około - odbytniczego, co miało miejsce w dniu 6 kwietnia 2009 r. Nie ulega jednak wątpliwości, że personel szpitala miał informacje o tym, że tuż po wykonaniu lewatywy pacjentka się źle poczuła (nie mogła poruszać się o własnych siłach), oraz, że po lewatywie pojawił się obrzęk okolicy odbytu. Okoliczności te nie spowodowały jednak żadnej reakcji przez 15 kolejnych godzin. Zgodnie z art. 30 ustawy „o zawodach lekarzy i lekarza dentysty” lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki. Sam biegły zresztą w dalszej części uzupełniającej opinii ustnej stwierdził, że czas reakcji lekarzy „nie był mocno spóźniony”, co jednak trudno utożsamiać z czasem „dobrym”.

Sąd dał wiarę temu, że kolejne operacje, którym była poddana powódka należały do bardzo ciężkich i wymagających wiedzy, umiejętności i doświadczenia zawodowego. Nie ma także sporu co do tego, że należały do operacji ratujących życie. Do sytuacji takiej nie doszłoby jednak , gdyby pacjentka została należycie poinstruowana przez lekarza albo pielęgniarkę przed lewatywą , gdyby znajdowała się pod właściwą opieką medyczną niezwłocznie po zasłabnięciu , gdyby została niezwłocznie zdiagnozowana i udzielono by jej, również bez zwłoki, należytej pomocy lekarskiej. Przecież zakażenie nie powstało automatycznie, tylko z powodu samego pęknięcia odbytnicy. Biegły Ż. pisał o nim jako o rozwijającym się (k. 446) a zatem był to proces postępujący. Nawet, gdyby nie udało się go w ogóle uniknąć, to z pewnością można by ograniczyć jego zasięg a tym samym i powstanie martwicy odbytnicy o takich rozmiarach, że konieczne było wycięcie jej w całości wraz z odbytem. Mogło by też to pozwolić na uniknięcie dalszych powikłań septycznych (sepsy) a tym samym i skutków o charakterze neurologicznym (niedowładu kończyn dolnych). „Do obowiązków lekarzy oraz personelu medycznego należy podjęcie takiego sposobu postępowania (leczenia), które gwarantować powinno, przy zachowaniu aktualnego stanu wiedzy i zasad staranności, przewidywalny efekt w postaci wyleczenia, a przede wszystkim nie narażenie pacjentów na pogorszenie stanu zdrowia” (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 lutego 2010 r., V CSK 287/09, LEX nr 786561)

Reasumując, stwierdzić należy, że powódka zgłosiła się do Oddziału Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Naczyń (...) Szpitala (...) w T. w dobrym stanie zdrowia (pomijając przyczynę dla której tam się stawiała). W wyniku przeprowadzonego w zakładzie opieki zdrowotnej zabiegu lewatywy doszło do zakażenia tkanek około - odbytniczych i martwicy samej odbytnicy, co z kolei doprowadziło do amputacji odbytnicy wraz z odbytem oraz założenia stomii. Dodatkowo doszło do powikłań w postaci zapalenia płuc i sepsy, co w dalszej kolejności spowodowało następstwa o charakterze neurologicznym (w postaci niedowładu nóg), co zostało potwierdzone przez biegłych lekarzy neurologa i neurochirurga.

Jak już wcześniej wspomniano, nie ma konieczności wskazywania w niniejszej sprawie konkretnej osoby, której można by przypisać winę w rozumieniu art. 415 kc. Można by w tym przypadku mówić np. o winie lekarza przyjmującego, który sam nie wykonał, ani nie zlecił wykonania żadnych badań, mimo informacji o krwawiących żyłakach. Jak stwierdził biegły Ż., nie skierowałyby do szpitala ponad 70 - letniej pacjentki z żyłakami odbytu bez badania endoskopowego (ze względu na wiek), chyba że zachodziłaby „nagłość”. Jest to zarzut oczywiście wobec lekarza kierującego, ale w takim samym stopniu odnosi się do lekarza przyjmującego, który nie zainteresował się tym w jakim stanie znajdują się żyłaki , z powodu których pacjentka znalazła się w szpitalu a przyjmując pacjentkę nie posiadał żadnych wyników badań. Wysoce prawdopodobne jest , że winę ponosi pielęgniarka K. W., która udzieliła powódce pouczenia(o wstrzymywaniu wypróżnienia i czekaniu na silne parcie), którego wykonanie doprowadziło,

najprawdopodobniej, do pęknięcia odbytnicy, pozostawiając przy tym pacjentkę w podeszłym wieku samą w łazience. Jak wynika z zeznań biegłego R. Z. w zbiorniku odbytnicy dochodzi po lewatywie do wzmożonego ciśnienia. U ludzi starszych zwieracz odbytu jest słabszy. Wobec tego oddanie stolca, po lewatywie, u ludzi starszych jest szybsze. (k523- 523v transkrypcja) Doświadczona pielęgniarka powinna o tym wiedzieć i nie powinna udzielać 73 letniej pacjentce informacji aby wstrzymywała oddanie stolca. Pielęgniarka ta nie wyciągnęła też żadnych wniosków z faktu, że musiała wraz z koleżankami wynieść pacjentkę z łazienki i zanieść ją na salę chorych. Nie dociekała przyczyn jej stanu, nie odnotowała tego w dokumentacji i prawdopodobnie nie wspomniała o tym dyżurującemu lekarzowi. Nie można jednak wykluczyć również winy tego ostatniego. Nawet jeśli nie wiedział o zdarzeniu w łazience, to powinien zainteresować się przyczynami powstania obrzęku w okolicy odbytu, zwłaszcza po przeprowadzeniu lewatywy (o czym świadczyła wypływająca treść), w kontekście tego, że pacjentka miała być poddana zabiegowi usunięcia żylaków odbytu. Wreszcie nie sposób nie wspomnieć o ewentualnej winie organizacyjnej samego szpitala. Pielęgniarka K. W. w swoich zeznaniach podała, że pozostawiła powódkę w łazience, gdyż musiała iść wykonywać inne czynności a poza tym nie ma potrzeby pozostawiania z pacjentem po tak rutynowym zabiegu, jak lewatywa. Poniekąd przyznał jej rację biegły Ż., twierdząc, że w realiach polskich szpitali, gdy 3 pielęgniarki mają pod opieką 40 – 60 pacjentów, zapewnienie dokładnej opieki każdemu z nich nie jest możliwe. Zapewne stąd mogą brać się niedokładności, błędy, czy też, tak jak np. w niniejszej sprawie, brak właściwej komunikacji między członkami zespołu medycznego. W tym przypadku chodzi o winę organizacyjną szpitala. Nie może bowiem obciążać pacjenta, niezależnie od sytuacji finansowej szpitala, jego poziomu (a w tym przypadku mowa jest jednak o szpitalu specjalistycznym), ilości zatrudnionych w nim osób i ustalonego systemu dyżurów, ryzyko braku właściwej opieki medycznej i pielęgniarskiej. Jeżeli podmiot opieki zdrowotnej podejmuje się wobec określonego pacjenta przeprowadzenia konkretnej operacji, to winien mu zapewnić takie warunki pobytu, leczenia i opieki, by nie narażać jego zdrowia na szwank. Innymi słowy, jeśli pielęgniarski z powodu zbyt małej ich liczby nie są w stanie sprostać wymogom sprawowania należytej opieki nad pacjentami, to jest to wina o charakterze organizacyjnym leżąca po stronie podmiotu wykonującego świadczenia lecznicze. W tym zakresie Sąd Okręgowy nie może zgodzić się z tezą przyjętą we wspomnianej opinii, jakoby brak należytej opieki pielęgniarskiej był w tym przypadku usprawiedliwiony „Wszelkiego rodzaju zaniedbania organizacyjne, techniczne i inne, niewchodzące ściśle w zakres sztuki lekarskiej (np. dotyczące niezapewnienia pacjentowi bezpieczeństwa pobytu w zakładzie leczniczym, zwłoki w udzieleniu zabiegu, pozostawienia ciała obcego w polu operacyjnym, podjęcia się zabiegu, do którego lekarz nie był kwalifikowany, dokonania zabiegu bez zgody pacjenta albo gdy zgoda była wadliwa, niepoinformowania pacjenta o diagnozie, konieczności odpowiednich badań, o ryzyku i skutkach zabiegu, o stosowaniu zapisanych leków czy postępowaniu po zabiegu, odmowy przyjęcia chorego w ciężkim stanie do szpitala), sąd może ocenić samodzielnie, bez potrzeby powoływania biegłych albo nawet wbrew opinii biegłych, które mogą nie być wiarygodne” (Glosa do wyroku SN z dnia 10 lutego 2010 r., V CSK 287/09 [w:] M. Nesterowicz, Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych, WK 2017).

Jak już wspomniano, niezależnie od tego, kto ponosi winę za rozstrój zdrowia powódki, to odpowiedzialność za jego spowodowanie spoczywa na szpitalu. Podstawę stanowić tu będzie przepis art. 415 kc, bez względu na to czy będzie stanowił on podstawę samodzielną, czy też występował w zw. z przepisem art.430 kc.

Konstrukcja odpowiedzialności deliktowej opiera się na trzech przesłankach:

- zawinionym działaniu (lub zaniechaniu) wyrządzającym szkodę;
- powstaniem owej szkody;
- związku przyczynowym między działaniem (lub zaniechaniem), a powstałą szkodą.

O zawinionym działaniu (zaniechaniu) po stronie (...) Szpitala (...) w T. była mowa wyżej.

W niniejszej sprawie nie ulega wątpliwości, że u powódki wystąpiła szkoda w postaci znacznego uszczerbku na jej zdrowiu w postaci:

- amputacji odbyticy i odbytu i wprowadzeniu tzw. sztucznego odbytu (stomii) z koniecznością wypróżniania się do worków stomijnych;

- zapalenia płuc i powikłań septycznych (sepsy), które spowodowały niedowład obu kończyn dolnych (polineuropatii) – obecnie w wyniku rehabilitacji ograniczony do nieznacznego osłabienia zginania grzbietowego (do góry) obu stóp, wyraźniej prawej, oraz zaburzenie czuciowe w postaci przeczulicy.

Ponadto poniosła szkodę w postaci konieczności prawie 4- miesięcznego pobytu w szpitalu, w tym przez wiele dni w stanie ciężkim, zagrażającym życiu i w śpiączce farmakologicznej.

Obecnie z powodu korzystania ze stomii nie może pozostawać pod opieką swojej córki w jej mieszkaniu, jak również udzielać się w jakikolwiek sposób towarzysko (musi mieć zapewniony stały dostęp do toalety, co jest niedogodne i kłopotliwe).

W ocenie sądu orzekającego wątpliwości nie budzi też ustalenie związku przyczynowego między działaniami (zaniechaniami) personelu medycznego szpitala a wystąpieniem szkody po stronie powódki. Pierwotną przyczyną dalszych powikłań stanu zdrowia pacjentki było pęknięcie odbyticy pod wpływem narastającego w niej ciśnienia wywołanego zabiegiem lewatywy. Jest to, jak wskazywali biegli, rzadki i trudny do przewidzenia skutek wspomnianego zabiegu. Mogło jednak do niego nie dojść, gdyby pacjentka została prawidłowo poinstruowana co do dalszego zachowania po przeprowadzeniu zabiegu. Skoro jednak już do tego doszło, wymagana była niezwłoczna interwencja lekarska. Nie doszło jednak do niej, z powodu, opisanych wcześniej, zaniechań personelu medycznego, w przeciągu kilkunastu kolejnych godzin. Skutkiem tego było wystąpienie miejscowego zakażenia tkanek około – odbytniczych i stanu martwicy odbyticy. Jak słusznie wskazano w uzasadnieniu postanowienia o umorzeniu postępowania wyjaśniającego Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej z 25 maja 2011 r. (k. 105) - „istnieje bezpośredni związek czasowy wystąpienia objawów niepożądanych z wykonaniem lewatywy u pacjentki przygotowanej do planowanej operacji żyłaków odbytu. Konieczność odstąpienia od zaplanowanego zabiegu operacyjnego i wykonania dwóch operacji ze wskazań życiowych była następstwem powikłań po lewatywie”. Dodać należy, że niewłaściwie zdiagnozowanych i co do których nie podjęto niezwłocznej interwencji. W trakcie tychże operacji dokonano wycięcia odbyticy wraz z odbytem, i założenia stomii. Doszło jednak do powikłań w postaci zapalenia płuc i sepsy. Ich skutkiem było z kolei wystąpienie u powódki niedowładu kończyn dolnych. Istnieje zatem ewidentny związek przyczynowo - skutkowy między zachowaniem (zaniechaniem) personelu medycznego szpitala a uszczerbkiem na zdrowiu Z. T.. „Związek przyczynowy jest kategorią obiektywną i należy go pojmować jako obiektywne powiązanie ze sobą zjawiska nazwanego "przyczyną" ze zjawiskiem określonym jako "skutek". Ustawodawca wprowadzając w art. 361 § 1 k.c. dla potrzeb odpowiedzialności cywilnej ograniczenie odpowiedzialności tylko za normalne (typowe, występujące zazwyczaj) następstwa działania lub zaniechania, z których szkoda wynikła, nie wprowadza pojęcia związku przyczynowego w rozumieniu prawnym, odmiennego od istniejącego w rzeczywistości. Ogranicza tylko odpowiedzialność do wskazanych w przepisie normalnych (adekwatnych) następstw. Istnienie związku przyczynowego jako zjawiska obiektywnego jest determinowane określonymi okolicznościami faktycznymi konkretnej sprawy i dlatego istnienie związku przyczynowego bada się w okolicznościach faktycznych określonej sprawy” (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 grudnia 2005 r. III CK 298/05 , LEX nr 172174). Wystąpienie zakażenia i martwicy odbyticy w wyniku jej pęknięcia i braku niezwłocznej interwencji jest naturalnym skutkiem tego stanu rzeczy. Podobnie niczym nienaturalnym, ani szczególnie zaskakującym nie jest wystąpienie powikłań septycznych po ciężkich operacjach, zwłaszcza u osoby w podeszłym wieku. Również wystąpienie skutków o

charakterze neurologicznym w wyniku powikłań septycznych jest zjawiskiem naturalnym i adekwatnym w stosunku do przyczyny, co wynika z opinii neurologa i neurochirurga.

Reasumując, sąd doszedł do wniosku, że (...) Szpital (...) w T. ponosi odpowiedzialność za uszczerbek na zdrowiu, który poniosła powódka w związku z pobytem w tymże Szpitalu i związane z tym cierpienia o charakterze fizycznym i psychicznym

Przepis art. 445 § 1 k.c. w nawiązaniu do art. 444 k.c. stanowi, że sąd może przyznać poszkodowanemu w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Chodzi tu o krzywdę (szkodę niemajątkową) ujmowaną jako cierpienie fizyczne, a więc ból i inne dolegliwości oraz cierpienia psychiczne, to jest ujemne uczucia przeżywane w związku z cierpieniami fizycznymi. Zadośćuczynienie ma na celu przede wszystkim złagodzenie tych cierpień, ale jego wysokość nie może być dowolna, ściśle musi uwzględniać stopień doznanego krzywdy. Dlatego też ustawodawca wyraźnie zastrzegł, że ma to być odpowiednia suma tytułem zadośćuczynienia. Jest to rekompensata za całą krzywdę i przyznaje się ją jednorazowo. „W przypadku naruszenia zdrowia, obok życia najcenniejszego dobra osobistego człowieka, zadośćuczynienie powinno być ustalone w takiej wysokości, aby nie doszło do deprecjacji tego dobra, a umożliwiło ono poszkodowanemu złagodzenie doznanego krzywdy” (wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 25 maja 2017 r., I ACa 70/17, LEX nr 2352746). Powódka przed pobytem w szpitalu była osobą w zasadzie zdrową, samodzielną i aktywną życiowo, mimo podeszłego wieku. Odniesiony przez nią uszczerbek na zdrowiu ma charakter trwały i nieodwracalny. Do końca życia będzie zmuszona do korzystania z tzw. sztucznego odbytu, co związane jest z licznymi niedogodnościami i ograniczeniami (dla niej i osób najbliższych), pomijając, że jest to dla niej sytuacja wysoce krępująca. Nie może np. korzystać ze stałej opieki swojej córki, mieszkając z nią w tym samym mieszkaniu, gdyż musi mieć nieograniczony dostęp do oddzielnej toalety. Wymaga to dojazdów ze strony córki ewentualnie zatrudnienia opiekunki, co wiązać się będzie z dodatkowymi kosztami (przy ograniczonych dochodach powódki). Z. T. musiała też zrezygnować z tego samego powodu z życia towarzyskiego. Nie odwiedza nikogo, ani nie zaprasza gości. Ma trudności w poruszaniu się ze względu na przebyty niedowład nóg (obecnie ograniczony). Musiał się poddawać się rehabilitacji. Przez wiele miesięcy chodziła o kuli a wcześniej przy balkoniku Na wysokość świadczenia przyznanego przez sąd wpływ miał również zakres doznanego krzywdy fizycznej i psychicznej związany z pobytem w szpitalu. Trwał on prawie 4 miesiące. W tym czasie przez wiele dni pacjentka znajdowała się w stanie ciężkim, zagrażającym życiu. Była wprowadzona w stan śpiączki farmakologicznej. Przeżyła sepsę i zapalenie płuc. Nie można tracić z pola widzenia, że jest ona osobą starszą a zatem znośną z większym trudem tego rodzaju cierpienia. „O wysokości zadośćuczynienia powinien decydować rozmiar cierpień jakich doznał pokrzywdzony - tak fizycznych, jak i psychicznych. Rozmiar ten należy każdorazowo określić na podstawie zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego. Przyznana suma pieniężna zadośćuczynienia ma stanowić ekwiwalent poniesionej szkody niemajątkowej wynagradzający doznanego cierpienia oraz mający ułatwić przezwyciężenie ujemnych przeżyć, aby w ten sposób przynajmniej częściowo przywrócona została równowaga zachwiana na skutek doznanego wypadku. Oceniając rozmiar doznanego krzywdy, trzeba zatem wziąć pod uwagę całokształt okoliczności, a więc nie tylko procent uszczerbku, lecz także intensywność cierpień i czas ich trwania oraz nieodwracalność następstw wypadku, konieczność korzystania z pomocy innych osób oraz inne czynniki podobnej natury”(wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 28 marca 2017 r., I ACa 1481/16, LEX nr 2306324) „Zadośćuczynienie to suma pieniężna, która ma naprawić krzywdę wyrządzoną powodowi. Ustawodawca nigdzie nie sprecyzował sposobu ustalenia wysokości zadośćuczynienia, odwołując się do sędziowskiego uznania, opartego na całokształcie okoliczności sprawy. Decydującym kryterium jest rozmiar krzywdy, cierpienia fizyczne w postaci bólu i innych dolegliwości oraz cierpienia psychiczne polegające na ujemnych doznaniach przeżywanych w związku z cierpieniami i następstwami, zwłaszcza trwałymi lub nieodwracalnym, uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia. Przy czym w pojęciu krzywdy mieszczą się nie tylko cierpienia fizyczne i psychiczne już doznane, ale również te, które mogą powstać w przyszłości Zadośćuczynienie jest bowiem świadczeniem jednorazowym i ma naprawić całą wyrządzoną krzywdę (wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 21 marca 2017 r., I ACa 1437/14, LEX nr 2282412).” Zasadzona kwota zadośćuczynienia nie może być symboliczna. Musi mieć charakter kompensacyjny (...). Suma ta powinna być bowiem odpowiednia a jej określenie musi uwzględniać wszystkie okoliczności sprawy, co nie zmienia

faktu, że zależy od swobodnego uznania sędziowskiego” (wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi, z dnia 22 marca 2017 r., I ACa 1183/16, LEX nr 2282410).

Mając na względzie wszystkie wskazane wyżej okoliczności i dzieląc poglądy wyrażone w cytowanych orzeczeniach Sąd Okręgowy uznał, że adekwatną kwotę w stosunku do nieodwracalnego charakteru uszczerbku na zdrowiu i rozmiaru fizycznych i psychicznych cierpień powódki stanowić będzie suma 150.000,-zł. Przypomnieć należy, że takiej właśnie pierwotnie kwoty w postępowaniu likwidacyjnym (ubezpieczeniowym) domagała się Z. T.. Zdaniem Sądu wówczas potrafiła obiektywnie oszacować zakres swojej krzywdy. W ocenie sądu było to rozsądne i niewygórowane żądanie. Dlatego też orzeczono jak w punkcie pierwszym, oddalając powództwo w pozostałej części (punkt trzeci wyroku).

Odpowiedzialność pozwanego Zakładu ustalono w oparciu o zawartą na podstawie Rozporządzenia Ministra Finansów z 28 grudnia 2007 r. „w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej” umowę odpowiedzialności cywilnej (Dz. U. nr 3, poz. 10 z 2008 r. z późn. zm.), tj. umowę między (...) Szpitalem (...) w T. a (...) S. A. z siedzibą w W. (polisa nr (...)). Zgodnie z § 2 ust.1wymienionego rozporządzenia ubezpieczeniem OC jest objęta odpowiedzialność cywilna świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej, za szkody wyrządzone w następstwie działania lub zaniechania ubezpieczonego, w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, podczas udzielania świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Z kolei w myśl art. 9 ust. 1 Ustawy z dnia 22 maja 2003 r. „O ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. nr 124,poz. 1152 z 2003 r. z późn. zm.) umowa ubezpieczenia obowiązkowego odpowiedzialności cywilnej obejmuje odpowiedzialność cywilną podmiotu objętego obowiązkiem ubezpieczenia za szkody wyrządzone czynem niedozwolonym (...).

Zgodnie z art. 14 wskazanej ustawy:

1. Zakład ubezpieczeń wypłaca odszkodowanie w terminie 30 dni licząc od dnia złożenia przez poszkodowanego lub uprawnionego zawiadomienia o szkodzie.
2. W przypadku gdyby wyjaśnienie w terminie, o którym mowa w ust. 1, okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń albo wysokości odszkodowania okazało się niemożliwe, odszkodowanie wypłaca się w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, nie później jednak niż w terminie 90 dni od dnia złożenia zawiadomienia o szkodzie, chyba że ustalenie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń albo wysokości odszkodowania zależy od toczącego się postępowania karnego lub cywilnego. W terminie, o którym mowa w ust. 1, zakład ubezpieczeń zawiadamia na piśmie uprawnionego o przyczynach niemożności zaspokojenia jego roszczeń w całości lub w części, jak również o przypuszczalnym terminie zajęcia ostatecznego stanowiska względem roszczeń uprawnionego, a także wypłaca bezsporną część odszkodowania.
3. Jeżeli odszkodowanie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, zakład ubezpieczeń informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem w terminie, o którym mowa w ust. 1 albo 2, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty odszkodowania, jak również na przyczyny, dla których odmówił wiarygodności okolicznościom dowodowym podniesionym przez osobę zgłaszającą roszczenie. Pismo zakładu ubezpieczeń powinno zawierać pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

Powódka po raz pierwszy zwróciła się o wypłatę odszkodowania na podstawie art. 445 § 1 kc , za pośrednictwem fundacji (...) pismem z 18 września 2011 r. adresowanym do (...) Szpitala (...) w T.. Ten przekazał pismo pozwanemu nie później niż w dniu 23 września 2011 r.. Wniosek ten winien być rozpatrzony nie później niż w ciągu 90 dni (w sprawie nie toczyło się postępowanie cywilne, ani karne). Ostatecznie pozwany Zakład poinformował powódkę o całkowitej odmowie wypłaty odszkodowania pismem z dnia 5 kwietnia 2012 r. a zatem ze znacznym przekroczeniem wspomnianego terminu. Niezależnie od tego strona powodowa domaga się zszadzenia odsetek właśnie od tej daty. Zgodnie z art. 455 świadczenie powinno być spełnione niezwłocznie po wezwaniu dłużnika do wykonania. W tym

przypadku mamy do czynienia jeszcze z ustawowym wydłużeniem tego terminu. Sąd nie mógł wykroczyć poza żądanie powoda i przyjąć wcześniejszą datę powinności spełnienia żądania, dlatego też przyjął datę wskazaną w pozwie. Od niej też zasądził na rzecz powódki odsetki ustawowe od zasądzonej kwoty a od 1 stycznia 2016 r. odsetki ustawowe za opóźnienie.

Sąd Okręgowy ponadto ustalił w oparciu o przepis art. 189 kpc i odpowiedzialność cywilną pozwanego za przyszłe ewentualne skutki zdarzenia z 5 kwietnia 2009 r. Podzielił przy tym powszechnie przyjęty w orzecznictwie pogląd, że pod rządem art. 442¹ § 3 k.p.c. (a zatem także po 10 sierpnia 2007 r.) powód dochodzący roszczenia o naprawienie szkody na osobie może mieć interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności pozwanego za szkody mogące powstać w przyszłości (wyrok Sądu Najwyższego z 11 marca 2010 r., IV CSK 410/09, LEX nr 678021, uchwała Sądu Najwyższego z dnia 24 lutego 2009 r., III CZP 2/09, OSNC 2009, nr 12, poz. 168, wyrok Sądu Najwyższego z 8 sierpnia 2012 r., I CSK 40/12 LEX Nr 1228579, wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z 26 listopada 2014 r., V ACa 494/14, LEX nr 1651853). Przesądzenie w sentencji wyroku zasądzającego świadczenie odszkodowawcze o odpowiedzialności pozwanego za szkody mogące powstać w przyszłości zwalnia poszkodowanego z obowiązku udowodnienia istnienia wszystkich przesłanek odpowiedzialności podmiotu, na którym odpowiedzialność taka już ciąży. W niniejszej sprawie nie da się wykluczyć zaistnienia w przyszłości dalszych, negatywnych dla powódki, skutków przedmiotowego zdarzenia. Ze względu na rozmiar i charakter poniesionego już do chwili obecnej uszczerbku na zdrowiu, możliwe jest zarówno wystąpienie komplikacji związanych z korzystaniem ze stomii, jak i pogłębienie dolegliwości o charakterze neurologicznym. Dlatego też orzeczono jak w punkcie drugim.

W punkcie czwartym i piątym wyroku sąd odniósł się do kwestii kosztów. Żądanie dotyczyło kwoty 200.000-, zł , zatem opłata stosunkowa od pozwu winna wynieść 10.000-, zł (art. 13 ust 1 ustawy „o kosztach sądowych w sprawach cywilnych” z 28 lipca 2005 r., poz. 1025 z późn. zm.). Powódka została zwolniona od ponoszenia kosztów sądowych w całości a zatem i od opłaty, która nie została dotychczas uiszczona. Zgodnie z art. 108 § 1 kpc sąd zobowiązany jest do rozstrzygnięcia o kosztach w każdym orzeczeniu kończącym sprawę w danej instancji. Zasadą jest, że strona przegrywająca sprawę ponosi koszty postępowania, zaś w razie częściowego uwzględnienia roszczenia koszty są rozdzielane proporcjonalnie (art. 98 i 100 kpc). Powódka domagała się zasądzenia na jej rzecz kwoty 200.000-, zł. W wyroku zasądzono na jej rzecz kwotę 150.000-, zł. Wygrała zatem sprawę w 75%. Sąd zobligował ją zatem do uiszczenia kwoty 2.500-,zł tytułem opłaty sądowej, zobowiązując do tego samego pozwanego, z tym, że co do kwoty 7.500-, zł (jako przegrywającego sprawę w $\frac{3}{4}$)

Podobną metodę rozdziału kosztów zastosował też sąd w odniesieniu do kosztów biegłych, które dotychczas ponoszone były przez Skarb Państw. Wyniosły one w sumie 6747,97-,zł., w tym;

-biegły Ż. – 3.015,10-,zł;

-biegły B. – 610,52-,zł;

- biegła F. – P. – 392,39-,zł;

-biegły M. – 2.729,96-,zł.

Łącznie 6747,97zł.

75% od tej łącznej kwoty 6747,97 wynosi 5.060, 97-,zł, zaś 25% - 1.687,00-,zł i tak też, w myśl wskazanych przepisów zasądził sąd od stron postępowania zwrot tymczasowo poniesionych przez Skarb Państwa w toku postępowania wydatków.

Ponieważ powódka w niniejszej sprawie zwolniona była od ponoszenia kosztów sądowych, zaś wszelkie wydatki zostały poniesione przez Skarb Państwa, sąd obciążył nimi obie strony we wskazanym wyżej stosunku (art. 113 ust. 1i ust. 2 Ustawy z 28 lipca 2005 r, „o kosztach sądowych w sprawach cywilnych” – tj. Dz. U. z 2014 r., poz. 1025 z późn. zm.), przy czym wobec powódki nakazał ich ściąganie z zasądzonego roszczenia.

Mając na względzie powyższą zasadę podziału kosztów sąd orzekł też o zwrocie wzajemnych kosztów poniesionych przez strony w toku postępowania. Obie strony poniosły koszty występowania w ich imieniu przez pełnomocników – radców prawnych. Zgodnie z § 6 pkt 6. rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. „w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu” (Dz.U.2002.163.1349 z dnia 2002.10.03 z późn. zm., w wersji obowiązującej od 25 lutego 2012 r. do 13 lutego 2013 r. stawki minimalne radcy prawnego przy wartości przedmiotu sporu do 200.000-, zł wynosiły 3.600-,zł. Zgodnie z § 2 wskazanego rozporządzenia, zasądzając opłatę za czynności radcy prawnego z tytułu zastępstwa prawnego, sąd bierze pod uwagę niezbędny nakład pracy pełnomocnika, a także charakter sprawy i wkład pracy pełnomocnika w przyczynienie się do jej wyjaśnienia i rozstrzygnięcia. Podstawę zasądzenia opłaty, stanowią stawki minimalne określone w rozdziałach, przy czym opłata ta nie może być wyższa niż sześciokrotna stawka minimalna ani przekraczać wartości przedmiotu sprawy.

W ocenie sądu nieporównywalny w niniejszej sprawie jest wkład pracy obu pełnomocników. O ile pełnomocnik strony powodowej wykazywał pełną aktywność w toku postępowania (sporządzenie pozwu, uczestniczenie we wszystkich terminach rozprawy, formułowanie pism procesowych, szczegółowe odnoszenie się do opinii biegłych, składanie zastrzeżeń do opinii i zadawanie biegłym pytań, zarówno w formie pisemnej, jak i ustnej) o tyle aktywność pełnomocnika strony przeciwnej sprowadziła się do napisania odpowiedzi na pozew i udzielenia informacji o odmowie rozważenia możliwości zawarcia ugody. Dlatego też Sąd Okręgowy uznał, doceniając wkład pracy pełnomocnika strony powodowej do wyjaśnienia i rozstrzygnięcia sprawy, że właściwym będzie ustalenie w jego przypadku dwukrotności minimalnego wynagrodzenia tj. kwoty 7.200-,zł. Nie znalazł natomiast podstaw, by podwyższyć stawkę minimalną w odniesieniu do pełnomocnika strony pozwanej. Koszty związane z udziałem pełnomocnika strony powodowej wyniosły łącznie 7.282,80-,zł (7.200-, zł + 17 zł za opłatę od pełnomocnictwa i 65,80-,zł kosztów przesyłek poleconych wysłanych do strony przeciwnej). 75% tej kwoty wynosi 5.462,10-,zł. Taką więc sumę winna zapłacić pozwana powódce. Z kolei koszty udziału pełnomocnika pozwanej wyniosły łącznie z opłatą od pełnomocnictwa 3.617-,zł. 25% od tej kwoty stanowi sumę 904, 25-, zł, którą to z kolei winna zwrócić powódka pozwanej. Po skompensowaniu tych kwot, zgodnie z art. 100 kpc, pozwana winna zwrócić powódce kwotę 4.557,85-,zł (5.462,10 – 904,25). Tak też orzeczono w punkcie szóstym.