

Sygn. akt I C 131/12

# WYROK

## W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 15 września 2016 roku

### **Sąd Okręgowy w Sieradzu Wydział I Cywilny**

w następującym składzie:

Przewodnicząca: Sędzia SO Elżbieta Zalewska - Statuch

Protokolant: sekretarz sądowy Patrycja Tokarek

po rozpoznaniu w dniu 15 września 2016 roku w Sieradzu

na rozprawie

sprawy z powództwa **A. K. (1), A. K. (2) i M. K.**

przeciwko (...) S.A. w W. i S.w W.

przy udziale interwenienta ubocznego M. S. po stronie pozwanego S.w W.

o odszkodowanie i zadośćuczynienie

I. oddała powództwo;

II. nie obciąża powodów kosztami procesu.

Sygn. akt I C 131/12

## UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 18 kwietnia 2012 roku powodowie A. K. (2), A. K. (1) i M. P. wystąpili przeciwko pozwanemu (...) SA w W. oraz S. w W. z żądaniem zasądzenia in solidum na rzecz: A. K. (2) 120 000 zł zadośćuczynienia i 80 000 zł odszkodowania z odsetkami ustawowymi od każdej z tych kwot od dnia wymagalności do dnia zapłaty; A. K. (1) 100 000 zł zadośćuczynienia i 60 000 zł odszkodowania z odsetkami ustawowymi od każdej z tych kwot od dnia wymagalności do dnia zapłaty oraz M. P. 100 000 zł zadośćuczynienia i 60 000 zł odszkodowania z odsetkami ustawowymi od każdej z tych kwot od dnia wymagalności do dnia zapłaty w związku ze śmiercią I. K..

Powodowie wnieśli także o zasądzenie in solidum na ich rzecz kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Pozwany (...) SA w W. wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie od strony powodowej na jego rzecz kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. (odpowiedź na pozew k. 58- 60).

Pozwany S. W. wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie od strony powodowej na jego rzecz kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. (odpowiedź na pozew k. 65-67).

M. S. przystąpił do sprawy w charakterze interwenienta ubocznego po stronie pozwanego S. w W. i wniósł o oddalenie powództwa (pismo interwenienta k. 197-198).

Powódka M. P. w toku postępowania wróciła do panińskiego nazwiska K. (protokół rozprawy w dnia k. )

**Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:**

I. K. był mężem A. K. (2) oraz ojcem M. K. i A. K. (1) (niesporne)

W okresie od dn. 05.12.2004 r. do dn. 10.12.2004 roku leczony był na Oddziale (...) Ogólnej SPZOZ w W. z rozpoznaniem - ostre zapalenie trzustki. Miał wykonane badanie USG jamy brzusznej i przestrzeni zaotrzewnowej w wyniku którego stwierdzono, iż jego wątroba jest hiperechogeniczna, stłuszczeniowa, nieco powiększona. Pęcherzyka żółciowego nie udało się uwidocznnić. Przewód żółciowy wspólny, drogi żółciowe wewnątrzwątrobowe nie były poszerzone. Nadbrzusze w całości przesłonięte było gazami, trzustka niewidoczna. Śledziona prawidłowa. Nerki przeciętnej wielkości, normoechogeniczne, bez cech zastoju i złogów. Pęcherz moczowy średnio wypełniony, bez ech wewnętrznych. Pętle jelitowe nadmiernie rozdęte. Wykonano także TK jamy brzusznej po wzmożeniu kontrastowym w wyniku którego stwierdzono rozdęte pętle jelitowe w całej jamie brzusznej zarówno cienkiego jak i grubego. Pęcherzyk żółciowy nie uwidoczniiony. Narządy mięsaszowe jamy brzusznej bez zmian ogniskowych.

I. K. był następnie pacjentem Szpitala w W. w okresie od 03 maja 2005 r. do dn. 08 maja 2005 r. z rozpoznaniem przy przyjęciu: podniedrożność, zapalenie trzustki. Podano, iż pacjent zgłaszał od około tygodnia trudność w oddawaniu stolca, gazów - od daty przyjęcia do szpitala zgłaszał bóle brzucha. Podał, że podobny epizod miał miejsce na początku grudnia 2004 r. W wywiadzie uzyskano informacje o zakrzepicy żył lewej kończyny dolnej. Pacjent podał, iż leków na stałe nie przyjmuje. W badaniu stwierdzono, iż pacjent jest w stanie ogólnym średnim, budowy ciała otyłej, odżywienie nadmierne. Brzuch powyżej poziomu klatki piersiowej, lekko wzdęty. Wątroba niemacalna, podżebrze prawe bolesne. Trzustka bolesna podczas głębokiej palpacji. Objawy otrzewnowe nieobecne. Nerki niebolesne. Perystaltyka śladowa, cicha, brak przelewań. W badaniu przez odbyt - w zakresie palca odchyłeń od stanu prawidłowego nie stwierdzono, stolec był prawidłowy. Wykonano RTG jamy brzusznej (03.05.2005 r.) uzyskując informacje o licznych poziomach płynu w jamie brzusznej, odpowiadających niedrożności przewodu pokarmowego Wolnego gazu pod kopułami przepony nie stwierdzono. W dniu 4 maja 2005 roku u pacjenta wykonano badanie TK przeglądowe narządów jamy brzusznej. W opisie wskazano: pętle jelitowe rozdęte gazami, duża ilość płynnej treści w żołądku, liczne, drobne poziomy płynu w jelicie cienkim. W jelicie grubym masy kałowe. W obrębie narządów mięsaszowych jamy brzusznej patologii nie uwidoczniiono. (karta leczenia informacyjnego k. 2 akt karnych IIK 213/08 Sądu rejonowego w Wieluniu)

Poddano go również badaniom laboratoryjnym w zakresie morfologii krwi i badaniom biochemicznym. W ramach zaleceń zaordynowano podawanie leków według karty zleceń, uzupełnianie elektrolitów, lewatywę.

Następnego dnia (3/4 maja 2005 roku) w godzinach rannych chory zwymiotował treścią żołądkową i dolegliwości ze strony brzucha zmniejszyły się. W dniu 04 maja 2005 roku odnotowano, że stan chorego jest ciężki, leki według karty zleceń. Po dwukrotnej lewatywie chory oddał dwa kawały stolca. Brzuch „zszedł”, dolegliwości nieco zmniejszyły się. W dniu 5 maja 2005 roku stan chorego nadal był ciężki, brak perystaltyki, założono sondę - 2 litry zalegającej w żołądku treści. Zlecono TK jamy brzusznej.

W dniu 06 maja 2005 r brzuch pacjenta był miękki, nieco bolesny. Stan ogólny chorego ciężki. W żołądku nadal zaleganie treści. Leki otrzymywał według karty zleceń.

W dniu 08 maja 2005 roku pacjenta poddano badaniu internistycznemu, uznając, że jego stan jest średnio-ciężki. Od dnia przyjęcia do szpitala wystąpiło pogorszenie jego stanu ogólnego, mimo opróżnienia przewodu pokarmowego. Wystąpiły zaburzenia elektrolitowe, ujawniły się cechy cukrzycy. Wskazań do pilnej interwencji chirurgicznej nie stwierdzono. Ze względu na niejasny obraz chorobowy, po konsultacji telefonicznej pacjent został skierowany do Kliniki (...) w Ł.. Rozpoznanie przy wypisie: Niedrożność porażenna. Ostre zapalenie trzustki. Cukrzyca. Mocznica. Zakrzepica żył głębokich kończyn dolnych. (dokumentacja medyczna k.45, 84 – 108, k. 121 akt karnych II K 213/08 Sądu Rejonowego w Wieluniu),

Na Oddział (...) Ogólnej (...) Szpitala nr (...) w Ł. pacjent został przyjęty w dniu 8 maja 2005 roku o godz. 19.40 z powodu podejrzenia ostrego zapalenia trzustki i niedrożności porażennej jelit.

O godzinie 21.30 stan pacjenta był średni, nie gorączkował, nie zgłaszał dolegliwości bólowych. Brzuch był miękki, niebolesny, bez oporów patologicznych i bez objawów otrzewnowych. Perystaltyka jelitowa leniwa. Włączono płyny dożylnie, zlecono badania kontrolne laboratoryjne.

W dniu 09 maja 2005 r., godz. 7.40: Chory w stanie ogólnym średnim. Przytomny, logiczny, ale w nocy miał zaburzenia świadomości o typie nie zorientowania co do miejsca pobytu. Oddaje gazy. Usunął sobie o 1.30 sondę, która nic nie odbierała. Brzuch wysklepiony w poziomie klatki piersiowej, symetryczny, miękki, niebolesny. Perystaltyka leniwa, słyszalne przelewania. Objawy otrzewnowe ujemne. Na rano zlecono kontrolne badania laboratoryjne. Wykonano TK brzucha, RTG brzucha. Ze względu na objawy niedrożności zakwalifikowany został do zabiegu. Zgodę podpisał.

W tym samym dniu u pacjenta dokonano otwarcia jamy brzusznej i wycięcia esicy metodą H., wycięcia wyrostka robaczkowego. Dokonano odbarczenia jelita cienkiego. Stwierdzono bardzo rozdęte jelito cienkie od więzadła T. do 3/4 długości, na tej wysokości pętle jelita cienkiego wklejone w naciek z lewym podbrzuszu, pozaginane pod kątem 180 stopni. Dalsza część jelita cienkiego i jelito grube spadnięte. Uwolniono pętle jelita cienkiego z nacieku w lewym podbrzuszu. W tej okolicy stwierdzono zmienioną zapalnie esicę ze stwardniałą ścianą i kreską wklejoną w przednią ścianę jamy brzusznej. Podczas uwalniania esicy z nacieku stwierdzono wypływ treści kałowej. Ściana esicy w tym miejscu sina, pogrubiała w litym nacieku w powłokami brzucha. Wypreparowano esicę i wycięto ok. 20 cm odcinek zmienionego jelita podwiązując naczynia krezki. Koniec dystalny jelita zamknięto staplerem poprzecznym. Odcinek proksymalny wyłoniono w śródbrzuszu lewym jako odbyt sztuczny jednolufowy. Jelito cienkie nadal znacznie rozdęte. Skontrolowano ścianę jelita. Na długości ok. 40 i 50 cm od więzadła T. pęknięcia błony surowiczej - zaopatrzone szwami pojedynczymi. W rozpoznaniu pooperacyjnym stwierdzono niedrożność mechaniczną jelit, guz esicy, prawdopodobnie zapalny, naciekający powłoki brzucha. Martwica. Wykonano drenaż esicy w miejscu guza.

W dniu 9 maja 2005 roku I. K. został przeniesiony na Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii (...) Szpitala (...) w Ł. bezpośrednio z bloku operacyjnego z powodu wstrząsu septycznego. Rozpoznanie przy przyjęciu do Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii: Choroba uchyłkowa jelita grubego z przedziurawieniem. Niedrożność jelit. Wstrząs septyczny. Niewydolność wielonarządowa. Cukrzyca typu 2. Otyłość.

Kolejnemu zabiegowi operacyjnemu poddano I. K. w dniu 14 maja 2005 roku z powodu wstrząsu septycznego i krwawienia do jamy otrzewnej. Wykonano ewakuację krwiaka z jamy otrzewnej i płukanie jamy otrzewnej. Skontrolowano narządy jamy brzusznej. Szew ciągly na surowicówkę jelita cienkiego. Jelito cienkie nadal rozdęte, lecz znacznie mniej niż przy poprzedniej operacji. W przestrzeni zaotrzewnowej w miejscu po uwolnieniu zrostów rozwojowych esicy i zstępnicy nadzianka krwawa z sączącą płaszczyznowo krwią. Wobec trudności w ustaleniu konkretnego miejsca krwawienia założono dwa płatki spongostanu i zasetonowano miejsce krwawienia dwoma serwetami. Przepłukano dreny P. solą fizjologiczną.

W dniu 16 maja 2005 roku I. K. poddany został ponownemu zabiegowi operacyjnemu z powodu przedziurawienia esicy. Usunięto dużą ilość skrzepów krwi z jamy otrzewnej. Stan pacjenta określono jako ciężki.

W kolejnych dniach chory nadal w stanie bardzo ciężkim, nieprzytomny, wentylowany mechanicznie, niewydolny krążeniowe. Zwiększano dawki amin katecholowych. Oliguria - pomimo intensywnego wymuszania diurezy. W badaniach biochemicznych cechy narastającej niewydolności nerek. Zaburzenia elektrolitowe trudno poddające się leczeniu. Utrzymywała się gorączka do 40°C.

W dn. 17.05.2005 r. chory konsultowany nefrologicznie. Ze względu na niskie wartości ciśnienia tętniczego i duże dawki amin katecholowych chorego nie zakwalifikowano do leczenia nerkozastępczego. Włączono leczenie zachowawcze - C., R..

W dn. 18.05.2005r. od godzin porannych stopniowy spadek ciśnienia tętniczego pomimo zwiększania dawek amin katecholowych. Spadek saturacji. Anuria. Chory ponownie konsultowany nefrologicznie. Ze względu na niestabilność hemodynamiczną przeciwwskazane leczenie hemodializą. Utrzymano leczenie zachowawcze. O godz. 10.25 doszło do zatrzymania krążenia w mechanizmie asystolii. Stwierdzono zgon chorego z rozpoznaniem końcowym: Choroba uchyłkowa jelita grubego z przedziurawieniem. Niedrożność jelit. Wstrząs septyczny. Niewydolność wielonarządowa. Cukrzyca typu II. Otyłość. (karta leczenia informacyjnego k. 3-5, dokumentacja medyczna k. 16 - 82 akt karnych II K 213/08 Sądu Rejonowego w Wieluniu)

Przeciwko lekarzom M. S. i W. P. Prokuratura Rejonowa w Wieluniu prowadziła śledztwo o przestępstwo z art. 155 § 1 kk w sprawie zaniechania właściwego leczenia przez lekarzy chirurgii szpitala w W. I. K. czym doprowadzono do jego śmierci (postanowienie o wszczęciu śledztwa k. 10 akt karnych II K 213/08 Sądu Rejonowego w Wieluniu)

W postępowaniu prokuratorskim powołano biegłych z Akademii Medycznej we W. Katedry i zakładu medycyny Sądowej (postanowienie k. 133 – 134 akt karnych II K 213/08 Sądu Rejonowego w Wieluniu) na okoliczność ustalenia czy leczenie I. K. było zgodne z zasadami sztuki i wiedzy lekarskiej a zwłaszcza czy choroba została prawidłowo zdiagnozowana, czy przeprowadzono wszystkie niezbędne badania mogące pomóc w prawidłowej diagnozie, a jeżeli nie, to na jakim etapie wystąpiła nieprawidłowość i na czym polegała, czy istniał związek przyczynowy pomiędzy zachowaniem, lekarzy a zgonem pacjenta, czy prawidłowa diagnoza i prawidłowe leczenie mogły zapobiec jego śmierci.

Biegli ocenili, że przebieg leczenia nie był prawidłowy pomimo prawidłowego rozpoznania niedrożności jelit, gdyż w przypadku nie ustąpienia w krótkim czasie objawów po wdrożeniu leczenia zachowawczego rozpoznanie niedrożności jelit stanowiło wskazanie do interwencji chirurgicznej. Lekarze popełnili błąd diagnostyczny a następnie decyzyjny i leczniczy ale wykluczyli istnienie bezpośredniego związku przyczynowego pomiędzy tym zaniechaniem lekarzy a zgonem pacjenta a także uznali, że nie można jednoznacznie stwierdzić że przeprowadzenie w odpowiednim czasie zabiegu operacyjnego na pewno zapobiegłoby śmierci pacjenta (opinia k. 147-162 akt karnych II K 213/08 Sądu Rejonowego w Wieluniu).

Powyższe skutkowało skierowaniem m.in. przeciwko M. S. zarzutu niedołożenia należytej staranności przy ocenie stanu zdrowia I. K. poprzez przyjęcie za pierwotną przyczynę objawów i dolegliwości pacjenta ostre zapalenie trzustki z towarzyszącą niedrożnością pourazową jelit zamiast niedrożności mechanicznej spowodowanej przez guz jamy brzusznej, co skutkowało bezzasadnym leczeniem zachowawczym zamiast podjęcia niezwłocznej interwencji chirurgicznej, co w konsekwencji spowodowało narażenie pokrzywdzonego na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia, tj. o czyn z art. 160 § 2 i 3 kk (akt oskarżenia k. 294-299 akt karnych II K 213/08 Sądu Rejonowego w Wieluniu)

Sąd Rejonowy w Wieluniu wyrokiem z dnia 10 lipca 2008 roku w sprawie II K 3/08 uniewinnił M. S. od zarzucanego mu czynu a drugiego z lekarzy – (...) uznał za winnego czynu z art. 160 § 2 i 3 kk (wyrok k. 374-374v akt karnych II K 213/08 Sądu Rejonowego w Wieluniu)

Rozpoznając apelację Prokuratora na niekorzyść M. S. w zakresie zarzucanego mu czynu oraz w zakresie orzeczenia o karze wobec W. P. oraz apelację obrońcy W.p. Sąd Okręgowy w Sieradzu wyrokiem z dnia 28 października 2008 roku w sprawie II Ka 279/08 uchylił zaskarżony wyrok w całości i przekazał sprawę do ponownego rozpoznania (wyrok k. 414 akt karnych II K 213/08 Sądu Rejonowego w Wieluniu)

Po ponownym rozpoznaniu sprawy Sąd rejonowy w Wieluniu w sprawie II K 213/08 w miejsce zarzucanego M. S. czynu uznał go za winnego tego, że w dniu 8 maja 2005 roku nie dołożył należytej staranności przy ocenie stanu zdrowia I. K. poprzez przyjęcie jako pierwotnej przyczyny objawów i dolegliwości pacjenta ostrego zapalenia trzustki z towarzyszącą niedrożnością porażenną jelit zamiast niedrożności mechanicznej spowodowanej przez guz jamy brzusznej, pomimo że całość objawów klinicznych i wyniki przeprowadzonych badań dodatkowych były wystarczające do rozpoznania niepełnej niedrożności jelit i stanowiły wskazanie do podjęcia niezwłocznej interwencji chirurgicznej – zabiegu operacyjnego laparotomii i zaniechał podjęcia decyzji o podjęciu tego zabiegu, co w konsekwencji

spowodowało narażenie pokrzywdzonego na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia, które mógł i powinien przewidzieć, tj. o czyn z art. 160 § 2 i 3 kk.

W stosunku do W. P. w miejsce zarzucanego mu czynu Sąd pierwszej instancji uznał go za winnego tego, że w dniach 5-7 maja 2005 roku nie dołożył należytej staranności przy ocenie stanu zdrowia I. K. poprzez przyjęcie jako pierwotnej przyczyny objawów i dolegliwości pacjenta ostrego zapalenia trzustki z towarzyszącą niedrożnością porażoną jelit zamiast niedrożności mechanicznej spowodowanej przez guz jamy brzusznej, co skutkowało bezzasadnym kontynuowaniem leczenia zachowawczego, pomimo że całość objawów klinicznych i wyniki przeprowadzonych badań dodatkowych były wystarczające do rozpoznania niepełnej niedrożności jelit i stanowiły wskazanie do podjęcia niezwłocznej interwencji chirurgicznej – zabiegu operacyjnego laparotomii i zaniechał podjęcia decyzji o podjęciu tego zabiegu, co w konsekwencji spowodowało narażenie pokrzywdzonego na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia, które mógł i powinien przewidzieć, tj. o czyn z art. 160 § 2 i 3 kk. (wyrok k. 533-534 akt karnych II K 213/08 Sądu Rejonowego w Wieluniu).

Wyrok ten został utrzymany w mocy przez Sąd Okręgowy w Sieradzu z dnia 31 marca 2010 roku w sprawie II Ka 11/10 (wyrok k. 637-637v akt karnych II K 213/08 Sądu Rejonowego w Wieluniu)

W sprawie brak jest podstaw do przyjęcia istnienia związku przyczynowego pomiędzy postępowaniem personelu lekarskiego w Szpitalu w W. a późniejszym zgonem I. K. w Klinice (...) w Ł.. Zakładając, że w Szpitalu w W. wykonano by operację w pierwszych dobach po przyjęciu pacjenta, nie gwarantowałyby takie postępowanie 100 % prawdopodobieństwa wykluczenia możliwości wystąpienia powikłań i śmierci w wyniku sepsy. Najprawdopodobniej, gdyby nie doszło do rozwinięcia się objawów sepsy u pokrzywdzonego, to nie nastąpiłaby śmierć pacjenta I. K.. Przeprowadzenie zabiegu operacyjnego w szpitalu w Ł. w pierwszej dobie po przywiezieniu pacjenta, również nie wyeliminowałoby zagrożenia dla jego życia, należy podkreślić że w konkretnym przypadku, pacjent po przyjęciu do Kliniki (...) w Ł. był we względnie dobrym stanie ogólnym, wymagał przeprowadzenia przygotowania do operacji, natomiast stan chorego nie wskazywał na konieczności przeprowadzenia operacji w trybie nagłym (opinia instytutu - (...) Zakładu (...) k. 326-341).

W okresie hospitalizacji w Szpitalu w W. nie było bezwzględnych wskazań do leczenia operacyjnego, jednak podejrzewając możliwość niepełnej niedrożności przewodu pokarmowego oraz biorąc pod uwagę przebyte wcześniej zap. trzustki, niejasny obraz kliniczny, pacjent został skierowany do kliniki chirurgii. W okresie hospitalizacji w Szpitalu w W. nie było objawów pełnej niedrożności, zaś podejrzenie podniedrożności nie wymaga natychmiastowej operacji, jednak mając świadomość ryzyka wystąpienia pełnej niedrożności przewodu pokarmowego z nieustalonej przyczyny pacjent z nawracającym zapaleniem trzustki, celem zapewnienia lepszej opieki, został przekazany do Kliniki (...) w Ł.. Leczenie zachowawcze w przypadku ostrego zapalenia trzustki z towarzyszącą niedrożnością porażoną jelit jest prowadzone nawet do 2 tygodni. Zarówno objawy kliniczne oraz wyniki badań dodatkowych stanowiły przesłankę do podejrzenia nawracającego ostrego zapalenia trzustki, zaś rozpoznanie co tłumaczyło również podejrzenie niepełnej niedrożności przewodu pokarmowego. W okresie hospitalizacji w szpitalu w W. nie było bezwzględnych wskazań do laparotomii. Podczas hospitalizacji w Szpitalu w W. nie było objawów klinicznych ani radiologicznych wskazujących na istnienie pełnej niedrożności mechanicznej przewodu pokarmowego. Diagnostyka i terapia podjęte przez lekarzy W. P. i M. S. było adekwatne do stanu klinicznego chorego w tym okresie i prowadzona z należytą starannością nie przyczyniło się do pogorszenia rokowania. Opóźnienie leczenia było wynikiem obserwacji i leczenia farmakologicznego chorego z nietypowymi objawami dotyczącymi zarówno nawracanego zapalenia trzustki z niedrożnością porażoną jak i wystąpienia podniedrożności przewodu pokarmowego. Takie postępowanie nie zwiększało ryzyka wystąpienia powikłań zarówno w trakcie jak i w po zabiegu operacyjnym. W Oddziale Chirurgicznym Szpitala w W. możliwe było wykonanie zabiegu otwarcia jamy brzusznej i wycięcia części jelita z pooperacyjnym zespoleniem jelita lub wytworzeniem sztucznego odbytu. Chory był po przebyłym ostrym zapaleniu trzustki z obecnie podejrzeniem nawrotu tego schorzenia, zaś towarzyszące w tym przypadku dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego wymagały różnicowania między niedrożnością porażoną gdy zabieg operacyjny nie jest wskazany, nie wymagający leczenia operacyjnego lub niepełną niedrożnością mechaniczną, z której mogła się rozwinąć ostra pełna niedrożność wymagająca leczenia operacyjnego. Lekarze zachowując należytą ostrożność

postanowili chorego w skomplikowanej sytuacji diagnostycznej przekazać do ośrodka o wyższym stopniu referencji. W medycynie jedynie w niewielkiej części przypadków można mówić o 100% prawdopodobieństwie czyli pewności diagnozy, wykluczenia powikłań pooperacyjnych, w każdym przypadku istnieje możliwość wystąpienia powikłań pooperacyjnych. Prawidłowe badanie lekarskie podmiotowe i przedmiotowe pozwala na postawienie prawidłowego rozpoznania w 80-85% przypadków. Różnego rodzaju powikłania pooperacyjne po różnych typach operacji wahają się w przedziale od 2% do 28% przypadków. Nie można ocenić prawdopodobieństwa wyleczenia pacjenta gdyby lekarze w W. podjęli się zabiegu operacyjnego w pierwszych dobach po przyjęciu. Zapalny guz esicy - schorzenie na które cierpiał I. K. miało charakter przewlekły. Rodzaj procesu zapalnego wyjaśniłoby badanie histopatologiczne materiału z operacji z dnia 09.05.2005 r. którym na tym etapie postępowania już nie dysponowano, a więc można jedynie podejrzewać, że przyczyną schorzenia był odczyn na zmieniony zapalnie uchyłek jelita grubego (opinia (...) Medycznego - Zakładu (...) k. 326-341, opinia uzupełniająca (...) Medycznego - Zakładu (...) k.390 – 395)

Fakty w niniejszej sprawie nie były sporne a sporna była jedynie ich ocena, w szczególności to czy pozwani ponoszą odpowiedzialność za śmierć I. K. oraz czy zachodzi związek przyczynowy pomiędzy czynnościami zaniechanymi przez pracowników pozwanego szpitala, a niewłaściwie udzielonym świadczeniem medycznym i czy ono przyczyniło się do pogorszenia jego stanu zdrowia i w konsekwencji doprowadziło do jego zgonu.

Podstawowe znaczenie dla czynienia ustaleń w powyższym zakresie miała dokumentacja medyczna i opracowane na jej podstawie opinie (...) Medycznego - Zakładu (...). Obie opinie Sąd Okręgowy uznał za kategoryczne i przekonujące, wystarczająco wyjaśniające zagadnienia wymagające wiadomości specjalnych. Opinie nie zawierały wad rozumowania, odniesione były do faktów dotyczących procesu leczenia I. K., aktualnego stanu wiedzy medycznej, były zrozumiałe a ich konkluzje oparte o materiał zebrany w sprawie.

Z tego względu nieskuteczne było ponawianie przez powodów wniosku o dopuszczenie dowodu z opinii kolejnego Instytutu tylko z tego powodu iż wnioski opinii nie wspierały ich stanowiska procesowego w sprawie.

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

Podstawę odpowiedzialności pozwanego zakładu opieki zdrowotnej stanowią przepisy art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c., a wobec pozwanego ubezpieczyciela art. 822 k.c.

Przesłankami odpowiedzialności z art. 415 k.c. są zaistnienie zdarzenia (czynu niedozwolonego, deliktu - w tym wypadku jest to zaniechanie lekarzy, skazanych prawomocnym wyrokiem), z którym ustawa wiąże obowiązek odszkodowawczy, powstanie szkody (jaką jest śmierć I. K.) oraz istnienie związku przyczynowego między zdarzeniem a szkodą, ujętego w rozumieniu teorii tzw. adekwatnej przyczynowości, mającej swój wyraz normatywny w przepisie art. 361§1 k.c., stanowiącym, że zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła.

Okolicznością istotną w tym postępowaniu było również istnienie wyroku karnego skazującego dwóch pracowników pozwanego szpitala za przestępstwo z art. 160 § 2 i 3 kk

Z mocy art. 11 kpc Sąd cywilny związany jest bowiem ustaleniami dotyczącymi popełnienia przestępstwa - a więc okolicznościami składającymi się na jego stan faktyczny, czyli osobę sprawcy, przedmiot przestępstwa oraz czyn przypisanym oskarżonemu - które znajdują się w sentencji wyroku.

Oznacza to, że sąd - rozpoznając sprawę cywilną - musi przyjąć, że skazany popełnił przestępstwo przypisane mu wyrokiem karnym (wyrok SN z dnia 14 kwietnia 1977 r., IV PR 63/77, LEX nr 7928).

Związanie sądu cywilnego, przewidziane w art. 11 kpc, jest rezultatem konkretnego rozwiązania ustawowego ograniczającego samodzielność sądu cywilnego zwłaszcza w zakresie swobodnej oceny dowodów i zasady bezpośredniości.

Z prejudycjalnego charakteru wyroku skazującego wynika, że strony procesu cywilnego w zasadzie nie mogą prowadzić dowodów na okoliczności sprzeczne z opisem czynu przypisanego skazanemu wyrokiem sądu karnego.

To oznacza, że okoliczności, którymi związany jest sąd cywilny, nie mogą być przedmiotem postępowania dowodowego, a tym samym oceny sądu.

Obowiązkiem Sądu Okręgowego było więc przyjęcie, iż lekarze sprawujący nadzór nad opieką lekarską wobec I. K. nie dołożyli należytej staranności przy ocenie jego stanu zdrowia, przyjmując jako pierwotną przyczynę objawów i dolegliwości pacjenta ostre zapalenie trzustki zamiast niedrożności mechanicznej spowodowanej przez guz jamy brzusznej, co skutkowało bezzasadnym kontynuowaniem leczenia zachowawczego - pomimo iż całość objawów klinicznych i wyniki przeprowadzonych badań dodatkowych były wystarczające do rozpoznania niepełnej niedrożności jelit i stanowiły wskazanie do podjęcia niezwłocznej interwencji chirurgicznej – zabiegu laparotomii oraz zaniechali podjęcia decyzji o przeprowadzeniu tego zabiegu, co w konsekwencji spowodowało narażenie pokrzywdzonego na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia, tj. czynu z art. 160 § 2 i 3 kk.

Wyrok karny z uwagi na swój zakres przesądza w tej sprawie jednak tylko o istnieniu odpowiedzialności lekarzy za narażenie a nie za naruszenie zdrowia i życia, czyli za ich działanie na etapie wcześniejszym, poprzedzającym wywołanie skutku w postaci utraty życia przez I. K..

Jakkolwiek wyrok karny potwierdza istnienie błędu diagnostycznego, którego konsekwencją był błąd decyzyjny i leczniczy to jednak nie przesądza jeszcze o winie lekarzy w doprowadzeniu do zgonu pacjenta i istnieniu związku przyczynowego pomiędzy tym zaniechaniem a jego śmiercią.

Te okoliczności nie były objęte zakazem dowodzenia i stały się przedmiotem opinii (...) Medycznego - Zakładu Medycyny Sądowej, który stanowczo stwierdził, iż opóźnienie decyzji o operacji nie zwiększało prawdopodobieństwa pogorszenia ogólnego stanu I. K. i nie zwiększało ryzyka wystąpienia powikłań zarówno w trakcie, jak i po zabiegu operacyjnym.

W sprawie nie można było także ocenić prawdopodobieństwa wyleczenia pacjenta, gdyby lekarze pozwanej placówki podjęli się zabiegu operacyjnego w pierwszych dobach po przyjęciu, gdyż jak wynika z opisu operacji dokonanej w (...) Szpitalu (...) w Ł. - zapalny guz esicy - schorzenie na które cierpiał pokrzywdzony miało charakter przewlekły. Rodzaj procesu zapalnego wyjaśniłoby badanie histopatologiczne materiału z operacji tamże przeprowadzonej w dnia 9 maja 2005 roku, które nie zostało jednak wykonane a materiał z tej operacji już nie istnieje.

Tym samym w ocenie Sądu Okręgowego nie było podstaw do przyjęcia istnienia związku przyczynowego pomiędzy postępowaniem lekarzy a późniejszym zgonem pacjenta.

Wniosek taki pozostaje również w zgodzie z treścią wyroku sądu karnego, który uznał, że okoliczności sprawy karnej objęte zarzutem prokuratorskim nie dawały podstaw do zmiany kwalifikacji czynu lekarzy pozwanej placówki medycznej na czyn wypełniający dyspozycję art. 155 § 1 kk. (?)

Ocena prawna sądu karnego była pochodną wniosków opinii Akademii Medycznej im. (...) we W. Katedry i Zakładu (...)w której to opinii także wykluczono bezpośredni związek przyczynowo skutkowy pomiędzy zaniechaniem lekarzy a zgonem pacjenta, gdyż nie można jednoznacznie stwierdzić, że przeprowadzenie w odpowiednim czasie zabiegu operacyjnego na pewno zapobiegłoby śmierci pacjenta.

Nie ma zatem pewności, iż w pełni prawidłowe postępowanie lekarskie w Szpitalu w W. pozwoliłoby na skuteczne zapobieżenie śmierci pacjenta, a tym samym na stwierdzenie, że na pewno udałoby się go utrzymać przy życiu.

Tym samym nie można wyprowadzić wniosku, że penalizowane nieprawidłowości w postępowaniu lekarskim bezpośrednio przyczyniły się do zgonu I. K., czy wręcz stały się przyczyną jego zgonu.

W zakresie podstawy faktycznej roszczenia, powodowie nie udowodnili więc istnienia związku przyczynowego między zaniechaniem przeprowadzenia operacji a zgonem pacjenta.

Ustalenia faktyczne nie pozwalają, wbrew powodom, przyjąć, że zachodzą przesłanki odpowiedzialności pozwanego za krzywdę z art. 445 § 1 kc, czy odpowiedzialności za szkodę z art. 446 § 3 kc, gdyż powodowie nie wykazali przesłanki odpowiedzialności pozwanego szpitala z art. 430 kc, to jest zawinonego przez personel medyczny Szpitala wyrządzenia im krzywdy w następstwie doprowadzenia pacjenta do zgonu.

Skoro co do zasady roszczenia powodów są nieuzasadnione, bezprzedmiotowe stało się prowadzenie postępowania dowodowego na okoliczność krzywdy i rozmiaru cierpień powodów oraz ich sytuacji życiowej przed i po śmierci I. K. a więc rozważania na temat należnego im odszkodowania z tytułu znacznego pogorszenia ich sytuacji życiowej oraz wysokości należnego im zadośćuczynienia.

O kosztach postępowania pierwszoinstancyjnego Sąd orzekł na podstawie art. 102 kc. Sąd uznał, iż w niniejszej sprawie zachodzi „wypadek szczególnie uzasadniony” w który pozwala Sądowi nie obciążać strony przegrywającej kosztami postępowania. Przy podejmowaniu takiej decyzji Sąd I instancji wziął pod uwagę przede wszystkim istnienie po stronie powodowej subiektywnego przekonania o zasadności roszczeń, które mogło zostać zweryfikowane dopiero w drodze wytoczonego powództwa. W niniejszej sprawie Sąd dostrzega, że dotknięci tragedią życiową powodowie, nie mogli z góry przewidzieć wyniku postępowania i mogli oczekiwać, że przyniesie ono pozytywny dla nich skutek. Specyfika spraw dotyczących błędów medycznych jest taka, że zasadności roszczeń nie sposób przeważnie ocenić a priori. Sąd miał też na uwadze ich trudną sytuację życiową i majątkową, w związku z czym doszedł do przekonania, że po ich stronie zachodzą okoliczności pozwalające na wyjątkowe odstępianie od ogólnych reguł rządzących problematyką kosztów procesu.