

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 9 listopada 2015 roku powódka Z. M. (1) wniosła o zasądzenie od pozwanego Wojewódzkiego Szpitala (...) w Ł. kwot 240.000 zł tytułem zadośćuczynienia oraz 10.000 zł tytułem odszkodowania. Ponadto wniosła o zasądzenie na jej rzecz zwrotu kosztów postępowania.

W uzasadnieniu wskazała, że dnia 16 czerwca 2015 roku została przyjęta na oddział Ginekologii Operacyjnej i Onkologicznej Wojewódzkiego Szpitala (...) w Ł. z rozpoznaniem guza przestrzeni zaotrzewnowej oraz lewych przydatków. Wskazała, że w jej ocenie proces leczenia był nieprawidłowy i sprzeczny ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznania i leczenia chorób. Zdaniem powódki doszło do nieprawidłowego wykonania u niej zabiegu operacyjnego w postaci usunięcia guza zaotrzewnowego i przydatków po lewej stronie, co doprowadziło do konieczności przeprowadzenia dodatkowych licznych zabiegów chirurgicznych powodujących znaczne cierpienia fizyczne i psychiczne, co zdaniem powódki przesądza o niedołożeniu należytej staranności o jakiej mowa w art. 4 ustawy o zawodzie lekarza i dentysty. Dodatkowo podniosła powódka, iż podczas pobytu w szpitalu została zakażona drobnoustrojami powodującymi martwicę tkanek i niegojenie się ran pooperacyjnych, co dodatkowo potęguje ból i cierpienie. (pozew - k. 4 - 5)

W odpowiedzi na pozew pozwany Wojewódzki (...) w Ł. wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie kosztów postępowania sądowego od powódki na rzecz pozwanego. Zdaniem pozwanego, podczas pobytu powódki w Oddziale Ginekologii Operacyjnej i Onkologicznej, w trakcie procesu diagnostycznego, u pacjentki, poza wypadaniem pochwy, stwierdzono nierozpoznanego uprzednio guza o dużych rozmiarach, którego obecność potwierdzono w ultrasonografią i tomografią komputerową. Ponadto rozpoznano dużą przepuklinę brzuszną z niedorozwojem prawego mięśnia prostego brzucha. Pozwany podał, że pomimo licznych obciążeń i dużego ryzyka związanego z ewentualną operacją, ze względu na podejrzenie nowotworowego charakteru guza, pacjentka zakwalifikowała została do zabiegu operacyjnego polegającego na podjęciu próby wycięcia ww. guza drogą otarcia jamy brzusznej. Zdaniem pozwanego, chorą poinformowano o możliwych powikłaniach planowanego zabiegu, zaś sam zabieg podczas którego usunięto dużych rozmiarów guz bez uszkodzenia ważnych dla zdrowia i życia narządów, przeprowadzono zgodnie z zasadami aktualnej wiedzy medycznej. Następnie pozwany wskazał, że badanie histopatologiczne guza wykazało, że był to złośliwy nowotwór pod postacią tłuszczakomięsaka. Podał też pozwany, iż w rutynowym badaniu mikrobiologicznym oceniającym kolonizację pacjentki (przeprowadzonym w chwili przyjęcia) stwierdzono oporny na większość antybiotyków patogen alarmowy - bakterie E. coli (...) (+), w związku z czym zastosowano profilaktykę okołoperacyjną, a następnie antybiotykoterapię. Zdaniem pozwanego, w przebiegu pooperacyjnym wystąpiły powikłania, w związku z czym pacjentka ponownie przeszła zabieg operacyjny, natomiast o możliwości takich powikłań, jak i o konieczności powtórnej operacji chora została poinformowana przed pierwszym zabiegiem, na który wyraziła zgodę. Następnie, jak wskazał pozwany, w posiewie z rany pooperacyjnej wyhodowano te sam szczep bakterii, który potem spowodował martwicę tkanek i niegojenie się ran pooperacyjnych. Pozwany zaprzeczył, jakoby w dniu 7 sierpnia 2015 r. miał miejsce dodatkowy zabieg pooperacyjny, powodujący znaczne cierpienia psychiczne, albowiem wówczas doszło do zdjęcia szwów i oczyszczenia rany pooperacyjnej. (odpowiedź na pozew - k. 25 - 27)

Pozwany wniósł o zawiadomienie (...) S.A. z siedzibą w W. o toczącym się postępowaniu, na podstawie art. 84 k.p.c. (pismo procesowe - k. 29)

Wobec śmierci powódki postanowieniem z dn. 15 kwietnia 2016 roku Sąd zawiesił postępowanie w sprawie z dniem 14 stycznia 2016 r. i podjął zawieszono postępowanie z udziałem następców prawnych zmarłej powódki E. P. (1) i M. S.. (postanowienie - k. 51)

Pismem z dnia 12 lipca 2016 roku powodowie E. P. (1) oraz M. S. zmodyfikowali powództwo w ten sposób, że wnieśli o zasądzenie od pozwanego Wojewódzkiego Szpitala (...) w Ł. na rzecz powodów solidarnie kwot 240.000 zł tytułem zadośćuczynienia i 10.000 zł tytułem odszkodowania wraz z ustawowymi odsetkami od 13 listopada 2015 roku do

dnia 31 grudnia 2015 roku oraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 roku do dnia zapłaty.
(pismo procesowe - k. 80 - 81)

Do zamknięcia rozprawy strony nie zmieniły uprzednio zajętych stanowisk procesowych.

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny.

Z. M. (1) chorowała na całkowite wypadanie narządu rodowego. Z tej przyczyny zgłosiła się do leczenia operacyjnego w Oddziale Ginekologii Operacyjnej i Onkologicznej (...) im. M. P. w Ł. w dniu 16 czerwca 2015 r. U pacjentki stwierdzono choroby współistniejące:

- otyłość,
- nosicielstwo patogenu alarmowego E. coli (...) (+) - wynik badania wymazu z pochwy z dn. 17.06.2015 r.,
- zapalenie płuc w trakcie hospitalizacji,
- niewydolność krążenia i niewydolność oddechowa,
- nadciśnienie tętnicze,
- kamicy nerkową,
- miażdżycę aorty brzusznej,
- infekcję dróg moczowych - wynik badania moczy z dn. 17.06.2015 r.,
- nieprawidłowe parametry nerkowe wskazujące na przewlekłą niewydolność nerek - wynik badania z dn. 17.06.2015 r.,
- zmiany guzowate w obrębie lewej nerki,
- zmiany pozapalne w obrębie tłuszczu,
- podejrzenie obecności guza jamy brzusznej położonego obok macicy,
- przepuklinę pępkową zawierającą jelita i sieć większą.

Ponadto pacjentka przeżyła uprzednio operację żyłaków kończyn dolnych (2001 r.), alloplastykę prawego stawu biodrowego (2002 r.) i cholecysektomię laparoskopową w 2007 r. W dniu 23 czerwca 2015 r. u Z. M. (1) zabieg operacyjny : otwarto jamę brzuszną, stwierdzono guz nowotworowy o wymiarach 10*7*7 cm, zlokalizowany w lewej przestrzeni zaotrzewnowej. Guz z dużymi trudnościami technicznymi usunięto. Usunięto również lewe przydatki. Ze względu na warunki śródoperacyjne zaszła konieczność otwarcia dróg moczowych i kontroli moczowodów. Badanie histopatologiczne usuniętego guza wykazało utkanie nowotworu złośliwego o nazwie szkliwiejący tłuszczakomięsak. W przebiegu pooperacyjnym u pacjentki wystąpił mechanizm niedrożności jelit na tle uwięźnięcia bardzo rozległej, wielokomorowej przepukliny pępkowej. Pacjentkę przeniesiono z Oddziału Ginekologicznego do Oddziału (...) Ogólnej i Naczyniowej (...) im. M. P. w Ł. w dniu 28 czerwca 2015 r. i poddano wtórnej operacji brzusznej w trybie pilnym w dniu 29 czerwca 2015 r. w nocy. Ś. stwierdzono: rozległą martwicę tkanki podskórnej z ropniem, ropne zapalenie otrzewnej z ropniem wewnątrzbrzusznym, rozległą, wielokomorową, uwięźniętą przepuklinę pępkową. O. worek przepukliny, uwolniono liczne zrosty jelita cienkiego i odprowadzono uwięźnięte pętle bez uszkodzenia jelita, usunięto martwicze tkanki, odessano ropę i zdrenowano jamę brzuszną. Ubytek tkanek powłok brzusznych był tak znaczny, że nie udało się szczelnie zamknąć rany pooperacyjnej. W dalszym przebiegu pooperacyjnym u pacjentki stosowano wielokierunkową, specjalistyczną i intensywną terapię.

W dniu 7 sierpnia 2015 r. operacyjnie usunięto martwicze tkanki z rany powłok brzusznych. Pacjentkę przeniesiono do Oddziału Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Kardiologicznym.

W trakcie diagnostyki przedoperacyjnej u powódki wykryto obecność guza nowotworowego przestrzeni pozaotrzewnowej, położonego po lewej stronie macicy. Powódkę zakwalifikowano do leczenia operacyjnego. Odstąpiono od pierwotnego zamiaru leczenia operacyjnego całkowitego wypadania narządu rodowego. Celem zabiegu chirurgicznego z dn. 23 czerwca 2015 r. stało się usunięcie guza nowotworowego. Zabieg operacyjny był bardzo trudny technicznie ze względu na charakter, rozmiar i położenie guza nowotworowego. Zaszła nawet konieczność otwarcia dróg moczowych w celu kontroli przebiegu moczowodów. Okoliczność ta jest istotna ze względu na współistniejącą u powódki infekcję dróg moczowych, ponieważ skutkowała ona skażeniem pola operacyjnego, a bakteriologiczny charakter operacji zmienił się z "czystej" na "skażoną". Operacja ginekologiczna przeszła bez istotnych powikłań. Pierwotną przyczyną powikłań, które wystąpiły u powódki w okresie pooperacyjnym było uwięźnięcie dużej przepukliny pępkowej, pozostałej po uprzednio przebytych operacjach. Z danych zawartych w dokumentacji ginekologicznej i chirurgicznej wynika, że była to rozległa, wielokomorowa przepuklina pępkowa zawierająca jelita i sieć większą. Przepuklina uległa uwięźnięciu, a wtórne zmiany patologiczne doprowadziły do wystąpienia martwicy powłok brzusznych w obszarze chorobowym oraz do powstania ropnego zapalenia otrzewnej z wytworzeniem ropnia wewnątrzbrzuszego. W czasie leczenia chirurgicznego u powódki w (...) im. M. P. w Ł. od czerwca do sierpnia 2015 r. nie zostały popełnione żadne błędy, ani zaniedbania.

U powódki występowała koincydencja chorób samoistnych, powikłań uprzednio przebytych operacji, współistniejących infekcji wewnątrzustrojowych oraz powikłań pooperacyjnych dotyczących aktualnego leczenia zabiegowego. Można było stwierdzić u powódki długotrwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany uszkodzeniem powłok jamy brzusznej wskutek koincydencji powikłań pooperacyjnych i chorób samoistnych, bez uszkodzenia narządów wewnętrznych w wysokości 30 %.

Rozmiar cierpień u powódki ocenić należy jako wysoki. Niemożliwe jest jednak oddzielenie u powódki chorób samoistnych od powikłań pooperacyjnych i od wystąpienia niepożądanych zdarzeń medycznych związanych z leczeniem operacyjnym. Utrudnienia w życiu powódki, prócz chorób samoistnych i powikłań, związane były z rozległym ubytkiem powłok brzusznych oraz koniecznością stosowania wielokierunkowego, wysokospecjalistycznego leczenia.

Koszty leczenia chirurgicznego powódki zostały w całości poniesione przez NFZ. Powódka przebywała w szpitalu, więc miała świadczoną pomoc osób trzecich w wymiarze całodobowym. U powódki stosowano leczenie żywieniowe, którego koszty poniósł NFZ.

U powódki przed zabiegiem operacyjnym w dn. 23.06.2015 r. stwierdzono nosicielstwo patogenu alarmowego E. coli (...) (+). Poza tym stwierdzono u niej infekcję układu moczowego. Wymaz z rany z dnia 24 lipca 2015 r. wykazał obecność szczepów gronkowca złocistego metycyklinoopornego (...). Jest to patogen alarmowy, u powódki wykazywał on wrażliwość na siedem antybiotyków antybiogramu. U powódki uwzględniając całość złożonej sytuacji nastąpiła koincydencja współistniejących zakażeń wewnątrzustrojowych z infekcją okołoooperacyjną związaną z martwicą powłok brzusznych i ropnym zapaleniem otrzewnej, przy możliwości translokacji bakterii jelitowych.

U powódki rokowania były niepomyślne. (dokumentacja medyczna - tom załączony, opinia biegłego z zakresu chirurgii ogólnej, naczyniowej i terakochirurgii - k. 70, wyniki badania bakteriologicznego - k. 132 - 132odw)

Podczas leczenia chirurgicznego pacjentki w (...) im. M. P. od czerwca do sierpnia 2015 roku nie zostały popełnione żadne błędy, ani zaniedbania. Konsultacja w zakresie chirurgii ogólnej lub wręcz udział chirurga w operacji z dn. 23.06.2015 r. Ze strony chirurgicznej można było podjąć choćby prowizorycznego zabezpieczenia przepukliny pępkowej od strony jamy brzusznej po operacji przeprowadzonej w dniu 23 czerwca 2015 r. Jednakże należy mieć na uwadze, że przepuklina pępkowa zawierająca jelita i sieć większą zawsze może ulec uwięźnięciu, zwłaszcza w przebiegu pooperacyjnym, gdzie dużym zmianom ulega homeostaza organizmu.

Zapobieżenie infekcji u chorych z takimi powikłaniami jak u Z. M. (1) oraz o takim stopniu skomplikowania procesów chorobowych jak u zmarłej graniczy z niemożliwością. Nie ma możliwości uchronienia przed zakażeniem chorego, u którego dochodzi do martwicy jelita i wylania się treści jelitowej do jamy otrzewnej. (opinia uzupełniająca biegłego z zakresu chirurgii ogólnej, chirurgii naczyniowej i terakochirurgii - k. 315 - 317)

Pacjentka w chwili operacji była osobą w zaawansowanym wieku - 79 lat. Dodatkowo obciążona była poważnymi schorzeniami przewlekłymi. Najistotniejsze z nich to niewydolność krążenia w III stopniu zaawansowania wg (...), a ponadto niewydolność nerek, kamica nerek, liczne, guzowate zmiany pozapalne okołonerkowe i całkowite wypadanie narządu rodnego. Objawy uciskowe ze strony guza spowodowały zastój w drogach moczowych po stronie lewej oraz zakażenie nerki lewej. Wypadanie narządu rodnego - czyli stan przewlekły po u chorej - oznacza, że cała pochwa wisi przed szparą sromową i kroczem w postaci worka przepuklinowego zawierającego macicę i części przydatków, pęcherz moczowy, a często także jelita. Utrzymanie higieny takiego worka przepuklinowego jest niemożliwe. Zakażone zmiany zapalne powierzchni wypadniętej pochwy są powszechnie spotykane u kobiet z całkowitym wypadaniem narządu rodnego. W trakcie przygotowań chorej do zabiegu operacyjnego, którego celem miała być poprawa położenia macicy i pochwy, wykryto u chorej duży guz miednicy, którego lokalizacja była podstawą podejrzenia guza jajnik. Badanie obrazowe TK potwierdziło obecność guza mylnie interpretując go jako zwapniałe mięśniaki. Wykonano badanie markerów w kierunku guza nowotworowego pochodzenia jajnikowego. Guz ten finalnie okazał się rzadkim guzem wywodzącym się z komórek tłuszczowych - liposarcoma. Operacja powódki nabiera charakteru pilnego ze wskazań życiowych. W ówczesnych warunkach decyzja o otwarciu jamy brzusznej i usunięciu guza była jedynym słusznym i prawidłowym postępowaniem wobec podejrzanego charakteru (nowotworowego) guza i niekorzystnej dla chorej lokalizacji dużego guza. Odwlekanie decyzji przyczyniłoby się do pogorszenia stanu chorej.

Guz w miednicy wielkości 10*7 cm zawsze jest wskazaniem do leczenia operacyjnego. Niezależnie od tego, czy guz jest nowotworem złośliwym, czy też nie - obecność tak dużego guza w okolicy ważnych narządów stanowi ryzyko zdrowotno - życiowe dla pacjenta. Czas operacji guza złośliwego ma największe znaczenie w rokowaniu dotyczącym życia. W przypadku guza niezłośliwego tej wielkości i lokalizacji, jego obecność wiąże się z ryzykiem uszkodzenia innych narządów. Możliwymi powikłaniami są niedrożność moczowodu, ucisk żyły biodrowej i jej rozgałęzień, które mogą prowadzić do zaburzeń przepływu krwi, tworzenia się zakrzepów żylnych i choroby zatorowej jako tego konsekwencji. Powikłaniami mogą być też odległe stany jak zator płucny lub udar mózgu. Potraktowanie dużego guza miednicy jako schodzenia wymagającego pilnej interwencji miało najwyższe uzasadnienie, pomimo istnienia wielu czynników ryzyka schorzeń zakrzepowych oraz schorzeń w postaci Zakażenia Miejsca Operowanego - (...).

Przeprowadzony zabieg operacyjny był bardzo trudny. Wyłuszczenie dużego guza z przestrzeni pozaotrzewnowej zwanej w ginekologii przymaciczem jest niebezpieczne. Główne zagrożenia dotyczą uszkodzenia dróg moczowych, bowiem moczowód leży zawsze na samym dnie łoża guza, choć jego dokładny przebieg może być różny. Innym poważnym ryzykiem jest obecność wielkich naczyń krwionośnych z żyłą i tętnicą biodrową na czele. Niezamierzone uszkodzenie tych struktur jest częste, a uniknięcie ich uszkodzenia - dużą sztuką. Z tego powodu dodatkową osobą biorącą udział w operacji był urolog. W zakresie operacji powódka była zabezpieczona w najwyższym stopniu. Podczas zabiegu dopełnione zostały wszystkie procedury związane z minimalizacją ryzyka poważnych powikłań.

Najlepsze skutki osiąga się wówczas, gdy pacjent otrzymuje antybiotyk, na który wrażliwość bakterii pacjenta została sprawdzona empirycznie w postaci antybiogramu. Najkorzystniejsze jest wówczas podanie antybiotyku jeszcze przed rozpoczęciem operacji. Oba warunki postępowania zostały dochowane w pozwanym szpitalu. Zastosowanie gentamycyny u pacjentki przed rozpoczęciem operacji było jedynym logicznym i prawidłowym postępowaniem.

Zakażenie (zropienie) rany, jakie wystąpiło u powódki wypełnia kryteria głębokiego zakażenia przestrzeni miejsca operowanego według kryteriów (...) Centrum (...). Ryzyko zakażenia miejsca operowanego u powódki pierwotnie było wysokie - wynosiło co najmniej od 13 do 27%. Najważniejszą przyczyną zakażenia miejsca operowanego w przypadku operacji ginekologicznych stanowi skażenie pola operacyjnego drobnoustrojami pochodzącymi ze skóry pacjentki lub z jej pochwy. Obecność bakterii E. coli w narządzie rodnym oznacza kolonizację narządu rodnego. Ryzyko rozwoju zakażenia jest większe, jeżeli dochodzi do skażenia dużą liczbą drobnoustrojów i jeżeli odznaczają się one

dużą zjadliwością. W ramach przygotowań przedoperacyjnych wykonano posiew z pochwy u powódki stwierdzając obecność patogenu alarmowego E. coli (...) (+). Pacjentka otrzymała przed operacją dawkę Gentamycyny, na którą wyhodowana E.coli była wrażliwa. Według współczesnej wiedzy ropnie w łożu pooperacyjnej w miednicy mniejszej powstają na skutek gromadzenia się krwi, chłonki i płynu surowiczego, mas martwiczych oraz skrzepów krwi w najniższym punkcie łoży lub wokół niej. Sposobem postępowania zabezpieczającego jest drenowanie miejsca operacyjnego w celu ewakuacji gromadzonych w łożu płynów. Tę metodę stosowano u powódki. Większe ryzyko rozwoju pooperacyjnych zakażeń głębokich i narządowych dotyczy zabiegów, w trakcie których dochodzi do utraty dużej ilości krwi (ponad 500 ml), a także operacji trwających ponad 2 godziny. U powódki łączna utrata krwi nie została szczegółowo określona, a operacja trwała ponad 2 godziny.

Zakażenie szpitalne należy rozpatrywać jako:

- niepowodzenie terapeutyczne - zaistnienie niezależnego od personelu i szpitala oraz niezawinionego splotu niezależnych od nich działań i okoliczności stanowiących możliwe i dopuszczalne powikłanie działań medycznych,
- błąd medyczny - wynikający z nieprawidłowego działania personelu, niezgodnego z aktualną wiedzą medyczną, niewłaściwego postępowania diagnostyczno - leczniczego lub niewłaściwej organizacji pracy, a także niedołożenie najwyższych starań w podejmowanych działaniach.

Zjawisk zakażenia szpitalnego nie jest więc równoznaczne ze stwierdzeniem winy po stronie personelu szpitala. W każdym, indywidualnym przypadku konieczne jest wskazanie i udowodnienie zaniedbania po stronie personelu szpitala. Po to, by wykazać przyczynienie się szpitala do zakażenia miejsca operowanego należy wykazać możliwe źródła zakażenia inne, niż flora własna pacjentki. U powódki patogenem zakaźnym był drobnoustrój E. coli (...) (+). W ostatnich latach obserwuje się tendencję wzrostową liczby zakażeń wywołanych przez szczepy pałeczek Gram - ujemnych opornych na antybiotyki B- laktamowe. E. coli jest bakterią powszechnie występującą u ludzi, a miejscem jej bytowania są jelita. Bardzo prawdopodobnym jest, że własna bakteria stała się przyczyną ropnia w ranie pooperacyjnej. Dowodzi tego także posiew treści ropnej wykonany w Klinice (...), gdzie wyhodowano ten sam szczep bakterii, która bytowała u powódki w pochwie i został wyhodowany w Klinice (...) przed operacją guza miednicy. W obu posiewach wyhodowanym patogenem była E. coli (...) (+).

Źródłem zakażenia może być sam pacjent, a także:

- nieprawidłowo wysterylizowane narzędzie chirurgiczne,
- będący nosicielem albo chory członek personelu szpitala,
- własna flora bakteryjna operowanego pacjenta.

Zakażenie miejsca operowanego u Z. M. (1) uznać należy z niepowodzenie terapeutyczne, tj. zaistnienie zakażenia niezależnie od działań personelu szpitala oraz niezawinionego splotu niezależnych od ich działań okoliczności stanowiących możliwe i dopuszczalne powikłanie działań medycznych. Przyczyną zakażenia była bakteria, którą wyhodowano wcześniej w posiewie pobranym przed operacją z pochwy pacjentki. Wobec istnienia źródła bakterii E. coli w posiewie z własnej jamy ciała pacjentki poszukiwanie źródła zakażenia taką sama bakterią poza organizmem pacjentki wydaje się nie mieć podstaw logicznych.

Z. M. (1) chorowała na przepuklinę pępkową od ok. 2007 roku. Z jej strony było to zaniedbanie, bowiem powinna być operowana znacznie wcześniej. Wraz z upływem czasu przepuklina powiększa się. W jej worku dochodzi do wytworzenia się zmian zapalnych, zrostów jelit do ścian worka przepuklinowego lub zrostów jelit do siebie. Z upływem czasu zwiększa się ryzyko powikłań przepukliny z uwięzieniem przepukliny na czele. Przepuklina powódki spełniała wszystkie czynniki ryzyka zwiększające szansę na jej uwięzienie. Stan po rozległej operacji brzusznej dodatkowo sprzyjał wystąpieniu uwięzienia. Manipulacje wewnątrzbrzuszne w trakcie operacji guza, stan wielu godzin zwiótczenia mięśni jelit związany z przebiegiem operacji, gromadzenie się gazów w świetle jelita i wreszcie

ponowne uruchomienie się perystaltyki po operacji były dodatkowymi czynnikami, które mogły przyczynić się do faktu, że uwięźnięcie jelita nastąpiło po operacji guza miednicy. Brak jest bezpośredniego związku przyczynowo - skutkowego pomiędzy operacją guza, a uwięźnięciem przepukliny, choć stan po operacji guza był jednym z czynników sprzyjających wystąpieniu tego powikłania. Przepuklina pępkowa mogła uwięźnąć każdego dnia od dnia jej powstania, co miało miejsce w 2007 roku. Z każdym dniem powoli rosło ryzyko uwięźnięcia właśnie przepukliny.

Nie ma podstaw, aby zarzucić personelowi nieprawidłowości procesu diagnostycznego i leczniczego. Przeprowadzenie operacji było jedynym prawidłowym postępowaniem, które należało zastosować u Z. M. (1). Podczas leczenia powódki doszło do poważnego zakażenia miejsca operowanego pod postacią ropowicy powłok penetrującej do otrzewnej. Powikłanie to wymagało interwencji chirurgicznej. W sytuacji powódki owo zakażenie winno być uznane za możliwe, dopuszczalne i niezawinione powikłanie leczenia operacyjnego, w przebiegu operacji, którą wykonano u pacjentki skolonizowanej przez E. coli (...) (+) oraz równocześnie obciążonej licznymi chorobami towarzyszącymi znacznie zwiększającymi statystyczne ryzyko (...). Zgodnie z danymi naukowymi statystyczne ryzyko powikłań ropnicy w przebiegu zakażenia miejsca operowanego u osób nieobciążonych wynosi około 1 %. U Z. M. (1) ryzyko statystyczne wynosiło od 13 do 27 % zależnie od obranej metody oceny ryzyka, zatem pierwotne ryzyko zakażenia było u powódki od 13 do 27 razy większe niż statystyczne w populacji.

W zakresie narządu rodnego pacjentka nie doznała uszczerbku zdrowotnego. Usunięcie lewych przydatków podyktowane ich rozciągnięciem na guzie było koniecznością śródoperacyjną. Powódka nie utraciła żadnej części swojego narządu rodnego, ani żadna jego część nie doznała uszkodzenia lub ograniczenia. (opinia biegłego z zakresu ginekologii i położnictwa -k. 98 - 113, uzupełniająca opinia biegłego z zakresu ginekologii i położnictwa - . 126 - 127 odw.)

Po pierwszej operacji Z. M. (1) była słaba, miała problemy z jedzeniem i wypróżnianiem. Podczas odwiedzin A. S. (1) dostała torsji i zwymiotowała. Pacjentka nie mogła podnosić się i wstawać. Wobec pogorszenia się stanu zdrowia Z. M. (1) przewieziono do szpitala na ul. (...), gdzie przeszła operację w trybie pilnym. Po drugiej operacji Z. M. (1) przebywała w śpiączce farmakologicznej przez 7-10 dni. Był problem z jej wybudzeniem. Rana pooperacyjna źle się goiła. Podczas pobytu Z. M. (1) na Oddziale Internistycznym panowały tam kiepskie warunki sanitarne. Oddział był przygotowany do remontu. Rodzina Z. M. (1) odwiedzała ją w szpitalu, zajmowała się nią, myła i zmieniała jej pampersy. Pacjentka nie chodziła, nie podnosiła się. Miała odleżyny. W obecności J. S. (1) Z. M. (1) nie skarżyła się na warunki w pozwanym szpitalu. Rodzina pacjentki podjęła decyzję o przewiezieniu jej do szpitala w W., celem zapewnienia jej lepszej opieki. Aż do śmierci Z. M. (1) pozostawała świadoma. Odczuwała ból. Finalnie Z. M. (1) trafiła do hospicjum, gdzie była leczona paliatywnie. (zeznania A. S. - protokół elektroniczny rozprawy z dn. 11 maja 2018 r. - k. 57 - 58 godz. 00:05:56 i następne, zeznania J. S. - protokół elektroniczny rozprawy z dn. 11 maja 2018 r. - k. 58 - 59 godz. 00:27:28 i następne, dowód z przesłuchania stron w zakresie zeznań powódki E. P. - protokół elektroniczny rozprawy z dn. 19 września 2018 r. - k. 340 godz. 00:07:10 i następne)

W okresie od 1.05.2015 r. do 30.09.2015 r. z Wojewódzkiego (...) w Ł. nie wpłynął żaden raport o wystąpieniu ogniska epidemiologicznego. (pismo - k. 82 - 82odw.)

Przestrzeganie reżimu sanitarno - epidemiologicznego polegało na stosowaniu w oddziałach:

- właściwych stężeń środków dezynfekcyjnych,
- odzieży ochronnej personelu jednorazowego użytku,
- zapewnieniu dostępu do umywalk z wodą bieżącą ciepłą i zimną oraz dozowników na mydło w płynie i środek do dezynfekcji rąk,
- zobowiązaniu pracowników szpitala do przestrzegania procedury higienicznego mycia rąk,
- wysterylizowanego sprzętu medycznego i narzędzi lub sprzętu jednorazowego,

- własnego nadzoru i badań bakteriologicznych.

(pismo - k. 130 - 131).

W miesiącu czerwcu, lipcu i sierpniu 2015 roku personel medyczny prawidłowo wykonywał technikę mycia rąk i dezynfekcji rąk zgodnie z procedurą. Personel oddziału pracował zgodnie z planem higieny, stosował prawidłowe stężenia preparatów dezynfekcyjnych oraz przestrzegał zalecanego czasu dezynfekcji. (protokoły - k. 133 - 134, 135 - 136, 137 - 138)

U Z. M. (1) doszło do zakażenia głębokiego, narządowego, miejsca operowanego. U pacjentki występował czynniki ryzyka, zaś przebieg operacji był technicznie trudny. (opinia biegłej z zakresu chorób zakaźnych i hepatologii - k. 201 - 204odw.)

U Z. M. (1) nie zastosowano profilaktyki okołoperacyjnej zgodnie z procedurą pozwanego szpitala. W pozwanym szpitalu nie działał ustawowy system zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych.

Wpływ zakażenia na cierpienia fizyczne i psychiczne Z. M. (1) był ogromny. Wynikał z wielomiesięcznego pobytu w szpitalach, bezpośrednim zagrożeniu życia, pobycie w (...). Trwały uszczerbek na zdrowiu Z. M. (1) z punktu widzenia chorób zakaźnych wyniósł 30 %. (uzupełniające opinie biegłej z zakresu chorób zakaźnych i hepatologii - k. 220 - 222odw. i k. 324 - 325 odw., procedura w zakresie profilaktyki okołoperacyjnej - k. 224 - 228)

Powódka zmarła w W. w dniu 14 stycznia 2016 roku. Przyczyną zgonu był uogólniony proces nowotworowy pod postacią liposarcomy przestrzeni zaotrzewnowej. Bezpośrednią przyczyną zgonu było zatrzymanie krążenia i oddechu. (odpis skrócony aktu zgonu- k. 50, karta informacyjna z pobytu w hospicjum stacjonarnym - k. 216)

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie powyżej wskazanych dowodów. Zdaniem Sądu brak jest odstaw, ażeby ich oceny dokonać w sposób odmienny, tj. kwestionując je choćby w części.

Sąd nie znalazł podstaw, ażeby kwestionować wnioski opinii biegłych, albowiem opinie te uznać należało za pełne, uwzględniające pełen zakres dostępnej dokumentacji medycznej dotyczącej Z. M. (1). Zasadniczo wnioski poszczególnych opinii nie były ze sobą sprzeczne. Ponadto w zakresie, w jakim strony wykazały aktywność procesową biegli w sposób szczegółowy odnieśli się do zarzutów sformułowanych w pismach procesowych. Finalnie wskazać należy, iż opinie biegłych poddawały się ocenie z punktu widzenia logiczności wywodu i stanowiły pełnowartościowy materiał dowodowy.

Przy ustalaniu stanu faktycznego znaczenia pozbawiony był dokument w postaci protokołu kontroli przeprowadzonej u pozwanego przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Ł., albowiem dotyczył uchybień na oddziałach, na których powódka nie była leczona.

Sąd oddalił wniosek o przesłuchanie w charakterze świadka doktora B., albowiem ów wniosek dowodowy był spóźniony, zaś okoliczności, które miały zostać w ten sposób wykazane w toku sprawy zostały dostatecznie wyjaśnione w opiniach biegłych, którzy odnosili się m. in. do opieki pooperacyjnej Z. M. (1) w sposób wyczerpujący. Natomiast okoliczność treści rozmów powódki E. P. z dr B. nie miała żadnego znaczenia dla rozstrzygnięcia. Kierując się powyższymi okolicznościami, przeciwdziałając przewlekłości postępowania, Sąd wniosek dowodowy oddalił.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje.

Powództwo jako niezasadne podlegało oddaleniu.

Powodowie E. P. (1) i M. S., jako następcy prawni zmarłej powódki Z. M. (1) solidarnie dochodzili zadośćuczynienia i odszkodowania, popierając wniesione uprzednio przez Z. M. (1) powództwo, którego podstawę faktyczną stanowił delikt związany z nieprawidłowością leczenia operacyjnego i pooperacyjnego Z. M. (1) na dwóch oddziałach pozwanego szpitala oraz zakażeniem rany pooperacyjnej. Wedle pozwu, przeprowadzona w dn. 25 czerwca 2015 roku

operacja usunięcia guza została przeprowadzona nieprawidłowo, co doprowadziło do konieczności przeprowadzenia dodatkowych licznych zabiegów chirurgicznych powodujących znaczne cierpienia psychiczne i fizyczne. Zdaniem powódki takie postępowanie lekarzy przesądza o niedołożeniu należytej staranności o jakiej mowa w art. 4 ustawy o zawodzie lekarza i dentysty.

Podstawą zgłaszanych przez powódkę roszczeń jest zatem zarzut popełnienia przez lekarzy zawinionego błędu medycznego, który polegał na niezachowaniu należytej staranności, jaka jest wymagana przy tego rodzaju zabiegach i w dalszej opiece pooperacyjnej.

Jako podstawę prawną dochodzonych roszczeń rozważyć należy art. 415 kc w związku z art. 445 kc i art. 444 kc. Ponadto skoro lekarze przeprowadzający zabiegi medyczne u powódki, decydujący o kierunkach leczenia zatrudnieni byli w pozwanym szpitalu (okoliczności bezsporne), toż podstawę odpowiedzialności pozwanego za ich czyn stanowić będzie art. 430 k.c.

Ogólne przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej wskazywane są na podstawie wykładni art. 361 k.c., a więc są nimi: zdarzenie, z którym przepisy łączą odpowiedzialność danego podmiotu, szkoda oraz adekwatny związek przyczynowy między tym zdarzeniem a szkodą. W poszczególnych przepisach typizujących typy czynów niedozwolonych te ogólne przesłanki ulegają wzbogaceniu o przesłanki szczególne, które warunkują dany typ deliktu i wiążą się z zasadą (reżimem) odpowiedzialności, która leży u jego podstaw. Na gruncie ustawy Kodeks cywilny wyróżnia się reżimy odpowiedzialności opartej o zasadę winy, zasadę ryzyka i zasady słuszności. Z uwagi na to, iż powodowie dochodzą roszczenia wysnutego przez pierwotną powódkę w reżimie deliktowym (ex delicto), to na nich spoczywał ciężar dowodu w zakresie wykazania, że lekarze przeprowadzający u Z. M. (1) zabieg w dniu 25 czerwca 2015 r. dopuścili się zawinionego błędu medycznego w zakresie przeprowadzenia owego zabiegu, a także odnośnie dalszych czynności, jakie w świetle wiedzy medycznej należało przedsięwziąć. Wskazać bowiem należy, że ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z faktu tego wywodzi skutki prawne (art. 6 k.c.). Materialny ciężar dowodu (onus probandi) w procedurze cywilnej wyraża się przez ciężar na stronach obowiązku wskazywania dowodów dla stwierdzenia faktów, z których wywodzą skutki prawne (art. 232 k.c.).

Bezsporne między stronami było to, iż w chwili przyjęcia do szpitala (...) była osobą schorowaną, cierpiącą na poważne choroby samoistne. Dodatkowo już po rozpoczęciu hospitalizacji z uwagi na planowaną operację u Z. M. (1) wykryto guz, który wymagał pilnej interwencji chirurgicznej. Biegli opisali, dlaczego ów zabieg był nieodzowny. Ustalenia te znajdują się w stanie faktycznych i brak jest powodów, aby i tu je powielać. Finalnie, w niespełna rok od przyjęcia do pozwanego szpitala (...) zmarła. Nie została przeprowadzona sekcja jej zwłok. Jednakże w karcie informacyjnej z pobytu w hospicjum (k. 216) wskazano, iż zgon nastąpił z uwagi na liposarcome przestrzeni zaotrzewnowej, wtórnie zaś z powodu uogólnionego procesu nowotworowego. Jako bezpośrednią przyczyną wskazano zatrzymanie krążenia i oddechu. W toku postępowania dowodowego żadna ze stron nie kwestionowała owego dokumentu. Oczywiście mankamentem przeprowadzonego postępowania dowodowego było niepozyskanie wniosków z sekcji zwłok Z. M. (1), jednakże dane te niemożliwe były do pozyskania, albowiem owej sekcji nie przeprowadzono. Zeznając w charakterze strony powódka jednoznacznie wskazywała, że Z. M. (1) leczona była w hospicjum paliatywnie. Stąd też mechanizm zgonu jako rezultat procesu nowotworowego wynikającego z guza zdiagnozowanego przez pozwaną placówkę wydaje się najbardziej prawdopodobny w świetle zasad doświadczenia życiowego. Nie mniej jednak podstawę faktyczną określiła pierwotna powódka na nieprawidłowość leczenia i zabiegu z dn. 25 czerwca 2015 roku, który to zabieg stanowił przyczynek do jej cierpienia i konieczności znoszenia dalszych zabiegów. Precyzyjne ustalenie przyczyny śmierci Z. M. w zasadzie nie mogłoby wpłynąć na ocenę przeprowadzonego procesu leczenia. Ponadto nie sposób prowadzić takiej oceny ex post, z punktu widzenia nieznanych w czerwcu 2015 r. konsekwencji działań leczniczych

Wskazać jednak należy, że przeprowadzone w sprawie postępowanie dowodowe nie wykazało zasadności twierdzeń pozwu, uzasadniających uwzględnienie powództwa co do zasady. W oparciu o opinie biegłych Sąd ustalił, że podczas leczenia chirurgicznego pacjentki w (...) im. M. P. od czerwca do sierpnia 2015 roku nie zostały popełnione żadne błędy, ani zaniedbania. W trakcie diagnostyki przedoperacyjnej u powódki wykryto obecność guza

nowotworowego przestrzeni pozaotrzewnowej, położonego po lewej stronie macicy. Powódkę zakwalifikowano do leczenia operacyjnego. Odstąpiono od pierwotnego zamiaru leczenia operacyjnego całkowitego wypadania narządu rodowego. Celem zabiegu chirurgicznego z dn. 23 czerwca 2015 r. stało się usunięcie guza nowotworowego, albowiem ów guz bezpośrednio zagrażał zdrowiu

i życiu Z. M. (1). Zeznania przesłuchanej w charakterze strony powódki

E. P. stanowiły li tylko polemikę z wnioskami biegłego, który opisał przyczyny, dla których owa interwencja chirurgiczna stała się nieodzowna. Powołani w sprawie biegli jednoznacznie wskazali, wbrew twierdzeniom strony powodowej, że zabieg z dn. 25 czerwca 2015 r. został przeprowadzony w sposób prawidłowy, z uwzględnieniem obecnego stanu wiedzy medycznej, a przecież z uwagi na umiejscowienie guza był on bardzo trudny technicznie. Ponadto zasięgając wiadomości specjalnych Sąd ustalił, że trafnym było odstąpienie od realizacji uprzednio zamierzonego zabiegu związanego z wypadaniem narządu rodowego i niejako w to miejsce zastosowanie leczenia operacyjnego guza zlokalizowanego w newralgicznym obszarze ciała. U powódki występowała koincydencja chorób samoistnych, powikłań uprzednio przebytych operacji, współistniejących infekcji wewnątrzustrojowych oraz powikłań pooperacyjnych dotyczących aktualnego leczenia zabiegowego. W leczeniu pooperacyjnym wystąpiły powikłania, o których wystąpieniu Z. M. (1) została poinformowana przed zabiegiem, co zresztą skwitowała własnoręcznym podpisem (vide nieponumerowany dokument w załączonym tomie obejmującym historię choroby Z. M.). Okoliczności ewentualnego braku świadomości co do wyrażenia przez

Z. M. zgody na zabieg nie była przedmiotem inicjatywy dowodowej strony powodowej. Po przeprowadzeniu zabiegu u powódki doszło do zakażenia rany pooperacyjnej oraz uwięźnięcia przepukliny, przez co niezbędnym stało się przeprowadzenie kolejnego zabiegu operacyjnego. Wskazać należy, że i w tym postępowaniu pracowników pozwanego biegli nie dopatrzili się nieprawidłowości. Biegli w sposób wyczerpujący odnieśli się do zjawiska zakażenia miejsca operowanego. Na podstawie ich opinii Sąd ustalił, że zakażenie miejsca operowanego u powódki uznać należy za niepowodzenie terapeutyczne, tj. zaistnienie zakażenia niezależnie od działań personelu szpitala oraz niezawinionego splotu niezależnych od ich działań okoliczności stanowiących możliwe i dopuszczalne powikłanie działań medycznych. Przyczyną zakażenia była bakteria, którą wyhodowano wcześniej w posiewie pobranym przed operacją z pochwy pacjentki.

Powodowie nie wykazali, aby pozwany szpital ponosił winę w niewłaściwej organizacji pracy, skutkującą zwłaszcza wywołaniem zakażenia rany pooperacyjnej. W tym względzie to ich obciążał ciężar dowodu (art. 6 k.c.) i to oni ponieść powinni tegoż konsekwencje. Wobec istnienia źródła bakterii E. coli w posiewie z własnej jamy ciała pacjentki istnienie źródła zakażenia taką sama bakterią poza organizmem wydaje się bardzo mało prawdopodobne.

Ponadto brak jest bezpośredniego związku przyczynowo - skutkowego pomiędzy operacją guza, a uwięźnięciem przepukliny, choć stan po operacji guza był jednym z czynników sprzyjających wystąpieniu tego powikłania. Sąd ustalił, że Z. M. (1) chorowała na przepuklinę pępkową od ok. 2007 roku. Z jej strony było to zaniedbanie, bowiem powinna być operowana znacznie wcześniej. Pilny zabieg chirurgiczny stanowił jedynie czynnik wyzwalający owe uwięźnięcie, stanowiąc powikłanie niezbędnego zabiegu, ratującego w istocie życie Z. M.. Dlatego też nie sposób w tejsze okoliczności doszukiwać się źródła szkody zaistniałej u pacjentki.

W toku przeprowadzonego postępowania dowodowego biegła z zakresu chorób zakaźnych wskazała, iż w zakresie działań pozwanego niewątpliwie doszło do odstępstw od działań ustawowych, natomiast strona powodowa nie wykazała, aby pomiędzy owymi zaniechaniami szpitala a rozwojem, bądź zwiększeniem zakażenia miejsca operowanego istniał jakikolwiek związek przyczynowo - skutkowy.

Zasadą jest, że obowiązek naprawienia szkody za błędy medyczne może powstać dopiero wówczas, gdy błąd ten jest zawiniony przez lekarza i jednocześnie spełnione zostaną pozostałe przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej określone w kodeksie cywilnym. Błąd medyczny – według poglądów ustalonych w doktrynie i orzecznictwie – stanowi działanie lub zaniechanie sprzeczne z aktualnie obowiązującymi zasadami wiedzy i nauki medycznej (bezprawność). Jest to kategoria niezależna od osoby konkretnego lekarza oraz okoliczności, w których podejmował on czynność medyczną (diagnoza, zabieg) (tak wyrok SN z dnia 1 kwietnia 1955 r., IV ICR 39/54, OSN 1957 poz. 7).

Nieprzestrzeganie powszechnie uznanych zasad wiedzy medycznej, w tym procedur, należy ustalić w procesie odszkodowawczym na podstawie opinii biegłych – specjalistów z danej dziedziny medycyny.

Stwierdzenie, że doszło do naruszenia reguł fachowego postępowania, dopiero umożliwia dokonanie oceny, czy błąd medyczny jest zawiniony przez lekarza, tzn. czy stanowi następstwo niedołożenia przez lekarza należytej staranności (niedbalstwa) w podejmowanym przez niego działaniu. Należyta staranność to – zgodnie z art. 355 kc – staranność ogólnie wymagana w stosunkach danego rodzaju. Od lekarza wymaga się jednak podwyższonej staranności, idącej dalej niż przeciętna, z uwagi na profesjonalny charakter jego działań i ich przedmiot – zdrowie i życie ludzkie.

W oparciu o wyżej wymienione kryteria, na potrzeby oceny winy (błąd medyczny), w literaturze i orzecznictwie konstruuje się „wzorzec dobrego lekarza”. Wzorzec ten ma charakter obiektywny i abstrakcyjny, a więc całkowicie niezależny od indywidualnych właściwości lekarza, któremu zarzucono popełnienie błędu medycznego.

Wyznaczenie zakresu powiniennych działań lekarza i stawianych mu wymagań pozwala zbadać, czy lekarzowi można postawić zarzut, że gdyby zachował należytą staranność i wykorzystał wszelkie dostępne w danych okolicznościach metody i środki, mógł błędu uniknąć i tym samym nie dopuścić do wyrządzenia szkody. W tym celu należy umieścić model wzorcowy w okolicznościach, w jakich działał sprawca, biorąc pod uwagę wszelkie okoliczności i konkretne warunki udzielenia świadczeń zdrowotnych. Jeżeli porównanie postępowania określonego lekarza z przyjętym dla niego standardem działania wypadnie na niekorzyść sprawcy (gdyż wzorcowy dobry lekarz w identycznych okolicznościach uniknąłby popełnienia błędu medycznego i wyrządzenia pacjentowi szkody), można przyjąć, że określone działanie ma charakter zawiniony.

Przy dokonywaniu oceny winy należy pamiętać o tym, że konieczne jest wzięcie pod uwagę stanu wiedzy medycznej w chwili, w jakiej lekarz wybrał i zastosował określoną metodę diagnozy i terapii, a więc zasady, jakie w tym czasie uznane były za właściwe. Ocena winy zawsze bowiem dokonywana jest ex post, po nastąpieniu zdarzenia, z którym związana jest ewentualna odpowiedzialność sprawcy. Znaczny nawet postęp medycyny, jaki nastąpiłby między chwilą wykonania zabiegu a momentem wydawania wyroku, nie powinien stanowić podstawy krytycznej oceny postępowania lekarza.

W szczególności lekarzowi nie można postawić zarzutu, że posłużył się metodą diagnozy i terapii później uznaną za niewłaściwą, choćby szkoda wyrządzona pacjentowi była oczywista.

Okoliczność, że rezultat przeprowadzonych zabiegów medycznych i działań lekarzy okazał się niewystarczający dla uratowania życia i zdrowia Z. M. (1) nie może uzasadniać uznania odpowiedzialności pozwanego szpitala, który odpowiada wedle zasady starannego działania, nie zaś rezultatu, którego w procesie leczniczym, zwłaszcza tak skomplikowanym, nie sposób gwarantować. Z. M. (1) została w sposób należyty poinformowana o stanie zdrowia, obranej metodzie leczenia i ryzyku z nią związanym. Koincydencja chorób oraz zbyt późna reakcja na guz wielkich rozmiarów w sposób znaczący zmniejszyły szanse powodzenia w procesie leczniczym, a są to przecież okoliczności w żadnej mierze niezależne od pozwanego szpitala.

Mając na uwadze rezultat przeprowadzonego w sprawie postępowania dowodowego Sąd powództwo jako nieudowodnione oddalił, o czym orzeczono w pkt 1. wyroku.

O nieuiszczonych kosztach sądowych orzeczono na podstawie art. 113 ust. 1 u.k.s.c. w zw. z art. 102 k.p.c.

O kosztach procesu orzeczono po myśli art. 102 k.p.c., który urzeczywistnia zasadę słuszności i jako wyjątkowy – stanowiący wyłom w zasadzie odpowiedzialności za wynik procesu – nie podlega wykładni rozszerzającej. Nie konkretyzuje on pojęcia „wypadki szczególnie uzasadnione”, toteż ich kwalifikacja należy do sądu. Ocena sądu jest suwerennym uprawnieniem jurysdykcyjnym, ma charakter dyskrejonalny, oparty na swobodnym uznaniu, kształtowanym własnym przekonaniem, poczuciem sprawiedliwości oraz analizą okoliczności rozpoznawanej sprawy (por. postanowienie SN z dnia 2 czerwca 2010 r., I PZ 2/10, OSNP 2011, nr 23–24, poz. 297; postanowienie SN z dnia 26 stycznia 2012 r., III CZ 10/12, OSNC 2012, nr 7–8, poz. 98 z glosą M. Rzewuskiego, Głosa 2013, nr 1, s. 77 i

postanowienie SN z dnia 15 lutego 2012 r., I CZ 165/11, IC 2013, nr 3, s. 50). Ocena zasadności niniejszego powództwa zależała ściśle od zasięgnięcia wiadomości specjalnych. Dopiero przeprowadzone postępowanie dowodowe wykazało niesłuszność żądania pozwu, stąd też Sąd nie obciążył powodów obowiązkiem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego strony pozwanej.

Na podstawie art. 29 ust. 1 ustawy Prawo o adwokaturze w zw. z § 8 pkt 7 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 3 października 2016 roku w sprawie ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej przez adwokata z urzędu (Dz. U. z 2016 r., poz. 1714 z późn. zm.) Sąd przyznał i nakazał wypłacić adw. K. A. kwotę 8.856 zł tytułem kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej powodom z urzędu. Wysokość wynagrodzenia adwokata powiększono o stawkę 23 % tytułem podatku od towarów i usług.

Mając na uwadze powyższe Sąd orzekł, jak na w wyroku.

ZARZĄDZENIE

Doręczyć odpis wyroku z uzasadnieniem zgodnie z wnioskiem.