

UZASADNIENIE

W pozwie z dnia 26 stycznia 2016 r., zmodyfikowanym w dniu 18 kwietnia 2016 r., skierowanym przeciwko Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej (...) w Ł. – (...) Szpitala (...) w Ł. i (...) S.A. w W., powód J. Z., wniósł o zasądzenie od pozwanych in solidum, kwoty:

- 50.000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 1 sierpnia 2015 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. oraz odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty;

- 28.655,34 zł tytułem odszkodowania za szkodę powstałą w wyniku tzw. błędu medycznego wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 1 sierpnia 2015 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. oraz odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty;

- 300 zł tytułem miesięcznej renty płatnej do dnia 10-go każdego kolejnego miesiąca w związku ze zwiększonymi potrzebami, wynikającymi z popełnienia błędu medycznego, płatnej od dnia 1 sierpnia 2015 r. na przyszłość wraz z ustawowymi odsetkami ustawowymi od dnia 1 sierpnia 2015 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. oraz odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty w przypadku uchybienia terminowi płatności.

Nadto powód wniósł także o ustalenie odpowiedzialności pozwanych za szkody mogące powstać w przyszłości oraz o zasądzenie od pozwanych na jego rzecz in solidum kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm prawem przepisanych.

(pozew k. 3-12; modyfikacja powództwa, k. 344)

W odpowiedzi na pozew z dnia 7 marca 2016 r. pozwany Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej (...) w Ł. – (...) Szpital (...) w Ł. wniósł o oddalenie powództwa, kwestionując powództwo zarówno co do zasady, jak i co do wysokości. Nadto pozwany wniósł o zasądzenie kosztów procesu.

(odpowiedź na pozew, k. 199-213)

W odpowiedzi na pozew z dnia 8 marca 2016 r. (...) S.A. w W. nie uznał powództwa i wniósł i jego oddalenie, kwestionując powództwo zarówno co do zasady, jak i co do wysokości.

(odpowiedź na pozew, k. 271-276)

Pismem z dnia 9 maja 2017 r., sprecyzowanym w dniu 29 maja 2017 r., powód rozszerzył podstawę faktyczną wytoczonego powództwa i rozszerzył powództwo wnosząc dodatkowo o zasądzenie na swoją rzecz od pozwanych, in solidum, kwoty 20.000 zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie liczonymi: w przypadku pozwanego szpitala od dnia 10 maja 2017 r. do dnia zapłaty, a w przypadku pozwanego zakładu ubezpieczeń od dnia 9 maja 2017 r. do dnia zapłaty, tytułem zadośćuczynienia za naruszenie dóbr osobistych powoda, związanych z brakiem poinformowania powoda o możliwych metodach przeprowadzenia operacji, a w konsekwencji nieuzyskaniem od powoda świadomej zgody na zabieg.

(rozszerzenie powództwa, k. 613-619; sprecyzowanie, k. 620-621)

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:

Jesienią 2014 roku u powoda pojawiły się problemy natury gastrycznej. W styczniu 2015 r. powód J. Z. odczuł bardzo silne bóle brzucha, miał wymioty treścią zastoinową. Dostał wówczas skierowanie na badania. Objawy się jednak nasiliły i ostatecznie został przewieziony przez córkę do Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...)

w Ł. – (...) Szpitala (...) w Ł.. Powód miał już w przeszłości problemy natury gastrycznej. 25 lat temu miał usuwaną kamice.

(zeznania powoda, k. 624v. – 625v.; zeznania świadka A. Z., k. 360v.-362v. – od 00:10:19; T. Z., k. 362v. – od 00:56:06; dokumentacja medyczna, k. 25-145).

W dniu 9 stycznia 2015r. powód został przyjęty do Kliniki (...) Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) w Ł. – (...) Szpitala (...) w Ł. z powodu wymiotów uporczywych występujących od kilku dni, spadku masy ciała - około 14 kg w ostatnim czasie (około 6 miesięcy). Z powodu podejrzenia niedrożności tzw. wysokiej przeprowadzono u powoda diagnostykę różnicową. W wykonanej gastroskopii stwierdzono obecność znacznej ilości treści zastoinowej w obrębie roztrzeniowato poszerzonego żołądka i zwężenie w obrębie dwunastnicy uniemożliwiające przejście aparatem do dalszej części jelita cienkiego. W badaniu tomograficznym jamy brzusznej stwierdzono obecność guza w prawym podżebrzu z wciągniętym w obręb guza jelitem i naciekiem wnęki wątroby z drogami żółciowymi włącznie. Wykonano powodowi również diagnostykę dolnego odcinka przewodu pokarmowego - kolonoskopię. Z powodu objawów niedrożności, po przeprowadzeniu diagnostyki, powoda zakwalifikowano do leczenia operacyjnego.

(dokumentacja medyczna w kopercie, k. 327; dokumentacja medyczna, k. 25-145 i k. 464-472; zeznania świadków: J. Ś., k. 363v.-364v. od 01:22:55; L. K., k. 365-365v. – od 01:57:48; S. J., k. 365v.-366v. – od 02:19:00; J. C. (1), k. 366v. – od 02:39:11).

W dniu 12 stycznia 2015r. u powoda przeprowadzono zabieg operacyjny: otwarcie jamy brzusznej, wycięcie pęcherzyka żółciowego, zszywanie ubytku ściany dwunastnicy, zszywanie okrężnicy poprzecznej, otwarcie, kontrola i drenaż przewodu żółciowego wspólnego sposobem Kehra, drenaż okolicy wnęki wątroby, wytworzenie bocznej przetoki dwunastnicy, poprzeczne przszywanie staplerem żołądka w części odźwiernikowej, zaokrężnicze zespolenie żołądkowo - jelitowe sposobem Roux-en-Y. W dniu 22 stycznia 2015 r. i 23 stycznia 2015r. usunięto kolejno dreny z jamy brzusznej.

W dniu 23 stycznia 2015r. powoda wypisano do domu w stanie ogólnym dobrym z koniecznością kontroli w Poradni Chirurgicznej za kilka dni z zaleceniem diety lekkostrawnej.

(dokumentacja medyczna w kopercie, k. 327; dokumentacja medyczna, k. 25-145 i k. 464-472; zeznania świadków: J. Ś., k. 363v.-364v. od 01:22:55; L. K., k. 365-365v. – od 01:57:48; S. J., k. 365v.-366v. – od 02:19:00; J. C. (1), k. 366v. – od 02:39:11).

W trakcie pobytu w domu, po spożyciu w pierwszym dniu kompotu, a w drugim rosółu u powoda wystąpiły ponownie wymioty. Powód z powyższymi dolegliwościami został ponownie przyjęty do Kliniki (...) w dniu 26 stycznia 2015 r. z rozpoznaniem wstępnym niedrożności przewodu pokarmowego, pod postacią czkawki i wymiotów treścią pokarmową. W badaniu gastroskopowym stwierdzono objawy niedrożności zespolenia żołądkowo-jelitowego. Podjęto próbę leczenia zachowawczego, które nie przyniosło rezultatów. Powoda zakwalifikowano do powtórnego leczenia operacyjnego. Decyzję o reoperacji podjął doktor S. J..

W dniu 3 lutego 2015r. powtórnice otwarto jamę brzuszną, stwierdzono niedrożność pętli jelitowej Roux zespolonej z żołądkiem (zagięcie + ucisk przez krezkę poprzecznicę). Resekowano dystalną część żołądka, na nowo zespolono żołądek z jelitem sposobem Roux, wykonując zespolenie żołądkowo - jelitowe pozaokrężniczo, izoperystaltycznie, szwem ręcznym.

(dokumentacja medyczna w kopercie, k. 327; zeznania powoda k- 625 00:20:34, dokumentacja medyczna, k. 25-145 i k. 464-472; zeznania świadków: J. Ś., k. 363v.-364v. od 01:22:55; L. K., k. 365-365v. – od 01:57:48; S. J., k. 365v.-366v. – od 02:19:00; J. C. (1), k. 366v. – od 02:39:11).

Oba zabiegi operacyjne przeprowadzili lekarze: L. K., J. C. (2), J. Ś., którzy mieli podpisane umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych z Samodzielnym Publicznym (...) w Ł. – (...) Szpitalem (...) w Ł..

(okoliczności bezsporne, umowy, k. 216-263; zeznania świadków: J. Ś., k. 363v.-364v. od 01:22:55; L. K., k. 365-365v. – od 01:57:48).

Powód wyraził pisemną zgodę na zabiegi przeprowadzone w Pozwanym Szpitalu. W dniach 12 stycznia 2015 r. i 2 lutego 2015 r. Powód wyraził zgodę na wykonanie operacji: - Laparotomii z wykonaniem zespolenia omijającego żołądkowo jelitowego (12 stycznia 2015r.); - Laparotomii z oceną jamy brzusznej i wykonaniem zabiegu usuwającego przyczynę niedrożności (12 stycznia 2015r.); - Laparotomii i wykonania zespolenia żołądkowo jelitowego i jelitowo jelitowego (2 lutego 2015r.).

Powód na piśmie oświadczył, że: został poinformowany o istocie jego choroby oraz możliwościach jej leczenia; zostały mu przedstawione w sposób zrozumiały założenia operacji, cele, stopień ryzyka z nią związany, możliwości powikłań; wyjaśniono mu także, że w czasie przeprowadzenia planowej operacji mogą zaistnieć trudne do przewidzenia sytuacje, które zmuszą operatora do zmiany planu operacyjnego w sensie poszerzenia lub zmniejszenia zakresu operacji, tylko w związku z zaawansowaniem procesu chorobowego stwierdzonego w polu operacyjnym. Nadto powód wskazał, że wszystkie stwierdzenia są dla niego zrozumiałe i nie wywołują u niego wątpliwości.

Powód w dniu 12 stycznia 2015 r. podpisał również 7-stronicowy formularz zgody, gdzie przedstawiono opis choroby, opis przebiegu operacji, a także opis powikłań standardowych związanych z proponowaną operacją; opis zwiększonego ryzyka powikłań; a także opis prognozy pooperacyjnej i powikłań odległych.

(druki świadomej zgody pacjenta, k. 32-33; formularz zgody, k. 34-40; druk świadomej zgody pacjenta, k. 60).

W pozwanym Szpitalu po przyjęciu pacjent jest informowany o zabiegu i możliwych powikłaniach. Przed zabiegiem zarówno powód, jak i jego córka – A. Z. (z zawodu lekarz), byli informowani przez doktora J. Ś. o zakresie planowanych czynności operacyjnych i rokowaniach. Powód był świadomy tego, że zakres zabiegu jest nieznanym, z uwagi na nieznaną przyczynę niedrożności.

(zeznania świadków: A. Z., k. 360v.-362v. – od 00:10:19; J. Ś., k. 363v.-364v. od 01:22:55; zeznania powoda, k. 624v.-625v.- od 00:07:05).

Stan powoda przed pierwszą operacją był stanem zagrażającym życiu. Przed zabiegiem z dnia 12 stycznia 2015 r. przyczyną niedrożności górnego odcinka przewodu pokarmowego u powoda była, zastarzała przetoka pęcherzykowo - dwunastnicza, która doprowadziła do wystąpienia rozległego nacieku zapalnego w górnym prawym kwadrancie jamy brzusznej. Naciek ten ucisnął początkowy odcinek dwunastnicy. Główną przyczyną nacieku zapalnego okolicy podwątrobowej był stan zapalny pęcherzyka żółciowego oraz zastarzała przetoka pęcherzykowo - dwunastnicza.

Z punktu widzenia gastroenterologicznego przed zabiegiem powodem niedrożności był guz - jak się okazało zapalny - zlokalizowany we wnętrzu wątroby uciskający z zewnątrz na dwunastnicę zamykając jej światło.

(opinia biegłego chirurga M. G., k. 476-484; pisemna uzupełniająca opinia biegłego chirurga M. G., k. 533-541; ustna uzupełniająca opinia biegłego chirurga M. G., k. 595v. – 596v. – od 00:03:03; opinia biegłego gastroenterologa, k. 565-572).

Przyczyną niedrożności przewodu pokarmowego u powoda po pierwszym zabiegu było powikłanie pooperacyjne pod postacią ucisnięcia pętli jelitowej Roux przeprowadzonej zaokrężniczo przez otwór w krezce poprzeczniczy i zespolonej z żołądkiem.

W ocenie gastroenterologicznej powodem niedrożności po leczeniu operacyjnym było zwężenie w miejscu zespolenia jelito-żołądkowego na ścianie tylnej żołądka wskutek zwężenia w tym miejsca okienka w krezce przez które przeprowadzono jelito cienkie.

(opinia biegłego chirurga M. G., k. 476-484; pisemna uzupełniająca opinia biegłego chirurga M. G., k. 533-541; ustna uzupełniająca opinia biegłego chirurga M. G., k. 595v. – 596v. – od 00:03:03; opinia biegłego gastroenterologa, k. 565-572).

W postępowaniu diagnostycznym i leczniczym zastosowanym, w przypadku powoda, tak w trakcie pierwszego pobytu w Klinice (...), jak również w trakcie drugiego pobytu w Klinice (...), nie ma popełnionych błędów. Proces diagnostyczny przeprowadzony przed wdrożeniem leczenia operacyjnego u powoda był przeprowadzony zgodnie z zasadami medycznymi, w sposób sprawny. Metoda leczenia zastosowana u powoda był właściwa. Nie można stwierdzić nieprawidłowości w postępowaniu placówki medycznej w przypadku powoda.

Z punktu widzenia chirurgii, postępowanie chirurgiczne w dniu 12 stycznia 2015r. było radykalne, śmiałe ale nie błędne. Za nadmiernie ryzykowne dla pacjenta, w ocenie chirurgicznej, było niepotrzebne rozpreparowanie nacieku zapalnego, co skutkowało koniecznością kontynuowania operacji żołądka, dwunastnicy, dróg żółciowych i jelita grubego. Komasaacja wielu procedur chirurgicznych w warunkach współistnienia nacieku zapalnego w jamie otrzewnej była bardziej ryzykowna dla pacjenta, ale operacja ostatecznie przebiegła pomyślnie.

(opinia biegłego chirurga M. G., k. 476-484; ; pisemna uzupełniająca opinia biegłego chirurga M. G., k. 533-541; ustna uzupełniająca opinia biegłego chirurga M. G., k. 595v. – 596v. – od 00:03:03; opinia biegłego gastroenterologa, k. 565-572

Postępowanie chirurgiczne pozwanego szpitala, od 9 stycznia 2015r. było prawidłowe. Wszystkie etapy leczenia powoda nie były obciążone błędami medycznymi.

Pomimo wdrożenia radykalnych metod operacyjnych u powoda, operacja z dnia 12 stycznia 2015r. zakończyła się pomyślnie. Z punktu widzenia chirurgicznego jedynym powikłaniem, niezależnym od rozległości zabiegu operacyjnego z 12 stycznia 2015r., było upośledzenie drożności pętli odprowadzającej treść z żołądka tj. niedrożność pętli odprowadzającej zespolenia Roux-en-Y, która powstała wskutek ucisku krezki poprzeczniczy. U powoda nie doszło do powikłań związanych z rozległością zabiegu operacyjnego, a powikłanie to ma charakter samoistny, które może wystąpić po różnych operacjach chirurgicznych w jamie brzusznej. Tego typu powikłanie samoistne, występuje również i po innych operacjach brzusznych.

W wyniku samoistnego powikłania pooperacyjnego oraz konieczności powtórnej hospitalizacji i reoperacji u powoda przebieg i czas rekonwalescencji uległ wydłużeniu o około 2 - 3 tygodni. Przebyta resekcja żołądka u powoda ma niewielki wpływ na dalsze życie i funkcjonowanie powoda.

Wystąpienie zwężenia po leczeniu operacyjnym jest powikłaniem wpisanym w ryzyko leczenia operacyjnego i wystąpić może bez związku z błędem lekarskim.

(opinia biegłego chirurga M. G., k. 476-484; ; pisemna uzupełniająca opinia biegłego chirurga M. G., k. 533-541; ustna uzupełniająca opinia biegłego chirurga M. G., k. 595v. – 596v. – od 00:03:03; opinia biegłego gastroenterologa, k. 565-572).

Zespolenie żołądkowo-jelitowe sposobem R.-en-Y jest stosowane w medycynie od 1892r. Metodę tę stosuje się w zależności od wskazań, obecnie w chirurgii przełyku, w chirurgii bariatrycznej, w operacjach rekonstrukcyjnych kalectwa żółciowego, w chirurgii żołądka. Ryzyko wystąpienia powikłań po zastosowaniu tej metody zespolenia żołądka z jelitem jest porównywalne z innymi. Niedrożności różnych zespołów narządów, wykonywanych podczas operacji chirurgicznych, są standardowymi powikłaniami w chirurgii.

W ocenie chirurgii był możliwy wybór innego rodzaju zespolenia podczas pierwszego zabiegu powoda tj. metoda dwuetapowego leczenia chirurgicznego, która obciążona by była mniejszym ryzykiem powikłań. Zabiegi byłyby rozłożone w czasie , mniej inwazyjne, ale czy przyniosłyby oczekiwany rezultat i wykluczyły ryzyko powikłań nie wiadomo.

(opinia biegłego chirurga M. G., k. 476-484; ; pisemna uzupełniająca opinia biegłego chirurga M. G., k. 533-541; ustna uzupełniająca opinia biegłego chirurga M. G., k. 595v. – 596v. – od 00:03:03; opinia biegłego gastroenterologa, k. 565-572)

Decyzja o leczeniu zachowawczym po pierwszej operacji, obserwacja powoda w ocenie chirurgicznej i gastroenterologicznej była prawidłowa. U powoda nie występowały wskazania do reoperacji w trybie nagłym ani pilnym.

(opinia biegłego chirurga M. G., k. 476-484; ; pisemna uzupełniająca opinia biegłego chirurga M. G., k. 533-541; ustna uzupełniająca opinia biegłego chirurga M. G., k. 595v. – 596v. – od 00:03:03; opinia biegłego gastroenterologa, k. 565-572)

Decyzja o wypisie powoda ze szpitala w dniu 23 stycznia 2015 roku, z punktu widzenia chirurgicznego, w świetle późniejszego przebiegu choroby u powoda, była zbyt pochopna. Można było dłużej obserwować pacjenta. Z punktu widzenia gastroenterologicznego wydłużenie pobytu powoda w szpitalu nie wpłynęłoby jednak na zmianę postępowania z pacjentem - operacja powtórna i tak byłaby konieczna.

(opinia biegłego chirurga M. G., k. 476-484; ; pisemna uzupełniająca opinia biegłego chirurga M. G., k. 533-541; opinia biegłego gastroenterologa, k. 565-572; ustna uzupełniająca opinia biegłego chirurga M. G., k. 595v. – 596v. – od 00:03:03).

Z punktu widzenia chirurgicznego nie występuje u powoda stały ani długotrwały uszczerbek na zdrowiu. W ocenie gastroenterologicznego nie stwierdzono uszczerbku na zdrowiu powoda z powodu leczenia w pozwanym Szpitalu.

(opinia biegłego chirurga M. G., k. 476-484; ; pisemna uzupełniająca opinia biegłego chirurga M. G., k. 533-541; ustna uzupełniająca opinia biegłego chirurga M. G., k. 595v. – 596v. – od 00:03:03; opinia biegłego gastroenterologa, k. 565-572)

Rozmiar cierpień fizycznych i psychicznych u powoda był, w ocenie chirurgicznej i gastroenterologicznej, znaczny. Cierpienia powoda związane były z ubytkiem masy ciała, nasilonym lękiem przed niepowodzeniem leczenia, a nawet utratą życia.

(opinia biegłego chirurga M. G., k. 476-484; ; pisemna uzupełniająca opinia biegłego chirurga M. G., k. 533-541; ustna uzupełniająca opinia biegłego chirurga M. G., k. 595v. – 596v. – od 00:03:03; opinia biegłego gastroenterologa, k. 565-572).

Całość leczenia powoda odbyła się na koszt NFZ. Przyjmowane przez powoda leki, dieta i sposób leczenia były typowe dla pacjentów poddawanych operacjom żołądka i jelit.

Obecnie powód przyjmuje refundowany lek pantoprazol (Controloc 40, 28 tabl., cena około 12,62 zł) i Debutir (kapsułki, 60 szt. cena około 30 zł). Miesięczny koszt diety u powoda przewyższa standardową dietę reszty rodziny o ok. 400 zł – 500 zł miesięcznie. We wczesnym okresie pooperacyjnym powód przyjmował produkt odżywczy Nutridrink (cena 1 op. wynosi ok. 6 zł, 3 x dziennie przez 60 dni = 1.080zł) i kolagen przez 2 miesiące - 280 zł.

(opinia biegłego chirurga M. G., k. 476-484; pisemna uzupełniająca opinia biegłego chirurga M. G., k. 533-541; ustna uzupełniająca opinia biegłego chirurga M. G., k. 595v. – 596v. – od 00:03:03; opinia biegłego gastroenterologa, k. 565-572).

Leczenie powoda zakończyło się i osiągnęło ono dobry wynik chirurgiczny. Aktualnie powód został wyleczony z kamicy żółciowej, zaopatrzono przetokę pęcherzykowo - dwunastniczą, która istniała u powoda ponad 25 lat i legła u podstaw późniejszych powikłań brzusznych, usunięto przyczynę mechanicznej niedrożności górnego odcinka

przewodu pokarmowego, dodatkowo u powoda przeprowadzono częściową resekcję żołądka, co ma korzystny wpływ na leczenie choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy.

(opinia biegłego chirurga M. G., k. 476-484; ; pisemna uzupełniająca opinia biegłego chirurga M. G., k. 533-541; ustna uzupełniająca opinia biegłego chirurga M. G., k. 595v. – 596v. – od 00:03:03; opinia biegłego gastroenterologa, k. 565-572).

W ocenie chirurgicznej przez pierwsze dwa miesiące po opuszczeniu szpitala powód wymagał opieki osób trzecich z przyczyn typowych dla okresu rekonwalescencji po dużych zabiegach chirurgicznych na jamie brzusznej, w zakresie utrzymywania higieny osobistej, karmienia, prowadzenia gospodarstwa domowego, zakupów żywności i przyrządzania posiłków. Wymiar czasowy tej pomocy wynosił około 4 - 6 godzin dziennie. Po około 3 miesiącach powód zaczął poruszać się samodzielnie, a w lipcu 2015r. wrócił do pracy. Obecnie powód nie wymaga pomocy osób trzecich.

W ocenie gastroenterologicznej u powoda nie zachodziła konieczność pomocy osób trzecich, ani nie występuję u niego znaczny stopień ograniczeń w życiu codziennym.

(opinia biegłego chirurga M. G., k. 476-484; ; pisemna uzupełniająca opinia biegłego chirurga M. G., k. 533-541; ustna uzupełniająca opinia biegłego chirurga M. G., k. 595v. – 596v. – od 00:03:03; opinia biegłego gastroenterologa, k. 565-572).

Rokowanie u powoda, z punktu widzenia chirurgicznego, co do życia jest dobre. Przeprowadzono u niego istotną rekonstrukcję przewodu pokarmowego, która na trwale zmieniła u niego stosunki anatomiczne w górnej części przewodu pokarmowego. Przebyte operacje brzuszne oraz modyfikacja przewodu pokarmowego mogą skutkować u powoda niewielkimi dolegliwościami gastrycznymi. U pacjentów po rozległych operacjach brzusznych istnieje możliwość wystąpienia powikłań ze strony zrostów otrzewnowych.

Rokowania gastroenterologiczne powoda co do życia i poprawy stanu zdrowia, są dobre. Powód w chwili obecnej cierpi na niewielkie dolegliwości gastryczne. Powodowi usunięto przyczynę niedrożności mechanicznej górnego odcinka przewodu pokarmowego.

(opinia biegłego chirurga M. G., k. 476-484; ; pisemna uzupełniająca opinia biegłego chirurga M. G., k. 533-541; ustna uzupełniająca opinia biegłego chirurga M. G., k. 595v. – 596v. – od 00:03:03; opinia biegłego gastroenterologa, k. 565-572)

Powód ma 70 lat, jest emerytem, pobiera emeryturę w wysokości około 1.350 zł. Nie ma zobowiązań w postaci kredytów.

Od 1 stycznia 1990 r. powód pracuje jako taksówkarz. W okresie od 27 stycznia 2015 r. do 30 czerwca 2015 r. powód zawiesił wykonywanie działalności. Powód zrzeszony jest w Radio (...) i z tego tytułu uiszczał w listopadzie i grudniu 2014 r. kwoty po 270 zł miesięcznie. Powód korzystał w 2014 r. z karty podatkowej i uiszczał z tego tytułu około 200 zł miesięcznie zryczałtowanego podatku. W październiku 2014 r. powód netto osiągnął dochód w wysokości około 3.009,75 zł; w listopadzie 2014 r. powód netto osiągnął dochód w wysokości około 3.453,74 zł; w grudniu 2014 r. powód osiągnął dochód netto w wysokości 3.519,05 zł.

Do pracy jako taksówkarz powód wrócił 1 lipca 2015 r. Aktualnie powód osiąga dochody w wysokości około 3.000 zł – 4.000 zł miesięcznie.

(zeznania powoda, k. 624v. – 625v.; zaświadczenie, k. 149;zaświadczenie, k. 150; licencja, k. 151; legitymacja, k. 152; pasek emerytalny, k. 156; decyzja, k. 154; potwierdzenia wpłat, k. 155; oświadczenia, k. 157-160; raporty fiskalne,

k. 161-166 i k. 423-427 i k. 429-448 i k. 450-458; zwolnienia lekarskie, k. 167-170; deklaracje, k. 373-375; ceidg, k. 459-460; zawiadomienie, k. 461).

Pismem z dnia 13 lipca 2015 r., doręczonym w dniu 17 lipca 2015 r., powód wezwał Pozwanego Szpital do zapłaty na swoją rzecz: - kwoty 150.000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę spowodowaną tzw. błędem medycznym; - kwoty 30.406,75 zł tytułem odszkodowania za szkodę powstałą w wyniku tzw. błędu medycznego w terminie 14 dni od dnia otrzymania wezwania do zapłaty. Nadto powód wezwał, Pozwanego Szpital, do zapłaty na swoją rzecz poczynszu od dnia 1 lipca 2015 roku renty w wysokości 300 zł miesięcznie płatnej do 10-go dnia każdego kolejnego miesiąca w związku ze zwiększonymi potrzebami, wynikającymi z popełnienia błędu medycznego, wraz z ustawowymi odsetkami w przypadku uchybienia terminowi płatności.

Pozwany Szpital miał zawartą umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z (...) S.A. z siedzibą w W.. Ubezpieczenie obejmowało okres, w którym powód leczyl się w tym szpitalu. Pozwany Szpital przekazał wezwanie powoda swojemu zakładowi ubezpieczeń.

W dniu 21 września 2015 r. (...) S.A. w W. poinformowało powoda, że brak jest podstaw do przyjęcia odpowiedzialności i wypłaty świadczenia.

(wezwanie, k. 178-181; potwierdzenie odbioru, k. 183-184; decyzja, k. 185-186; bezsporne; kserokopia akt szkody, k. 290-310).

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie wskazanych dokumentów w postaci dokumentacji lekarskiej, dokumentacji podatkowej powoda, opinii biegłych lekarzy, zeznań świadków oraz częściowo zeznań powoda. W ocenie sądu - dowody te nie budzą żadnych zastrzeżeń, ani wątpliwości co do ich wiarygodności.

W zakresie przeprowadzonych u powoda operacji, ich przebiegu, prawidłowości, a także związku przyczynowego ze stanem zdrowia powoda, w szczególności z ujawnionym u powoda, po pierwszym zabiegu, niedrożności, Sąd oparł się przede wszystkim na przeprowadzonych w sprawie dowodach z opinii dwóch biegłych: chirurga i gastroenterologa.

Biegli ci jednoznacznie wskazali, że nie można stwierdzić żadnych cech niestaranności lub błędu w sztuce medycznej w związku z przedmiotowymi zabiegami. Biegli w sposób nie budzący wątpliwości wskazali dlaczego, z punktu widzenia ich specjalności postępowanie chirurgiczne pozwanego szpitala, od 9 stycznia 2015r. było prawidłowe, a wszystkie etapy leczenia powoda nie były obarczone błędami medycznymi.

W szczególności zabieg z dnia 12 stycznia 2012 r. pomimo swojej rozległości, został wykonany prawidłowo. Biegły chirurg szczegółowo wyjaśnił, że zaistniałe u powoda powikłanie było niezależne od rozległości zabiegu i miało charakter samoistny i występuje również po innych operacjach brzusznych.

Opinie obu biegłych (w tym pisemna i ustna uzupełniająca opinie biegłego M. G.) były jednoznaczne, konsekwentne i wzajemnie się uzupełniały. Biegli w sposób wszechstronny dokonali także analizy materiału dowodowego zgromadzonego w sprawie, w tym dokumentacji medycznej – precyzyjnie wskazując na ujęte w niej fakty i z nich wyprowadzili wnioski. Przeanalizowali w sposób dokładny i zupełny wszystkie ujęte tam zapisy, odnotowane zabiegi i wykluczyli wystąpienie błędu.

Wszelkie wątpliwości, zgłaszane przez powoda były szczegółowo wyjaśniane przez biegłego M. G. w pisemnej i ustnej opinii uzupełniającej, w których biegły odniósł się m.in. do możliwości zastosowania alternatywnej możliwości leczenia i wyjaśnił, że również i ono wiązałoby się z ryzykiem powstania powikłań. W szczególności biegły chirurg wyjaśnił dlaczego nie doszło do powoda do trwałego uszczerbku na zdrowiu. Dolegliwości występujące u powoda były bowiem skutkiem choroby samoistnej, a zatem spowodowała je przyczyna wewnętrzna, która wyklucza możliwość uznania, że doszło u powoda do trwałego bądź długotrwałego uszczerbku na zdrowiu.

Z tych wszystkich względów Sąd oddalił wniosek powoda o dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego chirurga. Dopuszczenie tego dowodu służyłoby tylko przedłużeniu postępowania oraz mnożeniu jego kosztów.

Z podobnych względów Sąd oddalił wniosek o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego psychiatry. Uznając, za prawdziwe twierdzenia powoda o jego ogromnych cierpieniach psychicznych w związku z obawą o własne życie, Sąd stanął na stanowisku, iż w tym przypadku korzystanie z wiadomości specjalnych biegłego psychiatry jest zbędne.

Sąd odmówił wiary twierdzeniom powoda co do braku uzyskania przez niego informacji przed przeprowadzonymi zabiegami o możliwych ich negatywnych konsekwencjach albowiem twierdzenia te pozostają w sprzeczności z treścią podpisanych przez powoda w dniu 12 stycznia 2015 r. oświadczeń o wyrażeniu zgody na zabiegi, w tym szczegółowego formularza zgody, a także zeznaniami świadka A. Z. (córkę powoda), której również szczegółowo przedstawiono cele zabiegu. Świadek ten wprost wskazał, że zarówno on, jak i powód mieli pełną świadomość tego, że zakres operacji jest nieznany – z uwagi na niemożliwość ustalenia (w przedoperacyjnej diagnostyce) przyczyny niedrożności. Nadto świadek J. Ś. również podał, że każdy pacjent przy przyjęciu do szpitala jest informowany o zabiegu i proponowanym sposobie leczenia. Trudno uznać, że powód był w tej sytuacji wyjątkiem. Nadto, należy zauważyć, że kwestia braku świadomej zgody na zabiegi powoda nie była przez powoda podnoszona w pozwie, a pojawiła się dopiero w późniejszym czasie, po niekorzystnych dla powoda wnioskach opinii obu biegłych lekarzy.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Powództwo podlegało oddaleniu w całości.

Podstawy odpowiedzialności pozwanego szpitala należy upatrywać w art. 415 k.c., zgodnie z którym kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia. Dla powstania odpowiedzialności konieczne jest zatem ustalenie winy, wyrządzenia szkody oraz normalnego związku przyczynowego pomiędzy działaniem lub zaniechaniem a powstałą szkodą. Odpowiedzialność takiego podmiotu musi być rozważana także na podstawie innych przepisów prawa cywilnego, zwłaszcza art. 430 k.c. Zgodnie z ostatnio powołanym przepisem kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu 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.

Zatem przyjęcie odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej na podstawie art. 430 k.c. wymaga uprzedniego stwierdzenia, iż pracownik zakładu wyrządził szkodę w sposób zawiniony i odpowiada z tego tytułu na zasadach ogólnych (art. 415 k.c.).

Między osobą powierzającą wykonanie czynności a tym, komu czynność powierzono, musi istnieć stosunek zwierzchnictwa i podporządkowania. Zwierzchnikiem jest ten, kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy jej wykonywaniu podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek.

W doktrynie i judykaturze przyjmuje się, że chodzi o pojęcie podporządkowania ogólnooorganizacyjnego. W konsekwencji, stosunkiem podporządkowania obejmuje się także działania zatrudnionych w zakładzie fachowców, którym przysługuje stosunkowo szeroki zakres samodzielności w podejmowaniu decyzji np. w odniesieniu do działania lekarzy w zakresie diagnozy i terapii.

Wobec tego zakład opieki zdrowotnej ponosi odpowiedzialność za błędy organizacyjne i zaniedbania personelu medycznego oraz za naruszenie standardów postępowania i procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, skutkiem czego są poważne szkody doznane przez pacjenta (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Rzeszowie z dnia 12 października 2006 roku, I ACa 377/06, LEX nr 526714; wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 4 marca 2009 r., I ACa 12/09, niepubl.).

Spowodowanie szkody na osobie w warunkach błędu w sztuce medycznej jest specyficzną postacią deliktu prawa cywilnego, którego zaistnienie wymaga spełnienia przesłanek odpowiedzialności z tytułu czynu niedozwolonego, czyli

powstania szkody, stwierdzenia winy i adekwatnego związku przyczynowego. Ściśle biorąc, błąd w sztuce medycznej jest jedynie obiektywnym elementem winy lekarza wykonującego czynności medyczne, stanowi bowiem czynność (zaniechanie) lekarza w zakresie diagnozy i terapii, niezgodną ze stanem wiedzy medycznej w zakresie dla lekarza dostępnym.

Subiektywnym natomiast elementem koniecznym dla przypisania winy lekarzowi jest jego umyślność lub niedbalstwo (orzeczenie SN z 1 kwietnia 1955 r., IV CR 39/54, LEX nr 118379).

Wymaganie wyrządzenia szkody przy wykonywaniu powierzonej czynności oznacza, że między powierzeniem czynności a działaniem, w którego wyniku nastąpiła szkoda, powinien zachodzić związek przyczynowy i związanie tego rodzaju, jaki w myśl obowiązujących zasad usprawiedliwia odpowiedzialność zobowiązanego do odszkodowania. Chodzi tu więc o związek w rozumieniu art. 361 § 1 k.c., ograniczający się do następstw normalnych, tj. takich, jakie na podstawie doświadczenia życiowego należy uznać za stanowiące z reguły skutki danego rodzaju działań lub zaniechań.

Miernikiem właściwego zachowania odpowiedzialnego jest kryterium należytej staranności (art. 355 k.c.).

Od lekarzy wymaga się staranności wyższej niż przeciętna z uwagi na przedmiot ich zabiegów, którym jest człowiek i skutki, które często są nieodwracalne (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 9 marca 2001 roku, I ACA 124/01).

Wymienione wyżej przesłanki odpowiedzialności pozwanych (w tym odpowiedzialność gwarancyjna pozwanego Towarzystwa (...)) nie zostały spełnione.

Odpowiedzialność gwarancyjna (...) S.A. z siedzibą w W. wynika z art. 822 k.c., zgodnie z którym przez umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zakład ubezpieczeń zobowiązuje się do zapłacenia określonego w umowie odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim, względem których odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczający albo osoba, na której rzecz zostaje zawarta umowa ubezpieczenia. Dla powstania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń mają przy tym znaczenie przepisy kodeksu cywilnego, regulujące odpowiedzialność podmiotu, za który ponosi on odpowiedzialność na podstawie zawartej umowy ubezpieczenia.

W niniejszej sprawie powód wskazał, że dochodzone pozwem kwoty wiążą się z jego aktualnym stanem zdrowia, będącym następstwem błędu w sztuce lekarskiej, popełnionym w trakcie zabiegów przeprowadzonych u pozwanego Szpitala.

Nie ulega wątpliwości, że zmiany jakie nastąpiły w stanie zdrowia powoda w okresie po przedmiotowych zabiegach są dla niego źródłem ogromnych cierpień i poczucia krzywdy, a sytuacja w jakiej się znalazł w negatywny sposób wpłynęła nie tylko na jego dyspozycję fizyczną, ale również na stan psychiczny.

Zgromadzony w sprawie materiał dowodowy z przyczyn wskazanych nie dostarczył jednak podstaw do stwierdzenia, by stan ten był następstwem błędu w sztuce medycznej w zakresie przeprowadzenia u powoda w pozwanym Szpitalu w dniu 12 stycznia 2015 r. zabiegu operacyjnego, a także decyzji po zabiegu (w szczególności co do wypisu pozwanego po pierwszej operacji, jak również leczenia zachowawczego po powtórnych przyjęciu). Wskazywana przez powoda podstawa faktyczna dochodzonego roszczenia została jednoznacznie wykluczone w drodze opinii dwóch biegłych lekarzy.

W szczególności z opinii biegłego chirurga wynika, iż zabieg wykonany u powoda przeprowadzony został prawidłowo, z zachowaniem wszelkich zasad sztuki lekarskiej. Wnioski te biegli odnieśli zarówno do postawionego rozpoznania, jak i leczenia w okresie poprzedzającym zabieg oraz późniejszym. W szczególności co do prawidłowości leczenia zachowawczego po pierwszym zabiegu. Przede wszystkim zaś biegły gastroenterolog jednoznacznie wyjaśnił, że fakt wypisu powoda, po pierwszej operacji, nie miał znaczenia dla podjętej później decyzji o reoperacji. Nawet zatem gdyby powód został dłużej w szpitalu po pierwszej operacji, dla stanu jego zdrowia, nie miałoby to żadnego znaczenia. W świetle opinii biegłych postępowanie lekarzy w pozwanym szpitalu było zgodne z przyjętymi procedurami medycznymi

i nie nosiło cech niestaranności lub błędu w sztuce medycznej. Brak jest również podstaw, aby kwestionować celowość samych zabiegów.

Dolegliwości jakie wystąpiły u powoda po zabiegach w postaci upośledzenie drożności pętli odprowadzającej treść z żołądka nie miały związku z rozległością samego zabiegu z 12 stycznia 2015 r. i miały charakter samoistny. Przede wszystkim zaś tego typu powikłanie stanowi możliwe i przewidywane powikłania pooperacyjne w przypadku operacji brzusznych. Nadto sam powód został wyleczony, a 1 lipca 2015 r. wrócił do pracy, zaś rokowania co do stanu jego zdrowia są dobre.

Uwzględnienia roszczeń powoda, w okolicznościach przedmiotowej sprawy, nie może spowodować również podniesiony przez niego zarzut naruszenia praw pacjenta.

Stosownie do treści art. 16 i 17 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jednolity Dz. U. z 2016 r., poz. 186) pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu informacji o rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu (art. 9) . Po ich uzyskaniu ma także prawo przedstawić lekarzowi swoje zdanie w tym zakresie.

W przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta w.w. zgodę, wyraża się w formie pisemnej.

Materiał dowodowy zgromadzony w sprawie nie dostarczył podstaw do stwierdzenia, aby powyższe prawa strony powodowej jako pacjenta strony pozwanej zostały naruszone. Ze wskazanej wyżej dokumentacji medycznej powoda oraz zgłoszonego przez stronę pozwaną dowodu z zeznań świadka J. Ś. leczącego powoda jednoznacznie wynika, że została on poinformowany o sposobie leczenia, celowości i istocie zabiegu, znieczuleniu oraz potencjalnych zagrożeniach będących jego następstwem. Nadto powód otrzymał formularz zgody dotyczący zabiegu ze szczegółowym jego opisem, celowością i oczekiwanym wynikiem oraz potencjalnymi zagrożeniami mogącymi wystąpić w wyniku zabiegu, a następnie na proponowane działania medyczne powód udzielił pisemnej zgody. Przed zabiegiem powód odbył również rozmowę z lekarzem, który poinformował go na czym będzie polegać operacja. Lekarz rozmawiał również z córką powoda i przedstawił również jej wszelkie zagrożenia, a także proponowany sposób leczenia.

Nie negując zakresu cierpień powoda w związku ze stanem jego zdrowia, to w okolicznościach niniejszej sprawy mając na uwadze powyższe rozważania, w ocenie sądu, brak jest podstaw do przypisania stronie pozwanej odpowiedzialności, co skutkowało oddaleniem powództwa w stosunku do obu pozwanych.

Z uwagi na trudną sytuację materialną powoda, ujawnioną w toku rozpoznania jego wniosku o zwolnienie od kosztów sądowych, na podstawie art. 102 k.p.c., Sąd postanowił nie obciążać go kosztami procesu. Powód w toku procesu został częściowo zwolniony od kosztów sądowych i poniósł już częściowo koszty procesu.

z/ odpis wyroku wraz z uzasadnieniem doręczyć pełn. powoda.