

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Poznań, dnia 28 marca 2018 r.

Sąd Okręgowy w Poznaniu XII Wydział Cywilny w następującym składzie:

Przewodniczący: SSO Małgorzata Małecka

Protokolant: protokolant sądowy Katarzyna Michalewska

po rozpoznaniu w dniu 22 marca 2018 r. w Poznaniu

na rozprawie sprawy z powództwa A. P.

przeciwko S. (...)w P.

o zapłatę

I. powództwo oddala;

II. kosztami procesu obciąża powódkę, szczegółowe rozliczenie pozostawiając referendarzowi sądowemu przy uwzględnieniu stawki wynagrodzenia dla pełnomocnika pozwanego na poziomie minimalnym.

/-/ SSO Małgorzata Małecka

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 23 czerwca 2014 r. skierowanym do Sądu Rejonowego P. (...) **powódka A. P.** wniosła o zasądzenie od **pozwanego S. (...)w P.** kwoty 50.000 zł tytułem częściowego zadośćuczynienia za krzywdę doznaną w wyniku błędu w sztuce lekarskiej wraz z odsetkami ustawowymi od dnia 01 czerwca 2014 r. do dnia zapłaty oraz kwoty 11.730,76 zł tytułem odszkodowania za utracone dochody wraz z odsetkami ustawowymi od dnia 01 czerwca 2014 r. do dnia zapłaty. Powódka wniosła także o zasądzenie kosztów procesu według norm prawem przepisanych, w tym kosztów zastępstwa adwokackiego oraz opłaty skarbowej od udzielonego pełnomocnictwa.

W uzasadnieniu pozwu powódka wskazała, że w dniu 20 czerwca 2011 r. zgłosiła się do Izby Przyjęć (...)w P. przy ul. (...). Została skierowana do Szpitala przez lekarzy prywatnej lecznicy (...) z diagnozą niedrożności jelit. Tego samego dnia w pozwanym Szpitalu dokonano resekcji jelita, a po kilku dniach okazało się, iż resekcja została wykonana wadliwie, gdyż zespolenie było nieszczelne. Konieczna była ponowna operacja resekcji jelita wykonana w dniu 27 czerwca 2011 r. Powódka w dniu 6 lipca 2014r. została wypisana do domu pomimo gorączki, a już 13 lipca trafiła z powrotem do Szpitala. Kolejna operacja zakończyła się założeniem stomii, która została usunięta na początku marca 2012 r. Powódka wskazała również, że przez okres założenia stomii była narażona na cierpienia fizyczne i psychiczne, a także przeszła epizod depresyjny, zakończony pobytem w szpitalu psychiatrycznym. Wskazała również, że rozmiar doznanej krzywdy jest znaczny, co czyni zasadnym żądanie zasądzenia zadośćuczynienia za krzywdę w kwocie 50.000 zł, a także 11.730,76 zł odszkodowania tytułem utraconych dochodów. Powódka domagała się także zasądzenia odsetek ustawowych od dnia 01 czerwca 2014 r. biorąc pod uwagę, że zgłosiła roszczenie pozwanemu w dniu 20 maja 2014 r.(k. 1-5 akt).

W **odpowiedzi na pozew** z dnia 07 października 2014 **pozwany Szpital W.w P.** wniósł o oddalenie powództwa w całości, a także o zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów procesu według norm przepisanych, w tym kosztów zastępstwa procesowego.

W uzasadnieniu odpowiedzi na pozew pozwany wskazał, że zaprzecza wszystkim twierdzeniom powódki zawartym w pozwie poza tym, że w okresie od 20.06.2011 r. do 06.07.2011 r. powódka była hospitalizowana na Oddziale(...) (...)z pododdziałem (...) (...)w P. z powodu objawów niedrożności przewodu pokarmowego, a także że w tym czasie była ona dwukrotnie operowana. Potwierdził również, iż była ona również operowana 13.07.2011 r. kiedy to zdecydowano się na założenie ileostomii. Pozwany podkreślił, że zabieg został wykonany zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i w jego trakcie, a także w trakcie poprzednich zabiegów, nie doszło do żadnych nieprawidłowości. Pozwany zwrócił również uwagę, że założenie i leczenie chorych w każdym stanie zdrowia zakończy się niepowikłanym przebiegiem jest pozbawione realizmu, a także że powodem powikłania były zrosty pooperacyjne. (k. 141-148 akt).

Pismem z dnia 31 maja 2017 r. powódka rozszerzyła powództwo tytułem zadośćuczynienia o kwotę 70.000 zł wraz z ustawowymi odsetkami od kwoty 50.000 zł od dnia 01 czerwca 2014 r. do dnia zapłaty oraz od kwoty 70.000 zł od dnia 20 stycznia 2017 r. do dnia zapłaty. (k. 436-438 akt).

Postanowieniem z dnia 12 czerwca 2017 r. Sąd Rejonowy(...)i J. w P. stwierdził swą niewłaściwość rzeczową i sprawę przekazał Sądowi Okręgowemu w Poznaniu jako miejscowo i rzeczowo właściwemu. (k. 442 akt).

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

Powódka od 10 czerwca 2011r. cierpiała na dolegliwości przewodu pokarmowego. Pojawiła się u niej biegunka, częste wymioty, bóle w śródbrzuszu o charakterze kurczowym, co skłoniło ją do skontaktowania się z medyczną pomocą wieczorową. W telefonicznej rozmowie zalecono zażycie smecty i no –spy.

Z uwagi na to, że stan powódki nie uległ poprawie, następnego dnia udała się na medyczną pomoc wieczorową, gdzie zalecono jej przyjęcie kolejnych leków i przejście na dietę. Stan powódki nie zmienił się.

Dnia 16 czerwca 2011r. ponownie udała się do lekarza z uwagi na powiększenie obwodu brzucha, uczucie przelewania, podwyższoną temperaturę (36.6 C), uczucie wzdęcia brzucha, nudności, wymioty treścią zielonkawą. Powódka z powodu dolegliwości schudła 1 kg. W tym dniu oddała ostatni stolec po wlewce doodbytniczej R..

Kolejna wizyta u lekarza miała miejsce 18 czerwca 2011r. z uwagi na pogorszenie stanu zdrowia.

W dniu 20 czerwca 2011r. udała się do Prywatnej Lecznicy (...) w P., gdzie po przeprowadzeniu szeregu badań zdiagnozowano u niej niedrożność przewodu pokarmowego z podejrzeniem obecności płynu w jamie brzusznej. Podczas konsultacji chirurgicznej powódka podała, że wymiotuje treścią jelitową i nie oddaje stolca. Powódkę poinformowano, że wymaga pilnej hospitalizacji oraz laparotomii. Z uwagi na to, że nie wyraziła ona zgody na hospitalizację w C., otrzymała skierowanie do szpitala wg jej miejsca zamieszkania.

dowód: opis konsultacji w Prywatnej Lecznicy (...) w P. wraz z wynikami badań (k. 246 – 250 akt)

Tego samego dnia, tj. 20 czerwca 2011 r., w godzinach wieczornych powódka udała się do pozwanego, gdzie została przyjęta w trybie nagłym z uwagi na niedrożność na poziomie jelita cienkiego wywołaną zrostem. W wywiadzie powódka podała, że cierpi na bóle brzucha, wymiotuje, ma powiększony obwód brzucha, a od 10 czerwca 2011r. nie oddaje stolca. Jej stan zdrowia na chwilę przyjęcia został oceniony jako „średni.” Tego samego dnia (godzina 22.30), wykonano w powódki odcinkową resekcję jelita cienkiego. Dokonano zespolenia mechanicznego „bok do boku.”

Przebieg pooperacyjny początkowo był prawidłowy, dopiero w 6 dobie rozpoznano objawy przetoki jelitowej, co spowodowało, że 27 czerwca 2011 r. powódkę reoperowano w trybie pilnym. Wykonano wtedy odcinkową resekcję jelita krętego z powodu nieszczelności zespolenia. Zastosowano zespolenie „koniec do końca.”

Powódka przebywała w Wojewódzkim Szpitalu przy ul. (...) w P. od 20.06.2011 r. do 06.07.2011 r. kiedy to w stanie dobrym została wypisana do domu. W dniach 12.07.2011 r.- 30.07.2011 r. była ponownie hospitalizowana w tej placówce z powodu niedrożności przewodu pokarmowego. Ponownie została przyjęta w trybie nagłym.

W dniu 13.07.2011 r. powódka została zakwalifikowana do leczenia operacyjnego, gdyż stwierdzono liczne twarde zrosty i kilka zbiorników ropnych w jamie otrzewnowej i właśnie z tego względu operator zdecydował się na założenie ileostomii oraz wykonał toaletę oraz drenaż jamy brzusznej. Jak wynika z protokołu operacyjnego podczas zabiegu nie stwierdzono nieszczelności.

dowód: dokumentacja medyczna powódki (k. 9-23 akt)

Powódka po zakończeniu hospitalizacji miała poważne problemy psychiczne skutkujące nawet pobytem w szpitalu psychiatrycznym. W związku z chorobą jelit jest osobą niepełnosprawną i musi się stosować do ściśle określonej diety. Przez długi czas po operacji odczuwała również dolegliwości bólowe.

dowód: karty historii choroby (k. 9 -45 akt), zeznania powódki (k. 275-277 akt).

Przed pobytem w szpitalu powódka była osobą czynną, uprawiającą sport, chodzącą na fitness oraz jeżdżącą na łyżwach. W okresie choroby jej aktywność fizyczna stała się wręcz niemożliwa, zaczęły się u niej problemy psychiczne. Chodzenie ze stomią sprawiało powódce duży dyskomfort, gdyż worki się odparzały i rozszczelniały, a także trzeba było je wymieniać. Po wyjściu ze szpitala powódkę męczyły nawet dłuższe spacer, a życie towarzyskie ograniczało się do przyjmowania gości w domu.

Dowód: przesłuchanie świadka D. G. (1) (k. 273-275 akt), zeznania powódki (k.275-276 akt)

Pismem z dnia 20 maja 2014r., powódka zgłosiła szkodę pozwanemu

Przebyty uraz spowodował u powódki powstanie trwałego 8% uszczerbku na zdrowiu psychicznym spowodowanego przewlekłymi zaburzeniami depresyjno – lękowymi spowodowanymi zastosowaniem u powódki stomii, która była dla niej traumatycznym przeżyciem emocjonalnym.

dowód: opinia biegłego psychiatry M. U. (k. 329-332)

W przebiegu operacyjnego leczenia niedrożności zrostowej przewodu pokarmowego nastąpiło kilka następujących po sobie powikłań chirurgicznych, które wpłynęły istotnie na trwałe i znaczące pogorszenie stanu zdrowia pacjentki. Jednak gdyby powódka została przyjęta we wcześniejszej fazie niedrożności, prawdopodobnie ryzyko powikłań, które niewątpliwie zaszły – mogłyby zostać w sposób znaczący ograniczone. Uszczerbek na zdrowiu powódki z powodu uszkodzenia jelita w postaci utrzymującej się obniżonej masy ciała został oceniony na 25%, natomiast z powodu wykonania czasowej przetoki jelitowej na 30%. Łączny uszczerbek na zdrowiu z punktu widzenia opiniującego lekarza chirurga wynosi 55%. Zabieg wykonywany u powódki 20 czerwca 2011r. był zabiegiem ratującym życie, ponieważ nieleczona właściwie niedrożność przewodu pokarmowego kończy się śmiercią. Decyzja pozwanego o niezwłocznej operacji powódki po zgłoszeniu była decyzją prawidłową. Tak samo jak technika zespolenia jelitowego „bok do boku” szwem mechanicznym. Na szczelność zespolenia ma wpływ potencjał tkanek w linii szwu, to jest ich ukrwienie, które nie jest możliwe do sprawdzenia pod kątem ich prawidłowości (tj. ukrwienia) śródoperacyjnie. Niedrożność sama w sobie doprowadza do gorszego ukrwienia jelit, co źle rokuje odnośnie szczelności zespolenia. Niedokrwienie tkanek skutkuje tym, że proces gojenia i regeneracji nie postępuje prawidłowo. Kilka dni niedrożności jelit pogarszają warunki gojenia, albowiem występują ogólnoustrojowe warunki pogarszające szybkość i tempo gojenia, tj.

odwodnienie, niewydolność nerek, wzrost parametrów zapalnych. Bardziej prawdopodobne jest, że te właśnie okoliczności towarzyszące spowodowały nieszczelność zespolenia u powódki.

dowód: opinia biegłego chirurga M. T. (k. 358-367 akt), opinia uzupełniająca biegłego chirurga M. T. (k. 413-416 akt), wyjaśnienia biegłego M. T. (k. 484-488 akt).

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie kserokopii dokumentów prywatnych i urzędowych zgromadzonych w aktach sprawy, opinii biegłych chirurga M. T. i psychiatry M. U., zeznań świadka D. G. (2) oraz powódki A. P..

Zgromadzone w sprawie dokumenty Sąd uznał za w pełni wiarygodne, albowiem nie były one kwestionowane przez żadną ze stron, a i Sąd nie znalazł podstaw by czynić to z urzędu. Wiarygodność kserokopii dokumentów również nie budziła wątpliwości Sądu. Mimo, że kserokopia nie jest dokumentem, a stanowi jedynie element twierdzenia strony o istnieniu dokumentu o treści odpowiadającej kserokopii, to w niniejszej sprawie żadna ze stron nie podniosła zarzutów kwestionujących istnienie określonych dokumentów prywatnych czy urzędowych.

Sąd uznał w całości za wiarygodną **opinię sporządzoną przez biegłego psychiatrę M. U.**. Zauważyć należy, że pozwany nie zgłaszał zastrzeżeń do opinii biegłego, tak samo jak powódka.

W ocenie Sądu, w pełni wiarygodna i przydatna dla ustaleniu stanu faktycznego niniejszej sprawy okazała się również **opinia biegłego chirurga M. T.** Na podkreślenie jedynie zasługuje, że opinie pisemne ze względu na swoją niejednoznaczność wymagały ustnego wyjaśnienia, które miało miejsce na rozprawie w dniu 29 stycznia 2018r. W pierwszej opinii pisemnej z dnia 27 października 2016r. wydanej w sprawie biegły stwierdził, że w przebiegu operacyjnego leczenia niedrożności zrostowej przewodu pokarmowego nastąpiło kilka następujących po sobie powikłań chirurgicznych, które wpłynęły istotnie na trwałe i znaczące pogorszenie stanu zdrowia pacjentki. Pierwsze z nich to rozejście się zespolenia jelitowego, pomimo zastosowania szwu mechanicznego – którego zastosowanie jest z punktu widzenia szczelności i jakości zespolenia korzystniejsze. Niestety nieskuteczne zaopatrzenie chirurgiczne nieszczelności zespolenia jelitowego pociągnęło za sobą kolejne powikłanie w postaci konieczności przeprowadzenia kolejnej laparotomii w krótkim odstępie czasu i wyłonienia ileostomii. Biegły stwierdził również, że kolejna laparotomia jest zabiegiem niosącym za sobą ryzyko kolejnych powikłań – jak zakażenie w jamie brzusznej i ropień międzypętlowy oraz trudności techniczne operowania w tkankach obrzękniętych i zmienionych zapalnie, doszło również do jatrogennego uszkodzenia jelit w trakcie preparowania tkanek. Zaopatrzenie takiej perforacji szwem, pozwala kontynuować zabieg i zakończyć go zgodnie z zasadami sztuki, lecz konsekwencje tego powikłania mogą pojawiać się w odległym okresie czasu pod postacią zrostów i blizn jelita, utrudniających swobodną perystaltykę i wchłanianie pokarmów. Biegły stwierdził także, że przyczyną bezpośrednią sekwencji powikłań było nieprawidłowo wykonane pierwotne zespolenie jelitowe, a jako okoliczność łagodzącą można przyjąć fakt, iż chirurg operując jelito z powodu niedrożności zawsze operuje w warunkach niedokrwienia jelita. Narząd ten posiada wprawdzie doskonałe ukrwienie tętnicze, jednakże w sytuacji znaczącego rozděcia, jakie ma zawsze miejsce w przypadku niedrożności jelita, każda interwencja chirurgiczna wykonywana jest w warunkach obrzęku jelita i jego niedokrwienia. Okoliczności te mogą wpływać na fakt pojawienia się niedokrwienia w linii zespolenia, co w konsekwencji doprowadza do braku zrostu i rozejścia się zespolenia jelit. Bardzo ważną kwestią tej opinii jest stwierdzenie, że najczęstszą przyczyną takiego powikłania jest błąd techniczny – niedokrwienie jelita, lecz nie zawsze na pojawienie się takiego powikłania ma wpływ błąd chirurga. Biegły stwierdził także, że powódka nie rokuje pomyślnie co do powrotu do pełnego zdrowia. Przebyte zabiegi operacyjne – kilka laparotomii oraz powstałe w ich konsekwencji zrosty pomiędzy pętlami jelita cienkiego w obrębie jamy brzusznej, powodują trwałe zaburzenia czynnościowe przewodu pokarmowego. Dolegliwości to bóle brzucha, uczucie wzdęcia, naprzemienne z nudnościami oraz zaburzenia rytmu wypróżniania – pod postacią kilku stolców ciągu dnia, powodują znaczące utrudnienie w codziennym funkcjonowaniu. Biegły M. T. stwierdził również, że powikłania po licznych operacjach mogły spowodować u pacjentki całkowitą zmianę w funkcjonowaniu narządów wydzielania wewnętrznego – pod postacią utraty miesiączki – przedwczesna menopauza. Pierwsza opinia biegłego z uwagi na jej niejednoznaczność (biegły twierdził w niej, że przyczyną bezpośrednią sekwencji powikłań było nieprawidłowo wykonane pierwotne zespolenie jelitowe, przy jednoczesnym podkreśleniu, że w sytuacji operowania niedrożnego jelita, chirurg operuje w warunkach niedokrwienia jelita i może wtedy dojść

do pojawienia się niedokrwienia w linii zespolenia, co w konsekwencji doprowadza do braku zrostu i rozejścia się zespolenia jelit, a także że czynnikami pogarszającymi gojenie się zespolenia są czas trwania niedrożności oraz ogólny stan pacjenta) wymagała doprecyzowania i wyjaśnienia. Obie strony wniosły o wydanie przez biegłego opinii uzupełniającej, zaś pozwany podważył również wiarygodność pierwszej opinii, zarzucając jej lakoniczność i fakt, że w żaden sposób nie odnosi się ona do meritum tj. czy za rozstrój zdrowia powódki odpowiedzialność ponosi pozwany. W opinii uzupełniającej biegły M. T. stwierdził, że w momencie przyjęcia do szpitala, powódka prezentowała pełnoobjawowe cechy niedrożności przewodu pokarmowego – silny, narastający ból brzucha i jego postępujące wzdęcie, z towarzyszącym zatrzymaniem gazów i stolca. Objawy te narastały w krótkim okresie czasu. Powódka nie prezentowała objawów niedożywienia i zespołu niedoborowego. Ryzyko okołoperacyjne było na poziomie akceptowalnym, nie występowały ciężkie choroby współistniejące, które w sposób istotny zwiększałyby ryzyko powikłań okołoperacyjnych. Biegły podkreślił jednak, że w tym przypadku nie można postawić jednoznacznego wniosku w kwestii błędu technicznego, jako jedyne go czynnika odpowiedzialnego za powstałe powikłania. Doszło bowiem do zbiegu kilku okoliczności, których nałożenie się na siebie było wynikiem zaistniałych następstw dla zdrowia powódki, Biegły stwierdził, że jednoznaczne wskazanie, w jakim zakresie określone działania lub zaniechania miały wpływ na przebieg leczenia powódki i jej stan zdrowia, jest trudne, a wręcz niemożliwe. Biegły uznał jednak, że można zgodzić się z wnioskiem strony powodowej, iż mało prawdopodobnym jest, by okoliczności niezależne od chirurga, stanowiły wyłączną (niespowodowaną błędem operacyjnym) przyczynę powikłań zdrowotnych u powódki. W opinii uzupełniającej biegły zwrócił również uwagę na to, że lekarz chirurg przystępując do operacji niedrożności przewodu pokarmowego, stoi przed problemem oceny szansy na prawidłowe zagojenie zespolenia jelitowego. W sytuacji wątpliwej może on odstąpić od wykonania pierwotnego zespolenia i podjąć decyzję o rozłożeniu operacji na etapy. Niewątpliwie bowiem czas trwania niedrożności negatywnie przyczynia się do szansy zagojenia szczelnego zespolenia, jednakże, jeśli chirurg śródoperacyjnie ocenił, że istnieją warunki do pierwotnego zaopatrzenia, to należy przypuszczać, że jego ocena uwzględniała również fakt czasu trwania niedrożności u pacjentki. Alternatywnym dla zaopatrzenia pierwotnego i zachowania ciągłości przewodu pokarmowego, jest wyłonienie przetoki jelitowej.

Po sporządzeniu przez biegłego opinii uzupełniającej, złożył on również ustne wyjaśnienia na rozprawie w dniu 29 stycznia 2018r., które były kluczowym dowodem w świetle wydanego przez Sąd orzeczenia. W trakcie tych wyjaśnień biegły M. T. stwierdził bowiem, że gdyby powódka zgłosiła się wcześniej, można by było uniknąć przynajmniej części powikłań, które u niej wystąpiły. Dnia 20 czerwca 2011 roku zgłosiła się do Szpitala W. w P., gdzie prawidłowo rozpoznano niedrożność jelita cienkiego i wdrożono leczenie operacyjne. Biegły stwierdził także, że decyzja pozwanego o niezwłocznej operacji powódki po zgłoszeniu była prawidłowa, tak samo jak decyzja o zastosowaniu resekcji jelita. Zespolenie jelitowe bok do boku szwem mechanicznym było decyzją prawidłową, gdyż każdy chirurg w swoim postępowaniu powinien stosować najlepiej znaną przez siebie techniką, a szew mechaniczny jest czasami niedostępny, bo wymaga posiadania specjalnego urządzenia dostępnego 24 godziny na dobę. Biegły stwierdził także, że wykonywanie zespolenia bok do boku jest zabiegiem szybszym i możliwe, że lekarz wykonujący zabieg chciał skrócić czas zabiegu operacyjnego. Biegły wycofał się także z twierdzenia „błąd techniczny”. Oznajmił także, że jeżeli chirurg operuje w trudnych warunkach i musi podjąć decyzję co do rozległości wycięcia, stara się ograniczać kalectwo pacjenta i decyduje się na wycięcie w zakresie takim, który rokuje potencjalne zagojenie. Nie ma bowiem możliwości sprawdzenia śródoperacyjnie, czy ukrwienie tkanek jest prawidłowe. Biegły wyjaśnił także, że kilka dni niedrożności pogarszają warunki gojenia. Występują ogólnoustrojowe warunki pogarszające szybkość i tempo gojenia, to jest odwodnienie, niewydolność nerek, wzrost parametrów zapalnych. W takiej sytuacji potencjał pacjenta jest znacznie osłabiony. Biegły stwierdził, że głównie okoliczności towarzyszące spowodowały nieszczelność, a zabieg wykonywany u powódki był zabiegiem ratującym życie, ponieważ nieleczona właściwie niedrożność przewodu pokarmowego na pewno skończy się śmiercią. W ocenie biegłego, bardziej prawdopodobnym jest również, że przyczyną rozejścia się zespolenia była zwłoka w leczeniu operacyjnym, a ten sam chirurg mógłby mieć dobre wyniki w podobnej sytuacji, gdyby wykonał zabieg operacyjny cztery dni wcześniej. Po złożeniu wyjaśnień przez biegłego strony nie zgłaszały żadnych dalszych zastrzeżeń, co do wydanej przez niego opinii.

Biorąc zatem powyższe pod uwagę Sąd uznał **opinie biegłych M. U., oraz M. T.** za w pełni wiarygodne oraz przydatne dla ustalenia stanu faktycznego sprawy, biorąc pod uwagę, że opinie zostały sporządzone przez

osoby kompetentne, dysponujące odpowiednim zasobem wiedzy w dziedzinie w której sporządzali opinie. Opinie były wyczerpujące, a nadto zostały wydane z uwzględnieniem całokształtu zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego i badań własnych biegłych. Biegli w sposób szczegółowy przedstawili w swoich opiniach przesłanki, na których się oparli się formułując końcowe wnioski. Zaprezentowane w nich ustalenia poparte zostały rzeczową, logiczną i zgodną z zasadami poprawnego wnioskowania argumentacją, co pozwala stwierdzić, że ich autorzy dysponują rzetelną wiedzą specjalistyczną w swojej dziedzinie i pozwala je uznać za pełne i kompletne.

W ocenie Sądu, nie podważa kompetencji biegłego z dziedziny chirurgii M. T., fakt częściowej zmiany swojego stanowiska zawartego w opiniach pisemnych w czasie jego wyjaśnień ustnych. Nie jest bowiem rzadkim zjawiskiem fakt zmiany swojego stanowiska przez biegłego w sytuacji zwrócenia mu bądź przez strony, bądź Sąd uwagi na kwestie, które nie zostały przez niego uwzględnione przy sporządzaniu opinii pisemnych. Podczas wysłuchania biegłego przed Sądem możliwe jest bowiem poprzez zadawanie szczegółowych pytań doprecyzowanie sformułowań użytych przez biegłego w swojej opinii, sporządzanej jedynie w oparciu o tezę dowodową przygotowaną przez Sąd oraz wyjaśnienie przyczyny przyjęcia określonych wniosków. W ocenie Sądu, szczegółowe pytania przygotowane przez stronę pozwaną pozwoliły na uporządkowanie wniosków opinii pisemnych biegłego przy uwzględnieniu stanu zdrowia powódki oraz przebiegu operacji w dniu 20 czerwca 2011r.

Tym samym, wyjaśnienia biegłego M. T. stanowiące uzupełnienie i doprecyzowanie jego opinii pisemnych złożone na rozprawie w dniu 29 stycznia 2018r. stały się podstawą rozstrzygnięcia Sądu.

Co istotne, biegły nie wycofał się ze swojego stanowiska, że zazwyczaj najbardziej prawdopodobną przyczyną powikłań pooperacyjnego leczenia niedrożności jelit jest błąd operacyjny. Jednakże zaznaczył, że ma to miejsce w sytuacji, gdy operacja jest wykonywana odpowiednio wcześnie, nie ma płynu w jamie brzusznej, nie ma obrzęku i niedokrwienia jelit. W przypadku powódki, w chwili przeprowadzenia operacji usunięcia niedrożności jelit w dniu 20 czerwca 2011r. wystąpiła zwłoka w leczeniu operacyjnym, w jamie brzusznej występowała znaczna ilość płynu przesiąkowego, a jelito cienkie było „znacznie rozdęte.” (k. 15 akt) Tym samym biegły uznał, że bardziej prawdopodobną przyczyną rozejścia się zespolenia była zwłoka w leczeniu operacyjnym.

Z uwagi na to, że opinia Biegłego M. T. była dla Sądu logiczna, spójna i przekonująca brak było przesłanek do przeprowadzenia dowodu z opinii instytutu medycznego.

Sąd uznał za wiarygodne **zeznania świadka D. G. (1) oraz powódki** co do przebiegu procesu leczenia powódki, jak również dolegliwości jakich doznała w związku z przeprowadzonymi u niej zabiegami operacyjnymi, jednakże z uwagi na niewykazanie w niniejszym postępowaniu, by to pozwany ponosił winę za ich przebieg, w szczególności dokonanie reoperacji w dniu 27 czerwca 2011r. oraz procesu wyłonienia stomii w dniu 13 lipca 2011r. nie miały one istotnego znaczenia dla sprawy.

Sąd zauważył, co następuje:

W niniejszej sprawie, po ostatecznym rozszerzeniu powództwa powódka dochodziła od pozwanego zapłaty kwoty 120.000 zł tytułem zadośćuczynienia za krzywdę jakiej doznała na skutek błędu w sztuce lekarskiej oraz kwoty 11.730,76 zł tytułem odszkodowania za utracone dochody.

Powództwo zostało oddalone w całości.

Podstawę prawną roszczenia powoda o zasądzenie kwoty 100.000zł tytułem zadośćuczynienia za krzywdę stanowi przepis art. 445 § 1 kc w zw. z art. 415 kc.

W myśl art. 444 § 1 kc, w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu koszty. Na żądanie poszkodowanego zobowiązany do naprawienia szkody powinien wyłożyć z góry sumę potrzebną na koszty leczenia, a jeżeli poszkodowany stał się inwalidą, także sumę potrzebną na koszty przygotowania do innego zawodu. Jeżeli poszkodowany utracił całkowicie lub częściowo zdolność do pracy

zarobkowej albo jeżeli zwiększyły się jego potrzeby lub zmniejszyły widoki powodzenia na przyszłość, może on żądać od zobowiązanego do naprawienia szkody odpowiedniej renty (§ 2 art. 444 kc). Zgodnie z art. 445 § 1 kc w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę.

W myśl zaś art. 415 k.c. ten kto z własnej winy wyrządził drugiemu szkodę obowiązany jest do jej naprawienia. Wynika z tego, że dana osoba może ponosić odpowiedzialność, gdy jej działaniu lub zaniechaniu można przypisać winę, a skutkiem zawinionego działania lub zaniechania będzie szkoda. Pierwszą przesłanką odpowiedzialności na podstawie art. 415 kc jest wina. Pojęcie to w rozumieniu art. 415 kc ujmowane bywa szeroko, jako kategoria obejmująca dwa elementy - obiektywny i subiektywny. Pierwszy z nich oznacza bezprawność działania lub zaniechania osoby odpowiedzialnej, a drugi związany jest z nastawieniem psychicznym sprawcy do czynu.

Wskazać należy, że w obszarze deliktów prawa cywilnego rozróżnia się dwie postacie winy (w subiektywnym aspekcie), tj. winę umyślną i nieumyślną. Przy winie umyślnej sprawca ma świadomość szkodliwego swojego zachowania się i przewiduje jego nastąpienie, celowo do niego zmierza lub co najmniej się na wystąpienie tych skutków godzi. Natomiast przy winie nieumyślnej mamy do czynienia z niedbalstwem, tj. z niezachowaniem należytej staranności. Dla oceny, kiedy mamy do czynienia z winą w postaci niedbalstwa, decydujące znaczenie ma miernik staranności, jaki przyjmuje się za wzór prawidłowego postępowania. Ta formuła ma podstawowe znaczenie jako wzorzec wymaganego zachowania dla każdego, kto znajduje się w określonej sytuacji. Ten wzorzec – kreowany na podstawie reguł współżycia społecznego, przepisów prawnych, zwyczajów, swoistych „kodeksów zawodowych”, pragmatyk ma charakter obiektywny. Zarzut niedbalstwa będzie więc uzasadniony wówczas, gdy sprawca szkody zachował się w sposób odbiegający od modelu wzorcowego, ujmowanego abstrakcyjnie. Ustalenie, że w konkretnych okolicznościach sprawca szkody mógł się zachować w sposób należyty, uzasadnia postawienie mu zarzutu nagannej decyzji. Niedbalstwo polega więc na niedołożeniu wymaganej w stosunkach danego rodzaju staranności, niezbędnej do uniknięcia skutku, którego sprawca nie chciał wywołać.

Podstawową przesłanką cywilnej odpowiedzialności lekarza, obok winy w znaczeniu subiektywnym, jest bezprawność jego działania. Bezprawność obejmuje swoim zakresem naruszenie przepisu prawa oraz zasad współżycia społecznego, a bezprawność zaniechania występuje wówczas, gdy istniał nakaz działania (por. wyrok SN z dnia 19 lutego 2003 r., LEX nr 121742).

Bezprawność działania w zakresie prowadzonej przez lekarza działalności medycznej może być związana z naruszeniem art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U z 2008 r. Nr 136 poz. 857 z późn. zm.), zgodnie z którym lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należyłą starannością. Przepis ten określa zatem podstawowe, obowiązujące każdego lekarza reguły postępowania, których naruszenie określa się mianem tzw. „błędu lekarskiego”. Wystąpienie takiego błędu oczywiście wyczerpuje jedynie obiektywny element winy (bezprawność zachowania) i samo w sobie nie jest wystarczające dla postawienia lekarzowi zarzutu winy. Należy bowiem ustalić subiektywne przesłanki uczynienia zarzutu w postaci umyślnego działania lub niedbalstwa.

Podkreślić należy, że zgodnie z art. 361 § 1 kc zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła. Adekwatny związek przyczynowo - skutkowy, w myśl art. 6 kc podlega udowodnieniu przez poszkodowanego. Granice wyznaczające możliwości dowodowe stron na płaszczyźnie art. 361 § 1 kc wyznacza aktualny stan wiedzy medycznej. W konsekwencji nie wymaga się, aby związek przyczynowy pomiędzy postępowaniem lekarza, a powstałą szkodą został ustalony w sposób pewny. W tzw. „procesach lekarskich” ustalenie w sposób pewny związku przyczynowego pomiędzy postępowaniem lekarza, a powstałą szkodą jest najczęściej niemożliwe, gdyż w świetle wiedzy medycznej w większości wypadków można mówić tylko o prawdopodobieństwie wysokiego stopnia, a rzadko o pewności, czy wyłączności przyczyny. Na powstanie szkody ma lub może mieć wpływ wiele czynników i należy tylko ustalić, w jakim stopniu prawdopodobieństwa wobec innych czynników pozostaje zaniedbanie lekarza. Podkreśla się również, że żądanie

absolutnej pewności związku przyczynowego nie byłoby ani realne, ani uzasadnione. Dowód zatem, że jakiś inne przyczyny (oprócz niedbalstwa lekarza) mogły, lecz nie musiały spowodować u pacjenta szkodę, nie zwolni lekarza od odpowiedzialności. Ani wielość przyczyn, ani zwiększone ryzyko zabiegu (ze względu na stan zdrowia chorego) nie może wyłączyć odpowiedzialności lekarza, jeśli przynajmniej jedną z przyczyn jest niedbalstwo (por. wyrok Sądu Najwyższego z 17 października 2007 r. II CSK 285/07, LEX nr 490418).

W niniejszej sprawie koniecznym było zbadanie czy lekarze z pozwanego szpitala dopuścili się jakichkolwiek zaniedbań przed operacją powódki lub w jej trakcie, które to działanie mogłoby być działaniem bezprawnym (stanowiąc błąd w sztuce medycznej) oraz działaniem przez nich zawinionym w postaci niedbalstwa.

Wzorcem, do którego należy sięgać w odniesieniu do lekarza jest wzorzec "dobrego fachowca". Wszelkie postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze lekarz zobowiązany jest prowadzić z należytą starannością poświęcając im niezbędny czas. Lekarz ma swobodę wyboru w zakresie metod postępowania, które uzna za najskuteczniejsze. Od lekarzy wymaga się staranności wyższej niż przeciętna, z uwagi na przedmiot ich zabiegów, którym jest człowiek i skutki wadliwego leczenia, które są często nieodwracalne, a na lekarzu o specjalności chirurga staranność ta powinna być jeszcze wyższa, niż w przypadku lekarza innej specjalności (por. wyrok SN z dnia 24 listopada 1976 r. w sprawie IV CRU 42/76 niepubl., wyrok i glosa do wyroku SN z dnia 1 grudnia 1998 r. w sprawie III CKN 741/98, (...) 2000 r. nr 6-7 s.163).

Ciężar dowodu wykazania przesłanek winy podwładnego, szkody i związku przyczynowego, spoczywał zgodnie z art. 6 k.c. na poszkodowanej powódce.

Na podkreślenie zasługuje, że strona powodowa nie wykazała by doszło do błędu w sztuce lekarskiej w trakcie operacji wykonywanych w pozwanym Szpitalu. Nie wykazano bowiem, by ponosił on odpowiedzialność za powstałe rozszczelnienie jelita i konieczność poddania się przez powódkę kolejnym operacjom i ostatecznie założenia u niej stomii. Powstałe powikłanie było wynikiem stanu w jakim znajdowała się powódka w chwili przyjęcia jej do Szpitala, co wynika bezpośrednio z dokumentacji medycznej dostarczonej przez placówkę medyczną (...). Wynika z niej bowiem jednoznacznie, że pogorszenie zdrowia powódki nastąpiło co najmniej na 10 dni przed terminem jej pierwszego zabiegu, który został wykonany zgodnie z aktualną wiedzą medyczną.

Na podkreślenie zasługuje, że opinia biegłego chirurga M. T. mogła być w pełni podstawą wydanego orzeczenia. Była ona logiczna, spójna, i nie budziła żadnych wątpliwości ze strony Sądu co do prawidłowości jej sporządzenia. Pozostawała w korelacji z pozostałym zebrany materiał dowodowy, w szczególności z dokumentacją medyczną i dokumentem szczegółowego wywiadu z kliniki (...), ze szczegółowym wskazaniem w jakich terminach powódka korzystała z pomocy lekarskiej i jakie miała w tym czasie dolegliwości.

Mając zatem powyższe na względzie, uznając iż powódka nie wykazała, by działanie pozwanego doprowadziło do powstania po jej stronie krzywdy i szkody Sąd oddalił powództwo (punkt I sentencji wyroku).

O kosztach procesu Sąd orzekł na podstawie art. 98 k.p.c. zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik procesu, obciążając nimi w całości powódkę jako stronę przegrywającą niniejszą sprawę, szczegółowe rozliczenie pozostawiając referendarzowi sądowemu przy uwzględnieniu stawki wynagrodzenia dla pełnomocnika pozwanego na poziomie minimalnym.

/-/SSO Małgorzata Małecka