

Sygn. akt I C 1228/10

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

20 marca 2014 roku

Sąd Okręgowy we Wrocławiu I. Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący SSO Rafał Cieszyński

Protokolant Ewelina Kiałka

po rozpoznaniu na rozprawie 13 marca 2014 roku we Wrocławiu

sprawy z powództwa J. T.

przeciwko (...) Szpitalowi (...) z (...) Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej z siedzibą we W. i (...) S.A. z siedzibą w W.

o zapłatę, rentę i ustalenie

I. oddała powództwo;

II. nie obciąża powódki obowiązkiem zwrotu pozwanym kosztów procesu;

III. obciąża Skarb Państwa brakującymi kosztami sądowymi od obowiązku uiszczenia których powódka została zwolniona.

Sygn. akt I C 1228/10

UZASADNIENIE

Pozwem wniesionym 19 października 2010 roku powódka J. T. domagała się zasądzenia od pozwanych (...) Szpitala z (...) we W. Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej z siedzibą we W. oraz (...) S.A. z siedzibą w W. in solidum na jej rzecz kwoty 200.000 zł tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę z odsetkami ustawowymi od dnia wniesienia pozwu oraz renty stałej w wysokości 600 zł miesięcznie tytułem naprawienia wyrządzonej jej szkody, płatnej do dnia 10-tego każdego miesiąca z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu. Jednocześnie powódka domagała się ustalenia odpowiedzialności pozwanych na przyszłość oraz zasądzenia na jej rzecz kosztów procesu według norm przepisanych.

W uzasadnieniu powódka podała, że przedmiotem jej roszczeń są szkody fizyczne, psychiczne i społeczne, jakich doznała w związku z niedbałym dokonywaniem działań przez bezimiennego lekarza Oddziału (...) pozwanego szpitala. Wskazała, że 16 marca 2010 roku pracownik pozwanego szpitala przeprowadził u niej planowe badanie kolonoskopowe, w trakcie którego doszło do perforacji jelita grubego, co skutkowało uszkodzeniem jatrogennym, wymuszając konieczność podjęcia niezwłocznego działania operacyjnego i wytworzenia jednolufowej stomii. W ocenie powódki uszkodzenie jelita było spowodowane niewłaściwym postępowaniem lekarza wykonującego zabieg, który rozpoznając obecność uchyłków jelita grubego i zbędną obecność zalegających mas kałowych kontynuował badanie nie polecając aby do tego doszło dopiero po możliwym prawidłowym przygotowaniu jelita grubego do podobnych działań i aby tym samym w dostępnej części ograniczyć możliwość uszkodzenia jelita grubego w trakcie badania. Powódka zarzuciła, że takie zachowanie lekarza było sprzeczne z zasadą staranności i ostrożności zawodowej, gdyż nie doszło do zminimalizowania dającego się przewidzieć utrudnienia dokonania tego badania, w tym ewentualności uszkodzenia

badanego odcinka jelit. W dalszej kolejności powódka wskazała, że wprawdzie wyraziła zgodę na wykonanie badania kolonoskopowego jednakże w jej ocenie zgoda ta nie obejmowała zgody na przypadkowe uszkodzenie narządu na skutek niezminimalizowania ryzyka tegoż uszkodzenia.

Powódka podniosła, że przed 2010 rokiem przebyła liczne operacje jamy brzusznej z przyczyn chirurgicznych, ginekologicznych i urologicznych i w związku z tym cierpi na chorobę zrostową, którą pogłębiły następstwa uszkodzenia kolonoskopowego. Dodatkowo konieczność używania stomii brzusznej powoduje u niej traumę, a nadto zmusza do ograniczenia kontaktów z bliskimi osobami i znajomymi.

Uzasadniając legitymacje bierną pozwanego (...) S.A. z siedzibą w W. powódka wskazała, że łączy go z pozwanym szpitalem umowa ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej.

Jako podstawę prawną swoich roszczeń powódka wskazała art. 415 k.c. w związku z art. 445 k.c. i art. 444 k.c.

W odpowiedzi na pozew pozwany (...) S.A. z siedzibą w W. wniósł o oddalenie powództwa oraz o zasądzenie od powódki kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

W uzasadnieniu swojego stanowiska (...) S.A. z siedzibą w W. w pierwszej kolejności podniósł, że wymieniony w pozwie podmiot (...) S.A. Centrum (...) Zespół (...) z siedzibą w Ł. nie będąc osobą prawną nie posiada zdolności sądowej, jest to brak nieusuwalny i w związku z tym pozew winien być zwrócony.

Z ostrożności procesowej (...) S.A. z siedzibą w W. wskazał, że we własnym zakresie przeprowadził w niniejszej sprawie postępowanie likwidacyjne, które jednak nie wykazało zaistnienia przesłanek odpowiedzialności ubezpieczonego pozwanego szpitala a tym samym jej własnej odpowiedzialności gwarancyjnej. Pozwany przyznał, że powódka doznała szkody w postaci rozstroju zdrowia wywołanego perforacją jelita, jednakże w jego ocenie szkoda ta nie była następstwem zawinionego działania bądź zaniechania personelu medycznego wykonującego u powódki zabieg kolonoskopii, noszące znamiona błędu w sztuce bądź nie dołożenia należytej staranności. Zdaniem pozwanego nie miał też miejsca w niniejszej sprawie związek przyczynowy pomiędzy zawinionym działaniem lub zaniechaniem lekarza wykonującego zabieg a szkodą powódki, która jest wynikiem powikłania zdarzającego się niezwykle rzadko.

Z ostrożności procesowej pozwany podniósł, że żądanie zadośćuczynienia w kwocie 200.000 zł jest wygórowane i nie znajduje oparcia w materiale dowodowym, podobnie jak żądanie miesięcznej renty w wysokości 600 zł. Odnosząc się natomiast do żądania powódki w zakresie ustalenia odpowiedzialności na przyszłość pozwany podniósł, że powódka nie posiada w tym interesu prawnego, ponieważ na skutek wprowadzenia przepisu art. 442¹ do k.c. umożliwi on osobie poszkodowanej poszukiwanie ochrony prawnej w drodze powództwa o zasądzenie nawet po upływie terminów przedawnienia, w sytuacji, kiedy ujawniona zostanie nowa szkoda.

(...) S.A. z siedzibą w W. zarzucił również, że jego odpowiedzialność jest ograniczona do sumy ubezpieczenia w wysokości 46.500 euro za jedno zdarzenie, która to suma na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia przez pozwany szpital wynosiła 190.296,60 zł.

Pozwany (...) Szpital (...) z (...) SP ZOZ we W. w odpowiedzi na pozew wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie od powódki na jego rzecz kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

W uzasadnieniu pozwany Szpital podniósł w pierwszej kolejności, iż jego ubezpieczycielem odpowiedzialności cywilnej z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych jest (...) S.A. z siedzibą w W. i w razie niekorzystnego rozstrzygnięcia to zakład ubezpieczeń winien być odpowiedzialny do zapłaty z tytułu polisy. Dalej zarzucił, że roszczenia powódki nie zasługują na uwzględnienie. Pozwany przyznał, że 16 marca 2010 r. u powódki było wykonywane badanie endoskopowe – kolonoskopia, które nie zostało dokończony. Zdaniem pozwanego nie zachodzą jednak przesłanki do przypisania mu odpowiedzialności za perforację jelita, której doznała powódka, ponieważ nie doszło po jego stronie do błędu medycznego podczas wykonywania tego zabiegu, ani też nie miało miejsce żadne

zaniedbanie w tym zakresie. Pozwany podkreślił, że powódka wyraziła świadomą zgodę na tego rodzaju badanie, została poinformowana szczegółowo o tym, na czym polega kolonoskopia i jakie mogą wystąpić możliwe powikłania. Pozwany wyjaśnił, że kolonoskopia jest inwazyjną metodą badania jelita grubego i końcowego odcinka jelita cienkiego przy pomocy endoskopu. Żaden lekarz nie może zagwarantować powodzenia badania endoskopowego i pełnego bezpieczeństwa. W około 0,35% przypadków zdarzają się bowiem powikłania. Należą do nich: przedziurawienie przewodu pokarmowego (0,1 – 0,3 % wszystkich zabiegów), czy krwawienie (0,2 %), które wymagają natychmiastowej interwencji endoskopowej lub pilnej interwencji chirurgicznej. Pozwany podał, że podczas wykonywania zabiegu u powódki lekarzowi udało się wprowadzić endoskop jedynie do zmienionej zapalnie esicy, gdzie stwierdzono również obecność uchyłków śr. 30 mm o zaczerwienionej, obrzękniętej błonie śluzowej. Światło jelita było zwężone i słabo podatne na rozdmuchiwanie, a w świetle jelita zalegały półpłynne masy kałowe. Z tego powodu przerwano badanie wobec trudności anatomicznych i zlecono RTG przeglądowe jamy brzusznej. Pozwany podkreślił, że nie ma żadnego innego sposobu sprawdzenia (przed przystąpieniem do zabiegu kolonoskopii) czy jelita zostały należycie oczyszczone z resztek pokarmowych, a jedynie wprowadzenie endoskopu uwidacznia stan jelit, co też się okazało w badaniu przeprowadzonym u powódki. Po przeprowadzeniu badania per rectum, które w zakresie palca było bez zmian, aparat wprowadzono do odbytu i dalej w esicy przerwano badanie od razu w momencie gdy lekarz zauważył uchyłki jelita oraz zalegające półpłynne masy kałowe. Pozwany wskazał, że przerywając badanie lekarz nie miał wiedzy o zaistnieniu perforacji jelita, a jedynie wiedzę o ryzyku zaistnienia takiej perforacji i z tego powodu zlecił badanie przeglądowe RTG jamy brzusznej, co w ocenie pozwanego było działaniem prawidłowym i zgodnym z wiedzą medyczną. Pozwany podniósł również, że jego ubezpieczyciel (...) S.A. z siedzibą w W. odmówił przyjęcia odpowiedzialności z powodu braku przesłanek koniecznych do jej przyjęcia. Nadto z ostrożności procesowej pozwany wskazał, że roszczenia powódki są zbyt wygórowane. Podkreślił, że powódka skończyła 70 lat, jest osobą schorowaną oraz przeżyła liczne operacje, co powoduje, że już przed pobytem w pozwanej placówce jej możliwości zarobkowe były bardzo ograniczone, a wręcz niemożliwe. W ocenie pozwanego powódka domagając się renty w wysokości 600 zł miesięcznie nie wykazała w jakim stopniu zwiększyły się jej potrzeby, czy też zmniejszyły się jej widoki powodzenia na przyszłość. Pozwany podkreślił przy tym, że ciągłość przewodu pokarmowego powódki została odtworzona w szpitalu w K..

Postanowieniem z 28 lutego 2011 roku Sąd, na podstawie art. 199 § 3 k.p.c. a contrario odmówił odrzucenia pozwu w stosunku do pozwanego (...) S.A. z siedzibą w W..

W kolejnych pismach przygotowawczych z 21 stycznia 2011 roku i 03 marca 2011 roku powódka podała, że w okresie od 17 października 2010 roku do 03 listopada 2010 roku przebywała w szpitalu w K., gdzie została poddana planowemu zabiegowi operacyjnemu mającemu na celu likwidację stomii. Po operacji odtwarzającej ciągłość przewodu pokarmowego doszło do zapalenia otrzewnej, co spowodowało konieczność kolejnej operacji i wykonania ileostomii pętlowej. Kolejna hospitalizacja w tej placówce miała miejsce w okresie 31 stycznia – 22 lutego 2011 r. Powódka podała, że w jej trakcie została poddana kolejnemu zabiegowi zespalającemu ciągłość przewodu pokarmowego, a następnie w związku z wystąpieniem objawów niedrożności jelit ponownie otwarto jamę brzuszną i wykonano ponowne zespolenie. W ocenie powódki wszystkie te zabiegi operacyjne wiązały się z wcześniejszym uszkodzeniem jatrogennym kolonoskopowym i naraziły ją na długotrwały rozstrój zdrowia.

Pismem przygotowawczym z 08 lipca 2011 roku powódka sprecyzowała żądanie zasądzenia renty w wysokości 600 zł miesięcznie wskazując, iż na kwotę tą składają się koszty dojazdu samochodem na wizyty konsultacyjne do K. oraz do Poradni (...) we W. w wysokości 80 zł, koszty zakupu leków, opatrunków, worków stomijnych w wysokości średnio 400 zł oraz koszty spożywania przez okres posiadania stomii brzusznej artykułów spożywczych bogatych w białko (zmiana diety) w wysokości 200 zł.

Pismem procesowym z 11 sierpnia 2011 roku [k. 426] powódka rozszerzyła powództwo w ten sposób, że wniosła o zasądzenie in solidum od pozwanych zadośćuczynienia w łącznej kwocie 300.000 zł wskazując, że w toku postępowania, na skutek licznych powikłań po zabiegach operacyjnych doszło do zwiększenia jej szkody.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny, istotny dla rozstrzygnięcia sprawy:

16 marca 2010 roku powódka J. T. została przyjęta do Zakładu (...) Szpitala Klinicznego z (...) SP ZOZ we W. celem przeprowadzenia badania kolonoskopowego. Na zabieg ten zaplanowano jeden dzień pobytu w szpitalu. W przeddzień zabiegu powódka, na zalecenie lekarza, w celu oczyszczenia jelit, przyjmowała preparat o nazwie X. P. oraz wypłała 2,5 litra wody.

Powódka została skierowana do leczenia szpitalnego przez lekarza rodzinnego z powodu rozpoznania bólów brzucha, polipów żołądka, przewlekłego zapalenia żołądka, zaporę oraz wzrostu OB i CRP. W wywiadzie przeprowadzonym przy przyjęciu powódka skarżyła się na zaparcia oraz bóle w lewym dole biodrowym. W badaniu przedmiotowym nie stwierdzono odchyłań od stanu prawidłowego w zakresie jamy brzusznej. Stwierdzono natomiast, że powódka choruje z powodu nadciśnienia tętniczego.

Przed zabiegiem powódka została poinformowana o jego celowości, sposobie wykonania i możliwych powikłaniach (w tym między innymi w postaci przedziurawienia ściany przewodu pokarmowego) oraz wyraziła zgodę na jego przeprowadzenie.

O godzinie 10:30 powódce podano dożylnie leki znieczulające (F. oraz B.) w celu farmakologicznego przygotowania do zabiegu kolonoskopii i przystąpiono do badania. Okolica zewnętrzna odbytu była prawidłowa. Wykonano badanie per rectum, które w zakresie palca było bez zmian, a następnie wprowadzono aparat endoskopowy do jelit. W początkowej fazie badania w esicy uwidoczniono uchyłki średnicy do 30 mm o zaczerwienionej, obrzękniętej błonie śluzowej, zwężenie światła jelita, brak możliwości pełnego uwidocznienia światła jelita przez rozdmuchiwanie, a w miejscu zwężenia zalegające półpłynne masy kałowe. Z tych powodów od dalszego badania odstąpiono a powódkę skierowano na RTG przeglądowe jamy brzusznej ze względu na zwiększone ryzyko perforacji. W trakcie zabiegu powódka zgłaszała dyskomfort ale nie zgłaszała silniejszych dolegliwości bólowych. Bólu nie okazywała też ruchami ciała.

Około 5-15 minut po zakończeniu zabiegu u powódki, przebywającej w tym czasie na sali obserwacyjnej, wystąpiły silne dolegliwości bólowe w lewym podżebrzu i klatce piersiowej. Wykonane badanie przeglądowe RTG jamy brzusznej wykazało perforację przewodu pokarmowego. Powódka została poinformowana o wystąpieniu powikłania pod postacią jatrogennej perforacji jelita i konieczności pilnego leczenia operacyjnego.

(dowód: skierowanie do szpitala k. 133;

historia choroby pacjenta leczonego w trybie jednodniowym – załącznik 7c k. 119-121;

opis kolonoskopii k. 122;

karta informacyjna leczenia w trybie jednodniowym – załącznik 7d k. 123;

informacja o kolonoskopii k. 124;

oświadczenie pacjenta – świadoma zgoda na operację w trybie jednodniowym – załącznik 7a k. 125;

karta kwalifikacyjna do zabiegu operacyjnego w trybie jednodniowym – załącznik 7b k. 126-126v;

wyjaśnienie w sprawie powikłań kolonoskopii z 16 kwietnia 2010 roku k. 76;

plan Zakładu (...)– rzut poziomy k. 464;

zeznania świadka B. C. k. 130-131;

zeznania świadka B. M. k. 132;

zeznania świadka B. H. k. 132-133;

przesłuchanie powódki J. T. k. 259-263)

Około godziny 13:00 tego samego dnia powódkę przewieziono na Kliniczny Oddział (...) (...) Szpitala (...) z (...) we W. z rozpoznaniem jatrogennej perforacji jelita grubego, celem pilnego leczenia operacyjnego. Przy przyjęciu powódka nie odczuwała żadnych dolegliwości. W badaniu fizykalnym stwierdzono: brzuch wysklepiony powyżej poziomu klatki piersiowej, wzdęty, bolesny uciskowo w prawym podżebrzu. Objaw B. (+/-). Objaw C. (-). Tego samego dnia wykonano zabieg częściowej resekcji esicy i wyłonienia stomii jednolufowej, czasowej. W trakcie zabiegu stwierdzono: powietrze w wolnej jamie otrzewnej oraz sieci większej, przyczepkach sieciowych esicy i okrężnicy, otwór jatrogennej perforacji esicy o średnicy około 1 cm, w odległości ok. 10-15 cm od załamka otrzewnej, niewielką ilość mętnego płynu w zagłębieniu D. i zrosty pooperacyjne w miednicy małej. Po uwolnieniu przyrostów rozwojowych, esicy nie dało się wyłonić w postaci dwulufowego anusa w miejscu perforacji. Zdecydowano się zresekować uszkodzony fragment esicy, zamykając obwodowy fragment jelita staplerem a dogłówny odcinek esicy wyłoniono w postaci odbytu czasowego jednolufowego w prawym podbrzuszu. Jamę brzuszną płukano roztworem soli fizjologicznej, w zagłębieniu D. pozostawiono dren. Jamę brzuszną zamknięto warstwowo i założono opatrunek jałowy.

Po zabiegu w RTG stwierdzono odmę szczytu płuca lewego, w wyniku czego powódka była leczona zachowawczo. Wdrożono antybiotykoterapię. W czwartej dobie po zabiegu doszło do infekcji rany pooperacyjnej. W związku z tym zastosowano leczenie w postaci płukania rany i opatrunków. Po ustabilizowaniu się stanu ogólnego i miejscowego – pooperacyjnego, powódka, w stanie ogólnym i miejscowym zadowolającym, została wypisana 14 kwietnia 2010 roku do domu z zaleceniem kontroli w Poradni Chirurgicznej 16 kwietnia 2010 roku oraz kwalifikacji do zabiegu odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego za 6 miesięcy.

(dowód: historia choroby powódki numer (...) k. 117-182;

karta operacji numer 319 k. 70 akt szkody nr PL (...);

zeznania świadka J. S., k. 258-259)

W okresie od 17 października 2010 roku do 03 listopada 2010 roku powódka była hospitalizowana na Oddziale (...) z Pododdziałem (...) Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w K.. Do placówki tej powódka została przyjęta w celu usunięcia czasowej przetoki kałowej i przywrócenia ciągłości przewodu pokarmowego. 20 października 2010 r. u powódki przeprowadzono zabieg operacyjny, w czasie którego wycięto stomię na esicy, a następnie zespolono esicę z odbytnicą bok do końca. W piątej dobie po operacji, ze względu na objawy zapalenia otrzewnej powódka została poddana ponownej operacji, w trakcie której stwierdzono, że powodem odczuwanych dolegliwości była martwica przyczepku sieciowego esicy. W związku z tym wykonano ileostomię pętlową. Dalsza hospitalizacja przebiegała bez powikłań i powódka w stanie ogólnym dobrym została wypisana do domu 03 listopada 2010 roku.

(dowód: karta informacyjna leczenia szpitalnego k. 38-38v;

historia choroby powódki z okresu pobytu w SP ZOZ w K. k. 185-241;

zeznania świadka A. M. k. 133-134)

31 stycznia 2011 roku powódka ponownie została przyjęta do szpitala w K. w celu zamknięcia czasowej ileostomii. Po zabiegu zamknięcia ileostomii, zespolenie bok po boku, który miał miejsce 02 lutego 2011 roku, doszło u powódki do wystąpienia objawów niedrożności jelit. W związku z tym powódka 07 lutego 2011 roku została poddana kolejnej operacji, w trakcie której stwierdzono lokalne zapalenie otrzewnej spowodowane nieszczelnością kikutów jelita krętego na podłożu ich niedokrwienia. Zespolenie wycięto, a następnie połączono część bliższą jelita krętego z poprzeczną. Część dalszą jelita krętego zamknięto. Wdrożono żywienie pozajelitowe. Dalsze leczenie pooperacyjne przebiegało bez powikłań. Ostatecznie powódka w stanie dobrym została wypisana ze szpitala 22 lutego 2011 roku z zaleceniem przyjmowania leków, zmiany opatrunków oraz kontroli chirurgicznej 01 marca 2011 roku.

(dowód: karta informacyjna leczenia szpitalnego k. 106-108;

zeznania świadka A. M. k. 133-134)

Po raz kolejny powódka była hospitalizowana w tej placówce w okresie od 23 marca 2011 r. do 31 marca 2011 roku, gdzie została przyjęta z powodu bólu brzucha, biegunki, z podejrzeniem ropnia międzypęłowego. Zastosowano leczenie farmakologiczne, wykonano diagnostykę. Wykluczono ropień międzypęłowy. Nie stwierdzono patologii wymagającej interwencji chirurgicznej. Dolegliwości i objawy ustąpiły. Powódka została wypisana do domu w dobrym stanie.

(dowód: karta informacyjna leczenia szpitalnego k. 385-385v)

W okresie od 07 kwietnia 2011 roku do 15 kwietnia 2011 roku powódka ponownie była hospitalizowana na Oddziale (...) z Pododdziałem (...) Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w K.. Powódka została przyjęta na Oddział z powodu bóli brzucha, tworu guzowatego w okolicy prawego śródbrzusza, w stanie ogólnym dobrym. Przeprowadzone badania wykazały: gorączkę, prawidłową perystaltykę, obrzęki stawów nadgarstka. Zastosowano leczenie zachowawcze. Funkcja przewodu pokarmowego prawidłowa. W czasie podawania sterydów zaobserwowano szybkie ustąpienie dolegliwości ze strony stawów, guz w śródbrzuszu uległ zmniejszeniu (odczyn reumatoidalny). Posiew z krwi był jałowy. Powódka została wypisana do domu w stanie ogólnym i miejscowym dobrym z zaleceniem dalszej kontroli reumatologicznej i chirurgicznej oraz przyjmowania leków.

(dowód: karta informacyjna leczenia szpitalnego k. 384-384v)

W okresie od 22 kwietnia 2011 roku do 29 kwietnia 2011 roku powódka przebywała na Oddziale (...) Wojewódzkiego Szpitala (...) we W., gdzie została przyjęta w trybie ostrodyżurym z powodu dolegliwości bólowych brzucha i gorączki. Po przeprowadzonej diagnostyce powódkę zakwalifikowano do leczenia operacyjnego. 23 kwietnia 2011 roku wykonano zabieg operacyjny – nacięto i drenowano ropień powłok jamy brzusznej po stronie prawej. Po zabiegu stan kliniczny powódki poprawił się i nastąpił spadek wykładników stanu zapalnego. Powódka została wypisana do domu w stanie ogólnym i miejscowym dobrym z zaleceniami między innymi codziennej zmiany opatrunków, kontroli w poradni chirurgicznej oraz przyjmowania leków.

(dowód: karta informacyjna leczenia szpitalnego k. 381-383)

03 sierpnia 2011 roku powódka zgłosiła się na Szpitalny Oddział Ratunkowy Wojewódzkiego Szpitala (...) we W. w związku z opróżnieniem się zbiornika podskórnego okolicy miejsca operowanego (laparotomii). Rozpoznano: otwartą ranę brzucha dolnej części grzbietu i miednicy. Po założeniu opatrunku powódkę wypisano tego samego dnia z zaleceniem zmiany opatrunków, przyjmowania leków oraz pozostawiania pod opieką poradni chirurgicznej. Przeprowadzone 09 sierpnia 2011 roku badanie USG jamy brzusznej wykazało w powłokach podbrzusza, bocznie od blizny pooperacyjnej ropień o wymiarach 25 x 9 mm.

(dowód: karta informacyjna k. 423;

wynik badania USG k. 424-425)

Celem leczenia ropnia powódka w okresie 21 sierpnia – 06 września 2011 r. była hospitalizowana na Oddziale (...) Szpitala (...) we W.. 22 sierpnia 2011 roku powódka została poddana zabiegowi operacyjnemu polegającemu na radykalnym wycięciu zmiany skóry.

(dowód: karta informacyjna z 06 września 2011 r. k. 693 – koperta)

W okresie od 17 września do 20 października 2011 roku powódka ponownie była leczona na Oddziale (...) Szpitala (...) we W.. Na Oddział ten została przyjęta w trybie ostrodyżurym z powodu przetoki jelitowej. Wdrożono leczenie farmakologiczne, w tym całkowite żywienie jelitowe oraz leczenie opatrunkowe uzyskując stopniowe zamknięcie się przetoki i ostatecznie wygojenie rany. Po zakończeniu hospitalizacji powódka została wypisana do domu w stanie

ogólnym dobrym, żywność doustnie z zaleceniem m.in. stopniowego rozszerzania diety, prowadzenia oszczędnego trybu życia, okresowej kontroli lekarskiej oraz przyjmowania przepisanych leków.

(dowód: karta informacyjna k. 485-485v)

W przypadku badania kolonoskopowego powikłania zdarzają się niezmiernie rzadko (0,35 %). Należą do nich: przedziurawienie ściany przewodu pokarmowego (0,14 % - 0,18 %), krwawienie (0,008%), które zwykle wymagają natychmiastowej operacji. Opisywane były także pojedyncze przypadki odruchowego zatrzymania akcji serca. Śmiertelność z tych powodów jest jeszcze rzadsza.

(dowód: informacja o kolonoskopii k. 124)

J. T. została przyjęta do Zakładu (...) Szpitala (...) z (...) SP ZOZ we W. w trybie planowym, w celu przeprowadzenia diagnostyki przewodu pokarmowego. Powódka nie wymagała natomiast interwencji lekarskiej w trybie pilnym.

Do perforacji jelita powódki doszło w czasie wykonanej 16 marca 2010 roku kolonoskopii. Perforacja miała charakter jatrogennej. Ponieważ uszkodzenie przewodu pokarmowego zostało rozpoznane szybko, dla zdrowia powódki nie było istotne gdzie to się stało.

Podstawą poprawnego przeprowadzenia badania kolonoskopowego jest prawidłowe oczyszczenie światła jelita grubego z zalegających tam mas kałowych. W tym celu zaleca się stosowanie na kilka dni przed endoskopią specjalnej diety, picie dużej ilości niegazowanych i bezmlecznych napoi, a także w dniu poprzedzającym badanie użycie preparatów X. P., F. lub innego tego typu preparatu. Można także ostatecznie oczyścić jelito za pomocą kilka razy ponowionej lewatywy. Powódka została prawidłowo przygotowana do badania kolonoskopowego.

Stwierdzenie stanu uniemożliwiającego wgląd w światło jelita i ocenę jego śluzówki, a także obecność zmian chorobowych (między innymi liczne, duże uchyłki, ostry stan zapalny uchyłków) jest przeciwwskazaniem do wykonania tego badania. Zachowanie lekarza w trakcie przeprowadzania u powódki zabiegu kolonoskopii było w pełni poprawne i przyjęte w modelu postępowania w takich przypadkach. W tej konkretnej sytuacji dodatkowe oczyszczenie jelita z zalegającego tam kału doprowadziłoby do powiększenia perforacji i szybszego przedostania się treści jelitowej do jamy otrzewnej. Tym samym doszłoby do pogorszenia się stanu zdrowia powódki. W tym momencie najistotniejszym działaniem było wykluczenie (lub potwierdzenie) przedziurawienia, a nie kontynuowanie badania endoskopowego.

Operacja metodą H., to jest resekcji esicy, zamknięcia na głucho odbytnicy, a następnie wyłonienie czasowej, jednolufowej przetoki kałowej, jest przyjętym i nadal ogólnie stosowanym sposobem postępowania chirurgicznego – przede wszystkim w przypadkach choroby uchyłkowej jelita grubego, ale także jatrogennej perforacji. Taki sposób leczenia, przez część autorów uważany jest za bardziej bezpieczny dla pacjenta, mimo że jest dłuższy, mniej komfortowy ze względu na wytworzenie odbytu brzuszno, a także nieuchronnie wymaga wykonania zabiegu rekonstruującego ciągłość przewodu pokarmowego. Zatem, mimo stosowanego także przez część chirurgów zespołowego pierwotnego (bezpośrednie zespolenie końców jelita bez wyłonienia stomii) lub wyłonienia czasowej, pętłowej ileostomii, sposób leczenia operacyjnego powódki zastosowany 16 marca 2010 roku uważać należy za dopuszczalny. Wykonanie tego rodzaju operacji nie było natomiast wymuszone rozległością uszkodzenia jelita po kolonoskopii.

Potrzeba przeprowadzenia u powódki wielokrotnych operacji brzusznych, w tym okresowego wyłonienia stomii była związana z powikłaniami, jakie nastąpiły po jatrogennej perforacji jelita grubego. W chwili obecnej następstwem leczenia perforacji jest obecność licznych, miejscowo pozaciąganych blizn w powłokach brzucha powódki. Zgłaszane aktualnie przez powódkę dolegliwości bólowe ze strony jamy brzusznej, zaparcia, występujące na przemian z biegunkami oraz wzdęcia mogą w części być związane z wielokrotnymi zabiegami operacyjnymi w obrębie jamy brzusznej wykonywanymi od 16 marca 2010 roku. Objawy te są jednak również typowe dla choroby uchyłkowej jelita grubego. Związany z tym uszczerbek na zdrowiu powódki wynosi 10 %.

Aktualny stan zdrowia powódki, wynikający z przebytego, jatrogennego uszkodzenia okrężnicy esowatej nie jest związany z ewentualnymi błędami diagnostycznymi, czy też terapeutycznymi popełnionymi przez personel medyczny (...) (...) Szpitala (...) z (...) SP ZOZ we W..

(dowód: opinia sąдово – lekarska przeprowadzona przez Katedrę i Zakład Medycyny Sądowej i Toksykologii Sądowo-Lekarskiej (...) w K. k. 521-539, 550 wraz z opinią uzupełniającą k. 672-674)

Zabieg kolonoskopii, któremu została poddana powódka został przeprowadzony przez zatrudnionego w (...) (...) Szpitalu (...) z (...) SP ZOZ we W. specjalistę chorób wewnętrznych, gastroenterologa B. C. z asystą dwóch pielęgniarek endoskopowych.

(dowód: zeznania świadka B. C. k. 130-131;

opis kolonoskopii k. 122)

W czasie, kiedy powódka była poddawana zabiegowi kolonoskopii w (...) (...) Szpitalu (...) z (...) SP ZOZ we W., placówka ta miała zawartą umowę obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w następstwie działania lub zaniechania ubezpieczonego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, podczas udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Suma gwarancyjna za jedno zdarzenie w okresie ubezpieczenia wynosiła 46.500 euro. Ubezpieczycielem szpitala był pozwany (...) S.A. z siedzibą w W..

(okoliczność bezsporna)

Pismem z 09 kwietnia 2010 roku powódka wystąpiła do (...) (...) Szpitala (...) z (...) SP ZOZ we W. domagając się rekompensaty w kwocie 200.000 zł za doznaną szkodę powstałą w związku z uszkodzeniem jej ciała w następstwie zabiegu kolonoskopii. W odpowiedzi pismem z 21 czerwca 2010 roku pozwany (...) (...) Szpital (...) z (...) SP ZOZ we W. poinformował powódkę, że nie przyjmuje swojej odpowiedzialności z tytułu uszkodzenia jej ciała oraz zgłaszanych szkód, w tym związanych z perforacją jelita, do jakiej doszło w trakcie wykonywania zabiegu kolonoskopii. Pozwany wyjaśnił, że zabieg ten, mający charakter inwazyjny, został wykonany za jej świadomą zgodą, zgodnie ze sztuką medyczną i z dołożeniem należytej staranności przez odpowiednio wykwalifikowany personel medyczny, który poinformował ją szczegółowo o możliwych powikłaniach.

(dowód: wniosek powódki z 09 kwietnia 2010 r. k. 72-73 akt szkodowych nr PL (...));

pismo pozwanego (...) (...) Szpitala (...) z (...) SP ZOZ we W. z 21 czerwca 2010 roku k. 15)

Szkoda została również zgłoszona ubezpieczycielowi – pozwanemu (...) S.A. z siedzibą w W., który pismem z 28 kwietnia 2010 roku poinformował powódkę o wszczęciu procesu likwidacji szkody z ubezpieczenia OC (...) (...) ZOZ we W..

(dowód: pismo pozwanego (...) S.A. z siedzibą w W. z 28 kwietnia 2010 roku k. 81 akt szkodowych nr PL (...))

Po przeprowadzeniu postępowania likwidacyjnego, pozwany (...) S.A. z siedzibą w W. pismem z 08 czerwca 2010 r. poinformował powódkę, że brak jest podstaw do przyjęcia jej odpowiedzialności i wypłaty świadczenia z umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (...) (...) Szpitala (...) z (...) SP ZOZ we W.. W uzasadnieniu wyjaśnił, że niezbędną przesłanką dla przyjęcia odpowiedzialności gwarancyjnej (...) S.A. z siedzibą w W. konieczne jest ustalenie odpowiedzialności ubezpieczonego, która w niniejszym przypadku nie zachodzi.

(dowód: pismo pozwanego (...) S.A. z siedzibą w W. z 08 czerwca 2010 roku k. 102-104 akt szkodowych nr PL (...))

W tak ustalonym stanie faktycznym, Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Powództwo nie zasługiwało na uwzględnienie.

Powódka J. T. ostatecznie, po rozszerzeniu powództwa, domagała się zasądzenia in solidum od pozwanych (...) (...) Szpitala (...) z (...) SP ZOZ we W. oraz (...) S.A. w W. kwoty 300.000 zł tytułem zadośćuczynienia za krzywdę doznaną na skutek zaniedbań popełnionych przez lekarza pozwanego szpitala, przeprowadzającego u niej zabieg kolonoskopii 16 marca 2010 roku, w wyniku którego doszło do perforacji jelita. Dodatkowo powódka domagała się zasądzenia od pozwanych renty w wysokości 600 zł miesięcznie oraz ustalenia ich odpowiedzialności na przyszłość.

W toku postępowania pozwani konsekwentnie kwestionowali zarówno zasadę swojej odpowiedzialności, jaki i wysokość dochodzonych przez powódkę roszczeń. Pozwani, domagając się oddalenia powództwa wskazywali, że powikłanie, jakiego doznała powódka w wyniku zabiegu kolonoskopii nie było skutkiem nieprawidłowości popełnionych przez personel medyczny pozwanego szpitala, lecz stanowiło normalne ryzyko przy tego typu badaniach, o którym powódka została poinformowana i na które wyraziła świadomą zgodę.

Bezsporna w niniejszej sprawie była okoliczność przeprowadzenia u powódki w pozwanej placówce szpitalnej zabiegu kolonoskopii oraz zaistnienie w jej wyniku powikłań w postaci perforacji jelita.

Podstawę odpowiedzialności pozwanego zakładu ubezpieczeń za szkodę w zakresie będącym przedmiotem niniejszej sprawy statuuje art. 822 k.c., zgodnie z którym przez umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ubezpieczyciel zobowiązuje się do zapłacenia określonego w umowie odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim, wobec których odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczający albo ubezpieczony.

Zawarcie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej nakłada na ubezpieczyciela obowiązek naprawienia szkody w razie nastąpienia określonego w umowie wypadku. Adresatem tego świadczenia odszkodowawczego jest osoba trzecia, która doznała uszczerbku majątkowego lub niemajątkowego, jakkolwiek samo zdarzenie wyrządzające szkodę obciąża ubezpieczonego, a nie ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel staje się zobowiązanym wobec poszkodowanego z racji umowy wiążącej go z ubezpieczającym. Przesłanką powstania obowiązku świadczenia przez ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (art. 822 § 1 k.c.) jest stan odpowiedzialności cywilnej ubezpieczającego (ubezpieczonego) za szkodę wyrządzoną osobie trzeciej. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń obejmuje tylko i wyłącznie świadczenie, do spełnienia którego byłby w konkretnym przypadku zobowiązany sprawca. Jak wynika z art. 822 § 4 k.c., uprawniony do odszkodowania w związku ze zdarzeniem objętym umową ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej może dochodzić roszczenia bezpośrednio od ubezpieczyciela. Odpowiedzialność ubezpieczyciela ma zatem charakter kontraktowy i stanowi pochodną odpowiedzialności cywilnej ubezpieczonego.

W niniejszej sprawie poza sporem pozostawało, że w dniu zdarzenia, z którym powódka wiąże powstanie szkody, to jest 16 marca 2010 roku, pozwany (...) (...) Szpital (...) z (...) SP ZOZ we W. miał zawartą z pozwany (...) S.A. z siedzibą w W. umowę obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w następstwie działania lub zaniechania ubezpieczonego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, podczas udzielania świadczeń opieki zdrowotnej i że suma gwarancyjna na jedno zdarzenie w okresie ubezpieczenia wynosiła 46.500 euro. Zatem dla przyjęcia odpowiedzialności cywilnej (...) S.A. z siedzibą w W. konieczne było ustalenie odpowiedzialności deliktowej pozwanego szpitala, w którym doszło do wykonania u powódki zabiegu kolonoskopii.

W ocenie Sądu (...) (...) Szpital (...) z (...) SP ZOZ we W. ponosi odpowiedzialność cywilnoprawną za skutki działań lub zaniechań personelu medycznego w procesie leczenia pacjentów tejże jednostki na podstawie art. 430 k.c. Odpowiedzialność szpitala jest w tym przypadku odpowiedzialnością za czyn cudzy. Zgodnie z powołanym przepisem, kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności. Odpowiedzialność zwierzchnika za działanie podwładnego oparta jest na zasadzie ryzyka. Przesłanką odpowiedzialności przełożonego jest wyrządzenie szkody z winy podwładnego, przy czym do wykazania tej okoliczności wystarczy istnienie tak zwanej winy bezimiennej, jeśli tylko poszkodowany wykaże, że szkoda była wynikiem zachowania osoby podlegającej określonemu zwierzchnictwu i wykonującej określoną czynność dla powierzającego i w jego interesie. Dla stwierdzenia odpowiedzialności szpitala w

niniejszej sprawie zasadnicze znaczenie ma zatem ocena postępowania personelu medycznego (...) (...) Szpitala (...) z (...) we W., w którym doszło do powikłań po zabiegu kolonoskopii przeprowadzonego u powódki 16 marca 2010 roku, w tym zwłaszcza postępowania lekarza przeprowadzającego ten zabieg.

W tym miejscu zważyć należy, że wina w art. 430 k.c. została użyta w tym samym znaczeniu co w art. 415 k.c. Na gruncie prawa cywilnego winę można przypisać podmiotowi prawa, kiedy istnieją podstawy do negatywnej oceny jego zachowania z punktu widzenia zarówno obiektywnego, jak i subiektywnego. W obszarze deliktów prawa cywilnego rozróżnia się dwie postaci winy – umyślną i nieumyślną. Przy winie umyślnej sprawca ma świadomość szkodliwego skutku swojego działania i przewiduje jego nastąpienie, celowo do niego zmierza. Przy winie nieumyślnej sprawca przewiduje możliwość wystąpienia szkodliwego skutku, lecz bezpodstawnie przypuszcza, że zdoła go uniknąć albo nie przewiduje możliwości jego nastąpienia, choć powinien i może je przewidywać. W obu formach winy nieumyślnej mamy do czynienia z niedbalstwem. Niedbalstwo polega nie niedołożeniu należytej staranności w stosunkach danego rodzaju staranności, niezbędnej do uniknięcia skutku, którego sprawca nie chciał wywołać.

Przepis art. 4 ustawy z 05 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634 z późn. zm.) stanowi, że 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. Naruszenie powyższych zasad może przybrać w szczególności postać błędu lekarskiego, polegającego bądź to na błędnym zdiagnozowaniu lub zakwalifikowaniu pacjenta do zabiegu (błąd diagnostyczny), bądź też na nieprawidłowym, niezgodnym ze sztuką lekarską wykonaniu zabiegu lub leczeniu (błąd wykonawczy). Z kolei ustawa z 06 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta przewiduje, że pacjentowi przysługuje między innymi prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej (art. 6 ust. 1), udzielanych z należyłą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym (art. 8 zd. 1), jak również prawo do informacji o swoim stanie zdrowia (art. 9 u. 1). W myśl natomiast art. 4 ust. 1 te same ustawy w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 k.c.

Błędy diagnostyki i terapii, opieszałość w podejmowaniu czynności, zaniechania wykonania badań, przeoczenia nieprawidłowości przy dokonywanych zabiegach i niedostateczne pouczenie pacjenta o ryzyku związanym ze stanem jego zdrowia, stanowią podstawę odpowiedzialności osób wykonujących zawód medyczny z tytułu czynu niedozwolonego.

Reasumując powyższe rozważania, w rozpoznawanej sprawie istota sporu sprowadzała się zatem do ustalenia przesłanek odpowiedzialności cywilnej pozwanego (...) (...) Szpitala (...) z (...) SP ZOZ we W., poprzez wykazanie, że doszło do zaniedbania bądź popełnienia błędu przez personel medyczny tej placówki, który wykonując u powódki zabieg kolonoskopii 16 marca 2010 r. miał doprowadzić do powstania szkody. Dokonanie bowiem takich ustaleń warunkuje w dalszej kolejności odpowiedzialność ubezpieczyciela (...) S.A. z siedzibą w W. oraz stanowi podstawę do oceny wysokości zgłaszanych przez powódkę roszczeń.

Dokonując analizy zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego Sąd doszedł do przekonania, że brak jest w niniejszej sprawie jakichkolwiek podstaw do uznania, że w trakcie leczenia powódki w (...) (...) Szpitalu (...) z (...) we W. wystąpiły nieprawidłowości. Materiał dowodowy nie pozwala na wyciągnięcie wniosku, że w związku z badaniem kolonoskopowym, jakiemu powódka została poddana 16 marca 2010 roku, a który w efekcie skutkował perforacją jelita, doszło do błędu medycznego, czy też niezachowania należytej staranności bądź ostrożności przez personel medyczny tej placówki szpitalnej.

Dokonując takich ustaleń Sąd wziął pod uwagę przede wszystkim dokumentację medyczną, która stanowiła wiarygodny dowód na okoliczność procesu leczenia powódki oraz opinię sporządzoną przez zespół biegłych z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej i Toksykologii Sądowo-Lekarskiej (...) w K.. W ocenie Sądu biegłych, w ramach swoich specjalności wyrazili opinię jednoznacznie, co należyście i poprawnie pod względem logicznym uzasadnili, odwołując

się do wiedzy specjalnej z zakresu medycyny. Jednocześnie, sporządzając opinię biegli uwzględnili dokumentację medyczną powódki znajdującą się w aktach sprawy, a swoje wnioski sformułowali także na podstawie osobistego badania powódki. W szczególności zaś, Sąd miał na uwadze to, że wszystkie kwestie, których dotyczyły zastrzeżenia i wątpliwości powódki zostały w ocenie Sądu w sposób rzetelny, logiczny i przekonujący wyjaśnione w opinii uzupełniającej z 07 stycznia 2014 roku.

Dodatkowo Sąd uwzględnił zeznania przesłuchiwanego w sprawie świadków w osobach B. C., B. M., B. H., A. M. i J. S., którym dał wiarę w zasadzie w całości uznając je, w zakresie istotnym dla ustalenia stanu faktycznego oraz rozstrzygnięcia sprawy, za wiarygodne, spójne i logiczne, a nadto znajdujące potwierdzenie w dowodach z dokumentów. Sąd wziął również pod uwagę zeznania samej powódki, jednakże w zakresie, w jakiej odnoszą się one do przebiegu badania kolonoskopowego z 16 marca 2010 roku częściowo nie dał im wiary, o czym będzie mowa w dalszej części rozważań.

W pierwszej kolejności podkreślenia wymaga, że opiniujący w niniejszej sprawie biegli w sposób stanowczy i jednoznaczny stwierdzili, że w przeprowadzonym 16 marca 2010 roku zabiegu kolonoskopii nie dopatryli się nieprawidłowości o charakterze błędu medycznego, uznając jednocześnie, że został on wykonany w sposób staranny i prawidłowy, z zachowaniem reguł sztuki i aktualnej wiedzy medycznej. Jednocześnie biegli ci podkreślili, że obecny stan zdrowia powódki, wynikający z przebytego, jatrogennego uszkodzenia okrężnicy esowatej nie jest związany z ewentualnymi błędami diagnostycznymi, czy też terapeutycznymi, popełnionymi przez personel medyczny (...) (...) Szpitala (...) z (...) we W..

Biegli wyjaśnili, że podstawą poprawnego przeprowadzenia badania kolonoskopowego jest prawidłowe oczyszczenie światła jelita grubego z zalegających tam mas kałowych, czemu służy przede wszystkim stosowanie odpowiedniej diety, picie dużej ilości płynów oraz stosowanie odpowiednich preparatów na dzień przed zabiegiem (m. in. X. P., F.). Jak wynika z zeznań powódki, przed zabiegiem, zgodnie z zaleceniami lekarza, zażywała preparat o nazwie X. P. oraz wypła 2,5 litra wody. Dodatkowo z dokumentacji medycznej w sposób niebudzący wątpliwości wynika, że w dniu zabiegu zebrano u powódki wywiad lekarski, a przed wprowadzeniem endoskopu do jelita sprawdzono okolicę zewnętrzną odbytu oraz wykonano badanie per rectum, które w zakresie palca nie wykazało zmian. Ponadto występujący w sprawie w charakterze świadka lekarz przeprowadzający badanie B. C. zeznał, iż nie ma innego sposobu, jak wprowadzenie endoskopu do jelit, żeby przed zabiegiem mieć pewność, czy zostały one należycie oczyszczone.

Mając na uwadze powyższe, za słuszny należy uznać wniosek biegłych, zgodnie z którym w aktach sprawy brak jest dowodów na nieprawidłowe przygotowanie powódki do badania kolonoskopowego, pozostające w związku z nieprawidłowym działaniem personelu medycznego, a co między innymi zarzucała powódka. Dodać w tym miejscu należy, że z przeprowadzonego w sprawie postępowania nie wynika, że przed przystąpieniem do zabiegu kolonoskopii lekarz winien wykonać jeszcze jakieś inne dodatkowe czynności, mające na celu zapewnienie pacjentowi bezpieczeństwa podczas badania, i doszło do zaniechania tego w przypadku powódki.

Materiał dowodowy w sprawie nie pozwala również na przyjęcie, że sam przebieg badania kolonoskopowego oraz czynności dokonane bezpośrednio po jego zakończeniu nosiły znamiona błędu bądź wykonane zostały w sposób nienależyty.

Świadek B. C. zeznał, że w początkowej fazie badania, w esicy, stwierdził uchyłki jelita, zwężenie światła jelita i brak możliwości pełnego uwidocznienia światła jelita przez tak zwane rozdmuchiwanie a nadto – w miejscu zwężenia – płynny stolec. Wyjaśnił, że po rozpoznaniu tych stanów odstąpił od dalszego wprowadzania endoskopu, zakończył badanie i jednocześnie, ze względu na podwyższone ryzyko perforacji zmienionej chorobowo ściany jelita zdecydował o pilnym wykonaniu badania radiologicznego jamy brzusznej. Zeznania te potwierdza dokumentacja medyczna zgromadzona w aktach sprawy (zwłaszcza opis przebiegu badania kolonoskopowego), pisemne wyjaśnienia B. C. sporządzone 16 kwietnia 2010 roku, jak również relacje świadków w osobach B. M. oraz B. H. (pielęgniarek endoskopowych asystujących podczas zabiegu), które zgodnie zeznały, że lekarz przerwał zabieg kolonoskopii z

powodu stwierdzenia zmian anatomicznych w postaci uchyłków jelita oraz zwężenia jego światła, a następnie skierował powódkę na zdjęcie RTG brzucha w celu wykluczenia ewentualnej perforacji jelita.

Opiniujący w sprawie zespół biegłych podkreślił, że takie postępowanie lekarza było w pełni poprawne i przyjęte w modelu postępowania w takich przypadkach. Jednocześnie biegli wyjaśnili, że gdyby lekarz, w momencie stwierdzenia stanu uniemożliwiającego wgląd w światło jelita i ocenę jego śluzówki, a także obecność zmian chorobowych (to jest osobniczych właściwości organizmu powódki zwiększających ryzyko perforacji), zaordynował dodatkowe oczyszczenie jelita z zalegającego tam kału – a co sugerowała powódka – doprowadziłoby to do powiększenia perforacji i szybszego przedostania się treści jelitowej do jamy otrzewnej, a tym samym doszłoby do pogorszenia stanu zdrowia powódki. Biegli wskazali, że w tym momencie najistotniejszym działaniem było wykluczenie (lub potwierdzenie) przedziurawienia, a nie kontynuowanie badania endoskopowego.

Sąd nie dał wiary twierdzeniom powódki, która podczas przesłuchania zeznała, że lekarz kontynuował badanie pomimo zgłoszonego przez nią silnego bólu i pomimo stwierdzenia zalegających w jelicie mas kałowych oraz że przerwał badanie dopiero wtedy, gdy ponownie krzyknęła z bólu. W ocenie Sądu zeznania te pozostają bowiem w sprzeczności z pozostałym materiałem dowodowym zgromadzonym w sprawie, a w szczególności zeznaniami świadków: B. C., B. M. oraz B. G., którzy zgodnie zeznali, że w trakcie badania powódka nie zgłaszała dolegliwości bólowych, a jedynie pewien dyskomfort związany z wdmuchiwaniami powietrza do jelita. Świadkowie Ci wskazywali również, że powódka zaczęła zgłaszać silniejsze bóle dopiero po odstąpieniu przez lekarza od dalszego badania, kiedy przebywała na sali obserwacyjnej. W tym miejscu należy zwrócić uwagę, że zgłaszane przez powódkę zarzuty, jakoby w pozwanym szpitalu brak było sali obserwacyjnej, a które miały na celu podważenie wiarygodności zeznań tychże świadków nie znajdują uzasadnienia. Z przedłożonego przez pozwanego (...) (...) Szpital (...) z (...) SP ZOZ we W. planu Zakładu (...) zawierającego układ pomieszczeń na 16 marca 2010 roku wynika wyraźnie, że w Zakładzie tym istniała sala obserwacyjna, umiejscowiona tuż za gabinetem endoskopii. Niezależnie od powyższego, okoliczność ta, z punktu widzenia medycznego, nie ma żadnego znaczenia dla sytuacji powódki. Jak bowiem wskazali biegli perforacja przewodu pokarmowego powódki została szybko rozpoznana i dla jej zdrowia nie było istotne, czy stało się to w gabinecie zabiegowym, czy też w sali obserwacyjnej.

Sąd nie dopatrył się również żadnych nieprawidłowości związanych z przeprowadzonym u powódki, niezwłocznie po zdiagnozowaniu perforacji jelita, zabiegiem operacyjnym polegającym na częściowej resekcji esicy i wyłonieniu stomii jednolufowej, czasowej. Biegli wskazali, że zastosowana w tym przypadku u powódki przez zespół operacyjny pozwanego szpitala metoda H. jest przyjętym i nadal ogólnie stosowanym sposobem postępowania chirurgicznego – przede wszystkim w przypadkach powikłanej choroby uchyłkowej jelita grubego a także jatrogennych perforacjach, który przez część autorów uważany jest za bardziej bezpieczny dla pacjenta, mimo że jest dłuższy, mniej komfortowy ze względu na wytworzenie odbytu brzuszego, a także wymaga kolejnego zabiegu – rekonstruującego ciągłość przewodu pokarmowego. Również zeznający w sprawie charakterze świadka chirurg przeprowadzający tę operację – J. S. – wyjaśniał, że zdecydował się na zabieg dwuetapowy (najpierw wyłonienie stomii, a następnie rekonstrukcja) mając na celu właśnie zapewnienie większego bezpieczeństwa powódce, u której doszło do zapalenia otrzewnej, a więc sytuacji zagrażającej życiu.

Wreszcie nie można zapomnieć o tym, że przed badaniem z 16 marca 2010 roku powódka została w sposób szczegółowy poinformowana o jego celowości, sposobie wykonania i możliwych powikłaniach oraz wyraziła świadomą zgodę na jego przeprowadzenie, co wynika wprost z dokumentacji medycznej znajdującej się w aktach sprawy. Powyższe oznacza, że powódka zdawała sobie sprawę z tego, że jest to badanie o charakterze inwazyjnym, a jego powodzenie oraz pełne bezpieczeństwo nie mogą być zagwarantowane przez żadnego lekarza. Miała również pełną świadomość tego, że do rzadkich, jednak możliwych powikłań, zalicza się między innymi przedziurawienie ściany przewodu pokarmowego, które wymaga natychmiastowej interwencji chirurgicznej. Innymi słowy powódka, godząc się na przeprowadzenie badania kolonoskopowego, przyjmowała na siebie jednocześnie ryzyko zaistnienia powikłań. Oczywiście nie ulega wątpliwości, że powódka miała prawo oczekiwać, że badanie to zostanie przeprowadzone z należytą starannością, w sposób ograniczający do minimum wystąpienie ewentualnych powikłań. Jak wykazało jednak postępowanie dowodowe, staranność ta została zachowana przez personel medyczny (...) (...) Szpitala (...) z (...) SP ZOZ we W. na

każdym etapie związanym z procesem leczenia powódki, co w konsekwencji oznacza, że nie można przypisać mu winy za rozstrój zdrowia powódki powstały w związku z jej pobytem w tej placówce szpitalnej.

Tym samym Sąd uznał, że w niniejszej sprawie nie zachodzą podstawy odpowiedzialności pozwanych za szkodę, jakiej powódka doznała w następstwie przeprowadzonego zabiegu kolonoskopii.

Z tych wszystkich względów Sąd roszczenia powódki oddalił, o czym orzekł jak w punkcie I. sentencji wyroku.

W tym miejscu należy jedynie wskazać, że w sytuacji nieuwzględnienia powództwa co do samej zasady, w ocenie Sądu zbędne było dokonywanie szczegółowych ustaleń oraz czynienie rozważań w zakresie rozmiaru i wysokości krzywdy doznanej przez powódkę, następstw dla jej zdrowia związanych ze zdarzeniami z 16 marca 2010 roku, czy też okoliczności rzutujących na wysokość żądanej renty.

W punkcie II. sentencji wyroku, z uwagi na sytuację finansową powódki, charakter sprawy oraz cierpienia jakich niewątpliwie doznała J. T. w związku z wykonanymi licznymi zabiegami chirurgicznymi, Sąd, na podstawie art. 102 k.p.c. nie obciążył jej kosztami postępowania poniesionymi przez pozwanych.

Z uwagi natomiast na to, że powódka w niniejszej sprawie została częściowo zwolniona od kosztów sądowych ponad kwotę 800 zł, a nie było podstaw do obciążenia brakującymi kosztami strony przeciwnej, stosownie do art. 113 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (t.j. Dz. U. z 2010 r. Nr 90, poz. 594 ze zm.), kosztami tymi należało obciążyć Skarb Państwa, o czym Sąd orzekł jak w punkcie III. sentencji wyroku.