

Sygn. akt I ACa 1838/14

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 12 czerwca 2015 r.

Sąd Apelacyjny w Łodzi I Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący: SSA Jolanta Grzegorzczak

Sędziowie: SA Krzysztof Depczyński (spr.)

SA Anna Beniak

Protokolant: st. sekr. sąd. Jacek Raciborski

po rozpoznaniu w dniu 12 czerwca 2015 r. w Łodzi

na rozprawie

sprawy z powództwa **J. C.**

przeciwko **Szpitalowi Wojewódzkiemu im. (...) S. W. (1) w S.**

o zadośćuczynienie

na skutek apelacji powódki

od wyroku Sądu Okręgowego w Łodzi

z dnia 24 października 2014 r. sygn. akt II C 36/12

1. oddala apelację;

2. zasądza od J. C. na rzecz Szpitala Wojewódzkiego im. (...) S. W. (1) w S. kwotę 2700 (dwa tysiące siedemset) złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.

Sygnatura akt I ACa 1838/14

UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 24 października 2014 roku, Sąd Okręgowy w Łodzi oddalił powództwa J. C. przeciwko Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej im. Prymasa Kardynała S. W. w S. o zapłatę i nie obciążył J. C. obowiązkiem zwrotu kosztów procesu.

Wyrok ten zapadł na podstawie ustaleń faktycznych Sądu Okręgowego, których istotne elementy przedstawiają się następująco:

W dniu 2 marca 2011 roku J. C. zgłosiła się na badanie lekarskie do Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) Spółki z ograniczoną odpowiedzialnością w S.. Wcześniej miała wykonane badanie USG, które przedstawiła podczas wizyty. Lekarz A. K. (1) na podstawie wywiadu zakwalifikował powódkę do operacji laparoskopowego usunięcia pęcherzyka żółciowego, informując, że podczas tego zabiegu może dojść do tzw. konwersji, co może spowodować konieczność przeprowadzenia zwykłej laparotomii z rozcięciem tkanek. Powódka została także poinformowana, że

po zabiegu laparoskopii najpóźniej w ciągu tygodnia będzie mogła wrócić do codziennych zajęć i taką informację przekazała w pracy. W skierowaniu do szpitala wpisano „leczenie pęcherzyka żółciowego”.

W dniu 31 marca 2011 roku powódka zgłosiła się na zabieg do Oddziału (...) Ogólnej Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej im. Prymasa Kardynała S. W. (1) w S. celem wykonania zabiegu laparoskopii. W szpitalnej karcie rejestracyjnej lekarz A. K. (1) odnotował, że została przyjęta spoza szpitala na zabieg planowany.

Przed zabiegiem powódka wypełniła ankietę przedoperacyjną oraz podpisała pisemną zgodę na wykonanie znieczulenia ogólnego, a także oświadczenie o tym, że została poinformowana o celu, przebiegu i skutkach operacji. Powódce pobrano także krew i wykonano EKG. Wyniki badań przekazano ordynatorowi, który ze względu na brak przeciwwskazań, umieścił powódkę w planie zabiegów laparoskopowych. W ankiecie przedoperacyjnej odpowiadając na pytanie dotyczące chorób układu oddechowego powódka zakresliła odpowiedź „nie wiem”.

W ankiecie jako rodzaj znieczulenia S. G. wpisała (...) z ryzykiem ASA 1, co oznaczało, że stan pacjentki jest dobry, nie występują u niej choroby współistniejące i nie pali papierosów oraz, że została zakwalifikowana do znieczulenia ogólnego.

Zabieg laparoskopowy został wykonany w dniu 1 kwietnia 2011 roku przez lekarza A. K. (1) w asyście anestezjolog S. G. oraz pielęgniarki i instrumentariuszki. S. G. od dnia 1 marca 2007 roku do dnia 31 marca 2008 roku wykonywała pracę lekarza stażysty. W dniu 1 kwietnia 2009 roku została skierowana do odbywania specjalizacji z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii w ramach rezydentury na podstawie umowy o pracę na czas określony zawartej z pozwanym w dniu 15 kwietnia 2009 roku i miała uprawnienia do samodzielnego wykonywania znieczulenia.

Przebieg zabiegu był typowy. Początkowo wkłuto igłę V. poniżej pępka i wytworzono odnę otrzewnej przy użyciu dwutlenku węgla. Jest to niezbędnym warunkiem przeprowadzenia cholecystektomii laparoskopowej, celem uzyskania widoczności w optyce endoskopowej, uniesienia powłok brzusznych i wytworzenia przejrzystego pola operacyjnego. Odma otrzewnowa musi być podtrzymywana przez cały czas trwania laparoskopii. Gaz z jamy otrzewnowej po zabiegu usuwa się przez istniejące nacięcia powłok. U powódki wytworzono odnę otrzewnową o prawidłowej wartości ciśnienia 12 mm Hg, przy normie wynoszącej od 10 do 15 mm Hg. Następnie do jamy otrzewnej wprowadzono trokary N^o 10 i N^o 5, zidentyfikowano stosunki anatomiczne w zakresie dróg żółciowych zewnątrzwątrobowych i wykonano typową cholecystektomię laparoskopową. W protokole operacyjnym rozpoznano mięśniaka macicy.

Po zakończeniu zabiegu J. C. została wybudzona ze znieczulenia ogólnego na sali operacyjnej i przewieziona na salę wybudzeń. Nadal pozostawała pod wpływem leków znieczulających po zabiegu. Po około 15 minutach wystąpiły u niej trudności w oddychaniu, wzmożony wysiłek oddechowy i spadek saturacji do 82%. Anestezjolog S. G. stwierdziła rozedmę opłucną. Odma opłucnej nazywamy obecność gazu w jamie opłucnej, w tym dwutlenku węgla używanego w chirurgii laparoskopowej do wytwarzania odmy otrzewnowej. S. G. zleciła konsultację chirurgiczną oraz wykonanie RTG klatki piersiowej, o czym informowała powódkę. Badanie RTG ujawniło występowanie rozedmy podskórnej w okolicach nadobojczykowych i odnę płaszczową lewej jamy opłucnej, w związku z czym u powódki wykonano drenaż jamy opłucnej i podłączono ją do drenażu ssącego. W znieczuleniu nasiękowym 1% lignokainą wprowadzono dren ssący do lewej jamy opłucnej poprzez VI lewe międzyżebro w linii pachowej środkowej. Powódka została przewieziona na salę chirurgiczną. W miarę trwania drenażu ssącego uzyskano rozprężenie płuca, ustąpienie objawów odmy opłucnej i rozedmy podskórnej. Po wykonaniu drenu lekarz A. K. (1) poinformował męża powódki o powikłaniu pooperacyjnym w postaci odmy opłucnej.

Po wybudzeniu na sali chirurgicznej około godziny 22 powódka była wystraszona, nie wiedziała co się z nią dzieje i gdzie jest, nic nie pamiętała. Dodzwoniła się do męża, który przekazał jej, że operacja się udała, ale były jakieś komplikacje związane z płucem. Powódka miała problemy z oddychaniem i odczuwała ból w ranie po rozcięciu powłok brzusznych. Do końca pobytu w szpitalu miała problemy z zasypianiem. Lekarze informowali ją, że zabieg był udany.

Dren z lewej jamy opłucnej usunięto powódce w dniu 5 kwietnia 2011 roku po uprzedniej kontroli radiologicznej, która wykazała rozprężenie płuca.

W historii choroby w rubryce rozpoznanie kliniczne ostateczne, powikłania i choroby współistniejące wpisano „kamicze zapalenie pęcherzyka żółciowego, odma opłucna lewostronna, rozedma podskórna”. Powódkę wypisano do domu w stanie ogólnym dobrym w dniu 7 kwietnia 2011 roku.

Dokumentacja medyczna związana z przebytym zabiegiem nie była kompletna, albowiem nie zawierała wyniku badania USG jamy brzusznej potwierdzającego obecność złożeń w pęcherzyku żółciowym, a także wpisu odnośnie postawionego śródoperacyjnie rozpoznania mięśniaka macicy. Brak było także zgody powódki na wykonanie zabiegu drenażu klatki piersiowej, co jednak można usprawiedliwić nagłością sytuacji związanej z ujawnieniem rozedmy podskórnej oraz słabym kontaktem z powódką spowodowanym utrzymującym się działaniem leków anestetycznych. W tej sytuacji powinna zostać sporządzona zgoda komisyjna podpisana przez trzech lekarzy specjalistów stwierdzająca konieczność wykonania zabiegu ze względu na brak możliwości podjęcia świadomej zgody pacjenta na określoną procedurę medyczną. Brak badania histopatologicznego wyciętego pęcherzyka w historii choroby jest normą, gdyż wynik ten pojawia się kilka tygodni po zabiegu i często dopiero po zakończonej hospitalizacji, a zatem nie stanowi integralnej części historii choroby. Wymienione braki dokumentacji nie wpłynęły negatywnie na podejmowane decyzje i wykonane zabiegi.

Odma opłucnowa i rozedma podskórna są powikłaniami zabiegu cholecystektomii laparoskopowej, jednak procent ich wystąpienia w odniesieniu do wszystkich powikłań wiążących się z tym zabiegiem jest bardzo niski. W przypadku odmy opłucnej określony jest na poziomie 0,01% - 0,08%, a w przypadku rozedmy podskórnej na poziomie 1,5%. Prawdopodobnie przeprowadzony zabieg, przebiegający bez śródoperacyjnych i okołoperacyjnych komplikacji nie powinien wiązać się z występowaniem takich powikłań, jednakże ich występowanie może być związane z zaburzoną fizjologią czy anatomią pacjenta.

W przypadku powódki nie wystąpiły żadne nieprawidłowości w zakresie wykonywania operacji cholecystektomii laparoskopowej, można mówić jedynie o przypadkowym powikłaniu. Z uwagi na brak obciążeń w postaci chorób przewlekłych oraz stan ogólny powódki kwalifikacja na wymieniony zabieg była trafna. Kolejność wykonywanych czynności technicznych, wybór miejsca nacięcia powłok jamy brzusznej i wytworzenie ciśnienia wewnątrz jamy otrzewnej na poziomie 12 mm Hg nie budzą zastrzeżeń. Odnotowane w protokole rozpoznanie mięśniaka macicy wskazuje na fakt dokładnej lustracji diagnostycznej całej jamy otrzewnej, co uznawane jest za kanon właściwego i odpowiedzialnego postępowania chirurga laparoskopowego. Brak wskazania w dokumentacji medycznej ilości gazu wtłoczonego do jamy otrzewnej podczas zabiegu nie stanowił błędu, gdyż odnotowanie takiej informacji nie należy do obowiązku operatora ani żadnej innej osoby uczestniczącej w zabiegu operacyjnym. Ilość wtłoczonego gazu nie jest istotnym parametrem w analizie przebiegu zabiegu i ewentualnych powikłań.

Przyczyny powstania u powódki odmy opłucnowej płaszczowej i rozedmy po zabiegu laparoskopowym pozostają nieznanymi i nie dadzą się wyjaśnić na podstawie badania lekarskiego ani dostępnej dokumentacji medycznej. Aktualny stan wiedzy medycznej pozwala jedynie na stawianie kilku możliwych hipotez w tym zakresie, których nie da się potwierdzić w sposób niewątpliwy.

Odma lewostronna opłucnowa i rozedma tkanek miękkich szyi i okolic nadobojczykowych powstała u powódki wskutek przedostania się gazu do lewej jamy płucnej, śródpiersia i na szyję. Źródło pochodzenia gazu, jego charakter i droga rozprzestrzeniania się pozostają nieznanymi. U powódki nie mogło dojść do uszkodzenia okołointubacyjnego tchawicy lub oskrzeli, gdyż była znieczulona metodą (...), czyli całkowitym dożylnym znieczuleniem ogólnym. Z dokumentacji nie wynika również możliwość jatrogennego uszkodzenia mięszu płucnego, ponieważ operacja odbywała się w obrębie jamy otrzewnej, pole operacyjne było położone po prawej stronie jamy brzusznej, a u powódki wystąpiła odma lewej jamy opłucnej. Blizny pooperacyjne na ciele powódki znajdują się w miejscach typowych, co wyklucza kontakt narzędzi chirurgicznych z lewą jamą opłucnową. Gdyby u powódki doszło do uszkodzenia mechanicznego lub jatrogennego górnych dróg oddechowych bądź przepony przebieg odmy opłucnej byłby inny.

Narastałaby ona wówczas dynamicznie, co zostałoby unaocznione poprzez sygnał aparatury monitorującej w trakcie zabiegu a nie po jego zakończeniu, a zatem takie uszkodzenie należy wykluczyć. Brak także przesłanek do doszukiwania się powstania powikłań u powódki w związku z działaniami anestetycznymi, które zostały wykonane poprawnie.

Należy także wykluczyć możliwość podania powódce zbyt dużej ilości dwutlenku węgla, albowiem etap insulflacji odbywa się pod kontrolą całego zespołu z kontrolą ciśnienia i ilości włączanego gazu. Gdyby nawet doszło do przekroczenia normy wprowadzonej ilości gazu, mogłoby to ewentualnie doprowadzić do uszkodzeń otrzewnej jako błony, ale nie spowodowałoby równoległego uszkodzenia opłucnej, która jest integralną błoną surowiczą.

Istnieje możliwość wystąpienia tzw. samoistnej odmy opłucnowej lewostronnej u osób posiadających wrodzone defekty tkanki płucnej pod postacią tzw. pęcherzy rozedmowych, które mogą samoistnie pękać przy zwiększeniu ciśnienia w drogach oddechowych. Powódka nie przechodziła diagnostyki pulmonologicznej, zaś w ankiecie przedoperacyjnej odpowiadając na pytanie dotyczące chorób układu oddechowego określiła odpowiedź „nie wiem”, więc nie wiadomo, czy taki stan u niej występował.

Najbardziej prawdopodobnym wyjaśnieniem przyczyn wystąpienia odmy opłucnowej i rozedmy tkanek miękkich u J. C. może być przypadkowe przedostanie się dwutlenku węgla z jamy otrzewnej do lewej jamy opłucnej ze względu na istnienie wcześniejszych chorób układu oddechowego albo nieprawidłowości anatomicznych w budowie ciała. W warunkach prawidłowych jama opłucnej jest szczelnie oddzielona od jamy otrzewnej i śródpiersia, jednakże nie da się wykluczyć występowania u powódki jakiegokolwiek, nieujawnionej wcześniej, nieszczelności pomiędzy jamą opłucnej a jamą otrzewnej. W przeponie lub błonach surowiczych, takich jak otrzewna i opłucna, mogą istnieć wrodzone ubytki skutkujące występowaniem tzw. przepuklin przeponowych albo naturalnych szczelin. U pacjentów, którzy nie przechodzili specjalistycznej diagnostyki ani nie byli uprzednio operowani nie ma możliwości rozpoznania tych drobnych anomalii anatomicznych. W warunkach prawidłowych taka okoliczność mogłaby pozostawać niezauważona i bez wpływu na mechanikę oddychania, ale przy wytworzeniu odmy otrzewnej, gaz podany pod ciśnieniem mógłby łatwo penetrować poza obręb jamy otrzewnej, przedostając się do lewej jamy opłucnej i na szyję.

Rozpoznanie odmy opłucnej nastąpiło u powódki w krótkim czasie a wdrożone następnie postępowanie było natychmiastowe i prawidłowe. Saturacja w okresie pooperacyjnym była monitorowana właściwie, co pozwoliło na szybkie rozpoznanie rozedmy i podjęcie właściwego leczenia. Jedną z metod leczenia odmy opłucnowej polega na wprowadzeniu drenu ssącego do wnętrza jamy opłucnej, odessaniu gazu i uzyskaniu rozprężenia płuca. Takie leczenie zastosowano u powódki. W ten sposób w ciągu kilku dni trwania drenażu ssącego doprowadzono do przywrócenia ujemnego ciśnienia w jamie opłucnej i odzyskania objętości tkanki płucnej sprzed wystąpienia odmy. Rozedma podskórna nie wymagała leczenia, gdyż zwykle ustępuje samoistnie po usunięciu źródła przecieku gazu do jamy opłucnej i śródpiersia. Proces ten jest przyśpieszany przez działanie drenażu ssącego. Podjęte działania chirurgiczne były szybkie i prawidłowo wykonane technicznie. Wprowadzenie powódki w śpiączkę farmakologiczną było korzystne dla jej zdrowia i miało na celu zapewnienie jej komfortu po założeniu drenu.

Na skutek powstania odmy opłucnej płaszczowej u powódki wystąpił jedynie chwilowy spadek saturacji do 82%, podczas gdy norma wynosi 95% - 99%, a spadek poniżej 90% oznacza niedotlenienie. Po około 20 minutach udało się przywrócić wartość saturacji do normy, a tak krótki okres niedotlenienia nie skutkuje żadnymi uszkodzeniami narządów wewnętrznych i nie pozostawia niekorzystnych następstw w organizmie ludzkim. Długość utrzymywania drenu w jamie opłucnej, który u powódki został usunięty po 5 dniach, nie jest miernikiem skomplikowania przebytej odmy. U powódki nie wystąpił ucisk na żyły szyjne mogący powodować niedotlenienie mózgu lub serca. Przypadek odmy płaszczowej nie zagroził życiu pacjentki. Obecnie powódka nie wykazuje żadnych następstw przebytych powikłań poza blizną na ciele. Brak następstw powikłań odległych dla zdrowia potwierdza konsultacja pulmonologiczna, podczas której lekarz stwierdził prawidłową wentylację i brak potrzeby leczenia.

Po powrocie do domu powódka odczuwała duszności i ból w klatce piersiowej, w związku z czym korzystała z pomocy mamy. W tym okresie miała do zrealizowania ważny projekt w pracy i bała się, że ze względu na gorsze samopoczucie nie będzie w stanie podołać zadaniu. Z uwagi na znaczny stres udała się do psychiatry, który skierował ją na roczną

terapię. Chirurg, do którego wybrała się na konsultację zasugerował, że objawy pooperacyjne związane z odmą płucną mogły być wynikiem błędu lekarskiego, co powódka sprawdziła także w Internecie.

W dniu 10 maja 2011 roku u powódki przeprowadzono badanie profilaktyczne, na podstawie którego stwierdzono, że jest zdolna do pracy.

Pismem z dnia 29 sierpnia 2011 roku powódka wezwała pozwanego do zapłaty kwoty 80.000 zł tytułem zadośćuczynienia za krzywdę będącą następstwem nieprawidłowo przeprowadzonego zabiegu medycznego. W odpowiedzi pozwany wskazał, że nie ma podstaw do zaspokojenia wystosowanego żądania, albowiem przebieg leczenia był prawidłowy i zgodny z obowiązującymi standardami medycznymi.

Badanie z dnia 6 września 2013 roku wykazało brak obecności rozedmy i pęcherzy powietrznych w obrębie miąższu płucnego. Na obwodzie płuca lewego przy opłucnej ściennej ujawniono guza wielkości 3 mm, zaś w płucu prawym dwie zmiany drobnoguzkowe wielkości 5,5 mm i 3,5 mm. Nie stwierdzono potrzeby podjęcia leczenia pulmonologicznego.

Oceniając materiał dowodowy, Sąd Okręgowy za w pełni wiarygodne uznał zeznania świadków A. K. (1) i S. G., którzy opisali przebieg zabiegu i procesu leczenia powikłań pooperacyjnych oraz czynności wykonanych w związku z pobytom powódki w szpitalu. Zeznania te wzajemnie się pokrywały, korespondując nie tylko z treścią dokumentacji medycznej, ale także wnioskami opinii biegłych w zakresie, w jakim świadkowie, opierając się na posiadanej wiedzy medycznej, opisywali możliwe przyczyny i następstwa odmy opłucnej i rozedmy tkanek.

Sąd I instancji dał również wiarę J. C. w części, w jakiej opisywała dolegliwości bólowe i inne odczucia związane z leczeniem pooperacyjnym oraz zmiany, jakie zmuszona była wprowadzić w życiu prywatnym i zawodowym w następstwie zabiegu. W ocenie Sądu I instancji nie były jednak zgodne z prawdą twierdzenia powódki co do tego, iż nie udzielono jej informacji o charakterze zabiegu i przebiegu leczenia. W tym zakresie jej zeznania pozostawały niespójne i sprzeczne. Powódka z jednej strony wskazywała, że prawa do informacji odmówiono zarówno jej, jak i członkom rodziny, a jednocześnie podawała, że już po wybudzeniu mąż przekazał jej, iż wystąpiły u niej komplikacje związane z płucami, a ona sama liczyła, że ze szpitala wyjdzie w ciągu kilku dni, ponieważ przed skierowaniem na operację lekarz wyjaśnił jej, iż laparoscopia nie jest zabiegiem skomplikowanym. Zeznania te pozostają także niezgodne z treścią dokumentacji medycznej, z której wynikało, że pacjentka wyraziła pisemną zgodę na zabieg i potwierdziła ręcznym podpisem, że była informowana o celu, przebiegu i skutkach operacji. W świetle doświadczenia życiowego i logiki nie jest przekonywujące twierdzenie, iż powódka „podpisała jakieś dokumenty pozostawione przez pielęgniarkę” i że „nie miała kogo o nie zapytać”. Pacjentka została skierowana do szpitala na skutek konsultacji odbytej w przychodni prawie miesiąc wcześniej, a przed zabiegiem przebywała w placówce cały jeden dzień. Nie była to zatem sytuacja nagła, w której nie było czasu na zadanie koniecznych pytań czy wyjaśnienie wątpliwości, a stres i konieczność podjęcia natychmiastowej decyzji wpływały negatywnie na procesy poznawcze. Zdaniem Sądu Okręgowego, powódka mogła na spokojnie zapoznać się z dostarczoną dokumentacją przed złożeniem podpisu, a także ewentualnie uzupełnić informacje o zabiegu przed przyjęciem do szpitala, co zresztą w szerokim zakresie uczyniła na potrzeby niniejszego postępowania. Jeżeli zatem miała jakiegokolwiek obiekcje co do konieczności przeprowadzenia zabiegu czy jego skutków, nic nie stało na przeszkodzie, aby przed zgłoszeniem do placówki medycznej zasięgnęła dodatkowej wiedzy u lekarza prowadzącego. W przekonaniu Sądu I instancji, jest także mało prawdopodobne, aby powódka jako osoba wykształcona i zajmująca odpowiedzialne stanowisko, składała podpis na dokumentach bez ich odczytania. Z tych względów Sąd Okręgowy przyjął, iż zakres informacji udzielonych powódce przed operacją był wyczerpujący, a wyrażenie przez nią zgody na zabieg zostało dokonane prawidłowo.

Za rzetelną podstawę do dokonania ustaleń poczytano pisemne i ustne opinie biegłych sądowych. W ocenie Sądu I instancji, dokonali oni wnikliwej analizy dokumentacji medycznej i przedstawili obszernie opisy dotyczące procedury związanej z przeprowadzeniem zabiegu, któremu poddana została powódka, oraz jego następstw natury medycznej. Tok rozumowania przedstawiony przez biegłych został uznany za skrupulatny i logiczny, zaś wnioski za przekonywające i zrozumiałe. Dowód ze wskazanych opinii miał istotne znaczenie, ponieważ biegli dysponujący doświadczeniem oraz niezbędną wiedzę medyczną wskazali na możliwe przyczyny powikłań pooperacyjnych a także

dokonał oceny przeprowadzonego zabiegu z punktu widzenia zgodności z procedurami medycznymi i wiedzą specjalistyczną. Sąd Okręgowy podkreślił, że zdecydował się na przeprowadzenie dowodu z opinii dwóch niezależnych biegłych jedynie ze względu na konsekwentne kwestionowanie przez powódkę pierwszej opinii pisemnej, a także podważanie kompetencji biegłego z zakresu chirurgii ogólnej, naczyniowej i torakochirurgii, który jest lekarzem emerytowanym. Zdaniem Sądu okoliczność ta nie miała wpływu na fachowość wydanej opinii i jej zgodność z ogólnie pojętą wiedzą medyczną, aczkolwiek na potrzeby postępowania wymagała weryfikacji przez biegłego, który ma do czynienia z podobnymi zabiegami w praktyce lekarskiej i jest na bieżąco z wszelkimi nowościami i zmianami w przebiegu procesu leczenia. Sąd Okręgowy nadmienił, że biegli odpowiedzieli wyczerpująco na wszystkie dodatkowe pytania sformułowane nie tylko przez Sąd, ale również przez powódkę, odnosząc się także do treści zgromadzonych przez nią dokumentów stanowiących wydruki ze stron internetowych zawierających opisy i dane statystyczne z przebiegu zabiegów laparoskopii w różnych placówkach medycznych. Dokumenty te zostały ostatecznie pominięte przez Sąd I instancji przy dokonywaniu ustaleń, albowiem po pierwsze zawierały dane pochodzące z niezwyfikowanych źródeł, a po drugie zawierały treści odnoszące się do wiedzy specjalistycznej, wobec czego Sąd nie był władny samodzielnie poddać ich ocenie z punktu widzenia przydatności dla postępowania. W świetle uzupełniającej opinii biegłego wartość merytoryczna tych dokumentów okazała się całkowicie wątpliwa, wobec czego nie mogły one stanowić podstawy formułowania twierdzeń co do nieprawidłowości przebiegu procesu leczenia powódki.

Za autentyczną Sąd I instancji uznał natomiast dokumentację medyczną, stwierdzając, że jej prawdziwość w zakresie sporządzenia przez pracowników pozwanego w związku z przeprowadzonym zabiegiem nie była kwestionowana. Powódka podnosiła co prawda, że niektóre z kart dokumentacji zostały do niej w sposób nieuprawniony „dołączone”, jednakże argument ten jest całkowicie niezasadny, albowiem dokumentacja medyczna złożona przez pozwanego w całości odpowiada kserokopiom złożonym do akt sprawy przez powódkę a ich treść jest tożsama.

Przy tak ustalonym stanie faktycznym Sąd Okręgowy stwierdził, że powództwo nie zasługiwało na uwzględnienie.

Jako podstawę odpowiedzialności publicznego zakładu opieki zdrowotnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych wskazał art. 430 k.c., zaznaczając, że wymaga on uprzedniego stwierdzenia, iż pracownik zakładu, któremu powierzono wykonywanie czynności, wyrządził szkodę w sposób zawiniony, a między jego zachowaniem a szkodą istnieje związek przyczynowy (art. 415 k.c.). Z kolei dla stwierdzenia przesłanki powierzenia czynności za wystarczające uznano ogólne, organizacyjne podporządkowanie sprawcy szkody powierzającemu w ramach relacji zwierzchnik – podwładny. Lekarze, mimo dalece posuniętej samodzielności w zakresie wyboru sposobów leczenia pacjenta, są w tym rozumieniu podmiotami podlegającymi kierownictwu organizacyjnemu zakładu opieki zdrowotnej i mieszczą się w kategorii osób, o jakich mowa w art. 430 k.c.

Badając kwestię, czy w trakcie wykonywania zabiegu medycznego doszło do zawinionego zaniedbania bądź popełnienia błędu przez personel medyczny placówki, Sąd Okręgowy odwołał się do obowiązku określonych w art. 4 ustawy z 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. 2011.277.1634 z późn. zm.). Zaznaczył, że naruszenie określonych w tym przepisie 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). Podkreślono również, ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2012.159.j.t.) przewiduje, że pacjentowi przysługuje między innymi prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej (art. 6 ust. 1), udzielanych z należytą 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 ust. 1) i do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody (art. 16). Pacjent ma także prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych (art. 23), co wiąże się z obowiązkiem podmiotu udzielającego tych świadczeń do prowadzenia, przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej w sposób przewidziany w przepisach (art. 24 ust. 1).

Sąd Okręgowy zastrzegł, że 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, stanowiącą podstawę odpowiedzialności osób wykonujących zawód medyczny z tytułu czynu niedozwolonego, pod warunkiem, że są przez nich zawinione. Zaznaczono, że winę można przypisać tylko wówczas, kiedy istnieją podstawy do negatywnej oceny zachowania z punktu widzenia zarówno obiektywnego, jak i subiektywnego. Odwołując się do poglądów wyrażanych w doktrynie i orzecznictwie Sąd I Instancji dodał, że o przypisaniu winy a tym samym i odpowiedzialności można mówić jedynie w sytuacjach gdy porównanie postępowania lekarza z przyjętym standardem leczenia wypadnie na niekorzyść lekarza, gdy w jego działaniu można stwierdzić brak należytej staranności. Samo przyjęcie winy, nie decyduje jednakże o odpowiedzialności lekarza, jeżeli między jego zachowaniem, a szkodą nie ma związku przyczynowego. Nie wymaga się przy tym, aby związek przyczynowy pomiędzy postępowaniem lekarza, a powstałą szkodą został ustalony w sposób pewny. W tego rodzaju procesach jest to najczęściej niemożliwe, ponieważ w świetle wiedzy medycznej w większości wypadków można mówić tylko o prawdopodobieństwie wysokiego stopnia, rzadko o pewności, czy wyłączności przyczyny. Jeżeli zachodzi prawdopodobieństwo wysokiego stopnia, że działaniem lub zaniechaniem lekarza było przyczyną szkody, można uznać związek przyczynowy za ustalony. Lekarz nie odpowiada natomiast za nadzwyczajne, nie do przewidzenia komplikacje oraz za inne, nie pozostające w normalnym związku przyczynowym z jego postępowaniem skutki.

W ocenie Sądu Okręgowego brak jest jakichkolwiek podstaw do uznania, iż w trakcie leczenia powódki w pozwanej placówce doszło do błędu medycznego, czy też niezachowania należytej staranności bądź ostrożności przez personel medyczny, które skutkowały powstaniem szkody w postaci uszkodzenia ciała czy rozstroju zdrowia. Dochodząc do takiego przekonania Sąd I Instancji oparł się przede wszystkim na opiniach sporządzonych przez dwóch niezależnych biegłych z zakresu chirurgii, którzy swoje wnioski formułowali na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej, a także osobistego badania powódki.

Zaznaczono, że obydwójce opiniujący w sposób stanowczy i jednoznaczny stwierdzili, że ze względu na swój stan zdrowia powódka zasadnie została zakwalifikowana na przeprowadzenie zabiegu cholecystektomii laparoskopowej pęcherzyka żółciowego, który wykonany został w sposób staranny i prawidłowy z zachowaniem reguł sztuki i aktualnej wiedzy medycznej. Ich opinie były zgodne także w zakresie, w jakim wskazywali, iż ujawnione po zabiegu powikłania w postaci odmy płaszczowej i rozedmy tkanek miękkich są jednym ze wskazywanych w literaturze medycznej następstw opisywanego zabiegu, jednakże ze względu na ich charakter i dynamikę przebiegu u powódki, nie mogły powstać na skutek działania personelu medycznego. Powódka była znieczulana metodą, która wykluczyła możliwość przebicia tchawicy lub oskrzeli, co mogłoby spowodować przedostanie się gazu do tkanek miękkich i płuc. Odma i rozedma nie ujawniły się u niej w trakcie podawania znieczulenia dożylnego, a dopiero w 15 minut po zakończonym zabiegu, a zatem nie mogło być mowy o jakichkolwiek nieprawidłowościach w działaniu i stosowaniu sztuki medycznej przez anestezjolog, która zresztą jako pierwsza dostrzegła następnie objawy rozedmy tkanek i natychmiast wdrożyła niezbędne postępowanie lecznicze, co tym bardziej potwierdza jej kompetencje i wiedzę medyczną. Powikłania nie mogły być także następstwem mechanicznego uszkodzenia mięszu płucnego przez operatora, ponieważ operacja odbywała się w obrębie jamy otrzewnej po prawej stronie jamy brzusznej i nie jest w takim wypadku możliwe osiągnięcie narzędziami lewego płuca czy opłucnej. Powikłania nie mogły również powstać na skutek użycia nieprawidłowego ciśnienia lub wprowadzenia niewłaściwej ilości dwutlenku węgla. Z dokumentacji medycznej i zeznań świadków wynikało, że uzyskane ciśnienie mieściło się w normach przewidzianych dla tego typu zabiegów (12 mm Hg), zaś ilość gazu, mimo iż nie odnotowana, nie stanowiła parametru, który mógł mieć wpływ na powstanie odmy, ponieważ działanie gazu nie mogło samoistnie doprowadzić do przebicia płuca, a co najwyżej jamy otrzewnej, zaś takie uszkodzenie u powódki nie powstało.

Za najbardziej prawdopodobną przyczynę wystąpienia opisywanych powikłań obaj biegli uznali nieprawidłowości w budowie anatomicznej ciała powódki, które mogły nie dawać wcześniejszych objawów i nie skutkowały widocznym pogorszeniem stanu zdrowia w zakresie mechaniki oddychania, ale przy wytworzeniu odmy otrzewnej koniecznej do przeprowadzenia zabiegu laparoskopii, mogły prowadzić do wydostania się gazu poza obręb jamy otrzewnej i przemieszczenia się go do lewej jamy opłucnej oraz okolic nadobojczykowych. Zdaniem Sądu I Instancji, postawienie

takiej hipotezy nie było czynieniem nieuprawnionych domniemań na temat stanu zdrowia powódki czy „tworzeniem faktów”. Biegli jednomyślnie stwierdzili, że nie da się w sposób niewątpliwy wskazać konkretnej przyczyny wystąpienia odmy i rozedmy u powódki, jednakże z wachlarza istniejących możliwości jej powstania pewne okoliczności, w oparciu o istniejącą dokumentację medyczną i badanie przeprowadzone na potrzeby wydania opinii, można z pewnością wykluczyć, a inne wziąć pod uwagę. W ten właśnie sposób biegli wytypowali najbardziej prawdopodobne źródło wystąpienia powikłań u pacjentki, które to wnioski Sąd I Instancji podzielił jako logiczne i przekonujące.

Sąd Okręgowy zaznaczył, że z punktu widzenia medycznego opisywane powikłania nie wywołały żadnych ujemnych następstw, które miałyby obiektywny wpływ na obecny stan zdrowia strony powodowej. Personel medyczny w sposób prawidłowy zareagował na ujawnione nieprawidłowości i zastosował adekwatne metody leczenia – drenaż ssący, które doprowadziły ostatecznie do rozprężenia płuc i ustąpienia objawów rozedmy tkanek i odmy płaszczowej. Odma opłucnej wywołała jedynie krótki stan niedotlenienia, który nie skutkował żadnym uszkodzeniem narządów wewnętrznych ani zagrożeniem życia. Powódka po przebudzeniu po zabiegu mogła odczuwać lęk i niepokój o własne zdrowie oraz, że była przestraszona. Zdaniem Sądu Okręgowego, doświadczenie życiowe nakazuje jednak stwierdzić, że takie objawy są typowe dla osoby, która budzi się po zastosowaniu znieczulenia ogólnego w obcym miejscu. Powódka nie udowodniła przy tym, aby dolegliwości, które odczuwała po powrocie do domu miały jakikolwiek związek z zabiegiem i powikłaniami po nim. Wynik aktualnej konsultacji pulmonologicznej potwierdził, że wentylacja płuc powódki jest prawidłowa i brak po jej stronie potrzeby leczenia. Jeśli zaś chodzi o towarzyszący jej stres, który skutkował podjęciem terapii psychiatrycznej, nie jest wykluczone, iż ma on związek z trybem życia, a nie przebytą operacją, tym bardziej, że sama powódka podkreślała, iż piastuje odpowiedzialne stanowisko i martwiła się terminową realizacją powierzonych projektów.

Zdaniem Sądu Okręgowego, nie można uznać, iż na skutek zabiegu przeprowadzonego w placówce pozwanego, przez zatrudnionych u niego pracowników, którym powierzono wykonywanie czynności medycznych, doszło do wyrządzenia powódce w sposób zawiniony jakiegokolwiek szkody. Powstałe powikłania należały do typowych i nastąpiły z przyczyn niezależnych od zachowania i postępowania personelu medycznego, który w sposób prawidłowy dokonał zabiegu cholecystektomii laparoskopowej pęcherzyka żółciowego oraz skutecznie zareagował na ujawnienie odmy opłucnej i rozedmy tkanek, doprowadzając ostatecznie do ich wyeliminowania.

Z uwagi na sformułowane przez powódkę zarzuty, roszczenie o zadośćuczynienie zostało oceniono także w oparciu treść art. 4 ust. 1 i ust 3 pkt 3 ustawy o prawach pacjenta (Dz. U. z 2012 r., poz. 159 ze zm.) w zw. z art. 448 k.c., nie przynosząc jednak jakichkolwiek podstaw do uwzględnienia żądania. Sąd I Instancji zaznaczył, że powódka powoływała się na naruszenie prawa do informacji uzyskanej od lekarza i dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia, prawa do wyrażenia pisemnej zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych, a także prawa do osobistego badania przez lekarza anestezjologa (art. 42 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, Dz. U. 2011/277/1634 tekst jedn. ze zmianami).

Odnosząc się do nałożonego w art. 31 ust 1 powołanej ustawy o zawodzie lekarza obowiązku udzielenia przystępnej informacji, podkreślono, że ustalenie zakresu koniecznej informacji jest szczególnie istotne w przypadku zabiegów operacyjnych oraz inwazyjnych badań diagnostycznych, bowiem te formy postępowania terapeutycznego łączą się z podwyższonym ryzykiem dla pacjenta. Stosownie zaś do art. 34 ust 1 ustawy lekarz może wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta, po uzyskaniu jego pisemnej zgody. Wobec tego, że ustawa nie rozstrzyga zakresu pojęcia dających się przewidzieć następstw zastosowania metod diagnostycznych i leczniczych, Sąd I Instancji, odwołując się do poglądów wyrażonych w doktrynie i orzecznictwie stwierdził, że lekarz powinien poinformować pacjenta o bezpośrednich i zwykłych skutkach, nie jest wymagane pouczenie o wszelkich w ogóle możliwych skutkach, dla danego jednak wypadku normalnie niemożliwych do przewidzenia, nietypowych i mało prawdopodobnych oraz, że nie ma konieczności powiadamiania pacjenta o wszelkich możliwych komplikacjach, zwłaszcza takich, które zdarzają się niezmiernie rzadko.

W ocenie Sądu Okręgowego nie znajdują potwierdzenia w materiale dowodowym twierdzenia, jakoby powódka nie została ona poinformowana o „zabiegu ani znieczuleniu”, a także o „możliwości zastosowania innej metody

leczenia” oraz o „stanie zdrowia po operacji”. Sąd I instancji stwierdził, iż powódka posiadała wszystkie niezbędne informacje o zabiegu oraz związanych z nim powikłaniach, a także, że prawidłowe było wyrażenie przez nią zgody na zabieg, która miała charakter pisemny i została zawarta w ankiecie przedoperacyjnej. Powołując się na zeznania świadków nadmieniono, że na miesiąc przed zabiegiem lekarz poinformował powódkę o możliwości leczenia metodą laparoskopii oraz o typowych powikłaniach, które mogą skutkować koniecznością przeprowadzenia zwykłej laparotomii z rozcięciem tkanek. Powódka przyznała, że wiedziała, iż po zabiegu w ciągu kilku dni będzie mogła wrócić do normalnego funkcjonowania i taką informację pozostawiła w miejscu pracy, co oznacza, że miała świadomość charakteru i sposobu wykonania zabiegu. Sama zgłosiła się nie tylko do lekarza, ale też do szpitala, a zatem nie można twierdzić, iż nie miała wiedzy, w jakim celu się tam udaje oraz, że nie pozostawiono jej wyboru, co do metody leczenia, na której, jak się wydaje, szczególnie jej zależało z uwagi na ciężące na niej obowiązki zawodowe. Powódka była także informowana o rodzaju i sposobie znieczulenia, co potwierdziła składając własnoręczny podpis w ankiecie przedoperacyjnej. Jej twierdzenia jakoby podpis złożyła in blanco i nie mogła zadać dodatkowych pytań pozostają gołosłowne w świetle pozostałych dowodów i doświadczenia życiowego. Za równie niewiarygodne Sąd Okręgowy uznał twierdzenia, iż powódka nie była informowana o swoim stanie zdrowia bezpośrednio po wykonanej operacji oraz, że próbowano przed nią zataić występowanie powikłań. O świadkowie podkreślali, że pacjentka i jej bliscy byli o wszystkim zawiadamiani, co zresztą powódka sama przyznała zeznając, że mąż przekazał jej, iż miała problem z płucami. Istotne jest jednocześnie, iż po zabiegu pozostawała pod wpływem środków znieczulających i jak sama podawała, niewiele pamiętała, a zatem mogła również nie kojarzyć, iż po wystąpieniu objawów odmy została poinformowana przez anestezjologa o konieczności wykonania dodatkowego zabiegu. Nie jest także zrozumiałe z jakich przyczyn personel szpitala miałby nie chcieć udzielić jej informacji ustnej o występujących objawach, skoro były one szeroko opisane w dokumentacji medycznej.

Odnosząc się do kwestii braku zgody na wykonanie drenażu ssącego, Sąd Okręgowy podkreślił, że art. 33 ust 1 ustawy o zawodzie lekarza wskazuje, że udzielenie pacjentowi świadczenia zdrowotnego bez jego zgody jest dopuszczalne, jeżeli wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym. Decyzję o podjęciu czynności medycznych w okolicznościach, o których mowa w ust. 1, lekarz powinien w miarę możliwości skonsultować z innym lekarzem. Zdaniem Sądu I instancji, wykonanie drenażu w okolicznościach wystąpienia powikłań w postaci odmy opłucnej i rozedmy tkanej mieściło się w zakresie konieczności udzielenia powódkę niezwłocznej pomocy lekarskiej. Jak wynikało z zeznania świadków, pacjentka była wówczas nadal pod wpływem środków znieczulających, a zatem nie mogła wyrazić świadomej zgody na zabieg, co w świetle wymienionego przepisu stanowiło wystarczającą przesłankę podjęcia działań przez personel medyczny bez obowiązku jej uzyskania. Nie można było przecież oczekiwać, ażeby lekarze czekali aż powódka w pełni odzyska świadomość i wyrazi zgodę na podjęcie zabiegu, bez wykonania którego w krótkotrwałym czasie mogłoby dojść do znaczącego pogorszenia jej stanu zdrowia. Istotne jest przy tym, że świadek S. G. wskazała, iż decyzji o wykonaniu dodatkowych badań i zastosowaniu drenażu nie podjęła samodzielnie, ale w tym celu skonsultowała się z lekarzem wcześniej wykonującym zabieg, wobec czego nie może być mowy o żadnym naruszeniu przepisów.

W zakresie prawa dostępu do dokumentacji medycznej Sąd Okręgowy zaznaczył, iż wiąże się ono z obowiązkiem podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych do prowadzenia, przechowywania i udostępniania dokumentacji w sposób określony w przepisach, które przewidują między innymi konieczność dokonywania opisu stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych, a także odnotowanie przypadku wystąpienia okoliczności z art. 33 ust 1 ustawy o zawodzie lekarza. Za bezsporny uznano fakt, że dokumentacja medyczna powódki zawierała w tym względzie pewne braki, co potwierdził także sporządzający opinię biegły sądowy. Były one jednak na tyle marginalne, że nie skutkowały wystąpieniem jakichkolwiek błędów terapeutycznych, a po drugie ich ujawnienie nie stanowi podstawy przyznania zadośćuczynienia na zasadzie art. 4 ust. 1 w zw. z ust 3 pkt. 2 i 3 ustawy o prawach pacjenta. Przepisu pozwalającego sądowi – w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta – na przyznanie poszkodowanemu odpowiedniej sumy tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 k.c., nie stosuje się bowiem do zawinionego naruszenia prawa pacjenta do: informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych oraz dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej

jego stanu zdrowia. Przepis art. 23 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta stanowi, że pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych. W celu realizacji prawa, o którym mowa w art. 23 ust. 1, podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób określony w niniejszym rozdziale (art. 24 ust. 1 cytowanej ustawy). Zadośćuczynienie za naruszenia prawa pacjenta dotyczyć mogłoby więc co najwyżej określonego w ustawie dostępu do dokumentacji medycznej, a nie sposobu jej prowadzenia – co stanowi jedynie wyraz realizacji prawa pacjenta do dokumentacji medycznej – jednakże roszczenie takie wyłączone zostało z mocy przepisu art. 4 ust 3 pkt. 3 ustawy o prawach pacjenta. Bez względu nawet na powyższe wyłączenie roszczenia o zadośćuczynienie, przepis art. 4 ust. 1 cytowanej ustawy wskazuje, że przyznanie zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta jest fakultatywne. W ocenie Sądu Okręgowego, w rozpoznawanej sprawie brak byłoby podstaw do uwzględnienia tego roszczenia, a to z uwagi na zupełnie marginalny charakter uchybień związanych z dokumentacją (uchybień te polegają w zasadzie na tym, że określone informacje znajdują się w nieprawidłowym miejscu dokumentacji medycznej – rozpoznanie schorzenia powódki znajduje się w dokumentacji z przychodni przyszpitalnej, a nie szpitala, a dodatkowe rozpoznanie w toku operacji w opisie operacji, a nie w karcie wypisowej) i fakt całkowicie poprawnej opieki nad powódką w toku pobytu w szpitalu (prawidłowa diagnoza, prawidłowa metoda leczenia, prawidłowo przeprowadzona operacja, bardzo szybko ujawnione powikłanie i prawidłowe jego leczenie a w konsekwencji brak jakichkolwiek negatywnych skutków dla zdrowia powódki). Ogólnym mianownikiem przyznania zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta jest sytuacja, w której – na skutek naruszenia tych praw – pacjent może stracić zaufanie do służby zdrowia lub mieć uzasadnione poczucie, iż proces jego diagnostyki i leczenia był niedbały i niezgodny ze standardami medycznymi. Zdaniem Sądu I instancji, taka sytuacja nie miała miejsca w pozwanym szpitalu w trakcie leczenia powódki.

Odnosząc się do naruszenia prawa do osobistego badania przez lekarza anestezjologa, Sąd Okręgowy powołał się na przepis art. 6 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, który wskazuje, iż pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, nie precyzując jednak dokładnie określonych etapów procesu diagnostyki i terapii. Zdaniem Sądu I instancji w sprawie nie zostało wykazane, że powódkę pozbawiono świadczeń zdrowotnych na poziomie aktualnej wiedzy medycznej. Same obowiązki lekarzy, określone w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry, nie przekładają się bezpośrednio na prawa pacjentów, które są określone w innej ustawie. Oznacza to, że nawet naruszenie tych obowiązków może prowadzić do przyznania pacjentowi zadośćuczynienia tylko wówczas, gdy będzie ono miało postać błędu medycznego powiązanego przyczynowo ze szkodą, której dozna pacjent, albo stanowić będzie samo w sobie naruszenie praw pacjenta. Żadna z tych sytuacji w rozpoznawanej sprawie jednak nie zachodzi. W ocenie Sądu I instancji, ewentualne zaniechanie osobistego badania przez lekarza mogłoby stanowić naruszenie praw pacjenta, gdyby oznaczało pozbawienie go prawa do świadczeń medycznych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, co w przypadku powódki nie miało miejsca. Z kolei przepis art. 42 ustawy o zawodzie lekarza nie mógł mieć, zdaniem Sądu Okręgowego, zastosowania w sprawie. Stwierdzono, że odnosi się on jedynie do sytuacji, w której lekarz na podstawie badania ma wydać zaświadczenie co do stanu zdrowia pacjenta (ma orzec o stanie jego zdrowia).

Sąd I instancji stwierdził również w oparciu o zeznania S. G. oraz ankiety przedoperacyjnej, że wymieniony świadek przeprowadziła u powódki badanie w celu zakwalifikowania pacjenta do znieczulenia w trybie i na zasadach określonych w § 10 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 27 lutego 1998 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii w zakładach opieki zdrowotnej, które obowiązywało w dniu udzielenia świadczenia zdrowotnego powódce. Sąd Okręgowy dostrzegł, iż świadek w trakcie zeznań nie kojarzyła twarzy powódki, jednakże podała, że pamięta jej przypadek oraz, że wypełniała zawartą w dokumentacji ankietę przedoperacyjną oceniając tzw. ryzyko ASA na 1, co potwierdzają oględziny tego dokumentu, w którym poszczególne rubryki wypełnione są jednolitym charakterem pisma i podpisane nazwiskiem lekarki, a dopiero druga strona przeznaczona do samodzielnego uzupełnienia przez pacjenta zawiera inny charakter pisma. Z dokumentacji medycznej wynika także, że powódka dzień przed operacją miała przeprowadzone niezbędne badanie krwi i serca, z którymi lekarz anestezjolog musiała się zapoznać, albowiem zgodnie z ich treścią uzupełniła właściwe rubryki w ankiecie przedoperacyjnej. Podkreślono,

że wymieniona lekarz anestezjolog w czasie wykonywania zabiegu nie była stażystką i miała uprawnienia do samodzielnego pełnienia dyżuru jako lekarz odbywający specjalizację w ramach rezydentury, a rozpoznając w porę objawy powikłań udowodniła, że posiada niezbędną wiedzę do przeprowadzania zabiegów medycznych.

Z uwagi na sytuację finansową powódki, charakter sprawy oraz cierpienia jakich w subiektywnym odczuciu doznała w związku z wykonanym zabiegiem i jego powikłaniami, Sąd Okręgowy, na podstawie art. 102 k.p.c. nie obciążył jej kosztami postępowania poniesionymi przez pozwanego.

Od tego wyroku apelację wywiodła strona powodowa, zaskarżając orzeczenie w całości i zarzucając mu:

1. naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. przez błędne dokonanie ustaleń faktycznych w związku z dowolną oceną dowodów bez ich wszechstronnego rozpoznania. Oparcie rozstrzygnięcia na niepełnym materiale dowodowym i pominięcie istotnych dowodów.

Pominięcie przez Sąd rozważenia domniemania faktycznego – art. 231 k.p.c., które mogło mieć wpływ na wynik sprawy. Uzasadnieniem do zastosowania domniemań faktycznych w niniejszej sprawie są zwłaszcza opinie biegłych sądowych w których zostało zawarte stwierdzenie, że: „ustalenie w sposób jednoznaczny przyczyn wystąpienia u powódki odmy opłucnowej i rozedmy podskórnej nie jest możliwe”. Ponadto biegli przedstawili 4 ewentualne przyczyny powstania odmy opłucnowej i rozedmy podskórnej, z których 3 przyczyny zawinione są przez pozwanego i tylko jedna teoretyczna przyczyna dotyczy powódki.

Sąd nie ocenił rzetelnie opinii biegłych sądowych. W szczególności przyjął za prawdziwe twierdzenia o anomaliach w budowie anatomicznej powódki, choć przeczy temu zebrany materiał dowodowy, a biegli nie przedstawili żadnego własnego dowodu ani też nie przeprowadzali badań stanu zdrowia powódki. Powódka zarzuca, że zostały pominięte zasady logiki, które nakazują wyprowadzenie z materiału procesowego jedynie takich wniosków, które z nich rzeczywiście wynikają. Ten wymóg dotyczy też powiązania wszystkich wniosków w jedną logiczną całość – wyrok Sądu Administracyjnego w P. z dn. 22.12.2005 r., I ACa 540/05, wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 20.03.1980 r., II URN 175/79, z dn.10.06. 1999 r., (...), z dn. 15.02.2000 r., III (...);

2. naruszenie prawa materialnego tj. art. 415 k. c., art. 430 k.c. przez przyjęcie, że brak jest winy Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej im. Prymasa W. w S. (lekarzy i personelu medycznego), choć z materiału dowodowego wynika, że wina pozwanego polegała na uszkodzeniu innego organu w organizmie powódki podczas operacji cholekcystektomii laparoskopowej, co skutkowało powikłaniami w postaci odmy opłucnowej i rozedmy podskórnej. Powódka zarzuca, że udowodniła wszystkie przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanego, gdyż wystąpiła szkoda niemajątkowa (krzywda) u powódki, i miało miejsce zawinione działanie pozwanego, a ponadto zaistniał związek przyczynowy pomiędzy szkodą, a działaniem pozwanego.

Naruszenie prawa materialnego tj. art. 445 §1 k.c. przez brak oceny, że doszło do uszkodzenia ciała i rozstroju zdrowia powódki, co daje podstawę do przyznania zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę;

3. naruszenie art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.2012/159), art. 31, art. 32 ust. 1, art. 33, art. 42 Ustawy o zawodzie lekarza w związku z art. 24 k.c. i art.448 k. c. przez przyjęcie, że nie doszło do naruszenia przepisów o prawach pacjenta i o zawodzie lekarza oraz, że uchybienia nie są istotne i nie stanowią podstawy do przyznania zadośćuczynienia za doznaną krzywdę;

4. naruszenie art.227 k.p.c. w związku z art. 308 k.c., gdyż Sąd odrzucił wszystkie dowody powódki stanowiące wydruki ze stron internetowych z uzasadnieniem, że nie jest w stanie ocenić ich znaczenia dla sprawy.

W konkluzji skarżąca wniosła o:

1. zmianę zaskarżonego wyroku, uwzględnienie powództwa i orzeczenie zgodnie z żądaniem pozwu;
2. zasądzenie od pozwanego na rzecz powódki kosztów postępowania procesowego za obie instancje, ewentualnie o:

3. uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania przy uwzględnieniu kosztów postępowania odwoławczego.

W odpowiedzi na apelację strona pozwana wniosła o:

1. oddalenie apelacji;

2. zasądzenie od powódki na rzecz pozwanego kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego za postępowanie apelacyjne według norm przepisanych.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja nie zasługuje na uwzględnienie,

Strona powodowa na obecnym etapie procesu nie zmieniła podstawy faktycznej swojego żądania, jak również nie zakwestionowała, co do zasady, wskazanych przez Sąd I instancji możliwych podstaw prawnych powództwa. Powoływała się w dalszym ciągu na związek pomiędzy niewłaściwie prowadzoną przez pozwanego Szpitala diagnostyką i zabiegiem laparoskopowym a wystąpieniem schorzenia w postaci odmy opłucnowej, jak również naruszeniem uprawnień powódki określonych w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Sąd odwoławczy akceptuje zapatrywanie, że odpowiedzialność cywilna pozwanego za krzywdę spowodowaną naruszeniem czynności narządów ciała mogła być w niniejszej sprawie rozpatrywana jedynie w oparciu o zasadę winy (art. 430 w zw. z art. 415 k.c.), a nie ryzyka. Do obowiązków powódki należało więc wykazanie następujących przesłanek tej odpowiedzialności: wyrządzenie szkody, zawinione (cechujące się bezprawnością i zarzucalnością) działanie lub zaniechanie osób, którym pozwany powierzył wykonywanie czynności diagnostycznych i terapeutycznych, normalny związek przyczynowy pomiędzy tym działaniem lub zaniechaniem a wyrządzoną szkodą. Przy czym na potrzeby dalszych rozważań, już w tym miejscu zaznaczyć trzeba, że przy badaniu przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej opartej na zasadzie winy, istnienie normalnego związku przyczynowego pomiędzy działaniem (zaniechaniem) a szkodą (art. 361 § 1 k.c.) jest elementem podlegającym ocenie w dalszej kolejności. Gdy zatem nie zachodzi podstawa odpowiedzialności (bezprawność i wina) badanie istnienia związku przyczynowego jest zbędne (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 kwietnia 2001 r., w sprawie I PKN 361/00, opubl. w OSNP z 2003 r. nr 3 pod poz. 62).

Podniesiony przez powódkę zarzut skoncentrował się na wykazywaniu błędu w ustaleniach faktycznych. Sąd pierwszej instancji prawidłowo jednak zrekonstruował przebieg zdarzeń w odniesieniu do podnoszonych kwestii. Ustalenia te korelowały z dowodami zebranymi w aktach sprawy. Sąd Okręgowy w sposób logiczny wskazał w uzasadnieniu, z jakich przesłanek wysunął swoje wnioski, a także na jakich dowodach się oparł w tej mierze. Tym samym Sąd Apelacyjny po ponownym przeanalizowaniu zebranego materiału dowodowego w całości podtrzymał ustalenia Sądu Okręgowego jako logiczne i konsekwentne, albowiem korespondują w całości z materiałem dowodowym, który został prawidłowo zgromadzony i oceniony w granicach określonych przepisem art. 233 § 1 k.p.c.

Poza sporem pozostawało, że po przeprowadzonym w pozwanym Szpitalu zabiegu cholecystektomi laparoskopowej w organizmie powódki doszło do zjawiska gwałtownie narastającej lewostronnej odmy opłucnej tzw. odmy prężnej i rozedmy podskórnej okolicy szyi, które stanowiły rozstrój zdrowia i spowodowały konieczność podjęcia inwazyjnego zabiegu ratującego – założenia drenu. Bezspornym pozostawało również, że tego rodzaju zjawiska stanowią powikłania statystycznie ujawniające się w trakcie zabiegu laparoskopowego.

Sąd Apelacyjny akceptuje co do zasady zapatrywanie, iż w procesach „lekarskich” sąd może, po rozważeniu całokształtu okoliczności sprawy, uznać za wystarczający wysoki stopień prawdopodobieństwa, nie wymagając od poszkodowanego ścisłego i pewnego udowodnienia, jaką drogą doszło do patologicznego powikłania okołozabiegowego. Taki bowiem dowód – ze względu na właściwości wchodzących w grę procesów biologicznych – często nie jest możliwy do przeprowadzenia (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 lutego 1998 r., w sprawie II CKN

625/97, opubl. w nr 3 (...) z 1999 na str. 130). Nie oznacza to jednak przyjęcia absolutnej odpowiedzialności placówki medycznej za wszelkie zjawiska, które miały miejsce w trakcie prowadzonej terapii.

Weryfikując twierdzenia powódki stanowiące podstawę faktyczną zgłoszonego roszczenia Sąd I instancji zgromadził obszerny materiał dowodowy, w tym zwłaszcza ze źródeł pozaosobowych. Nie dopuścił się jednak naruszenia nakazów płynących z regulacji art.227 k.p.c. w związku z art. 308 k.p.c., oceniając znaczenie poszczególnych środków dowodowych zaofiarowanych przez strony. Skarżąca zaakcentowała pominięcie jednej ich szczególnej kategorii –wydruków publikacji dostępnych na stronach internetowych. Zobrazowane tam treści zawierały dane statystyczne dotyczące występowania powikłań operacyjnych, jak również charakteru tych zjawisk. Sąd Okręgowy trafnie dostrzegł, że wymienione informacje nie mogły stanowić podstawy do pozyskania specjalnych wiadomości medycznych. Pozwalały jedynie na ewentualną ocenę wniosków zaprezentowanych przez uprawnione podmioty – biegłych sądowych powołanych w sprawie. W odwołaniu do zastrzeżeń szczegółowo przedstawionych zwłaszcza przez dr.n.med. P. M. (1), Sąd I instancji był jednak obowiązany do powzięcia wątpliwości, czy celowym jest podważanie wyciągniętych przez biegłych wniosków w oparciu o informacje zawarte w tych wydrukach. Zgodnie z nakazem wynikającym z art. 278 k.p.c. jedyną możliwością przeciwstawienia wniosków biegłych z częściowo polemizującymi z nimi informacjami w sferze wymagającej wiadomości specjalnych, było zasięgnięcia opinii innego biegłego. Niekwestionowanym zaś pozostaje, że Sąd Okręgowy z takiej możliwości skorzystał, dopuszczając dowód z opinii dwóch biegłych w niniejszej sprawie.

Odnosząc się chronologicznie do podniesionych przez skarżącą kwestii, Sąd Apelacyjny stwierdził całkowitą bezzasadność zarzutów podniesionych przeciwko rekompozycji stanu faktycznego w zakresie etapu diagnostyki i przygotowania do zabiegu. Skarżąca zupełnie głośłownie powołała się na rzekomy brak pozyskania i zapoznania się przez personel Szpitala z badaniami krwi, elektrokardiogramem oraz obrazem i opisem ultrasonografii. Odnosnie dwóch pierwszych rodzajów badań, teom skarżącej zaprzecza sama treść dokumentów zawartych w dostarczonej przez pozwanego historii choroby, bowiem znajdują się tam wyniki badań krwi i EKG, przeprowadzonych 31 marca 2011 roku. W przypadku badania ultrasonografem rzeczywiście brak było jego wyników w dostarczonej dokumentacji medycznej. Nie stanowiło to jednak przeszkody dla udowodnienia, że lekarz operator zapoznał się z takimi wynikami. Na tę okoliczność pozwana przedstawiła zapisy znajdujące się w dokumentacji przychodni (...), w której ten sam lekarz A. K. przyjmował powódkę w trakcie wizyty przed operacją. Powyższy dowód potwierdza tezę, że powódka okazywała badanie ultrasonografem, które w świetle wiedzy fachowej, a nawet powszechnie dostępnej, było kluczowe przede wszystkim przy kwalifikacji do zabiegu laparoskopii – zawierało bowiem zobrazowanie jam ciała i pozwalało na ocenę stanu dróg żółciowych. Powódka nie dowiodła zaś, że ewentualne zapoznania się z tym badaniem bezpośrednio przed zabiegiem, po przyjęciu na leczenie stacjonarne, doprowadziłyby do zmiany decyzji co do metody zabiegowej. Przeciwnie, nawet gdyby założyć, że wyniki badania USG pozwalałyby na ocenę szczelności błon wyściełających jamy otrzewną i opłucną oraz stwierdzenie ewentualnych nieprawidłowości w stanie przepony, to takie założenie jest sprzeczne ze stanowiskiem samej skarżącej, która twierdziła przecieź, że nie występowały jakiegokolwiek anomalie w obrębie tych części jej ciała.

Odnosząc się zaś do zarzutów kwestionujących przyjęte ustalenie źródła translokacji gazu, który przedostał się do jamy opłucnej i spowodował patologiczne zmiany, zarzuty skarżącej nie podniosły żadnych okoliczności, które nie byłyby już przedmiotem szczegółowych rozważań Sądu I instancji. Wbrew zapatrywaniu powódki, brak było jakiegokolwiek podstaw do przyjęcia, że w analizowanym wypadku doszło do omawianego zjawiska w wyniku nieprawidłowego zabezpieczenia drogi dożylniej, niewłaściwej intubacji lub wentylacji przez asystującego anestezjologa. W tym zakresie argumentacja powódki, w sposób zupełnie hasłowy odwołała się do rzekomej sprzeczności we wnioskach opinii biegłych. Skarżąca w treści środka odwoławczego powieliła pisemną wypowiedź dr P. M. (1), wrywając ją jednak z przeprowadzonego przez biegłego wyводу. Wskazał on na teoretyczną możliwość powstania odmy w wyniku opisanych działań anestezjologa, jednak wyraźnie zaprzeczył, aby zawarte w materiale badawczym dane pozwalały na stwierdzenie jednego z takich zjawisk w trakcie operacji na ciele powódki.

Powódka w swojej argumentacji dokonała zresztą istotnej manipulacji wypowiedziami biegłych powołując się na fakt, jakoby M. G. nie oglądał zdjęcia rentgenowskiego, a z kolei P. M. po obejrzeniu zdjęć stwierdził zastosowanie

intubowania powódki. Dr P. M. (1) zaprzeczył bowiem wyraźnie, aby zdjęcie RTG powódki z dnia operacji było w ogóle dostępne. Poza tym nawet przy założeniu, że doszło do intubowania przy znieczuleniu, czemu wyraźnie zaprzecza dokumentacja lekarska, wnioski opinii zgodnie wykluczały, aby odma przebiegała w stwierdzony sposób w wyniku błędu anestezjologa. O. biegli stwierdzili bowiem, że w wyniku intubacji nie mogłoby dojść do uszkodzenia płuca a jedynie do uszkodzenia tchawicy lub oskrzeli, podczas gdy w odniesieniu do narządów układu oddechowego, jako potencjalną przyczynę odmy opłucnej wymienili tylko rozszczelnienie lewego płuca.

Wobec powyższego dalsze rozważania ograniczyć należało do założenia, że translokowaną substancją był dwutlenek węgla, używany przez lekarza operatora do wytworzenia odmy w innej przestrzeni jamicznej ciała powódki oraz, że ten gaz przedostał się do jamy opłucnej poprzez wewnętrzne struktury anatomiczne – w szczególności poprzez mięsień przeponowy. Zgodzić się należy, że w tym zakresie obydwójce biegli wskazali na konieczność wystąpienia patologicznych zmian. Dodali, że teoretycznie spowodowane one mogły być przez działanie lekarza operatora (mechaniczne uszkodzenie przepony przy pomocy używanego instrumentarium). Takiej tezie zaprzeczały jednak obiektywne okoliczności, które wynikały z samego charakteru przeprowadzanego zabiegu – operowanie w prawej części nadbrzusza, jak i odmienny przebieg odmy opłucnowej. Biegli jednoznacznie wskazali, że aby doszło do lewostronnej odmy opłucnowej, również w tej części musiałoby dojść do mechanicznego uszkodzenia przepony, a odma opłucnowa narastałaby dynamicznie, podczas, gdy u powódki stwierdzono jej przebieg jako opóźniony.

Całkowicie bezpodstawnie powódka powołuje się również na rzekome nadmierną presję dwutlenku węgla na jamy ciała, podczas gdy nie ujawniono jakichkolwiek nieprawidłowości przy utrzymywaniu omawianego parametru. Przeciwnie, biegli jednoznacznie zaznaczyli, że automatyzacja tej części procedury uniemożliwiała zwiększenie ciśnienia ponad poziom 12 mmHg, który był całkowicie prawidłowy z punktu widzenia stosowanego spektrum wielkości od 10 do 15 mmHg.

Przeciwko postawionym przez biegłych tezom o możliwej i prawdopodobnej endogennej przyczynie powstania powikłania, strona powodowa powołała się na dowody, które nie wykluczają trafności wywiedzionych wniosków. Takimi dowodami nie są w szczególności wyniki badań organów narządów układu oddechowego i przepony powódki. Nie stwierdzono w nich wprawdzie tego rodzaju anomalii anatomicznych, w postaci np. pęcherzy odmowych czy przepuklin w przeponie lub innych ubytków w tym mięśniu, które w świetle wniosków biegłych sądowych doprowadzić mogłyby do rozszczelnienia tkanek położonych w pobliżu jamy otrzewnej. Dostrzec jednak należało, że wspomniane badania zostały przeprowadzone po ponad dwóch latach od zabiegu w pozwanym szpitalu, co nie wyklucza możliwości założenia, że wskazane przez biegłych anomalie występowały w chwili zabiegu w dniu 1 kwietnia 2011 roku.

Nie było już aktualnie możliwe zbadanie, czy personel pozwanego Szpitala miał możliwość stwierdzenia takich nieprawidłowości anatomicznych w obrębie mięśnia przeponowego czy jamy opłucnowej na etapie przed operacją. Bezspornym bowiem pozostawało, że przed zabiegiem powódka nie przeszła diagnostyki pulmonologicznej. Nie sposób jednak doszukiwać się w tej bierności zarzucanego zaniechania pracowników pozwanego Szpitala, tym bardziej, że ani w trakcie wcześniejszych konsultacji, ani w ankiecie sporządzonej bezpośrednio przed operacją, powódka nie wskazywała na żadne schorzenia w obrębie układu oddechowego.

Powódka nie zdołała więc dowieść, że to zarzucalne działania personelu medycznego pozwanej placówki pozostawały w związku przyczynowym z obiektywnie stwierdzonym powikłaniem pooperacyjnym. W tym miejscu za chybiony należy poczytać również podniesiony zarzut naruszenia normy art. 231 k.p.c. Dyspozycja tego przepisu może i powinna znaleźć zastosowanie wyłącznie w braku bezpośrednich środków dowodowych albo gdy istnieją znaczne utrudnienia dla wykazania faktu, którego ustalenie jest możliwe przy zastosowaniu reguł logicznego rozumowania (por. wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 19 lutego 2002 r., IV CKN 718/00, opubl. w systemie informatycznym LEX pod nr (...); z dnia 5 grudnia 2007 r., II PK 103/07, LEX nr 863973 i z dnia 27 lipca 2010 r., II CSK 119/10, LEX nr 603161). Tymczasem w sprawie niniejszej omawiana sytuacja nie zachodziła. Żaden ze środków dowodowych nie pozwalał wprawdzie na wskazanie konkretnej przyczyny powstania odmy opłucnowej i rozedmy skórnej. Po pierwsze jednak, z istoty tej okoliczności niedopuszczalne było czynienie ustaleń w oparciu o wiedzę powszechnie dostępną i zasady logiki, skoro sama powódka nie zakwestionowała potrzeby skorzystania przez Sąd z opinii aż dwóch

biegłych. Jakkolwiek zaś normy reżimu deliktowego mają chronić poszkodowanego i rolą sądu jest taka interpretacja przepisów, aby ta ochrona była najpełniejsza, to możliwość skonstruowania domniemania faktycznego nie może być interpretowana jako złagodzenie wynikającego z art. 6 k.c. w zw. z art. 232 k.p.c. obowiązku dowodzenia przez stronę faktów, z których wywodzi ona skutki prawne (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 2 czerwca 2010 r., III CSK 245/09, LEX nr 611825 i wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 6 listopada 2014 r., I ACa 621/14, LEX nr 1623923).

Zarzuty apelacyjne nie przedstawiły zatem argumentacji, która zdołałaby podważyć stanowisko, iż w sprawie nie został spełniony żaden z warunków odpowiedzialności deliktowej pozwanego za wywołanie rozstroju zdrowia i spowodowanie uszkodzenia ciała u powódki. Nie sposób kwestionować, że sam przebieg leczenia wiązał się z negatywnymi przeżyciami, które odbiegały od oczekiwań pacjentki i pozostawił trwale następstwo w postaci niewielkiej blizny po miejscu lokacji drenu. Wobec braku możliwości przypisania pozwanemu odpowiedzialności za powikłania operacyjne, skala tych doznań nie mogła w żaden sposób wpłynąć na rozważania dotyczące zasadności powództwa.

Sąd Apelacyjny podzielił również w pełni ocenę żądania powódki, przeprowadzoną w świetle przesłanek roszczenia określonego w art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w zw. z art. 448 k.c. Lektura uzasadnienia zaskarżonego wyroku wskazuje, że Sąd Okręgowy wykazał się w tym zakresie należyłą wnikliwością, oceniając twierdzenia każdej ze stron. Nie zaniechał również przeprowadzenia rozważań odnośnie ewentualnej zasadności żądania, przy przyjęciu, że jego podstawę stanowi w sposób autonomiczny regulacja art. 31 ust. 1 ustawy z 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty w zw. z art. 448 k.c. Powódka powoływała się bowiem nie tylko na naruszenie swoich praw na etapie wyrażania zgody na zabieg laparoskopowy, lecz również po jego przeprowadzeniu. Zważyć zaś należało, że art. 31 ust. 1 ustawy z 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty nakłada na lekarza obowiązek udzielania pacjentowi przystępnej informacji o wymienionych tam okoliczności, nie tylko na etapie wyrażania zgody na zabieg. Nie przewiduje on wprowadzenia autonomicznego roszczenia o zadośćuczynienie za doznaną krzywdę, tak jak ma to miejsce w art. 4 ust. 1 w zw. z art. 9 ustawy z 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Zgodnie ze stanowiskiem judykatury nie oznacza to jednak, by nie można było na jego podstawie, w związku z powołanym przepisem art. 448 kodeksu cywilnego, formułować roszczenia o zadośćuczynienie (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 stycznia 2013 r., IV CSK 431/12, LEX nr 1275006).

Zawarte w apelacji zarzuty naruszenia prawa procesowej, jak i materialnego, przybrały jednak charakter czystej polemiki w odniesieniu do kwestii rzekomego naruszenia obowiązków informacyjnych, do których miało dojść po zakończeniu zabiegu laparoskopowego. Powódka w tym zakresie forsuje swoje tezy, jakoby personel pozwanego celowo zatajał informacje o jej stanie zdrowia, metodach leczenia oraz rokowaniu. Skarżąca nie dostrzega jednak, że w swoich zeznaniach popadła już w wewnętrzną sprzeczność, która nie pozwala na dyskwalifikację zdecydowanie lepszych jakościowo zeznań świadków. Niewątpliwie treść relacji powódki może być wynikiem rozżalenia również z tego powodu, iż po wybudzeniu otrzymała informację o powodzeniu planowanego zabiegu usunięcia pęcherzyka żółciowego. W świetle danych zawartych w opiniach biegłych, nie było to jednak wcale przekłamanie.

W swojej argumentacji skarżąca pomija również, a nawet przeinacza treść zeznań lekarza operatora A. K., w odniesieniu do zrelacjonowanego przebiegu konsultacji w przychodni (...) w dniu 2 marca 2011 r. Z jego zeznań wynika, że przeprowadził on wstępny wywiad, a zebrane informacje nie dostarczyły mu podstaw do przewidywania, że w trakcie zabiegu laparoskopowego może dojść do powikłania w postaci odmy opłucnowej. Przeciwnie, należy zakładać, że powódka przekazała mu wówczas nie tylko informacje o dobrym ogólnym stanie zdrowia, lecz również i o, obecnie mocno akcentowanym, sportowym trybie życia. Zgodnie z powołaną przez Sąd I instancji, powszechnie przyjętą interpretacją art. 34 ust. 2 w zw. z art. 31 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty, nie zaistniał więc obowiązek poinformowania powódki o ewentualnej konkretnej komplikacji w postaci odmy opłucnej, skoro ma ona w populacji zdrowych osób charakter całkowicie epizodyczny, incydentalny. Sąd Apelacyjny podzieliła w tym zakresie zapatrywanie, że takie uprzedzenie byłoby zbędne, a nawet szkodliwe, skoro mogłoby prowadzić do pogorszenia samopoczucia pacjentki, do odmowy wyrażenia zgody na dokonanie zabiegu, czy zażądania zastosowania procedury

niosącej za sobą jeszcze wyższe ryzyko powikłań (por. wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 28 sierpnia 1973 r., I CR 441/73, opubl. w nr 7- 8 OSNC z 1974 r. poz. 131 oraz z dnia z dnia 8 lipca 2010 r., II CSK 117/10, LEX nr 602677).

Pozwanego Szpitala w żaden sposób nie może również obciążać rzekome nieskonsultowanie przez A. K. metody operacyjnej. Z zeznań świadka, zgromadzonej dokumentacji medycznej, a nawet relacji samej powódki wynika bowiem jednoznacznie, że metoda laparoskopowa została zastosowana w wyniku jej wyboru przez pacjentkę. W kontekście mocno podkreślanych w apelacji twierdzeń o nastawieniu personelu medycznego, zupełnie niezrozumiałym jest powoływanie się przez powódkę na zeznania A. K., iż w trakcie konsultacji w przychodni poinformował powódkę o możliwości konwersji. Zarzut apelacji stanowi w tym zakresie po raz kolejny zupełnie wyrwane z kontekstu powtórzenie słów świadka. A. K. tymczasem posługując się wspomnianym pojęciem „konwersji” w swoich zeznaniach ujawnił, że mówił powódce o możliwej zmianie metody małoinwazyjnej „laparoskopowej” na typową „inwazyjną”. Zeznania świadka są w tym zakresie całkowicie racjonalne, logiczne i prawdopodobne. W świetle doświadczenia życiowego, dostępnego nawet osobom nie posiadającym specjalistycznej wiedzy medycznej, to właśnie tego rodzaju zmiana stanowić mogła najważniejszą i najdotkliwszą odmienność w stosunku do planowanego przebiegu operacji.

Skarżąca nie dowiodła również, że sam fakt przeprowadzania czynności anestezjologicznych przez będącą w trakcie specjalizacji S. G. spowodował niedbałe wykonanie obowiązków przez tę osobę. Niezależnie od powyższego, pozwany przeprowadził dowód z dokumentów, z których wynika, że w tym samym czasie na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpitala pełniło obowiązki 5 lekarzy z II stopniem specjalizacji anestezjologicznej (w tym lek. med. L. J. – kierownik specjalizacji S. T. – G.) oraz jeden z I stopniem specjalizacji. Oznacza to, że zabezpieczona została możliwość bezpośredniego podjęcia przez tych lekarzy czynności w wypadku, gdyby w trakcie zabiegu wystąpiły zjawiska, które przekraczałyby zakres kompetencji asystującej przy zabiegu laparoskopowym S. T. – G.. Zdaniem Sądu Apelacyjnego, spełnione zatem zostały wymogi określone w § 13 ust. 1 i § 14 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 27 lutego 1998 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii w zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 37, poz. 215 ze zm.). Skarżąca nie zaprzeczała faktowi, że S. T. – G. była obecna przy niej przez cały czas zabiegu laparoskopowego, jak również w trakcie wybudzania. Natomiast przewidziany w § 14 tego rozporządzenia bezpośredni nadzór nad wykonującym znieczulenie lekarzem będącym w trakcie specjalizacji, nie może być rozumiany jako bezpośrednia, fizyczna bliskość lekarza nadzorującego oraz lekarza rezydenta (a przez to również i znieczulanego pacjenta). Takiej wykładni powołanych przepisów zaprzecza różnokształtna treść § 13 ust. 1 i § 14 tego rozporządzenia. Gdyby bowiem założyć, że ustawodawca nakładałby obowiązek przebywania w fizycznej bliskości trzech osób – pacjenta, lekarza rezydenta i lekarza nadzorującego, to użyłby dokładnie takiego samego sformułowania, jak w 13 ust. 1. Przede wszystkim jednak zgromadzony materiał dowodowy, w tym zwłaszcza opinie biegłych, zaprzeczały tezie, jakoby S. T. – G. nie podjęła właściwej reakcji na zaobserwowaną podczas wybudzania odmě opłucnową. Przeciwnie, we wnioskach opinii podkreślono profesjonalizm i sprawność reakcji tej osoby.

W konsekwencji, mając na uwadze powyższe rozważania, na podstawie art. 385 k.p.c., Sąd Apelacyjny oddalił apelację powódki jako bezzasadną, uznając zgłoszone zarzuty naruszenia zarówno prawa procesowego, jak i materialnego jedynie za wyraz gołosłownej polemiki z celną oceną zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego i dokonany na jej podstawie poprawnymi ustaleniami faktycznymi, jak również trafnymi rozważaniami Sądu I instancji.

Wynik postępowania apelacyjnego spowodował, że powódka jest obowiązana zwrócić przeciwnikowi poniesione na tym etapie koszty w całości. Zaskarżone rozstrzygnięcie, jak i argumentacja podniesiona w pisemnych motywach wyroku, stanowiły dla J. C. wystarczającą wskazówkę bezzasadności wysuniętego żądania. Nie sposób stwierdzić, że w obecnym stadium procesu pojawiły nowe, nieznane dotąd okoliczności pozwalające na zastosowanie zasady słuszności przy orzekaniu o kosztach procesu. Dlatego też, na podstawie art. 98 §1 i 3 k.p.c. w zw. z art. 391 §1 k.p.c., Sąd Apelacyjny zasądził od powódki na rzecz pozwanego koszty w postaci wynagrodzenia pełnomocnika będącego radcą prawnym w wysokości określonej przez § 6 ust. 1 pkt 6 w zw. z § 12 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości

z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (t. j. Dz. U. z 2013 r., poz. 490).