

Sygn. akt I C 762 / 11

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 24 lutego 2015 r.

Sąd Okręgowy we Wrocławiu I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący: **SSO Krzysztof Rudnicki**

Protokolant: **Małgorzata Wąchała**

po rozpoznaniu w dniu 10.02.2015 r.

we Wrocławiu

na rozprawie

sprawy z powództwa **Z. L.**

przeciwko **Towarzystwu (...) S.A. w W.** oraz **W. J.**

o zapłatę 149 333 zł

I. zasądza od pozwanych Towarzystwa (...) S.A. w W. i W. J. na rzecz powódki Z. L. **21 000 zł** (dwadzieścia jeden tysięcy złotych) wraz z ustawowymi odsetkami liczonymi:

- wobec pozwanego (...) S.A. w W. – od dnia 08.01.2010 r. do dnia zapłaty,

- wobec pozwanego W. J. – od dnia 06.12.2012 r. do dnia zapłaty,

z zastrzeżeniem, iż zapłata dokonana na rzecz powódki przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego z zobowiązania do wysokości zapłaconej kwoty;

II. oddala dalej idące powództwo;

III. zasądza od powódki Z. L. na rzecz pozwanego Towarzystwa (...) S.A. w W. **2 599, 90 zł** kosztów procesu oraz na rzecz pozwanego W. J. **2 599, 90 zł** kosztów procesu;

IV. nakazuje pozwany Towarzystwu (...) S.A. w W. i W. J. uiścić na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego we Wrocławiu **1 468, 54 zł** nieopłaconych kosztów sądowych, z zastrzeżeniem, iż zapłata dokonana przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego z zobowiązania do wysokości zapłaconej kwoty;

V. obciąża Skarb Państwa dalszą częścią nieopłaconych kosztów sądowych.

UZASADNIENIE

Powódka Z. L. wystąpiła przeciwko pozwanemu Towarzystwu (...) SA z pozwem, w którym wniosła o:

1. zasądzenie od pozwanego 80 000 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 08.10.2010 r. tytułem odszkodowania za szkodę powstałą w wyniku błędu lekarskiego samowolnego usunięcia narządów oraz naruszenia praw pacjenta, do

których to zdarzeń doszło w trakcie operacji w dniu 27.08.2008 r. w (...) we W. – (...) prowadzonym przez W. J., który w dacie zdarzenia miał zawartą polisę ubezpieczenia z pozwanym (...),

2. zasądzenie od pozwanego 50 000 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 08.01.2010 r. tytułem zadośćuczynienia za ból i cierpienie spowodowane okolicznościami opisanymi w pktcie 1,

3. zasądzenie od pozwanego 19 333 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 08.01.2010 r. tytułem zwrotu poniesionych kosztów leczenia i utraconych korzyści związanych z okolicznościami opisanymi w pktcie 1,

4. ustalenie w wyroku odpowiedzialności pozwanego za szkodę mogącą powstać w przyszłości,

5. zasądzenie od pozwanego kosztów postępowania według norm przepisanych.

W uzasadnieniu pozwu powódka podała, że z powodu utrzymujących się bardzo długich i intensywnych krwawień miesięczkowych oraz nasilających się dolegliwości bólowych otrzymała od lekarza rodzinnego skierowanie do szpitala z rozpoznaniem schorzenia macicy. Podejrzewaną przyczyną tych dolegliwości były mięśniaki macicy, znacznie rozrośnięte. Z informacji otrzymanych od lekarza wynikało, że mięśniaki te mają tendencję wzrostową. Ponieważ oczekiwanie na miejsce w publicznym szpitalu trwałoby około 10 tygodni powódka, mając na względzie konieczność szybkiego powrotu do pracy, zdecydowała się na leczenie w niepublicznej służbie zdrowia. Uznała, że jest to bezpieczniejsze, że będzie otoczona należytą opieką i szybko wróci do zdrowia. Umówiła się na wizytę w poleconym jej prywatnym gabinecie lekarza M. P., który wykonał badanie cytologiczne i zakwalifikował do zabiegu operacyjnego polegającego na usunięciu trzonu macicy i mięśniaków. Lekarz zaproponował wykonanie zabiegu w N. Zakładzie Opieki Zdrowotnej (...) we W. prowadzonego w ramach działalności gospodarczej przez lekarza W. J.. W zakładzie tym lekarz M. P. świadczył usługi medyczne na podstawie umowy o świadczenie usług medycznych. Od samego początku lekarz zdecydował, że zabieg zostanie wykonany metodą laparoskopii, polegającym na niewielkim nacięciu jamy brzusznej, wprowadzeniu przez otwór urządzenia do wypalania tkanek prądem oraz młynka do rozdrabniania tkanek: wyciągania ich na zewnątrz. Nie zaproponował innej metody wykonania operacji ani też nie przedyskutował różnych wariantów leczenia, uwzględniających stan zdrowia oraz wiek pacjentki, wielkość mięśniaków. Powódka wykupiła w (...) usługę medyczną, która została zaplanowana na dzień 27.08.2008 r. Powódka w zaplanowanym dniu przybyła do (...) i po dokonaniu formalności w rejestracji została skierowana do pomieszczenia, w którym personel medyczny rozpoczął przygotowania do operacji. Powódce nie wykonano badania usg, aby sprawdzić ewentualne powiększenie mięśniaków i wykluczyć wszelkie wątpliwości związane z zaplanowaną operacją. Gdy powódka znajdowała się już na łóżku, którym transportuje się pacjenta na salę operacyjną, podano jej formularz – informację dla pacjentów o m.in. możliwych metodach leczenia, możliwości wystąpienia powikłań oraz rokowaniach. Personel medyczny poprosił powódkę, aby podpisała oświadczenie, że wyraża zgodę na usunięcie trzonu macicy. Powódka taką zgodę wyraziła pisemnie, dopisując jedynie, że nie wyraża zgody na przetoczenie krwi. Notatka była spowodowana przekonaniem religijnymi powódki. Powódka otrzymała pełną narkozę i nie pamięta przebiegu operacji. Lekarz M. P. użył maszyny (...), która została wprowadzona do jamy brzusznej przez niewielkie nacięcie laparoskopowe. Maszyna ta jest młynkiem do rozdrabniania tkanki i wyciągania jej etapami na zewnątrz. Operacja miała dotyczyć usunięcia trzonu macicy. Jak się później okazało, co wynika z dalszych wydarzeń (zaistniałych powikłań, konsultacji w publicznym szpitalu, operacji naprawczej w publicznym szpitalu, opinii lekarza specjalisty) lekarz operator w trakcie operacji uszkodził pęcherz w wyniku zbyt dużej dawki prądu. Zaraz po operacji i wybudzeniu z narkozy powódce oznajmiono, że operacja przebiegła prawidłowo. Powódce pobrano jedynie krew do analizy i nie wykonano żadnych innych badań. Kilka godzin po operacji powódka zaczęła uskarżać się na bóle brzucha i w dolnych partiach kręgosłupa, ale personel medyczny to zbagatelizował. Po kilkunastu godzinach od operacji powódkę wypisano do domu. Jeszcze tego samego dnia powódka uskarżała się na bóle brzucha, szczególnie po stronie lewej nerki pomimo zażywania silnych środków przeciwbólowych. Po kilku dniach powódka skontaktowała się telefonicznie z lekarzem M. P., informując o bólach, pojawiającym się wycieku płynu z pochwy oraz temperaturze powyżej 40° C, lekarz zalecił jedynie dalsze zażywanie ogólnodostępnych środków przeciwbólowych i uspokajał, że wyciek płynu po takiej operacji może być rzeczą naturalną. Po 5 dniach od operacji powódka udała się do (...) w celu usunięcia szwów. W tym dniu lekarz M. P. poinformował powódkę, że w trakcie operacji podjął decyzję o usunięciu lewego jajnika oraz szyjki macicy,

uzasadniając swoje działanie jedynie stwierdzeniem, że „tak było lepiej”. Podczas tej wizyty wykonał badanie usg jamy brzusznej i stwierdził, „że coś tam jest”, jednakże ani nie sformułował swoich podejrzeń ani nie podjął próby diagnozy, nie zalecił też żadnego leczenia. Kolejne wizyty w zakładzie, w którym wykonano operację, nie przyniosły żadnego efektu. Ani lekarz ani personel medyczny nie poinformowali powódki o istniejącym zagrożeniu dla jej zdrowia w postaci uszkodzenia ścian pęcherza moczowego, uszkodzenia moczowodu, a w konsekwencji możliwości utraty nerki. Jedynie podczas ostatniej wizyty lekarz M. P. przyznał, że w wieku powódki taki zabieg powinno się wykonać inną metodą. Podczas prywatnej wizyty u lekarza M. P. po około 10 dniach od operacji powódka została zbadana ginekologicznie, lekarz napomknął jedynie, że może zostać uszkodzony przewód moczowy i przekazał numer telefonu do swojego znajomego lekarza urologa oraz zalecił nawiązanie z nim kontaktu. Przeświadczenie o komplikacjach operacji powstało, gdy wyciek płynu, który zgłaszała lekarzowi M. P. nasilił się do tego stopnia, że w zasadzie stał się nieustanny. Ponieważ ból oraz wycieki moczu nie zanikały, powódka zaniepokojona takim stanem zwróciła się o pomoc medyczną do poleconego lekarza urologa, a następnie do publicznej służby zdrowia. Powódka otrzymała od swojego lekarza rodzinnego skierowanie do szpitala.

W dniu 22.09.2008 r. powódka została przyjęta do (...) Szpitala (...) we W. na oddział urologii, gdzie po badaniach laboratoryjnych oraz diagnostyce stwierdzono, że wobec obumarcia tkanki w pęcherzu powstała dziura, przez którą zaczął wyciekać mocz oraz powstała przetoka pęcherzowo-pochwowa, a w lewej nerce zrobił się zastój. Lekarze jednoznacznie rozpoznali, że jest to wynik przebytej operacji laparoskopii. Potwierdzono także, że powódce usunięto lewy jajnik i szyjkę macicy. Po takiej ocenie sytuacji została podjęta decyzja o konieczności natychmiastowej ingerencji medycznej polegającej na zabezpieczeniu lewej nerki przed postępowaniem zastoju. Lekarze uznali, że zagrożenie poważnego uszkodzenia nerki jest na tyle duże, że naprawienie pęcherza jest sprawą drugorzędną. Wykonano pielografię zstępującą oraz nefrotomię, zastosowano środki farmakologiczne. Po tygodniowym pobycie w szpitalu powódka została wypisana do domu z zaleceniem wykonania za kilka miesięcy zabiegu rekonstrukcyjnego.

Do czasu zabiegu rekonstrukcyjnego u powódki występował ciągły wyciek moczu pochwą, zdana była na przebywanie wyłącznie w domu z zabezpieczeniem pieluchomajtek i środków higienicznych.

W dniu 23.04.2009 r. w (...) Szpitalu (...) we W. przeprowadzono zabieg urologiczny otwarty – przepęcherzową operację plastyczną przetoki pęcherzowo-pochwowej oraz przeszczepienie lewego moczowodu do pęcherza moczowego. Po tygodniu powódka została wypisana do domu, a po kolejnym tygodniu usunięto cewnik. Na dzień wykonania operacji naprawczej stan powódki określono jako dobry. Jednak w dalszym czasie powódka zaczęła odczuwać bóle w lewej nerce i po wielokrotnych konsultacjach lekarskich wiadomym jest, że lewa nerka nie funkcjonuje prawidłowo i niezbędna będzie kolejna ingerencja medyczna.

Powódka do dnia dzisiejszego uskarża się na dolegliwości lewej nerki. Zastój w lewej nerce powstały w konsekwencji wykonanej laparoskopii spowodował, że musi być pod stałą kontrolą i nie jest wykluczona kolejna operacja bądź też jej usunięcie.

Powódka przytłoczona fatalnymi konsekwencjami zabiegu operacyjnego podjęła próby ustalenia, czy w jej sprawie doszło do naruszenia procedury leczenia, czy lekarzowi można przypisać błąd lekarski oraz czy jej roszczenie ma uzasadnienie w zaistniałym stanie faktycznym i prawnym. Po konsultacjach z osobami posiadającymi odpowiednią wiedzę medyczną nabrała przekonania, że została skrzywdzona i ma moralne prawo do dochodzenia swoich praw.

Powódka, działając przez pełnomocnika z Kancelarii (...), wezwała w dniu 21.11.2009 r. W. J. prowadzącego działalność gospodarczą pod nazwą (...) do zapłaty kwoty 120 000 zł z tytułu zaistniałego uszczerbku na zdrowiu, zadośćuczynienia za ból i cierpienie, zwrotu kosztów leków oraz zwrotu utraconych dochodów. W. J. odmówił wypłaty odszkodowania twierdząc, że następstwa zabiegu operacyjnego były powikłaniami, o których możliwości wystąpienia pacjentka była poinformowana i wyraziła na to pisemną zgodę. Ponadto W. J. oświadczył, że zabieg operacyjny przeprowadzony został zgodnie ze sztuką lekarską, aktualną wiedzą medyczną i z dołożeniem należytej staranności. W zaistniałym sporze włączył się także ubezpieczyciel W. J. – Towarzystwo (...) SA, który po analizie dokumentacji lekarskiej oraz zasięgnięciu opinii medycznej odmówił wypłaty odszkodowania ostatecznie pismem z dnia 30.06.2010 r.

Odmowa została uzasadniona brakiem powikłań w trakcie zabiegu operacyjnego, błędem lekarskiego czy też zaniedbań. Argumentem przemawiającym za brakiem uznania roszczenia była opinia medyczna specjalisty urologa dr K. P. z dnia 07.04.2010 r. Jednocześnie ubezpieczyciel wskazał, że przed operacją powódka została poinformowana o metodzie leczenia oraz ewentualnych powikłaniach. Powódka została pouczona także, że w przypadku zakwestionowania decyzji ubezpieczyciela przysługuje jej droga sądowa do dochodzenia roszczenia finansowego.

Po jednoznacznym, odmownym stanowisku W. J. oraz ubezpieczyciela, mając na względzie ugodowe załatwienie sporu powódka złożyła w dniu 24.03.2011 r. wniosek do Sądu Rejonowego dla Wrocławia-Krzyków o zawezwanie do próby ugodowej w postępowaniu pojednawczym (VI Co 1016/11). W. J. nie wyraził zgody na zawarcie ugody i podtrzymał uprzednie swoje stanowisko. Zatem powódka uznała, że jedyną drogą do zaspokojenia roszczenia pozostaje poddanie sporu pod rozstrzygnięcie sądu w postępowaniu procesowym.

Powódka poniosła szkodę na skutek zawinienia lekarza M. P.. Wina lekarza zawiera zarówno element obiektywny jak i subiektywny. Zdaniem powódki lekarz dopuścił się błędu w sztuce lekarskiej poprzez zastosowanie niewłaściwego leczenia, nie poinformowanie pacjentki o możliwościach oraz konsekwencjach wyboru różnych metod leczenia, niewykonanie badania usg bezpośrednio przed operacją i po operacji, niewłaściwe, niedbałe przeprowadzenie operacji, usunięcie narządów bez zgody pacjentki oraz ignorowanie uskarżeń powódki co do swego stanu zdrowia po wypisaniu do domu.

Stan zdrowia powódki nie wymagał natychmiastowej interwencji, operacja była z góry planowana i był wystarczający okres czasu na prawidłowy wybór metody leczenia przygotowania pacjentki. Powódka decydując się na odpłatną operację niepublicznym zakładzie zdrowia oczekiwała odpowiedniego, wyższego standardu leczenia. Przed samą operacją nie przeprowadzono badań, np. usg, które są niezbędne do prawidłowego przygotowania i zaplanowania operacji laparoskopowej i wykazałyby np. nagły przyrost mięśniaków lub niepokojący wygląd jajnika, nie byłoby zaskoczenia dla lekarza po wprowadzeniu przyrządu do jamy brzusznej. Lekarz przystępując do operacji bazował na nieaktualnej wiedzy o stanie faktycznym.

Lekarz zdecydował, że usunięcie mięśniaków i trzonu macicy nastąpi metodą laparoskopii i faktycznie tę metodę omówił z pacjentką. Jednakże pominął fakt (i nie omówił tej opcji z powódką), że w przypadku odmowy przetoczenia krwi ze względów religijnych, a przede wszystkim ze względu na zakres operacji, usunięcie trzonu macicy wraz z mięśniakami wielkości 4 cm należy rozważyć, jako być może bezpieczniejszą, operację „tradycyjną”. Operacja laparoskopowa musi być dokładnie, wręcz perfekcyjnie przygotowana oraz zaplanowana. Lekarz operator dostaje się do wnętrza małym nacięciem i rzeczywiście powłoki ciała naruszone są w sposób minimalny. Jednakże z drugiej strony pole widzenia operatora ograniczone jest do zaledwie paru centymetrów, a możliwość prawidłowej reakcji w przypadku nieprzewidzianych odchyśleń w budowie anatomicznej poszczególnych narządów lub jakichś innych zdarzeń jest dużo mniejsza niż w przypadku operacji tradycyjnej, gdzie pole operacyjne jest duże, dobrze widoczne, z możliwością dojścia do organów z różnych stron. Wiek powódki i ogólny stan jej zdrowia nie uzasadniał zastosowania metody mniej ingerującej w kosmetykę ciała. Pomysł wyciągania z ciała powódki poszatkowanych wcześniej mięśniaków wielkości co najmniej 4 cm oraz całego trzonu macicy przez niewielkie, kilkucentymetrowe nacięcie nie znajduje żadnego uzasadnienia. Tradycyjna operacja z pewnością dawałaby większe bezpieczeństwo dla zdrowia i dawałaby dużo większą pewność na powodzenie operacji. Lekarz nie zaproponował innej, mniej dolegliwej i bezpieczniejszej metody, zatem nastąpiła zła kwalifikacja leczenia.

Podanie powódce w ostatniej chwili przed operacją pisemnej informacji o leczeniu wraz z formularzem o wyrażeniu zgody na usunięcie trzonu macicy nie mogło w sposób świadomy takiej zgody wyrażać. Powódka przygotowana już do operacji i leżąca na łóżku przeznaczonym do przewozu na salę operacyjną nie może z dostatecznym rozeznaniem rozporządzać swoją wolą. Stan podenerwowania nie był dobrym momentem na uważne przeczytanie kilku stron zawłości operacji. Równocześnie powódka mogła przyjąć tylko ryzyko związane z należytą starannością lekarza, a nie z niedbalstwem czy błędem technicznym. Zgoda w żaden sposób nie mogła obejmować komplikacji powstałych wskutek pomyłki lekarza. Ewentualna zgoda nie może obejmować pomyłki czy też niestaranności działania lekarza.

W trakcie operacji lekarz samowolnie podjął decyzję o usunięciu lewego jajnika oraz szyjki macicy. Prawdopodobnie w trakcie usuwania szyjki macicy, kiedy pochwa nie ma już naturalnego oparcia czy inaczej zawieszenia, i osunęła się w tył w kierunku pęcherza, w trakcie koagulacji jednego z pękniętych naczyń krwionośnych doszło do przypalenia ściany pęcherza oraz moczowodu. W trakcie operacji tradycyjnej, przy prawidłowym zabezpieczeniu pęcherza takie ryzyko nie występuje. Na marginesie zaznaczyć należy, że przypalone tkanki obumierają stopniowo, stąd wyciek moczu dał się zaobserwować dopiero po kilku dniach.

Sama operacja przebiegała bez należytej staranności lekarza. Z powodu podania zbyt dużej dawki prądu nastąpiło nieodwracalne uszkodzenie tkanki, które następnie spowodowało uszkodzenie pęcherza. Zachowanie odpowiedniego wzorca postępowania mogło wyeliminować błąd i powstanie szkody. Ustalenie dolożenia należytej staranności polega tutaj na porównaniu zachowania lekarza ze wzorem prawidłowego zachowania w podobnych warunkach. Przypalenie tkanki zbyt dużą dawką prądu oznacza, że zachowanie lekarza odbiegało od hipotetycznego modelu, że lekarz dopuścił się niedbalstwa.

Sprawą niedopuszczalną było usunięcie powódce lewego jajnika oraz szyjki macicy bez jej wiedzy i zgody. Był to czyn niedozwolony i nie znajdujący żadnego uzasadnienia. Powódka została pozbawiona narządów, nie mając żadnego wpływu na takie zdarzenie.

Usunięcie jajnika i szyjki macicy nie jest obojętne dla zdrowia kobiety. Usunięcie jednego z jajników powoduje przyspieszenie menopauzy z wszystkimi tego, znanymi powszechnie, konsekwencjami. Powoduje także, że organizm naturalnie wyposażony w pewne ważne organy podwójnie zostaje pozbawiony jednego z nich. Natomiast usunięcie szyjki macicy, pomijając podnoszone już wcześniej częste przypadki uszkodzenia pęcherza w trakcie operacji usuwania szyjki, powoduje bardzo często wypadanie kikuta pochwy na zewnątrz. Pacjentki często zgłaszają także znaczne obniżenie lub wręcz spadek doznań w trakcie stosunków seksualnych.

Zakład medyczny nie zabezpieczył także powódce odpowiedniej opieki pooperacyjnej. Powódka została wypisana do domu bez uprzedniej obserwacji, czy nie nastąpiły powikłania, nie wykonano badania usg. Lekarz musiał zdawać sobie sprawę, że operacja nie przebiegała prawidłowo i należałoby pozostawić pacjentkę na obserwacji, chociażby w celu jak najszybszego usunięcia przyczyny powikłania i ulżenia w cierpieniu.

Po upływie kilku dni od daty operacji, kiedy w pęcherzu wytworzyła się dziura i zaczął się niekontrolowany wpływ moczu, powódka nie otrzymała natychmiastowej pomocy od lekarza czy też personelu medycznego. (...) nie podjął należyte czynności medycznych zmierzających do zapobieżenia powstałego schorzenia. Dodatkowo powódka dopiero po miesięcznym upominaniu się otrzymała kartę informacyjną stanowiącą jej dokumentację medyczną.

M. P. był lekarzem przygotowującym powódkę do operacji oraz osobą wykonującą operację na podstawie umowy cywilnoprawnej z W. J. prowadzącym niepubliczny zakład opieki zdrowotnej (...). Do szkody, krzywdy i cierpienia przyczynił się także personel medyczny zakładu (...). Pozew o odszkodowanie, zadośćuczynienie i zwrot kosztów został skierowany jednak do (...) SA, który zgodnie z oświadczeniem z dnia 07.12.2009 r. przyznał, że jest uprawnionym podmiotem do zgłoszenia roszczenia z uwagi obowiązującą w dacie operacji umowę ubezpieczenia z W. J..

Zdaniem powódki zabieg operacyjny przeprowadzony w (...) spowodował uszczerbek na jej zdrowiu oraz dalsze komplikacje zdrowotne. Powódka musiała poddać się dwóm operacjom naprawczym. Zdarzenia te w sposób istotny przyczyniły się do przeżywania bólu i strachu przed kolejnymi zabiegami lekarskimi. Niewymierne są także uczucia krzywdy i 8 miesięcznego dyskomfortu przebywania w domu bez możliwości kontrolowania oddawania moczu oraz ciągłego używania pieluchomajtek. Całkowitemu rozkładowi uległo jej życie intymne. Do dnia dzisiejszego powódka ma problemy z lewą nerką i wymagane jest dalsze leczenie. Powódka została pozbawiona bez swojej wiedzy i zgody narządów mających niewątpliwie wpływ na życie każdej kobiety. Usunięcie jajnika przyspieszyło menopauzę i zaburzenia hormonalne. Powódka nie była przygotowana ani psychicznie ani fizycznie na nieoczekiwane zmiany w swoim organizmie. Z powodu komplikacji i przebywania na długotrwałym zwolnieniu lekarskim pracodawca podjął

decyzję o rozwiązaniu z nią stosunku pracy. Pomimo usilnych prób znalezienia pracy powódka do dnia dzisiejszego nadal jest bezrobotna.

Dla wykazania przyjęcia odpowiedzialności za szkodę niezbędne jest wykazanie zawinienia po stronie sprawcy, wystąpienia szkody po stronie poszkodowanego oraz istnienia pomiędzy tymi zdarzeniami związku przyczynowego.

Błąd medyczny nigdy nie pociąga za sobą odpowiedzialności cywilnej sam przez się. Zasadą jest, że obowiązek naprawienia szkody może powstać dopiero wówczas, gdy błąd ten jest zawiniony przez lekarza i jednocześnie spełnione zostaną pozostałe przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej przewidziane w kodeksie cywilnym. Rozwiązanie to pozostaje w zgodzie z podstawową regułą obowiązującą w płaszczyźnie kompensacji szkód medycznych, w myśl której wykazanie winy jest niezbędne zarówno dla zaistnienia odpowiedzialności lekarza za własny czyn wyrządzający szkodę (w sytuacji, gdy wina stanowi podstawę odpowiedzialności), jak i odpowiedzialności szpitala za działania lekarza (jeśli wina stanowi przesłankę odpowiedzialności za czyn cudzy).

Wina z art. 415 kc obejmuje 2 elementy: obiektywny (bezprawność działania) i subiektywny (podmiotową zarzucalność czynu). Błąd medyczny, według poglądów ustalonych w doktrynie i orzecznictwie, wypełnia element obiektywny – stanowi jeden z przejawów bezprawności jako postępowanie (działanie lub zaniechanie) sprzeczne z aktualnie obowiązującymi zasadami wiedzy i nauki medycznej. Jest więc kategorią niezależną od osoby konkretnego lekarza (jego indywidualnych cech i umiejętności) oraz od okoliczności, w których podejmował on czynności z zakresu diagnozy i terapii – czynność medyczna (diagnoza, zabieg) albo odpowiada stanowi wiedzy albo nie. Za szczególny obiektywny element winy lekarza uznaje się błąd w sztuce medycznej, który doktryna dzieli na błąd diagnostyczny (w rozpoznaniu) oraz terapeutyczny (w zastosowanym leczeniu).

W tej sprawie mamy do czynienia z obydwojma błędami: błędem polegającym na zastosowaniu niewłaściwej metody leczenia lub, pomimo właściwego wyboru metody, niewłaściwym jej przeprowadzeniu.

Za bezprawne uznaje się zachowanie sprzeczne z przepisami prawa oraz naruszające zasady współżycia społecznego, natomiast na gruncie oceny odpowiedzialności lekarza za bezprawne uważa się również naruszenie zasad kodeksu etyki lekarskiej, do którego zresztą odwołuje się art. 4 ustawy z dnia 05.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. 2008 r., Nr 136, poz. 857 ze zm.). Również Trybunał Konstytucyjny w postanowieniu z dnia 07.10.1996 r. (U 1/92, OTK 1992/2/38) uznał, że kodeks etyki lekarskiej w procesie stosowania prawa i orzekania o odpowiedzialności cywilnej powinien być stosowany, a także wyznacza pewien schemat zachowań, na podstawie tworzonego jest wzorzec dobrego lekarza, co stanowi również miernik należytej staranności.

Stwierdzenie, że doszło w przypadku powódki do naruszenia reguł fachowego postępowania umożliwia dokonanie oceny, czy błąd medyczny jest jednocześnie przez lekarza zawiniony subiektywnie, tzn. czy stanowi następstwo niedołożenia należytej staranności (tj. niedbalstwa) w działaniu. Należyta staranność to, zgodnie z art. 355 kc, staranność ogólnie wymagana w stosunkach danego rodzaju. Od lekarza wymaga się jednak staranności podwyższonej, dalej idącej niż przeciętna z uwagi na profesjonalny charakter jego działań i ich przedmiot – zdrowie i życie ludzkie. Ustalenie, że w przypadku sprawy powódki błąd medyczny był zawiniony, nie wystarcza do nałożenia obowiązku naprawienia szkody. Konieczne jest jeszcze wykazanie zaistnienia pozostałych przesłanek odpowiedzialności cywilnej: zdarzenia, szkody (krzywdy) i związku przyczynowego. Zdaniem powódki przesłanki te zostały wyczerpane.

Zdarzeniem sprawczym było określone zachowanie lekarza powodujące powstanie szkody. Zachowanie to przyjęło postać czynnego działania, jak też i zaniechania.

Szkoda wyrządzona powódce przy leczeniu polega na uszkodzeniu ciała bądź i rozstroju zdrowia, jest więc szkodą na osobie i przyjmuje postać szkody majątkowej oraz niemajątkowej, tzw. krzywdy (szkody moralnej, wyrażającej się w bólu fizycznym i cierpieniach psychicznych wywołanych zdarzeniem sprawczym). Szkodą w rozumieniu prawa cywilnego jest jedynie uszczerbek doznany wbrew woli poszkodowanego.

Prawo cywilne wymaga istnienia również tzw. normalnego (adekwatnego) związku przyczynowego (art. 361 § 1 kc). Oznacza to, że doznana przez powódkę szkoda musi pozostawać normalnym następstwem działania (zawinonego błędu) lekarza. Zdaniem powódki i ta przesłanka została spełniona dokonując oceny zaistniałych zdarzeń i następnie komplikacji zdrowotnych.

Kodeks cywilny przewiduje szczególne zasady naprawienia szkód na osobie, zarówno majątkowych (i to nie tylko doznanych przez bezpośrednio poszkodowanego), jak i niemajątkowych (krzywd, uzasadniających żądanie zadośćuczynienia). Powódka – osoba poszkodowana ma uprawnienie dochodzenia roszczeń w reżimie deliktowym. Jest to możliwe dzięki przyjętej w prawie polskim konstrukcji tzw. zbiegu roszczeń, na zasadzie art. 443 kc. Instytucja ta zakłada, że poszkodowany może dokonać wyboru między odpowiedzialnością ex delicto a ex contractu, jeśli wyrządzona mu szkoda stanowi jednocześnie niewykonanie lub nienależyte wykonanie umowy i delikt (czyn niedozwolony). W myśl utrwalonego i nie kwestionowanego poglądu piśmiennictwa, każda natomiast szkoda medyczna jest czynem niedozwolonym, ponieważ polega na uszkodzeniu ciała bądź lub wywołaniu rozstroju zdrowia.

Mając powyższe zasady na uwadze należy stwierdzić, że w sprawie naruszono szereg przepisów prawa:

1. art. 4 ustawy z dnia 05.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2008 r., Nr 136, poz. 857 ze zm.) nakładający na lekarza obowiązek wykonywania zawodu zgodnie ze wskazaniem aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością;

2. art. 31 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza (...) nakładający na lekarza obowiązek udzielania pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu;

3. art. 33 ust. 1, 2, 3 ustawy o zawodach lekarza (...) stwierdzający, że badanie lub udzielenie pacjentowi innego 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 możliwości skonsultować z innym lekarzem; okoliczności, o których mowa w ust. 1 i 2, lekarz odnotowuje w dokumentacji medycznej pacjenta;

4. art. 36 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza (...) nakazujący, że lekarz podczas udzielania świadczeń zdrowotnych ma obowiązek poszanowania intymności i godności osobistej pacjenta;

5. art. 34 ust. 1 i 2 ustawy o zawodach lekarza (...) sankcjonujący, że lekarz może wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta, po uzyskaniu jego pisemnej zgody; przed wyrażeniem zgody przez pacjenta w sytuacji, o której mowa w ust. 1, lekarz ma obowiązek udzielenia mu informacji zgodnie z art. 31 ustawy;

6. art. 8 ustawy z dnia 06.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2009 r., Nr 52, poz. 417 ze zm.) stwierdzający, że pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym; przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych osoby wykonujące zawód medyczny kierują się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorządy zawodów medycznych;

7. art. 9 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta stanowiący, że pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia;

8. art. 23 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta stanowiący, że pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych;

9. art. 26 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta stwierdzający, że podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu bądź osobie upoważnionej przez pacjenta;

10. art. 20 ust. 2 ustawy z dnia 05.07.1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2009 r., nr 151, poz. 1217 ze zm.) stanowiący, że pielęgniarka, położna udziela pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu informacji o stanie zdrowia pacjenta w zakresie koniecznym do sprawowania opieki pielęgnacyjnej;

11. art. 2 ust. 1 kodeksu etyki lekarskiej z dnia 14.12.1991 r. (tekst jednolity – obwieszczenie Prezesa (...) z dnia 02.01.2004 r., 1/04/1V) stanowiący, że powołaniem lekarza jest ochrona życia i zdrowia ludzkiego, zapobieganie chorobom, leczenie chorych oraz niesienie ulgi w cierpieniu;

12. art. 3 kodeksu etyki lekarskiej stanowiący, że lekarz powinien zawsze wypełniać swoje obowiązki z poszanowaniem człowieka (...);

13. art. 8 kodeksu etyki lekarskiej stanowiący, że lekarz powinien przeprowadzać wszelkie postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze z należytą starannością, poświęcając im niezbędną czas;

14. art. 9 kodeksu etyki lekarskiej stanowiący, że lekarz może podejmować leczenie jedynie po uprzednim zbadaniu pacjenta;

15. art. 13 ust. 2 i 3 kodeksu etyki lekarskiej stanowiące, że informacja udzielona pacjentowi powinna być sformułowana w sposób dla niego zrozumiały; lekarz powinien poinformować pacjenta o stopniu ewentualnego ryzyka, zabiegów diagnostycznych i leczniczych i spodziewanych korzyściach związanych z wykonywaniem tych zabiegów, a także o możliwościach zastosowania innego postępowania medycznego;

16. art. 21 kodeksu etyki lekarskiej stanowiący, że w przypadku popełnienia przez lekarza poważnej pomyłki lub wystąpienia nieprzewidzianych powikłań w trakcie leczenia lekarz powinien poinformować o tym chorego oraz podjąć działania dla naprawy ich następstw;

17. art. 57 ust. 2 kodeksu etyki lekarskiej stanowiący, że wybierając formę diagnostyki lub terapii lekarz ma obowiązek kierować się przede wszystkim kryterium skuteczności i bezpieczeństwa chorego oraz nie narażać go na nieuzasadnione koszty.

Roszczenie odszkodowawcze wyrażone w pkt 1 pozwu obejmuje kwotę 80 000 zł. Jest to uszczerbek na zdrowiu powódki oraz pozbawienie jej lewego jajnika oraz szyjki macicy.

Ustalając natomiast wysokość zadośćuczynienia w pkt 2 pozwu – 50 000 zł, powódka miała na względzie całokształt okoliczności zaistniałej sprawy, posiłkowała się szeregiem orzeczeń zawierających kryteria wywierające wpływ na rozmiar doznanej krzywdy.

W szczególności powódka przedstawiła następujące elementy wpływające na cierpienie:

- stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu poszkodowanego – powódka ma nieodwracalne zmiany poprzez utratę lewego jajnika i szyjki macicy oraz niedostateczne funkcjonowanie lewej nerki,

- nasilenie cierpień fizycznych i psychicznych – powódka boryka się z częstym bólem fizycznym nerki, zarówno w dzień jak i w nocy, niewątpliwie ból ten ma negatywne konsekwencje dla jej zdrowia psychicznego,

- długotrwałość choroby – przez 8 miesięcy powódka nie była w stanie utrzymać moczu, od roku prowadzi konsultacje w sprawie swojej lewej nerki, dotychczasowe doświadczenia wskazują, że w przyszłości może być potrzeba zabiegu operacyjnego,

- trwałość następstw zaistniałego zdarzenia – stan zdrowia powódki nie powróci do stanu sprzed operacji w (...), w organizmie powódki nastąpiła zmiana hormonalna,

- sytuacja życiowa przed i po operacji – powódka przed operacją prowadziła intensywne życie zawodowe oraz osobiste, obecnie zdaje sobie sprawę, że nie może nadwyrężyć

organizmu,

- poczucie bezradności życiowej – świadomość, że nastąpiły nieodwracalne zdarzenia i przyspieszenie menopauzy,

- konsekwencje doznanych urazów w życiu zawodowym – powódka utraciła pracę z uwagi na długotrwały pobyt na zwolnieniu lekarskim,

- konsekwencje doznanych urazów w życiu rodzinnym – powódka przypuszcza, że brak aktywności seksualnej przez wiele miesięcy przyczynił się do zachwiania więzi z mężem.

Powódka jest w pełni świadoma, że ustalenie wysokości zadośćuczynienia może okazać się sprawą problematyczną, gdyż musiała wyrazić wartość niemajątkową, jaką jest ból, dyskomfort fizyczny oraz brak możliwości realizacji niektórych planów w kategoriach finansowych i ekonomicznych. Nieustannego doznawania cierpienia fizycznego i psychicznego nie można w sposób namacalny wycenić, tym bardziej, że zgodnie z wszelkimi lekarskimi diagnozami stan powódki nie ulegnie poprawie, a jedynie może ulec dalszemu pogorszeniu. Wnioskowana suma pieniężna nie odzwierciedla rzeczywistego rozmiaru negatywnych odczuć powódki, żądana kwota może jedynie złagodzić cierpienie, jest jedynym prawnym środkiem rekompensaty za powstałą szkodę.

Powódka wnosząc o zasądzenie kwoty 19 333 zł tytułem zwrotu poniesionych kosztów leczenia i utraconych korzyści związanych z zaistniałą szkodą, opisanych w pktcie 3 pozwu dokonała następującego wyliczenia:

1. kwota w wysokości 4 510, 00 zł stanowiąca zapłatę za operację;
2. kwota w wysokości 8 000, 00 zł wydatkowana przez powódkę w ciągu 8 miesięcy na zakup środków higienicznych (pieluchy, środki pielęgnacyjne, lekarstwa, środki czystości, wizyty lekarskie oraz opłaty za wyniki lekarskie);
3. kwota w wysokości 1 117, 00 zł stanowiąca pomniejszone wynagrodzenie od pracodawcy w ciągu 5 miesięcy (październik 2008 r. – luty 2009 r.) 223, 40 zł miesięcznie;
4. kwota w wysokości 6 706, 00 zł stanowiąca 6-miesięczne utracone wynagrodzenie z uwagi na rozwiązanie stosunku pracy przez pracodawcę wobec długotrwałego przebywania na zwolnieniu lekarskim.

Powódka wniosła o zasądzenie ustawowych odsetek za zwłokę w zapłacie należności głównych opisanych w pktach 1-3 pozwu od dnia 08.01.2010 r. do dnia zapłaty, powołując się na art. 817 § 1 kc, przyjmując jednak za termin początkowy do obliczenia miesięcznego okresu do spełnienia świadczenia przez ubezpieczyciela dzień 07.12.2009 r. (odpowiedź (...) SA informująca o przyjęciu zgłoszenia szkody).

Powódka uzasadniła żądanie wyrażone w pktcie 4 pozwu faktem, że nadal obserwuje skutki operacji sprzed 3 lat, w szczególności ma problemy z lewą nerką, która po zastoju nie funkcjonuje prawidłowo. Jest bardzo prawdopodobne, że w przyszłości mogą zaistnieć dalsze konsekwencje opisanego w pozwie zdarzenia. Tym samym powódka chciałaby zabezpieczyć sobie na przyszłość drogę do dalszego, ewentualnego dochodzenia roszczenia odszkodowawczego.

W odpowiedzi na pozew z dnia 22.08.2011 r. (k. 101-106) pozwany Towarzystwo (...) S.A. w W. wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie od powódki kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Zarzucił, że roszczenia zgłoszone przez powódkę są nieuzasadnione.

Pozwany przyznał, iż zawarł z N. Zakładem Opieki Zdrowotnej M. umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności deliktowej z tytułu prowadzenia działalności lub posiadanego mienia oraz wprowadzenia produktu do obrotu.

W dniu 27.08.2008 r. przeprowadzono laparoskopowe usunięcie trzonu macicy. Czynności podjęte przed operacją, w trakcie, jak i po zabiegu zostały przeprowadzone prawidłowo.

Zgodnie z regułą wyrażona w art. 6 kc powódka powinna wykazać przesłanki odpowiedzialności N. Zakładu Opieki Zdrowotnej M. wymagane do przyjęcia odpowiedzialności na podstawie art. 415 kc, tj. winę, szkodę oraz związek przyczynowy pomiędzy zaistniałą szkodą a działaniem lub zaniechaniem sprawcy. W pozwie nie wykazano tych przesłanek. Brak jest dowodów, które przemawiałyby za winą Zakładu Opieki Zdrowotnej M., a tym samym i pozwanego zakładu ubezpieczeń.

W kwestii przesłanki winy pozwany powołał się na wyrok SN z dnia 26.09.2003 r., IV CK 32/02.

Podniósł, że procedury medyczne zastosowane wobec pacjenta Z. L. były zgodne z wymogami ustawy z dnia 05.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, w szczególności w zakresie i wykonywania zawodu lekarza. Lekarz prowadzący – dr M. P. prawidłowo zdiagnozował chorobę, następnie właściwie przeprowadził zabieg i wreszcie prawidłowo rozpoznał uszkodzenie pęcherza i moczowodu podczas wizyty kontrolnej i niezwłocznie skierował powódkę do leczenia urologicznego, w celu naprawienia istniejącego uszkodzenia. W celu ustosunkowania się do roszczeń powódki, (...) S.A. zleciło wykonanie opinii. Specjalista urolog dr n. med. K. P. jednoznacznie wskazał, iż po pierwsze „w większości przypadków uszkodzenia termiczne są niezauważalne podczas zabiegu, a do rozpoznania dochodzi po operacji”, a ponadto, iż „powikłanie jatrogenne, do którego doszło u chorej Z. L. było typowym powikłaniem termicznym podczas laparoskopii ginekologicznej”.

Powódce były znane metody leczenia, możliwe powikłania, które mogą wystąpić, oraz rokowania co do stanu zdrowia, co zresztą przyznaje sam powódka. Powódka podpisała bowiem „Informacje dla pacjentki oraz formularz świadomej zgody na przeprowadzenie endoskopowego leczenia operacyjnego”. Zarzuty o braku świadomości powódki w momencie podpisywania oświadczenia są o tyle wątpliwe, że powódka własnoręcznie dopisała, iż nie wyraża zgody na przetwarzanie krwi. Z powyższego wynika, że powódka była w pełni świadoma treści dokumentów, rozumiała ich znaczenie i z wszechstronnym ich rozeznaniem uzupełniła treść oświadczenia zgodnie ze swoim przekonaniem religijnym.

Konsekwencją nieistnienia przesłanek odpowiedzialności pozwanego zakładu ubezpieczeń jest również brak podstaw do zapłaty przez Towarzystwo (...) S.A. żądanych kwot.

Pozwany zakwestionował wysokość dochodzonych przez powódkę roszczeń, a także daty, od których powódka żądania naliczenia odsetek ustawowych. Kwota dochodzona przez powódkę tytułem zadośćuczynienia, tj. 50 000 zł, jest bardzo wygórowana i nie znajduje potwierdzenia w zebranych materiale. Pozwany przyznał, iż trudno jest wycenić ból oraz cierpienie. Jednakże „zadośćuczynienie ma mieć charakter kompensacyjny, a więc przedstawiać ekonomicznie odczuwalną wartość, nie może jednak zarazem stanowić źródła wzbogacenia” (wyrok SA w Lublinie z dnia 12.10.2004 r. I ACa 530/04). Dodatkowo wskazał, iż „wysokość ta nie może być nadmierną w stosunku do doznanej krzywdy, ale musi być „odpowiednia” w tym znaczeniu, że powinna być – przy uwzględnieniu krzywdy poszkodowanego – utrzymana w rozsądnych granicach, odpowiadających aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa” (wyrok SN z dnia 18.09.2001 r., III CKN 427/00).

Pozwany podważył również zasadność dochodzenia zapłaty kwoty 80 000 zł tytułem odszkodowania. Przynajmniej powódka nie udowodniła należycie ani wysokości roszczenia ani też jego zasadności. Brak jest dokumentacji, z której wynikałaby podstawa roszczenia, a która jednocześnie wynikałaby bezpośrednio ze zdarzenia. W tym miejscu należy potwierdzić, iż adekwatny związek przyczynowy jest konieczną przesłanką powstania szkody. Analogicznie wypowiedział się również SN, który w wyroku z dnia 11.03.2009 r., I CSK 363/08, wskazał, iż „związek przyczynowy jest konieczną przesłanką powstania odpowiedzialności odszkodowawczej, a jego brak powoduje, że

nawet zakwalifikowanie określonego zachowania jako bezprawnego i zawinionego oraz ustalenie faktu poniesienia szkody nie może prowadzić do uznania odpowiedzialności za szkodę".

Wreszcie pozwany zakwestionował wysokość i zasadność dochodzenia przez powódkę kwoty 19 333 zł tytułem zwrotu kosztów leczenia i utraconych korzyści. Przede wszystkim powódka przedłożyła jedynie fakturę, która opiewa na kwotę 4 510 zł. Brak jest dokumentacji, z której wynika zasadność dochodzenia kwoty 8 000 zł, która rzekomo była wydatkowana na lekarstwa, pieluchy, środki pielęgnacyjne, itp. Analogicznie za niezasadną należy uznać pozostałą część kwoty 19 333 zł tytułem utraconych korzyści. Utrata korzyści polega na niepowiększeniu się czynnych pozycji majątku poszkodowanego, które pojawiłyby się w tym majątku, gdyby nie zdarzenie wyrządzające szkodę. Tymczasem z materiału dowodowego nie wynika po pierwsze, iż rozwiązanie stosunku pracy było spowodowane przeprowadzeniem u powódki zabiegu, a poza tym, iż do rozwiązania stosunku pracy by nie doszło.

W piśmie z dnia 09.09.2011 r. (k. 142-143) powódka podtrzymała wcześniejsze wnioski oraz argumenty, a ponadto oświadczyła, iż nie można zgodzić się interpretacją przez pozwanego zaistniałego stanu faktycznego i prawnego, gdyż powódka wykazała w sposób należyty powstałą szkodę, naruszenie jej praw, jako pacjenta, przyczynienie się pozwanego, fakt sprawstwa noszący znamiona winy lekarza oraz wyczerpująco uzasadniła kwoty poszczególnych roszczeń. Niezrozumiałe nade wszystko jest uznanie, że usunięcie lewego jajnika oraz szyjki macicy bez zgody i wiedzy pacjentki było prawidłowością.

W treści odpowiedzi na pozew pozwany nie ustosunkowuje się wyczerpująco do przedstawionego stanu faktycznego, powołuje się na przepis art. 6 kc oraz przywołuje orzeczenia, które oczywiście mogą mieć zastosowanie w sprawie. Odpowiedź jednak nie dotyka istoty problemu, poprzestaje na ogólnym żądaniu oddalenia powództwa bez merytorycznego uzasadnienia. Poruszona jest jedynie kwestia udzielenia przez powódkę zgody na operację i jej świadomości co do podpisanej treści oraz brak winy po stronie lekarza wykonującego operację. Mając na uwadze czas pomiędzy decyzją o planowanej dużo wcześniej operacją a samą operacją, wydaje się nieporozumieniem, że udzielanie zgody odbywało się na kilka minut przed operacją i to w okolicznościach stresu i bezpośredniego przygotowania do operacji. Ponadto, nawet, gdyby uznać, że zgoda była udzielona prawidłowo, to przecież nie może ona obejmować wystąpienia powikłań zabiegu, jeżeli można przypisać lekarzowi winę, brak należytej staranności podczas przeprowadzania operacji i brak zgodności jego postępowania ze wskazaniami wiedzy. Ryzyko, jakie bierze na siebie pacjent, wyrażając zgodę na zabieg operacyjny obejmuje tylko zwykłe powikłania pooperacyjne. Nie można natomiast uznać, że taka zgoda obejmuje również komplikacje powstałe wskutek pomyłki lekarza. Zachowanie lekarza należy uznać za bezprawne, pozostawało ono w sprzeczności z obowiązującym porządkiem prawnym, przez który należy rozumieć nie tylko obowiązujące ustawodawstwo, ale także obowiązujące w społeczeństwie zasady współżycia społecznego (wyrok SN z dnia 26.03.2003 r., II CKN 1370/00). Wśród tych zasad mieści się przeprowadzanie zabiegów operacyjnych zgodnie ze sztuką lekarską i z najwyższą starannością, wymaganą od profesjonalistów w zakresie medycyny, która wyklucza przypadkowe uszkodzenie innego niż będący przedmiotem zabiegu organu ciała pacjenta.

Pozwany w odpowiedzi na pozew nie wykazał, by uszkodzenie pęcherza spowodowane było nadzwyczajnymi okolicznościami. W tej sytuacji brak jest podstaw do wykluczenia przesłanki bezprawności działania lekarza, a tym samym odpowiedzialności ubezpieczyciela za szkodę. Zgoda pacjenta na zabieg operacyjny nie obejmuje możliwości uszkodzenia innego organu.

Powódka w żadnej mierze (świadomej, czy też nie), nie wyrażała zgody na usunięcie narządów. Pozwany nie wypowiedział się w tej kwestii, co może jedynie oznaczać uznanie odpowiedzialności. Również oświadczenia lekarzy M. P. i W. J. przemilczają tę kwestię. Zgodnie z wyrokiem SA w Warszawie z dnia 31.03.2006 r. (I ACA 973/05, OSA 2008, Nr 1, poz. 2, s. 39) „zabieg medyczny wykonany bez zgody pacjenta jest czynnością bezprawną nawet wówczas, gdy wykonany jest zgodnie z zasadami wiedzy”.

Powódka przypisuje lekarzowi – sprawcy szkody winę (w łącznych elementach: obiektywnym – bezprawności (uchybień przez lekarza jego obowiązków zawodowych) i subiektywnym – nagannym psychicznym stosunku do

podjętego działania). Wina wyraziła się w działaniu niezgodnym z obowiązującymi przepisami i zasadami dotyczącymi wiedzy medycznej i deontologii zawodowej. Lekarz znajdował się w normalnym stanie świadomości oraz miał możliwość kierowania swoim postępowaniem. W piśmiennictwie przesłanka winy lekarza w postaci złego zamiaru zrównana została z niedbalstwem, tj. „niedołęzeniem należytej staranności, jaka jest w danych okolicznościach wymagana dla właściwego zachowania”.

Pomiędzy operacją laparoskopii a powstałą szkodą istnieje jeden łańcuch przyczynowo-skutkowy.

W piśmie z dnia 28.06.2012 r. (k. 319-320) powódka wniosła o wezwanie W. J. do udziału w sprawie w charakterze pozwanego na podstawie art. 194 § 3 kpc.

Powódka oświadczyła, że powództwo o to samo świadczenie powinno być wytoczone przeciwko innemu jeszcze podmiotowi. Ponieważ pozwany ubezpieczyciel nie przyjął w procesie odpowiedzialności za szkodę, powódka w celu wykazania winy i związku przyczynowego wskazuje dodatkowo podmiot bezpośrednio odpowiedzialny. To właśnie z W. J. prowadzącym działalność gospodarczą – niepubliczny zakład opieki zdrowotnej (...) powódka zawarła umowę cywilną o leczenie. W dacie zdarzenia pozwany W. J. był ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej u pozwanego. Wniosek ma umożliwić powódce dochodzenie w jednym procesie od kilku dłużników tego samego świadczenia w sposób solidarny.

Odpowiedzialność odszkodowawcza przejawia się w postaci stosunku zobowiązaniowego łączącego powódkę z podmiotem dopozwanym, któremu powinna zostać przypisana odpowiedzialność. W konkretnym przypadku powódka wywodzi, że zdarzenie, na podstawie którego powstała szkoda, zostało spowodowane przez W. J. prowadzącego przychodnię lekarską.

Podtrzymując dotychczasowe twierdzenia, dotyczące zaistniałego stanu faktycznego w sprawie, powódka roszczenia swe opiera na ogólnych zasadach odpowiedzialności deliktowej, czyli art. 415 kc, podnosząc, że szkoda, jakiej doznała w trakcie leczenia w (...), powstała na skutek działań lekarza M. P. i zaniechań personelu medycznego, a W. J. odpowiada za nią na zasadzie ryzyka na podstawie art. 430 kc. Reżim odpowiedzialności deliktowej opartej na art. 415 kc wymaga, oprócz wykazania zaistnienia szkody, związku przyczynowego pomiędzy szkodą a działaniem lub zaniechaniem sprawcy, wykazania zawinienia po stronie sprawcy, tak że przesłanką odpowiedzialności opartej na dyspozycji art. 430 kc jest wina podwładnego. Powódka powołuje się na deliktowe przesłanki odpowiedzialności.

Powódka wskazała, że wytoczyła powództwo przeciwko (...) SA w W. o zapłatę kwoty 149 333, 00 zł tytułem odszkodowania, zadośćuczynienia, zwrotu kosztów leczenia oraz o ustalenie w wyroku odpowiedzialności za szkody mogące powstać w przyszłości. Roszczenie obejmuje także ustawowe odsetki za zwłokę w zapłacie oraz koszty sądowe. Pozwany w odpowiedzi na pozew wnosił o oddalenie powództwa twierdząc, że czynności podjęte przed operacją, w trakcie jak i po zabiegu zostały przeprowadzone prawidłowo.

Powódka podała, że koryguje wnioski zawarte w pkt 1-3 pozwu w ten sposób, że wnosi o zasądzenie roszczenia solidarnie od (...) SA oraz W. J., oraz wniosek zawarty w pkt 4 pozwu o stwierdzenie solidtarnej odpowiedzialności za szkodę mogącą powstać w przyszłości.

Postanowieniem z dnia 17.09.2012 r. (k. 350) sąd wezwał do udziału w sprawie w charakterze pozwanego W. J..

W odpowiedzi na pozew z dnia 05.12.2012 r. (k. 376-380) pozwany W. J. wniósł o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie od powódki kosztów procesu.

Pozwany przychylił się do stanowiska pozwanego (...) S.A., uznając roszczenia powódki za bezzasadne.

Pozwany wskazał, że bezsporne jest, iż w dniu 27.08.2008 r. wykonany został u powódki zabieg laparoskopii polegający na wprowadzeniu do jamy brzusznej urządzenia optycznego w celu sprawdzenia narządów rodnych oraz usunięcia trzonu macicy. Zabieg ten, w ramach świadczonych usług medycznych, wykonany został w siedzibie pozwanego przez M. P.. Zgodnie z obowiązującymi procedurami oraz w myśl przepisów ustawy z dnia 06.11.2008

r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta powódka poinformowana została o swoim stanie zdrowia, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, rokowaniach i możliwych powikłaniach. Decyzja o przeprowadzeniu endoskopowego leczenia operacyjnego podjęta została przez powódkę świadomie i w następstwie udzielonej informacji. Jako pierwsze z możliwych powikłań wymienione zostało uszkodzenie pęcherza moczowego i moczowodów oraz uszkodzenie jelit lub powstanie przetok jelitowych. Pomimo poinformowania powódki o możliwości wystąpienia licznych powikłań, nie wniosła ona żadnych zastrzeżeń do proponowanego leczenia operacyjnego oraz własnoręcznym podpisem przystąpiła na wykonanie zabiegu. Powódka nie wyraziła nadto żadnych obaw związanych z zabiegiem oraz nie zgłosiła jakichkolwiek wątpliwości mających świadczyć o braku jej dostatecznego rozeznania zaistniałą sytuacją. Zabieg nie był wykonywany w warunkach bezpośrednio zagrażających zdrowiu i życiu powódki, stąd, gdyby zaszła konieczność wyjaśnienia powódce wszelkich nękających ją wątpliwości, nie stało na przeszkodzie odłożeniu zabiegu do wyjaśnienia powódce powyższych wątpliwości. Żadna z podanych okoliczności nie miejsca w sprawie, stąd powoływanie się przez powódkę na brak świadomości w chwili podpisywania oświadczenia jest argumentem całkowicie chybionym. W oświadczeniu lekarza wykonującego zabieg medyczny wskazane przy tym zostało, że powódka uzyskała wyczerpujące informacje związane z zakresem zabiegu, jego ryzykiem oraz możliwością wystąpienia powikłań okołoperacyjnych, co niewątpliwie uchyla odpowiedzialność pozwanych.

Wszelkie podejmowane przez lekarza czynności w ramach wykonanego zabiegu przeprowadzone zostały zgodnie ze sztuką lekarską, aktualną wiedzą medyczną oraz dołożeniem przez wykwalifikowany personel medyczny należytej staranności, tj. staranności wymaganej w stosunkach danego rodzaju. Nie można zatem mówić o błędzie lekarskim, tj. działaniu niezgodnym z powszechnie przyjętymi zasadami wiedzy medycznej.

Poprawnie dokonano realizacji decyzji diagnostycznej (co wyklucza tzw. błąd techniczny lekarza), prawidłowo rozpoznano jednostkę chorobową powódki (brak zatem tzw. błędu w rozpoznaniu) oraz zastosowano właściwy sposób leczenia (nie ma zatem mowy o wystąpieniu tzw. błędu w leczeniu). Wszelkie czynności podejmowane przez lekarza wykonane zostały prawidłowo i zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, wobec czego pozwany nie widzi podstaw do uczynienia zadość żądaniom pozwu.

Objawy pooperacyjne, które wystąpiły u powódki, nie są zatem następstwem niewłaściwie wykonanego zabiegu bądź leczenia przed- i pooperacyjnego, lecz stanowią konsekwencję powikłań, o których powódka została należycie poinformowana i na które wyraziła pisemną zgodę.

Należy wziąć pod uwagę także okoliczność, iż świadczenie przez zakłady opieki zdrowotnej usług medycznych ma charakter zobowiązań starannego działania, nie zaś rezultatu. Wystarczy zatem, iż lekarz wykonujący w ramach umowy operację dołoży należytej staranności podejmując niezbędne czynności, nie można mówić o nienależyтым wykonaniu zobowiązania. Nie może zatem stanowić podstawy żądania odszkodowania fakt nieosiągnięcia zamierzonego rezultatu, bowiem nie taka jest istota umowy zlecenia, którą zgodnie z art. 750 kc stosuje się odpowiednio do umów o świadczenie usług nieuregulowanych innymi przepisami.

Jest przy tym powszechnie wiadome, iż każdy zabieg medyczny niesie za sobą ryzyko wystąpienia powikłań, co i również w tej sprawie miało miejsce. Bezpośredni związek przyczynowy, stanowiący przesłankę sine qua non odpowiedzialności odszkodowawczej, istnieje w tej sprawie pomiędzy niezawinionymi przez lekarza powikłaniami pooperacyjnymi i ewentualną szkodą, nie zaś między zabiegiem a deklarowanym przez powódkę uszczerbkiem. Brak jest także następstw przyczynowo-skutkowych pomiędzy wykonaną operacją a utraconymi dochodami, na co powódka się powołuje.

Stanowisko pozwanych potwierdzone zostało także w sporządzonych opiniach. Analizując opinie można dojść do jednoznacznych wniosków – powikłania pooperacyjne, do których doszło u powódki, stanowią typowe powikłania termiczne charakterystyczne dla tego zabiegu, a zatem takie, z którymi należy się liczyć, poddając się zabiegowi. Ich wystąpienie rozpatrywać należy zatem w kategoriach nieszczęśliwego wypadku, którego nie sposób było przewidzieć, nie zaś zawinionego działania/zaniechania lekarza wykonującego zabieg, które skutkowałoby odpowiedzialnością odszkodowawczą. Jak zostało bowiem słusznie wskazane w opinii medycznej autorstwa dr n. med. specjalisty urologa

K. P., „podczas zabiegu laparoskopowego nie można całkowicie wyeliminować prawdopodobieństwa zaistnienia takich przyczyn, które sprzyjają uszkodzeniom jatrogennym”. Powyższe okoliczności wyłączają zatem zawinione działanie lekarza wykonującego zabieg, a co zatem idzie sanują jego odpowiedzialność odszkodowawczą.

W zaistniałym stanie faktycznym nie doszło do zawinonego działania bądź zaniechania lekarza prowadzącego, a jedynie taka okoliczność w świetle obowiązujących przepisów prawa uzasadniałaby odpowiedzialność odszkodowawczą pozwanych.

Pozwany przychylił się do twierdzeń pozwanego (...) S.A. zawartych w odpowiedzi na pozew, a dotyczących niewykazania przez powódkę przesłanek uzasadniających przyjęcie odpowiedzialności na podstawie art. 415 kc, tj. winy, szkody oraz związku przyczynowego istniejącego pomiędzy zaistniałymi przesłankami. Na dochodzoną przez powódkę w pozwie kwotę prócz zadośćuczynienia za doznaną krzywdę składa się odszkodowanie w kwocie 80 000 zł oraz zwrot poniesionych kosztów leczenia w wysokości 19 333, 00 zł. Należności te, w odróżnieniu od dochodzonego zadośćuczynienia za uszczerbek w dobrach niematerialnych, winny mieć charakter realny, nie zaś potencjalny, a zatem winny zostać wykazane przez powódkę, tak co do wysokości jak i zasadności ich poniesienia. Zdaniem pozwanego powódka nie wykazała należyście powyższych okoliczności, a to na niej, w myśl art. 6 kc, ciąży ciężar wykazania tych okoliczności. W szczególności nie przedstawiono dowodów (faktur VAT, rachunków, paragonów, itp.) potwierdzających poniesienie przez powódkę wydatków w kwocie 8 000 zł tytułem zakupu środków higienicznych. Zasadniczo powódka prócz faktury z dnia 28.08.2008 r. na kwotę 4 510 zł stanowiącej zapłaty za operację nie przedłożyła żadnych innych dowodów potwierdzających poniesienie pozostałych wydatków. Na tej podstawie należy uznać, że powódka nie wykazała wysokości dochodzonych przez siebie należności.

Uzasadnione obawy budzić może także wysokość dochodzonego przez powódkę zadośćuczynienia za doznaną krzywdę. Zadośćuczynienie takie, choć ma pokrywać szkody powstałe w dobrach niematerialnych, winno odnosić się do poziomu życia poszkodowanej i w żadnym wypadku nie może powodować wzbogacenia się poszkodowanej. Sąd Najwyższy w swoich orzeczeniach wielokrotnie wskazał, iż ze względu na kompensacyjny charakter zadośćuczynienia jego wysokość musi przedstawiać odczuwalną ekonomiczną adekwatną do warunków gospodarki rynkowej. „Wysokość uczynienia powinna być utrzymana w rozsądnych granicach, odpowiadających aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa, w kraju, w którym mieszka poszkodowany” (wyrok z dnia 12.07.2002 r., I CKN 1114/00). Pojęcie przeciętnej stopy życiowej społeczeństwa zostało sprecyzowane w taki sposób, że nie może być wynikiem oceny najbiedniejszych warstw społeczeństwa, niemniej wysokość żądanego zadośćuczynienia nie może być wygórowana. Obecnie bowiem ograniczanie się do przeciętnej stopy życiowej społeczeństwa, przy znaczącym zróżnicowaniu dochodów różnych grup społecznych, nie jest wystarczające, musi więc ono przedstawiać ekonomicznie odczuwalną wartość (por. wyroki SN z dnia 28.09.2001 r., III CKN 427/00, oraz z dnia 15.02.2006 r., IV CK 384/05).

W związku z powyższym wydaje się, że najbliższym punktem odniesienia powinien być poziom życia osoby, której przysługuje zadośćuczynienie, gdyż jej stopa życiowa rzutować będzie na rodzaj wydatków konsumpcyjnych mogących zrównoważyć doznane cierpienie. Z tego też względu zdaniem pozwanego wysokość dochodzonego przez powódkę zadośćuczynienia jest rażąco wygórowana i w żadnym wypadku nie znajduje uzasadnienia w zaistniałym stanie faktycznym i zgromadzonym materiale dowodowym.

W dalszej kolejności pozwany wskazał, że powódka nie wykazała również związku przyczynowego istniejącego pomiędzy wykonanym zabiegiem a deklarowanym przez powódkę uszczerbkiem w dobrach materialnych i niematerialnych. Jeśli można mówić o jakimkolwiek związku przyczynowym, to będzie to związek istniejący między niezawinionymi przez lekarza powikłaniami pooperacyjnymi i ewentualną szkodą (której jednakże zdaniem pozwanego powódka nie wykazała). Powyższe nie uzasadnia natomiast roszczeń odszkodowawczych powódki.

W końcu pozwany wskazał, że powódka nie wykazała zawinonego działania pozwanych, a jest to okoliczność decydująca z punktu widzenia zasadności roszczeń odszkodowawczych. Wszystkie zgromadzone w sprawie materiały jednoznacznie wskazują, że wykonujący

zabieg lekarz prowadzący nie dopuścił się błędu w sztuce medycznej,

a występujące u powódki powikłania stanowiły normalne następstwa wykonanego zabiegu – obiektywnie niepożądane, jednakże możliwe do wystąpienia w normalnym toku postępowania. Powódka o powyższych powikłaniach została przy tym należycie i wyczerpująco poinformowana, stąd nie sposób uznać, że działanie lekarza miało charakter zawiniony.

W piśmie z dnia 17.12.2012 r. (k. 386-387) powódka sprecyzowała, że zarówno kwota 80 000 zł, jak i kwota 50 000 zł (określone w pktach 1 i 2 pozwu) dochodzona jest z tytułu zadośćuczynienia, a zatem łącznie domaga się ona w tym zakresie świadczenia w wysokości 130 000 zł z ustawowymi odsetkami za zwłokę w zapłacie od dnia 08.01.2010 r. do dnia zapłaty.

Powódka podtrzymała swoją argumentację oraz wywody zawarte w pozwie oraz w dalszych pismach procesowych.

Wskazała, iż pozwany podaje, że w dniu 27.08.2008 r. u powódki przeprowadzono operację laparoskopii „w celu sprawdzenia narządów rodnych oraz usunięciu trzonu macicy”. Należy w tym miejscu powtórzyć, że wszelkie wcześniejsze konsultacje oraz uzgodnienia dotyczyły usunięcia mięśniaków oraz trzonu macicy. W zakresie operacji nie było mowy o „sprawdzeniu narządów rodnych” ani też o usunięciu jajnika i szyjki macicy. Powódka wykazała powstałą szkodę, naruszenie jej praw, jako pacjenta, przyczynienie się pozwanego, fakt sprawstwa noszący znamiona winy lekarza.

Odnosnie zgody pacjentki na operację ta kwestia została szczegółowo opisana w pozwie. Należy jednak podkreślić, że ryzyko operacyjne obejmuje tylko zwykłe powikłania. Nie można natomiast uznać, że taka zgoda obejmuje również komplikacje powstałe wskutek pomyłki lekarza. Niewątpliwie u powódki nastąpiło przypalenie tkanek powodujące uszkodzenie pęcherza i wystąpienie powikłań z lewą nerką.

Nie sposób zgodzić się z wywodem, że podejmowane przez lekarza czynności przeprowadzone zostały zgodnie ze sztuką lekarską, wiedzą medyczną oraz przy należytej staranności. Jeżeli jajnik został usunięty to powinny zostać przeprowadzone badania histopatologiczne a takich badań przecież nie przeprowadzono.

Pozwany nie ustosunkował się w odpowiedzi do faktu usunięcia jajnika oraz szyjki macicy bez wiedzy i zgody pacjentki, nie odniósł się do powołanego przez powódkę braku poinformowania jej o innych metodach wykonania operacji, a także do wykazywanego zaniedbania personelu medycznego po wykonanej operacji.

Sąd ustalił w sprawie następujący stan faktyczny.

W dniu 17.06.2008 r. powódka Z. L. otrzymała od lekarza rodzinnego skierowanie do szpitala na oddział ginekologiczny z rozpoznaniem nieprawidłowych krwawień z macicy.

/ dowód: skierowanie do szpitala – k. 22; zeznania powódki Z. L. – e-protokół z dnia

10.02.2015 r. 00.01.55-01.03.34 /

Powódka zgłosiła się prywatnie do lekarza specjalisty ginekologa M. P., który stwierdził u niej zmiany chorobowe w trzonie macicy przybierające postać mięśniaka o średnicy około 4 cm. M. P. wykonał u powódki biopsję endometrium i zaproponował jej operacyjne usunięcie trzonu macicy metodą laparoskopową. Badanie histopatologiczne przeprowadzone w oparciu o pobrany w trakcie biopsji materiał nie wykazało zmian nowotworowych.

/ dowód: oświadczenia z dnia 08.02.2010 r. – k. 122-123; wynik badania mikroskopowego nr 803

W/08 – k. 455; zeznania świadka M. P. – k. 181-184; zeznania

powódki Z. L. – e-protokół z dnia 10.02.2015 r. 00.01.55-01.03.34 /

M. P. związany był z N. Zakładem Opieki Zdrowotnej

(...) we W. prowadzonym przez W. J. umową o świadczenie usług medycznych.

/ dowód: pismo z dnia 15.02.2011 r. – k. 24; zeznania świadka W. J. – k. 185-187 /

M. P. skierował powódkę na zabieg do (...).

W dniu 27.08.2008 r. powódka została przyjęta do (...) we W., gdzie w tym samym dniu została poddana planowanemu zabiegowi laparoskopowemu. Przed przystąpieniem do zabiegu u powódki nie były wykonywane żadne dodatkowe badania. Kilka lub kilkanaście dni przed zabiegiem u powódki wykonano USG jamy brzusznej.

Zabieg operacyjny przeprowadził M. P..

W trakcie zabiegu operujący stwierdził znacznie powiększony trzon macicy oraz torbiel w lewym jajniku i zdecydował o usunięciu macicy – zarówno trzonu, jak i szyjki – oraz przydatków lewych.

Podczas zabiegu zaobserwowano rozszerzone naczynia maciczne wymagające dodatkowej koagulacji, zwłaszcza w zakresie przymacicz i dna pęcherza. Po usunięciu macicy i przydatków lewych tkanki usunięto za pomocą morcelatora. Następnie zaszyto kikut pochwy, przeprowadzono kontrolę krwawienia, założono drenaż oraz szwy śródskórne na skórę po wkłuciach. Pobrane próbki tkanek macicy i przydatków lewych zostały skierowane na badanie histopatologiczne.

W trakcie zabiegu M. P. nie zaobserwował uszkodzenia tkanek sąsiednich. Operator zdecydował się na rozszerzenie zabiegu o usunięcie szyjki macicy z uwagi na to, że na skutek zmian chorobowych trzonu macicy szyjka była anatomicznie bardzo krótka. Gdyby jej nie usunął, pozostałby fragment o długości zaledwie 1 cm. W tej sytuacji uznał, że pozostawienie jej ze względów przyszłościowych nie miałyby sensu, również z tego powodu, że taka wielkość szyjki nie daje stabilizacji dla pęcherza moczowego i odbytnicy.

/ dowód: historia wizyt pacjenta – k. 26; wydruk elektroniczny historii choroby – k. 155-156;

karta informacyjna z dnia 15.09.2008 r. – k. 157; karta obserwacji pacjenta – k.158-

159; wynik badania mikroskopowego nr (...) I-V; zeznania świadków: M.

P. – k. 181-184, W. J. – k. 185-187; zeznania powódki

Z. L. – e-protokół z dnia 10.02.2015 r. 00.01.55-01.03.34 /

Przed rozpoczęciem zabiegu i podaniem znieczulenia powódka otrzymała pisemną informację wraz z formularzem świadomej zgody na przeprowadzenie endoskopowego leczenia operacyjnego. W dokumencie tym wskazany został rodzaj rozpoznanego u powódki schorzenia z zaznaczeniem proponowanej metody leczenia w postaci endoskopowego leczenia operacyjnego z opisem, na czym ta metoda polega. W formularzu wymienione zostały możliwe powikłania związane z planowanym zabiegiem operacyjnym, wśród których na pierwszym miejscu zostało wskazane śródoperacyjne uszkodzenie pęcherza moczowego lub moczowodu, przy czym zostało zaznaczone, że prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej powódce operacji jest duże. W dokumencie została też wskazana alternatywna metoda leczenia w postaci laparotomii. Ponadto zawarty został w nim zapis mówiący o tym, iż w czasie zabiegu operacyjnego może dojść do stwierdzenia istnienia szczególnych i trudnych do przewidzenia okoliczności, które mogą wymagać zmiany lub rozszerzenia wstępnie proponowanej zgody połączony z prośbą o wyrażenie przez powódkę zgody także i na tą okoliczność z zaznaczeniem, że przy braku jej zgody zabieg operacyjny musiałby zostać przerwany i ponownie później powtórzony, co stanowiłoby dodatkowe obciążenie dla jej zdrowia i wiązało się z koniecznością ponownego znieczulenia.

W dokumencie tym zawarte zostało oświadczenie powódki o następującej treści: „W pełni zrozumiałam informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący. Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z lekarzem spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat rozpoznania, proponowanych oraz alternatywnych metod diagnostycznych i leczniczych, wyników leczenia operacyjnego, rokowania oraz ewentualnego leczenia pooperacyjnego. Znane mi są możliwe powikłania związane z tym zbiegiem operacyjnym. Zgadzam się na przeprowadzenie u mnie następującego zabiegu operacyjnego: laparoskopowe usunięcie trzonu macicy”.

Formularz zgody został opatrzony datą 27.08.2008 r. i podpisany przez powódkę Z. L. oraz lekarza M. P.. Dodatkowo na dokumencie tym zamieszczona została pisemna adnotacja powódki wskazująca, że nie wyraża ona zgody na przetaczanie krwi.

M. P. nie wyjaśniał powódce technicznych aspektów planowanego zabiegu. Poinformował, że operacja laparoskopowa jest korzystniejsza, oznacza mniejsze wcięcie w ciało.

/ dowód: informacja dla pacjentki oraz formularz świadomej zgody na przeprowadzenie endoskopowego leczenia operacyjnego – k. 160-162; zeznania świadka M.

P. – k. 181-184; zeznania powódki Z. L. – e-protokół z dnia

10.02.2015 r. 00.01.55-01.03.34 /

Po operacji powódka została poinformowana przez lekarza prowadzącego o przebiegu operacji, w tym o usunięciu dodatkowo lewego jajnika i szyjki macicy.

Po ustąpieniu narkozy powódka odczuwała bóle w okolicach lewej nerki, otrzymała środki przeciwbólowe, później już nie chciała ich przyjmować. W szpitalu nie było jej lekarza prowadzącego. Lekarz dyżurny powiedział, że bóle nie pochodzą od nerki, że mogą to być gazy.

Powódka została wypisana ze szpitala w następnym dniu po operacji, tj. 28.08.2008 r., w stanie ogólnym dobrym z zaleceniami usunięcia szwów, stosowania antybiotykoterapii oraz wykonania kontrolnego badania ginekologicznego za 7 dni.

/ dowód: historia wizyt pacjenta – k. 26; wydruk elektroniczny historii choroby – k. 155-156;

karta informacyjna z dnia 15.09.2008 r. – k.157; karta obserwacji pacjenta – k.158-

159; wynik badania mikroskopowego nr (...) I-V; zeznania świadków: M.

P. – k. 181-184, W. J. – k. 185-187; zeznania powódki

Z. L. – e-protokół z dnia 10.02.2015 r. 00.01.55-01.03.34 /

Po opuszczeniu szpitala powódka była bardzo osłabiona. Przez kilka dni utrzymywała się u niej podwyższona temperatura w granicach 38 -40°C. Pojawiały się u niej silne bóle w okolicach lewej nerki.

W dniu 01.09.2008 r. powódka udała się do (...) na wizytę kontrolną,

podczas której dr M. P. usunął jej szwy. Powódka zgłosiła mu silne bóle w okolicy lędźwiowej z promieniowaniem do kończyny dolnej. Zgłaszała, że coś jest nie tak z nerkami. Przeprowadzone badanie USG wykazało stan prawidłowy. Stwierdzono jedynie nieco poszerzony układ kielichowy w lewej nerce.

/ dowód: historia wizyt pacjenta – k. 26; wydruk elektroniczny historii choroby – k. 155-156;

zeznania świadka H. L. – k. 187-190; zeznania powódki Z. L. –

e-protokół z dnia 10.02.2015 r. 00.01.55-01.03.34 /

Po usunięciu szwów powódka czuła się coraz gorzej. Dodatkowo zaobserwowała wyciek moczu przez pochwę.

Powódka dzwoniła do M. P., który stwierdził, że odczuwa bóle po zabiegu lub kolkę, że ból nie pochodzi od nerki.

Powódka zgłosiła się na kolejną wizytę w dniu 15.09.2008 r. z wynikami zaleconych badań. W klinice (...) nie wykonywano u niej żadnych dodatkowych badań.

Powódka zgłosił się na kolejną wizytę u M. P. w dniu 19.09.2008 r. W trakcie wizyty lekarz ten stwierdził podejrzenie powikłania pooperacyjne w postaci przetoki pęcherzowo-moczowej a następnie skierował ją do poleconego specjalisty urologa w celu ustalenia dalszego leczenia.

Powódka zgłosiła się do wskazanego urologa, który potwierdził powyższe rozpoznanie.

/ dowód: historia wizyt pacjenta – k. 26; wydruk elektroniczny historii choroby – k. 155-156;

zeznania świadków: M. P. – k. 181-184, H. L. – k. 187-

190, W. J. – k. 185-187; zeznania powódki Z. L. – e-protokół z dnia

10.02.2015 r. 00.01.55-01.03.34 /

W dniu 19.09.2008 r. powódka otrzymała od lekarza rodzinnego skierowanie do szpitala. Tym

/ dowód: skierowanie do szpitala z dnia 19.09.2008 r. – k. 30; zeznania powódki Z.

L. e-protokół z dnia 10.02.2015 r. 00.01.55-01.03.34 /

W okresie od 22 do 29.09.2008 r. powódka była hospitalizowana w Klinicznym Oddziale (...) (...) Szpitala (...) we W., gdzie rozpoznano u niej przetokę pęcherzowo-pochwową o długości 2-3 cm oraz odmiedniczkowe zapalenie nerek. Nie uwidocznilo obecności ujścia lewego moczowodu. W badaniu USG przy przyjęciu stwierdzono obustronne poszerzenie układów kielichowo-miedniczkowych nerek. Z powodu stwierdzonego zastoju moczu w nerce wytworzono u

powódki nefrostomię lewostronną (przetokę nerkową w celu odblokowania zastoju moczu)

oraz wykonano pielografię zstępującą i zalecono antybiotykoterapię. Powódka została

wypisana do domu z zaleceniem zgłoszenia się za 8 tygodni celem leczenia operacyjnego – rekonstrukcji uszkodzonego pęcherza.

Powódka ponownie była hospitalizowana w powyższej placówce w dniach 20-30.04.2009 r. W dniu 23.04.2009 r. powódka przebyła zabieg zamknięcia przetoki (przezpęcherzową operację plastyczną przetoki pęcherzowo-pochwowej) oraz przeszczepienia lewego moczowodu do pęcherza moczowego. Przebieg pooperacyjny był prawidłowy i bez powikłań. Nie stwierdzono wycieku moczu przez pochwę, powódka odczuwała jednak bóle w okolicy nerki lewej. Powódka została wypisana ze szpitala w stanie ogólnym dobrym z założonym cewnikiem, który został usunięty po tygodniu.

/ dowód: dokumentacja medyczna powódki z (...) Szpitala (...)

M.-R. we W. – k. 201-244; zeznania świadka H.

L. – k. 187-190; zeznania powódki Z. L. – e-protokół z dnia

10.02.2015 r. 00.01.55-01.03.34 /

Przeprowadzone u powódki w dniu 11.01.2011 r. badanie USG jamy brzusznej wykazało m.in. asymetrię wielkości nerek (lewa nerka mniejsza od prawej) oraz ślady zalegania moczu w układzie zbiorczym lewej nerki. Pęcherz moczowy nie wykazywał zmian.

/ dowód: wynik badania USG jamy brzusznej z dnia 11.01.2011 r. – k. 86-88 /

Powódka jest mężatką i matką dwójki dzieci. W momencie poddawania się zabiegowi laparoskopowemu miała 47 lat i była zatrudniona w PPHU (...) z wynagrodzeniem miesięcznym w wysokości 1380 zł brutto. Przez cały okres leczenia przebywała na zwolnieniu lekarskim. Z tego powodu została zwolniona z pracy. Od dnia 04.09.2009 r. powódka jest zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy w T. jako osoba bezrobotna, przy czym od dnia 12.03.2010 r. bez prawa do zasiłku. Powódka nie nabyła prawa do świadczeń emerytalnych.

/ dowód: (...) z dnia 13.08.2008 r. – k. 85; zaświadczenie PUP w T. z dnia

25.05.2011 r. – k. 89; zeznania świadka H. L. – k. 187-190; zeznania

powódki Z. L. – e-protokół z dnia 10.02.2015 r. 00.01.55-01.03.34 /

Od momentu pojawienia się wycieku moczu do czasu zabiegu rekonstrukcyjnego pęcherza powódka zmuszona była nosić pampersy dla dorosłych. Krępowało ją to i z tego powodu nie wychodziła z domu. W tym czasie większość obowiązków domowych przejął jej mąż. Powódka była osłabiona, miała problemy z podnoszeniem garnków, otwieraniem lodówki.

Powódka obawiała się kolejnych zabiegów i bardzo je przeżywała. Od czasu operacji rzadziej współżyje z mężem.

/ dowód: zeznania świadka H. L. – k. 187-190; zeznania powódki Z. L. –

e-protokół z dnia 10.02.2015 r. 00.01.55-01.03.34 /

Powódka poniosła koszt zabiegu laparoskopowego w wysokości 4 510 zł.

W związku z wyciekami moczu w okresie od września 2008 r. do kwietnia 2009 r. powódka ponosiła wydatki na pampersy, dodatkowe prześcieradła, ręczniki oraz kosmetyki na podrażnioną skórę w postaci kremów, pudrów i mydeł. Miesięcznie wydatki te wynosiły około 1 000 zł. Powódka zużywała 30 paczek pampersów miesięcznie. Koszt jednej paczki to około 40-50 zł.

/ dowód: faktura VAT nr (...) – k. 84; zeznania świadka H. L. – k. 187-190;

zeznania powódki Z. L. – e-protokół z dnia 10.02.2015 r. 00.01.55-01.03.34 /

Laparoskopia ginekologiczna to metoda diagnostyczna i zabiegowa polegająca na wykonaniu trzech niewielkich nacięć, przez które wprowadza się do jamy brzusznej układ optyczny i niewielkich rozmiarów narzędzia chirurgiczne. Badanie to umożliwia obejrzenie zewnętrznej powierzchni narządów jamy brzusznej w doświetleniu i w powiększeniu i precyzyjne wykonywanie różnorodnych zabiegów ginekologicznych, takich jak wyluszczenie torbieli jajników, usunięcie przydatków, wyluszczenie mięśniaków, usunięcie częściowe lub całkowite macicy.

W Polsce w przeciągu ostatnich kilkunastu lat laparoskopia ginekologiczna z ograniczonej procedury medycznej używanej jedynie diagnostycznie oraz do małych zabiegów stała się z czasem wiodącym narzędziem

chirurgicznym stosowanym w leczeniu zabiegowym całego szeregu ginekologicznych schorzeń. Obecnie laparoscopia jest jedną z najczęstszych procedur w ginekologii. Pomimo podwyższonego poziomu skomplikowania zabiegu daje jednak ogromne możliwości, jeśli chodzi o diagnostykę i leczenie chirurgiczne. Metoda laparoskopowa operacji jest w dużej mierze zależna od umiejętności i doświadczenia operującego.

Laparoskopowe wycięcie macicy oraz laparoskopowa amputacja trzonu macicy należy do małoinwazyjnych technik operacyjnych tzn. takich, gdzie uraz okołoperacyjny jest dla pacjenta zminimalizowany, zminimalizowane są dolegliwości bólowe, krótki jest okres gojenia, mniejsza liczba powikłań gojenia ran, szybszy jest powrót do zdrowia, krótszy pobyt w szpitalu, zdecydowanie szybszy jest powrót do normalnej aktywności i do pracy zawodowej.

Tradycyjne techniki operacji ginekologicznych wymagają dość szerokiego rozcięcia powłok

brzusznych, co w głównej mierze odpowiada za ból pooperacyjny, dłuższe gojenie, dłuższy powrót do zdrowia, większe ryzyko powikłań ropnych, dłuższy pobyt w szpitalu, dłuższy okres zwolnienia pooperacyjnego.

Zakres ryzyk związanych z operacjami laparoskopowymi jest inny niż operacji wykonywanych drogą tradycyjną.

Zakres możliwych do wykonania drogą laparoskopową zabiegów jest szeroki i zależy od: 1. stanu pacjenta 2. wyposażenia placówki i 3. umiejętności lekarza.

Jeśli warunki operacyjne są dobre, wyposażenie aparatu wystarczające oraz wystarczające są umiejętności i doświadczenie zespołu operującego, to w standardowym przypadku – pomijając np. ekstremalnie wielkie mięśniaki macicy – metoda laparoskopowa w doświadczonych rękach jest powszechnie uważana nie tylko za możliwą, a wręcz za lepszą w porównaniu z tradycyjną operacją na otwartym brzuchu.

W aktach sprawy brak jest danych dotyczących ogólnego stanu zdrowia powódki, które mogłyby być przeszkodą do wykonania operacji mięśniaków macicy jakąkolwiek drogą (brzuszną, laparoskopową lub pochwową). W tym przypadku istniał zatem szeroki wybór metody operowania. Istotna jest wielkość i ruchomość mięśniakowatej macicy – w dokumentacji nie ma danych, które świadczyłyby o tym, że macica jest za duża, czy też zbyt mało ruchoma, by kusić się na trudniejszą technikę, czyli operację metodą laparoskopową. Według opisów macica powódki wypełniała właściwie kryteria wielkości i ruchomości, aby zakładać bezproblemowy przebieg operacji laparoskopowej. Przy dodatkowym założeniu, że aparatura laparoskopowa dostępna w sali operacyjnej pozwanego była pełna i sprawna w sposób wystarczający do bezpiecznego wykonania założonej operacji, oraz założeniu posiadania przez operatora doświadczenia w dziedzinie operacji endoskopowych istniały pełne podstawy, by przystąpić do zabiegu drogą laparoskopii z dużymi szansami na bezproblemowy przebieg operacji. W istniejącej sytuacji klinicznej operator mógł wybrać dowolną metodą wykonania operacji. Wybrał tę, która wydała mu się być najkorzystniejsza dla pacjenta, choć jest trudniejsza dla operatora.

Pierwszym etapem zastosowanego u powódki zabiegu laparoskopowego jest cewnikowanie pęcherza moczowego. Po dezynfekcji pochwy i umyciu pola operacyjnego do macicy zakłada się manipulator, za pomocą którego asysta może poruszać macicą w czasie operacji. Następnie jamę brzuszną nakłuwa się specjalnie skonstruowaną igłą i po kontroli, czy nie zostało nakłute jelito lub inna ważna struktura wewnątrzbrzuszna, jamę brzuszną pompuje się dwutlenkiem węgla. Po wypełnieniu jamy brzusznej dwutlenkiem węgla nacina się skórę w okolicy pępka i tą drogą wprowadza się kamerę laparoskopową. Następnie, pod kontrolą kamery, wprowadza się do jamy brzusznej dodatkowe tzw. porty, przez które manipuluje się narzędziami chirurgicznymi. Po odpowiednim uwidocznieniu poszczególnych struktur anatomicznych koaguluje się je za pomocą elektronarzędzi (elektroda bipolarna, biclamp, ligasure) i kolejno odcina się macicę od więzadeł zawieszających ją w jamie brzusznej. Bardzo starannie odszukuje się tętnice maciczne, które odpowiedzialne są za ukrwienie macicy. Od miejsca operowanego należy odsunąć pęcherz moczowy i przebiegające blisko moczowody ze względu na duże ryzyko ich niezamierzonego uszkodzenia. Kolejne etapy operacji to wypreparowanie tętnic macicznych, ich zaopatrzenie elektrodą bipolarną i odcięcie. Dalszym etapem jest odcięcie zmienionego chorobowo trzonu macicy od szyjki macicy. Na granicy szyjki macicy i trzonu odcina się nożem elektrycznym trzon od szyjki macicy. Odcięty trzon macicy wydobywa się z jamy brzusznej po pocięciu go

w paski za pomocą urządzenia zwanego morcelatorem. Ostatnim etapem jest kontrola optyczna wnętrza brzucha, płukanie brzucha solą fizjologiczną, kontrola czy nie ma krwawienia, usunięcie portów, usunięcie kamery, założenie szwów na małe rany w ścianie brzucha.

Opis przebiegu operacji dostępny w aktach jest lakoniczny, lecz niemniej w sposób oczywisty można założyć, że wymienione wymagane czynności jako rutynowa technika operacji były kolejno wykonane.

Opisany powyżej przebieg operacji jest typowy i standardowy. W przypadku powódki pojawiły się zmiany, bowiem stwierdzono dodatkowo, że jeden z jajników jest przekształcony w torbiel, co skutkowało decyzją o jego usunięciu, oraz stwierdzono, że lokalizacja mięśniaka powoduje, że szyjka macicy jest bardzo skrócona. Praktyka wskazuje, że utrudnia to dostęp do anatomicznej granicy szyjki-trzonu w macicy, co znacznie utrudnia wykonanie prawidłowego odcięcia trzonu od szyjki – to z kolei w przypadku powódki skutkowało decyzją o usunięciu macicy wraz z trzonem.

Metody leczenia – postępowania w przypadkach mięśniaków macicy – podlegają ewolucji, są przedmiotem dyskusji naukowców i towarzystw naukowych. Jak dotąd w Polsce nie wypracowano schematu postępowania, który mógłby być „mapą drogową” dla praktykujących lekarzy. Powszechnie wykonuje się:

- operację na „otwartym brzuchu”, czyli w tradycyjny sposób,
- operację przezpochwową – przezpochwowe usunięcie macicy,
- operację laparoskopową,
- zabiegową embolizację mięśniaków.

Każda z wymienionych metod ma swoje wady i zalety. Żadna z nich nie jest wolna od

ryzyka powikłań. Wybór metody jest zależny od sytuacji klinicznej i stanu choroby pacjentki.

Zastosowana w niniejszej sprawie metoda laparoskopowa jest jedną z uznanych i pełnoprawnych metod postępowania. Laparoskopowa amputacja trzonu (histerektomia) to metoda, która staje się coraz bardziej rozpowszechniona wśród ośrodków na całym świecie i zyskuje sobie coraz wyżej oceniane miejsce w chirurgii ginekologicznej. Wybór metody operacyjnej należy do chirurga, który następnie wdraża ją w życie, po uzyskaniu uprzedniej aprobaty (zgody) pacjenta. Rodzaj operacji zawsze powinien być dobierany w oparciu o stan choroby, ale także w oparciu o wiedzę lekarza, jego umiejętności i przekonanie, że postępuje prawidłowo i w interesie pacjenta.

Mięśniaki macicy są schorzeniem przewlekłym, o małej dynamice zmian. Nie wymagają częstego sprawdzania. Diagnostyka macicy mięśniakowatej nie wymaga również wykonywania szerokiego zakresu badań obrazowych. Za w pełni wystarczające powszechnie uważa się badanie kliniczne (badanie lekarskie) najczęściej z badaniem USG. W przypadku powódki w zakresie diagnostyki mięśniaka wykonano wymagane czynności diagnostyczne. Zwyczajowo przed operacją wykonuje się także podstawowy zakres badań laboratoryjnych: badanie grupy krwi, morfologia krwi, badanie ogólne moczu, podstawowe badania układu krzepnięcia, badanie elektrolitów w surowicy krwi, badanie poziomu cukru, badanie mikrobiologiczne wydzieliny z pochwy oraz ewentualnie inne, dodatkowe badania w zależności od chorobowej przeszłości pacjenta lub towarzyszących schorzeń przewlekłych. W aktach brak jest laboratoryjnych badań przedoperacyjnych. W warunkach prywatnej placówki badania takie są z reguły wykonywane samodzielnie przez pacjenta (na zlecenie lekarza) w laboratorium ambulatoryjnym i, ponieważ są własnością pacjenta, są pacjentowi oddawane po wykonaniu zabiegu.

U powódki podczas zabiegu laparoskopii doszło do niezamierzonego uszkodzenia ściany pęcherza moczowego. Najbardziej prawdopodobnym mechanizmem było oparzenie ściany pęcherza prądem elektrycznym. Należy odrzucić możliwość bezpośredniego przecięcia, otwarcia pęcherza, bowiem w tym przypadku operujący chirurg wykonałby otwarcie jamy brzusznej w sposób tradycyjny i dokonał naprawy powstałego uszkodzenia. W przypadku gdyby tego zaniedbał, powikłanie w postaci wycieku moczu przez otwór w pęcherzu pojawiłoby się natychmiast po operacji.

Wyciek moczu do jamy brzusznej miałby miejsce jeszcze tego samego dnia i wiązałby się z koniecznością otwarcia jamy brzusznej w pilnym trybie.

Mechanizm uszkodzenia można wyjaśnić następująco. Naczynia krwionośne podczas operacji zaopatruje się elektronarzędziami na zasadzie elektrokoagulacji tkanek. Najczęściej używa się do tego celu elektrody bipolarnej, której zasada działania polega na tym, że prąd o specyficznym dobranych parametrach przebiega pomiędzy dwiema elektrodami narzędzia - stąd nazwa elektroda bipolarna (dwubiegunowa). Oczekiwaniem chirurga jest, że prąd przebiega najkrótszą drogą pomiędzy elektrodami, i tak właśnie jest w olbrzymiej przewadze przypadków zastosowania elektrod. Jednakże, zgodnie z zasadami fizyki, prąd przebiega nie najkrótszą drogą, lecz drogą, której opór elektryczny jest najmniejszy, a to nie jest to samo. Czasem zatem przebieg prądu elektrycznego jest inny od zamierzonego. Zdarza się to obserwować podczas koagulacji tkanek w trakcie operacji laparoskopowej, choć przypadki takie należą do rzadkości. Biegący wówczas „inną drogą” prąd rozgrzewa tkanki, przez które biegnie. Możliwe zatem staje się ich oparzenie z ewentualnymi konsekwencjami z tego wynikającymi. Nie każde oparzenie tkanek prowadzi do ich martwicy i poważnych konsekwencji. Małego stopnia oparzenia mogą goić się samoistnie bez pojawiania się poważnych powikłań. Dużego stopnia oparzenia prowadzą do widocznej koagulacji tkanek i są widoczne natychmiast w trakcie operacji umożliwiając naprawę uszkodzeń na bieżąco. Mniejszego stopnia oparzenia nie wywołują zmiany wyglądu oparzonych tkanek i mogą pozostać niezauważone w trakcie zabiegu. Szkody ujawniają się w późniejszym czasie, w trakcie nieprawidłowego gojenia lub martwicy oparzonych tkanek, w postaci powikłań pooperacyjnych.

W przypadku powódki tak przedstawiony mechanizm uszkodzenia pęcherza moczowego był najbardziej prawdopodobny.

Zgodnie z wiedzą medyczną usunięcie jednego z jajników u kobiety w 5-tej dekadzie życia ma niewielki wpływ na jej dalsze życie. Czynność hormonalna pozostałego jajnika jest w pełni wystarczająca. W wieku powódki tak samo funkcjonuje pacjentka z dwoma, jak i z jednym jajnikiem. Wpływ dodatkowego zabiegu na funkcjonowanie powódki, w tym na jej poczucie kobiecości, jest bardzo niewielki.

Z medycznego punktu widzenia usunięcie chorego jajnika jest w pełni prawidłowe, natomiast nieusunięcie go zostałoby uznane za duży błąd chirurgiczny. Podczas operacji powódki operator stwierdził, że jajnik zawiera torbiel, której wcześniej nie stwierdzono w trakcie diagnostyki przedoperacyjnej. Pozostawienie przez chirurga jajnika z torbielą prowadziłoby do pozostawienia chorego jajnika w jamie brzusznej u pacjentki i naraziłoby ją na konieczność kolejnej operacji. Pacjentka mogłaby mieć w takiej sytuacji pretensje do chirurga, że nie usunął „przy okazji” chorego jajnika, narażając ją tym samym na konieczność kolejnej operacji.

Ocena stanu jajnika powódki była możliwa przed zabiegiem. Ocena stanu jajników powinna być dokonana przed zabiegiem. Nie jest korzystnym fakt, że obecność torbieli w jajniku stwierdza się dopiero podczas zabiegu. Możliwości ultrasonografii są obecnie tak duże, że nie jest trudne wykrycie torbieli jajnika pomimo utrudnień związanych ze zniekształceniem macicy w przypadku mięśniaków. Ten niedostatek diagnostyki nie jest jednak błędem w sztuce, bowiem nie przyczynił się do niekorzystnej dla pacjenta zmiany w procesie leczenia. W przypadku stwierdzenia tejże torbieli przed operacją zakres operacji i jej przebieg byłyby takie same. Jedynie pacjentka o konieczności usunięcia chorego jajnika dowiedziałaby się przed operacją, a nie po niej. Zatem błąd diagnostyki przedoperacyjnej jest dla powódki bezskutkowy. Bez względu na to, czy obecność torbieli byłaby znana przed operacją, czy też jej obecność okazała się w jej trakcie, działanie chirurgiczne jest jednakowe i polega na usunięciu torbieli jajnika lub chorego jajnika w całości w zależności od warunków śródoperacyjnych.

Fakt rozszerzenia zabiegu operacyjnego u powódki o usunięcie szyjki macicy jest bardziej kontrowersyjny. Różnice pomiędzy totalną hysterectomią (usunięcie macicy wraz z szyjką) a subtotalną hysterectomią (usunięcie trzonu macicy z pozostawieniem szyjki) są cały czas przedmiotem dyskusji. Z medycznego punktu widzenia dalsze życie pacjentki z pozostawioną szyjką macicy jak i bez niej przebiega bez istotnych różnic. Pacjentka nie czuje, czy ma szyjkę macicy czy nie. Znaczenie szyjki macicy dla samopoczucia pacjentki, w tym dla jej satysfakcji seksualnej, jest niewielkie. Są ośrodki medyczne, w których uważa się, że wykonywanie totalnej hysterectomii ma przewagę korzyści nad subtotalną

i są także ośrodki medyczne, które prezentują odwrotne przekonania. Istnieją prace naukowe, w których stwierdzono, że odsetek wysiłkowego nietrzymania moczu jest wyższy u kobiet, które poddano całkowitej hysterectomii (wraz z szyjką), w porównaniu z grupą kobiet poddanych amputacji trzonu z pozostawieniem szyjki. Z drugiej strony jednak częstość występowania raka szyjki macicy w pozostawionym po nadszyjkowej amputacji kikutie szyjki jest podawana przez różnych autorów w granicach od 0,1 do 1,9 %, co stanowi ważny argument za usuwaniem szyjki macicy. Nie ma argumentów, które jednoznacznie określałyby przewagę jednej metody nad drugą. Podobnych różnic, korzyści i strat jest wiele i są one stale przyczyną dyskusji. Środowisko medyczne traktuje oba zakresy operacji „wymiennie”, nie przywiązując decydującej wagi do pozostawiania bądź usuwania szyjki macicy wraz z macicą w przypadkach mięśniaków.

W przypadku powódki operator podjął decyzję o usunięciu szyjki macicy motywując to krótkością szyjki, zatem prawdopodobnym brakiem korzyści z jej zostawienia oraz wynikającymi z krótkości trudnościami technicznymi w prawidłowym osiągnięciu właściwego miejsca dla wykonania odcięcia trzonu od szyjki. Medycyna nie daje odpowiedzi na pytania,

jak powinien zachować się chirurg w sytuacji, gdy wykonanie zaplanowanego zabiegu wiąże się z podwyższonym ryzykiem dla pacjentki (trudności techniczne w wykonaniu nadszyjkowej amputacji macicy), czy powinien wówczas wykonać szerszy zabieg, lecz za to bezpieczniejszy dla pacjentki (całkowita hysterectomia), czy też bezkrytycznie dążyć do wykonania nadszyjkowej amputacji pomimo trudności. Medycyna każe lekarzom kierować się dobrem pacjenta. Z drugiej strony wola pacjenta stoi ponad wszelkimi decyzjami leczniczymi podejmowanymi nawet w imię dobra pacjenta, co nakazuje lekarzowi niemal bezwarunkowe traktowanie wyższości woli pacjenta. Jednakże medycyna, a zwłaszcza chirurgia, jest dziedziną nieprzewidywalną i jako taka musi pozostawiać choć wąskie pole manewru chirurgowi. Każdy chirurg przystępując do zabiegu operacyjnego nie wie w 100 %, co zastanie wewnątrz ciała pacjenta. W zawód chirurga wpisane jest zatem samodzielne podejmowanie pewnych decyzji ad hoc w zależności od zastanej sytuacji. Odebranie tej możliwości i bezwzględne penalizowanie zmian w sposobie lub zakresie operacji paraliżowałoby całkowicie pracę chirurgów ze stratą dla ich pacjentów.

/ dowód: opinia biegłego sądowego z zakresu ginekologii M. W. z dnia 24.05.2012 r. –

k. 300-309 /

Zgromadzona w aktach postępowania dokumentacja medyczna nie daje podstaw by uznać, że w czasie diagnostyki przedoperacyjnej lub w ocenie histologicznej materiału pooperacyjnego stwierdzono patologię szyjki macicy mogącą być niezależnym wskazaniem do jej usunięcia.

W profilaktyce stosowanej w onkologii ginekologicznej standardem diagnostyki powinno być coroczne badanie obejmujące: badanie ginekologiczne dwuręczne, badanie ginekologiczne + cytologia (co 3 lata), badanie usg głowicą dopochwową, badanie piersi uzupełnione mammografią (powyżej 50 roku życia), a u młodszych kobiet – ultrasonografią.

Wykrywanie patologii szyjki macicy jest możliwe za pomocą licznych standardowych i niestandardowych metod. Do powszechnie używanych standardowych metod diagnostycznych należą: wymaz cytologiczny konwencjonalny, wymaz cytologiczny pobierany na podłoże płynne, immunocytydiagnostyka, kolposkopia. Współczesnym uzupełnieniem tych metod jest diagnostyka molekularna, identyfikująca w materiale komórkowym (...) lub(...) (...). Do niestandardowych metod wykrywania patologii szyjki macicy należą: fotodynamika, optoelektronika, spektroskopia. Jedyną metodą rozpoznawczą patologii szyjki macicy jest badanie histopatologiczne wykonywane najczęściej na wycinkach tkankowych pobranych pod kontrolą kolposkopu i wyskrobinach z kanału szyjki macicy.

Lekarz przeprowadzający zabieg laparoskopowy u powódki miał prawo do podjęcia decyzji o usunięciu szyjki macicy tym bardziej, że brak jest przekonujących dowodów, iż zostawienie szyjki macicy może wiązać się dla pacjentki z odniesieniem dodatkowej korzyści.

/ dowód: opinia biegłego sądowego z zakresu ginekologii M. Z. z dnia

28.02.2013 r. wraz z opinią uzupełniającą z dnia 20.11.2014 r. – k. 394-400,

633-635 /

Wykonany u powódki Z. L. w dniu 27.08.2008 r. zabieg usunięcia macicy i przydatków lewych metodą laparoskopową miał bezpośredni wpływ na powstanie urazu układu moczowego, tj. uszkodzenia pęcherza moczowego i powstania przetoki pęcherzowo – pochwowej. Przetoka pęcherzowo-pochwowa należy do normalnych powikłań przy zabiegach usunięcia macicy (ok. 90 % powstałych przetok pęcherzowo-pochwowych jest powikłaniem przy zabiegu leczenia operacyjnego narządu rodno). Niezależnie od zastosowanych technik operacyjnych najczęstszymi powikłaniami po zabiegach usunięcia macicy z przydatkami są uszkodzenia pęcherza i moczowodów. Jest to ściśle związane z bezpośrednim sąsiedztwem tych narządów.

Uszkodzenie pęcherza, które nastąpiło u powódki w trakcie laparoskopii (powikłanie jatrogenne), jest typowym powikłaniem termicznym podczas laparoskopii ginekologicznej.

Nie było żadnych wskazań do wykonania badania USG bezpośrednio po operacji laparoskopii.

Natomiast niewykonanie badania ginekologicznego niezwłocznie po ujawnieniu się obecności wycieku moczu stanowi zaniechanie.

Powódka powinna zostać skierowana do lekarza urologa niezwłocznie po ujawnieniu się przetoki pęcherzowo-pochwowej.

Przyczyną powstania przetoki pęcherzowo – pochwowej u powódki było uszkodzenie termiczne (koagulacja = oparzenie) tkanek z następową martwicą i demarkacją, co spowodowało wystąpienie przetoki pęcherzowo-pochwowej z objawami wycieku w około tydzień po przebytych zabiegach operacyjnych.

Wystąpienie przetoki w okolicy ujścia lewego moczowodu doprowadziło również do jego uszkodzenia.

Objawem wiodącym uszkodzenia pęcherza moczowego po powstaniu przetoki pęcherzowo-pochwowej jest wyciek moczu, może być nim również podwyższona temperatura ciała oraz bóle w podbrzuszu.

Zastosowane przez lekarzy ginekologów leczenie zachowawcze polegające na leczeniu przeciwzapalnym (antybiotykoterapii) oraz skierowaniu powódki na konsultację do specjalisty urologa w celu wykonania cystoskopii (dzięki której wykryto obecność przepukliny pęcherzowo-pochwowej i brak ujścia lewego moczowodu), było podstawą wdrożenia leczenia naprawczego powstałego powikłania.

Działanie to było prawidłowe i zgodne z przyjętymi standardami w leczeniu tego typu schorzenia, koniecznym w celu zlikwidowania miejscowego stanu zapalnego, po ustąpieniu którego wolno operacyjnie usuwać przetokę.

Takie zabiegi naprawcze przetoki wykonuje się w okresie co najmniej 3 miesięcy do roku, od momentu wystąpienia objawów (wycieku moczu), a związane to jest z koniecznością stworzenia warunków do pełnej regeneracji tkanek miejscowo martwiczo zmienionych, co powoduje zwiększenie skuteczności przeprowadzonego leczenia bez szkody dla narządu.

Końcowy wynik leczenia ginekologiczno-urologicznego okazał się pomyślny dla powódki, a istnienie przetoki pęcherzowo-pochwowej to przeszłość.

/ dowód: opinia biegłego sądowego z zakresu urologii J. K. z dnia 17.08.2013

r. wraz z opiniami uzupełniającymi z dnia 02.11.2013 r. i z dnia 16.08.2014 r. – k. 470-

474, 510-511, 603-604 /

W chwili obecnej czynność lewej nerki powódki jest istotnie upośledzona, stanowi 11 % globalnej czynności wydalniczej, a upośledzenie to od grudnia 2011 r., tj. od poprzedniego badania renoscyntygraficznego, ma charakter stabilny (poprzedni rozkład czynności filtracyjnej wynosił 93 % do 7 % na korzyść prawej nerki). Obraz ultrasonograficzny lewej nerki w kolejnych badaniach odpowiada jej marskości, co koresponduje z oceną jej czynności stwierdzonej w badaniach izotopowych. W ostatnim badaniu ultrasonograficznym z 04.02.2014 r. stwierdzono ponadto przerost wyrównawczy prawej nerki, co jest zjawiskiem typowym w sytuacji upośledzenia czynności lub utraty drugiej nerki.

Globalna czynność nerek powódki jest w chwili obecnej prawidłowa. Powódka nie wymaga z tego powodu stosowania ograniczeń dietetycznych, szczególnego leczenia farmakologicznego czy też modyfikacji stylu życia. Nie stwierdza się również cech uszkodzenia prawej nerki z powodu jej przecięcia w postaci utraty białka z moczem.

/ dowód: opinia biegłego sądowego z zakresu nefrologii M. K. z dnia 01.02.2014 r. wraz

z opinią uzupełniającą z dnia 18.07.2014 r. i z dnia 29.12.2014 r. – k. 537-538, 600-601,

648; wynik badania USG jamy brzusznej z dnia 07.09.2011 r. – k. 566-567; wynik

badania scyntygraficznego z dnia 02.12.2011 r. – k. 568-569; wynik badania USG z dnia

28.08.2013 r. – k. 570-571; wynik badania USG jamy brzusznej z dnia 27.02.2014 r. – k.

572-573; wynik badania scyntygraficznego z dnia 30.05.2014 r. – k. 591-592; wyniki

badania moczu i krwi z dnia 20.11.2014 r. – k. 630-631 /

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej (...) we W. został utworzony w 2003 r. przez pozwanego W. J. prowadzącego działalność gospodarczą pod nazwą (...). W dniu 31.10.2010 r. placówka ta zakończyła swoją działalność.

/ dowód: wypis z rejestru REGON – k. 343; księga rejestrowa nr (...) (...) – k. 344; odpis z

(...) k. 345 /

Pozwany Towarzystwo (...) S.A. w W. oraz pozwany W. J. prowadzący Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej (...) we W. związani byli umową ubezpieczenia obejmującą okres od 23.10.2007 r. do 22.10.2008 r., przedmiotem której była m.in. odpowiedzialność cywilna związana z prowadzeniem działalności (świadczenia zdrowotne, szpitalnictwo, sprzedaż leków, wynajem nieruchomości, usługi laboratoryjne) i posiadaniem mienia oraz wprowadzaniem produktu do

obrotu.

Limit odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń na jeden i wszystkie wypadki ubezpieczeniowe w okresie ubezpieczenia w zakresie OC działalności zostały określone na

kwotę 500 000 zł.

/ dowód: polisa nr (...) – k. 124-133 /

Pismem z dnia 02.11.2009 r. Kancelaria (...) we W., działając w imieniu powódki, zwróciła się do (...) we W. z prośbą o przekazanie numerów polis OC szpitala oraz ewentualnie nr polisy lekarza indywidualnie prowadzącego powódkę informując jednocześnie o wszczęciu procedury uzyskania odszkodowania oraz finansowego zadośćuczynienia za niezgodne z oczekiwaniami skutki zabiegu laparoskopii wykonanego w dniu 27.08.2008 r. w (...) przez dra M. P.

(w postaci uszkodzenia pęcherza oraz przewodu moczowego), w łącznej wysokości 120 000 zł, na którą składało się odszkodowanie za uszczerbek na zdrowiu w kwocie 50 000 zł, zadośćuczynienie za dolegliwości fizyczne oraz psychiczne w wysokości 70 000 zł, a nadto zwrotu kosztów leków i zabiegów oraz zwrotu utraconych dochodów.

/ dowód: pismo Kancelarii (...) z dnia 02.11.2009 r. – k. 71-72 /

W odpowiedzi pismem z dnia 23.11.2009 r. W. J., działając w imieniu (...) we W., odmówił zasadności roszczeniom powódki, stając na stanowisku, że zabieg laparoskopii wykonany u powódki w dniu 27.08.2008 r. został przeprowadzony zgodnie ze sztuką lekarską, aktualną wiedzą medyczną i z dołożeniem wysokiej miary staranności, zaś następstwa zabiegu, które wystąpiły u powódki, były powikłaniami, o których możliwości wystąpienia pacjentka została szczegółowo poinformowana, a nadto wyraziła świadomą zgodę na ten zabieg.

/ dowód: pismo W. J. z dnia 23.11.2009 r. – k. 73 /

W dniu 25.11.2009 r. (...), działając za pośrednictwem (...) sp. z o.o., zgłosił pozwanemu (...) S.A. w W. szkodę powódki.

/ dowód: zgłoszenie szkody – w aktach szkody nr (...)

Pismem z dnia 07.12.2009 r. skierowanym do Kancelarii (...) pozwany (...) S.A. potwierdził otrzymanie zgłoszenia roszczeń z tytułu szkody z dnia 27.08.2008 r., zwracając się jednocześnie m.in. o przedłożenie dokumentacji medycznej powódki.

/ dowód: pismo (...) S.A. z dnia 07.12.2009 r. – w aktach szkody nr

(...)

Po przeprowadzeniu postępowania likwidacyjnego pozwany (...) S.A. pismem z dnia 21.04.2010 r. wskazał, że nie znalazł podstaw do przyjęcia odpowiedzialności w ramach umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zawartej z (...). Powołując się na sporządzoną opinię lekarską oraz dokumentację zgromadzoną w aktach szkody pozwany zajął stanowisko, iż w związku z zabiegiem nie doszło do zaniedbania, zaniechania, czy też błędu lekarskiego i w związku z tym odmówił powódce zaspokojenia zgłaszanych przez nią roszczeń.

Swoją decyzję strona pozwany podtrzymał ostatecznie w piśmie z dnia 30.06.2010 r. po rozpatrzeniu odwołania powódki.

/ dowód: pisma (...) S.A. z dnia 21.04.2010 r. i 30.06.2010 r. – w aktach szkody nr

(...)

Powódka złożyła do Sądu Rejonowego dla Wrocławia-Krzyków we Wrocławiu wnioski o zawiązanie W. J. prowadzącego działalność gospodarczą pod nazwą (...) do próby ugodowej – sygn. akt VI Co 1016/11.

W tym postępowaniu W. J. nie uznał roszczeń powódki zgłaszanych w związku z zabiegiem laparoskopowym z dnia 27.08.2008 r.

/ dowód: zawiadomienie o posiedzeniu sądu – k. 83; odpowiedź przeciwnika na

zawiązanie do próby ugodowej – k. 346-348 /

Sąd zważył, co następuje.

Powództwo zasługiwało na uwzględnienie jedynie częściowo.

Powódka wystąpiła przeciwko pozwanym Towarzystwu (...) S.A. oraz W. J. z żądaniem naprawienia szkody na osobie, jakiej miała doznać w następstwie działań leczniczych podjętych wobec niej przez lekarza M. P. w prowadzonym przez pozwanego W. N.

Zakładzie Opieki Zdrowotnej (...) we W..

Powódka zleciła usługę medyczną w postaci operacji usunięcia mięśniaków pozwanemu W. J. jako prowadzącemu (we własnym imieniu i na własny rachunek) (...). Lekarzem prowadzącym, wykonującym zabieg przeprowadzony u powódki

dnia 27.08.2008 r. był M. P., który w tamtym czasie związany był z

pozwanym W. J. umową o świadczenie usług medycznych, czyli nie świadczył usługi na rzecz powódki w imieniu i na rachunek własny, ale na rachunek pozwanego.

Roszczenie zgłoszone przez powódkę w stosunku do pozwanego W. J. znajduje podstawę w przepisach art. 415, 430 i 445 § 1 kc.

Zgodnie z art. 415 kc, kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, zobowiązany jest do jej naprawienia.

Zgodnie zaś z art. 430 kc, 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.

Natomiast pozwany Towarzystwo (...) S.A. może być odpowiedzialny jest za szkodę doznaną przez powódkę albowiem na mocy umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej udzielił W. J. ochrony ubezpieczeniowej i przyjął odpowiedzialność za działania i zaniechania drugiego pozwanego w zakresie udzielanych przezeń świadczeń medycznych. Według art. 822 § 1 kc przez umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ubezpieczyciel zobowiązuje się do zapłacenia określonego w umowie odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim, względem których odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczający albo osoba, na rzecz której została zawarta umowa ubezpieczenia. Umowa taka obejmuje odpowiedzialność cywilną podmiotu objętego obowiązkiem ubezpieczenia za szkody wyrządzone czynem niedozwolonym.

Zgodnie zaś z art. 822 § 4 kc poszkodowany w związku ze zdarzeniem objętym umową ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej może dochodzić roszczeń bezpośrednio od zakładu ubezpieczeń.

Powódka wystąpiła pierwotnie wyłącznie przeciwko ubezpieczycielowi osoby prowadzącej zakład opieki zdrowotnej, następnie do udziału w sprawie został wezwany w charakterze pozwanego także ubezpieczony W. J.. Odpowiedzialność ubezpieczyciela i ubezpieczonego jest odpowiedzialnością w warunkach solidarności nieprawidłowej (in solidum), tj. poszkodowany może dochodzić naprawienia szkody od jednej z tych osób lub od obu z nich, a zaspokojenie roszczenia przez jednego z odpowiedzialnych zwalnia drugiego z zobowiązania do wysokości zapłaconej kwoty.

W przypadku pozwanego (...) S.A. obciążenie go odpowiedzialnością odszkodowawczą wobec powódki uzależnione było od odpowiedzialności samego ubezpieczonego W. J.. Z kolei odpowiedzialność pozwanego W. J. uzależniona była od istnienia winy po jego stronie (w ramach odpowiedzialności ze delikt własny) oraz od istnienia winy po stronie M. P..

Do przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanego W. J. zaliczyć należało: wyrządzenie szkody osobie trzeciej przez podwładnego, winę podwładnego oraz wyrządzenie szkody przy wykonywaniu powierzonej czynności. Między podmiotem powierzającym wykonanie czynności a tym, komu czynność powierzono, musi istnieć stosunek zwierzchnictwa i podporządkowania. Poprzez pojęcie podporządkowania należy rozumieć podporządkowanie ogólnorganizacyjne, co oznacza, że stosunkiem podporządkowania, o którym mowa w art. 430 kc, obejmuje się również te osoby, którym przysługuje stosunkowo szeroki zakres odpowiedzialności w podejmowaniu decyzji – np. w odniesieniu

do działania lekarzy, w zakresie postawienia diagnozy oraz prowadzenia terapii (por. G. Bieniek w: G. Bieniek, H. Ciepła, S. Dmowski, J. Gudowski, K. Kołakowski, M. Sychowicz, T. Wiśniewski, Cz. Żuławska „Komentarz do Kodeksu cywilnego. Księga trzecia. Zobowiązania, tom 1”, Warszawa 2009, s. 470-471). Jak wskazał Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 26.01.2011 r., IV CSK 308/10, OSNC 2011/10/116, niepubliczny zakład opieki zdrowotnej może na podstawie art. 430 kc ponosić odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną z winy lekarza prowadzącego indywidualną praktykę lekarską, która powstała przy wykonywaniu czynności na podstawie łączącej ich umowy o świadczenie usług medycznych, albowiem zachowanie przez wykonującego powierzone czynności określonej samodzielności nie wyłącza istnienia podporządkowania w rozumieniu art. 430 kc, jak również niezależność zawodowa lekarza w zakresie sztuki medycznej nie sprzeciwia się stwierdzeniu stosunku podporządkowania w rozumieniu art. 430 kc. Zatem nawet przy założeniu, iż operujący powódkę M. P. podejmował działania medyczne kierując się swoją wiedzą i doświadczeniem, a także w ramach samego wykonania operacji, techniki prowadzenia zabiegu był samodzielny i ograniczony wyłącznie wskazaniami wiedzy medycznej, czyli nie podlegał nadzorowi pozwanego co do podjęcia konkretnych czynności operacyjnych, to jednak wykonywał zabieg w ramach działalności przedsiębiorstwa pozwanego, podlegając jego ogólnemu kierownictwu, także w zakresie organizacji pracy, organizacji całego procesu opieki nad pacjentem, poczynając od przyjęcia pacjenta, poprzez przeprowadzenie zabiegu, do zakończenia procedury medycznej. Osoba fizyczna prowadząca na własny rachunek niepubliczny zakład opieki zdrowotnej odpowiada wobec pacjentów tej placówki medycznej za skutki działań i zaniechań personelu medycznego zatrudnionego w tejże placówce.

Zatem w celu rozstrzygnięcia o odpowiedzialności pozwanego W. J., a w dalszej kolejności odpowiedzialności także pozwanego ubezpieczyciela, konieczne jest dokonanie oceny działań podjętych wobec powódki przez lekarza M. P. oraz ewentualnie pozostały personel zakładu opieki zdrowotnej prowadzonego przez

pozwanego.

Powódka upatrywała zaistnienia po swojej stronie krzywdy w postaci uszkodzenia ciała i rozstroju zdrowia wskutek błędów w sztuce medycznej popełnionych przez M. P..

Powódka została poddana zabiegowi operacyjnego usunięcia mięśniaków macicy metodą laparoskopową. Po operacji zostało stwierdzone uszkodzenie pęcherza moczowego i moczowodu, które skutkowało powstaniem przetoki pęcherzowo-pochwowej, a następnie koniecznością poddania powódki kolejnym zabiegom w postaci nefrotomii i rekonstrukcji pęcherza i moczowodu.

Powódka podnosiła, że zabieg operacyjny został przeprowadzony nieprawidłowo, a także

doszło do rozszerzenia jego zakresu bez wymaganej przepisami zgody pacjenta.

W pierwszej kolejności należy zatem dokonać oceny samego wykonania zabiegu, jego przebiegu oraz skutków, w tym także wystąpienia określonych powikłań, z punktu widzenia możliwości i prawidłowości zastosowania tej procedury, prawidłowości techniki operacyjnej.

W sprawie zostało przeprowadzone obszerne postępowanie dowodowe obejmujące szereg opinii biegłych z zakresu ginekologii, urologii i nefrologii.

Biegły z zakresu ginekologii dr M. W. wyjaśnił w opinii mechanizm przeprowadzenia samej operacji oraz mechanizm powstania uszkodzenia pęcherza moczowego i moczowodu. Wskazał, że przyczyną tego uszkodzenia było oparzenie ściany pęcherza prądem elektrycznym podczas wykonywania elektrokoagulacji tkanek. Biegły wskazał, że takie sytuacje zdarzają się podczas operacji laparoskopowej, choć są to przypadki rzadkie. W podobny sposób opisał przyczynę uszkodzenia pęcherza biegły z zakresu urologii dr J. K., który wskazał, że uszkodzenie to miało charakter uszkodzenia termicznego – oparzenia w czasie koagulacji.

Jednakże z opinii biegłego J. K. wynika także, iż opisywane powikłanie w postaci powstania przetoki pęcherzowo-pochwowej należy do normalnych powikłań przy zabiegach usunięcia macicy (ok. 90 % powstałych przetok jest

powikłaniem przy zabiegu operacyjnego leczenia narządu rodno). Uszkodzenia pęcherza i moczowodów są najczęstszymi powikłaniami przy zabiegach usunięcia macicy, co jest ściśle związane z bezpośrednim sąsiedztwem tych organów.

Można dodać, że także w przedłożonym przez powódkę formularzu zawierającym oświadczenie o zgodzie na przeprowadzenie zabiegu operacyjnego zostało uwidocznione możliwe powikłanie w postaci śródoperacyjnego uszkodzenia pęcherza moczowego lub moczowodu, przy czym zostało ono wskazane na pierwszym miejscu wśród możliwych powikłań.

Na podstawie wskazanego materiału dowodowego, w szczególności opinii biegłych z zakresu ginekologii i urologii należy zatem dojść do wniosku, iż samo powstanie u powódki przetoki pęcherzowo-pochwowej wskutek termicznego uszkodzenia pęcherza moczowego nie może zostać uznane za błąd w sztuce medycznej (błąd terapeutyczny), skoro wymieniane jest w literaturze medycznej i obserwowane w praktyce jako typowe najczęstsze powikłanie po zabiegach operacyjnych narządów rodnych. Nawet wskazanie przez opiniujących, że wystąpienie takiego powikłania samo w sobie jest sytuacją rzadką, nie pozwala na przyjęcie, aby wystąpienie opisywanego powikłania mogło zostać uznane za sytuację nadzwyczajną, niespodziewaną.

W tym miejscu należy odnieść się do kwestii ewentualnego zawinienia po stronie operatora. W opinii biegłego M. W. została szczegółowo opisana technika przeprowadzenia operacji laparoskopowego usunięcia mięśniaków macicy i zestawiona z opisem przebiegu operacji podanym przez wykonującego zabieg lekarza M. P.. Jak wynika z przywołanej opinii czynności podjęte przez operującego odpowiadały standardowej procedurze wykonania takiego zabiegu. Technika operacji została przez biegłego określona jako rutynowa.

Z materiału dowodowego nie sposób wyprowadzić ustalenia, iż operujący lekarz M. P. dopuścił się naruszenia powszechnie stosowanych reguł przeprowadzania operacji mięśniaków macicy metodą laparoskopową. Wprawdzie, jak zauważył biegły, opis operacji znajdujący się w aktach jest lakoniczny, ale oddaje przebieg czynności, który odpowiada standardowemu wykonaniu takiego zabiegu.

Nie zostało zatem wykazane, aby podczas wykonywania zabiegu laparoskopowego w dniu 27.08.2008 r. M. P. dopuścił się uchybień w samej technice operacyjnej, naruszając w ten sposób aktualne wskazania wiedzy medycznej, a także, aby naruszył w ten sposób reguły starannego, ostrożnego działania. Tym samym nie może być mowy o zawinieniu po stronie operatora, choćby w postaci niedbalstwa.

Tym samym należy odrzucić możliwość zgłoszenia przez powódkę roszczeń odszkodowawczych mających wynikać z wadliwego wykonania zabiegu, którego przeprowadzenie powódka zleciła pozwanemu W. J., a który przeprowadzał w (...) zatrudniony przez pozwanego M. P..

Konsekwencją stwierdzenia u powódki wystąpienia powikłania pooperacyjnego w postaci uszkodzenia pęcherza, przetoki pęcherzowo-pochwowej były dalsze czynności medyczne, tj. poddanie powódki kolejnym zabiegom operacyjnym, tym razem w placówce publicznej – (...) Szpitalu (...) we W.. Nawet jednak, jeżeli powikłanie, jakie wystąpiło w efekcie pierwszej operacji, generowało konieczność przeprowadzenia dalszych zabiegów, ale nie było wynikiem błędu w sztuce medycznej, tylko jedną z możliwych, obserwowanych konsekwencji operacji, to czas trwania dalszych procedur medycznych oraz związane z tym dolegliwości odczuwane przez powódkę nie mogą być objęte odpowiedzialnością odszkodowawczą pozwanych i nie mogą generować po stronie powódki

roszczeń o odszkodowanie i zadośćuczynienie.

Można w tym miejscu zwrócić uwagę, iż powódka wskazywała na czas trwania całego procesu leczenia, w szczególności czas oczekiwania na końcową operację rekonstrukcyjną. Powódka zeznała, że podczas pierwszego pobytu w (...) we W. – pod koniec września 2008 r. – została poinformowana, że do operacji rekonstrukcyjnej można przystąpić po ok. 6-8 tygodniach. Biegły z zakresu urologii dr J. K. wskazał w opinii, że zabiegi naprawcze przetoki wykonuje się w okresie co najmniej 3 miesięcy do roku, co jest związane z koniecznością stworzenia warunków do pełnej regeneracji

tkanek. Zatem nie sposób ocenić, czy wykonanie zabiegu rekonstrukcyjnego dopiero w marcu 2009 r. było nadmiernie przedłużone. Niezależnie od tego, nawet gdyby pozostawało to w związku przyczynowym z okolicznościami, za które ponosiłby odpowiedzialność pozwany W. J., nie może on odpowiadać za organizację przyjęć i zabiegów w innej placówce medycznej. Powódce nie mogą zatem przysługiwać wobec pozwanych żadne roszczenia związane z długotrwałością procesu leczenia, skoro był on prowadzony w innej placówce medycznej.

Powódka zgłosiła zastrzeżenia wobec samego wyboru metody operacyjnej. Wskazywała na możliwość wykonania zabiegu innymi technikami operacyjnymi. Stanowisko powódki w tym zakresie nie było jednak słuszne.

Kwestia prawidłowości wyboru metody laparoskopowej została w sposób obszerny oceniona przez opiniującego w sprawie biegłego z zakresu ginekologii M. W.. Biegły ten wskazał, że nie istnieje jednolity sposób postępowania, stosowane są różne metody, tj.:

- operacja w sposób tradycyjny,
- operacja przezpochwowa,
- operacja laparoskopowa,
- zabiegowa embolizacja mięśniaków,

wskazał także, że metody te mają swoje wady i zalety, żadna nie jest wolna od ryzyka powikłań, a wybór uzależniony jest od sytuacji klinicznej i stanu choroby pacjentki. Zaznaczył, że zastosowana u powódki metoda laparoskopowa jest jedną z uznanych i pełnoprawnych metod postępowania.

Na podstawie przywołanej opinii należy dojść do wniosku, iż nie może być o mowy o błędzie w wyborze metody operacyjnej, skoro została przyjęta jedna z równoprawnych, powszechnie stosowanych metod leczenia. Co więcej, metoda ta może zostać uznana za najmniej inwazyjną, z najmniejszym naruszeniem powłok ciała, co oznacza dla pacjenta wygodę w postaci krótkiego pobytu w szpitalu, szybszego procesu gojenia się, itp. Powódka podczas przesłuchania w dniu 10.02.2015 r. zeznała, że M. P. przedstawił jej taką ocenę wybranej metody operacji, nie polega zatem na prawdziwym twierdzeniu, iż wybór

nie był z nią uzgadniany.

W następnej kolejności należy odnieść się do zarzucanych przez powódkę nieprawidłowości w postaci rozszerzenia zakresu operacji i naruszenia zasadniczego prawa

pacjenta, jakim jest konieczność wyrażenia przez niego zgody

Istotnie, w trakcie operacji w dniu 27.08.2008 r. został rozszerzony zakres zabiegu w stosunku do zakresu pierwotnie zaplanowanego i uzgodnionego z powódką. Powódka zgłosiła się do placówki (...) w celu usunięcia mięśniaków macicy i trzonu macicy (histerektomii). Natomiast w trakcie wykonywania zabiegu operujący M. P. podjął decyzję o usunięciu lewego jajnika wobec stwierdzenia w nim torbieli oraz o usunięciu także szyjki macicy.

Również we wskazanym zakresie należy odwołać się do treści opinii biegłych. Jeżeli chodzi o usunięcie jajnika, biegły dr M. W. wskazał, że usunięcie chorego jajnika było w pełni prawidłowe, natomiast nieusunięcie go zostałoby uznane za duży błąd chirurgiczny, naraziłoby powódkę na konieczność kolejnej operacji. Biegły wskazał też, że usunięcie jednego jajnika u powódki z uwagi na jej wiek nie miało wpływu na funkcjonowanie jej organizmu. Czynność ta, aczkolwiek będąca ingerencją w integralność cielesną, nie wywołała u powódki rozstroju zdrowia. Zatem rozszerzenie zakresu operacji o usunięcie lewego jajnika nie mogło stanowić deliktu rodzącego odpowiedzialność odszkodowawczą. Opiniujący wypowiedział się także na temat możliwości zdiagnozowania stanu jajnika, czyli zaplanowania szerszego zakresu operacji i ocenił, że istniała taka możliwość, wobec czego można mówić o błędzie lekarskim, tyle że błąd ten nie wywołał istotnego wpływu dla przebiegu leczenia. Zakres operacji i jej przebieg byłyby taki sam. Natomiast,

jeżeli chodzi o usunięcia szyjki macicy, w świetle opinii biegłych M. W. i M. Z. decyzja operującego mogła zostać uznana za kontrowersyjną. Materiał sprawy nie dawał podstaw do stwierdzenia, iż istniały medyczne wskazania do usunięcia szyjki macicy rozumiane w postaci patologii tego organu. W literaturze i praktyce medycznej istnieją rozbieżności w zakresie zaleceń dla pozostawiania bądź usuwania szyjki macicy. Opiniujący wskazali, że całkowite usunięcie szyjki macicy generuje ryzyko wysiłkowego nieotrzymania moczu, natomiast pozostawienie szyjki oznacza 0,1 do 1,9 % zagrożenia wystąpieniem raka szyjki macicy. Istnieją zatem zarówno wskazania, jak i przeciwwskazania do stosowania opisanej czynności. Biegły M. W. wskazał, że środowisko medyczne traktuje oba zakresy operacji wymiennie. Operujący powódkę M. P. podjął decyzję o usunięciu szyjki macicy, motywując to krótkością szyjki, zatem trudnością techniczną z prawidłowym osiągnięciem właściwego miejsca dla wykonania odcięcia trzonu od szyjki. Wobec braku przekonujących dowodów o konieczności pozostawienia szyjki macicy, czyli istnienia przewagi korzyści nad ewentualnymi niedogodnościami, zgłoszone przez operującego działanie zmierzające do stworzenia stanu większego bezpieczeństwa pacjenta (któremu mogła zagrażać wskazana trudność techniczna) nie może zostać uznane za działanie nieuprawnione, niezgodne ze wskazaniami wiedzy medycznej, a zatem nie stanowiło błędu terapeutycznego.

Reasumując powyższe wywody sąd doszedł do przekonania, iż brak jest podstaw do odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanych z tytułu samego przygotowania i przebiegu operacji, jaką przeszła powódka w dniu 17.08.2008 r. W trakcie operacji nie doszło do błędu terapeutycznego skutkującego wywołaniem u powódki rozstroju zdrowia. Rozstrój taki wprawdzie faktycznie zaistniał, ale był wynikiem możliwego, najczęstszego w przypadku takiej operacji, powikłania, co nie daje podstawy do formułowania twierdzenia o istnieniu podstawy do obciążenia pozwanych obowiązkiem naprawienia szkody. Natomiast ewentualny błąd diagnostyczny w postaci niestwierdzenia przed operacją chorobowego stanu lewego jajnika nie wywarł wpływu na stan zdrowia powódki, albowiem został osiągnięty pożądany efekt, który wymagałby przeprowadzenia u powódki odrębnej, kolejnej operacji.

Sąd uznał za niewystarczające powołanie się przez powódkę na naruszenie prawa

pacjenta do świadomego wyrażenia zgody na podjęcie określonych działań medycznych. Nie

ulega wątpliwości, że powódce takie prawo przysługiwało i jest to bezwzględne prawo pacjenta wymagające respektowania przez placówki medyczne w każdej sytuacji, zwłaszcza w przypadku interwencji chirurgicznych, które z natury rzeczy są poważne.

Prawo powódki do decydowania do podejmowaniu czynności leczniczych zostało naruszone poprzez wykonanie szerszego zakresu zabiegu operacyjnego. Powódka zgłosiła się na operację usunięcia trzonu macicy i na taki zabieg wyraziła zgodę. Przed przystąpieniem do operacji nie było mowy o innych czynnościach leczniczych. Tym samym przystąpienie przez operatora M. P. do usunięcia innych organów lub części tych organów bez uzyskania zgody pacjentki było działaniem wadliwym i sprzecznym z prawem. Natomiast za wątpliwe można uznać w takiej sytuacji istnienie elementu zawinienia. Jeżeli bowiem podczas wykonywania zabiegu operator stwierdził obecność zmiany chorobowej lewego jajnika, która stanowiła wskazanie do poddania powódki kolejnej operacji, a także stwierdził trudności techniczne w utrzymaniu części operowanej macicy, przy czym pierwsze stwierdzenie skutkowało czynnością medycznie uzasadnioną, zaś drugie czynnością medycznie obojętną (z ewentualnym lekkim wskazaniem bardziej na korzyść niż niekorzyść pacjentki), to można stawiać pod znakiem zapytania element „zarzucalności”, na który wskazywał pełnomocnik powódki w uzasadnieniu pozwu. Sam fakt rozszerzenia zakresu operacji nie spowodował u powódki żadnych negatywnych skutków w jej sferze zdrowotnej. Jak wskazał Sąd Apelacyjny w Szczecinie w wyroku z dnia 02.08.2012 r., I ACa 443/12, samo nawet niewłaściwe poinformowanie pacjenta przez lekarza przed zabiegiem o powikłaniach nie stanowi podstawy odpowiedzialności deliktowej na zasadzie art. 430 kc w zw. z art. 415 kc w zw. z art. 444 i 445 kc, o ile doznany przez niego uszczerbek na zdrowiu nie pozostaje w adekwatnym związku przyczynowym z przeprowadzonym zabiegiem, gdyż działanie lekarza w rozumieniu art. 361 § 1 kc musi skutkować powstaniem szkody, by odpowiedzialność taka była możliwa. Tak więc również te okoliczności nie mogą stanowić

podstawy odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanych.

Natomiast powódka może skutecznie domagać się naprawienia krzywdy doznanej wskutek nieudzielenia jej należytej pomocy w okresie następującym po operacji, tj. od dnia 28.08.2008 r., kiedy to została wypisana z (...), do dnia 18.09.2008 r., kiedy to została ustalona przyczyna dolegliwości w postaci stwierdzenia u powódki przetoki pęcherzowo-pochwowej z zaleceniem podjęcia dalszego leczenia szpitalnego.

Powódka zeznała, że po operacji odczuwała szereg dolegliwości, tj. dolegliwości bólowe w okolicy lewej nerki, wysoką temperaturę (40° C), a także po kilku dniach zaobserwowała wyciek moczu z pochwy. Powódka poszukiwała wyjaśnienia i pomocy u prowadzącego ją lekarza M. P., który jednakże pomocy takiej nie udzielił jej w sposób należyty. Powódka była zbywana, usłyszała, że bóle mają charakter pooperacyjny albo jest to kolka, że nie chodzi o nerkę, a także, że podwyższona temperatura również jest skutkiem przebytej operacji. Tymczasem dolegliwości powódki nie powinny zostać zbagatelizowane. Wysoka temperatura oraz niekontrolowane oddawanie moczu przez drogi rodne nie są prawidłowymi objawami funkcjonowania organizmu powódki. Powódka zgłosiła lekarzowi odczuwane dolegliwości w dniu 01.09.2008 r., kiedy to zgłosiła się do (...) w celu usunięcia szwów. Czuliła się coraz gorzej, informowała lekarza o swoich dolegliwościach także telefonicznie. Podczas wizyty kontrolnej w dniu 15.09.2008 r. mimo konsekwentnego zgłaszania przez powódkę niepokojących objawów nie zostały podjęte żadne stanowcze działania. Dopiero w dniu 19.09.2008 r. M. P. powziął podejrzenie wystąpienia przetoki pęcherza lub moczowodu, wobec czego zalecił konsultację urologiczną.

Należy jednakże dojść do wniosku, iż wskazane podejrzenie powikłania pooperacyjnego zostało sformułowane zbyt późno. Powódka zgłaszała dolegliwości od samego początku. O ile przez pierwsze dwa czy trzy dni po operacji można byłoby wiązać odczuwanie bólu czy podwyższenie temperatury z przebiegiem operacji, to w miarę upływu czasu naturalne skutki zabiegu powinny ustępować. Tymczasem u powódki dolegliwości utrzymywały się, a nawet nasilały. Powódka miała wysoką gorączkę, a po kilku dniach po zabiegu zauważyła oddawanie moczu. Objawy te powinny były wzbudzić podejrzenia lekarza prowadzącego.

Jak wynika z opinii biegłego z zakresu urologii J. K., niewykonanie badania ginekologicznego niezwłocznie po ujawnieniu się obecności wycieku moczu stanowiło zaniechanie. Biegły ten stwierdził, że prawidłowe było postępowanie w klinice pozwanego polegające na wdrożeniu leczenia przeciwzapalnego (antybiotykowego) i skierowaniu do urologa, gdyż usunięcie przetoki może nastąpić po zlikwidowaniu miejscowego stanu zapalnego. Trzeba jednakże zwrócić uwagę, że to postępowanie zostało wdrożone po kilkunastu dniach. A. została wdrożona, ale jeszcze przed rozpoznaniem przetoki pęcherzowo-pochwowej. W dniu 15.09.2008 r. M. P. zalecił konsultację ginekologiczną za 7 dni, ale samego badania nie przeprowadził ani 01.09.2008 r. ani 15.09.2008 r. Tymczasem badanie takie mogłoby służyć rozeznaniu w sytuacji stanu narządów okołoperacyjnych.

Ponadto, skoro śródoperacyjne uszkodzenie dróg moczowych stanowi pierwsze, najczęstsze powikłanie operacji narządów rodnych, można postawić M. P. zarzut braku należytego rozpoznania i oceny stanu powódki pomimo zgłaszania przez nią poważnych dolegliwości. Lekarz ten powinien był znacznie wcześniej wziąć pod uwagę możliwość wystąpienia niepożądanego następstwa operacji (powikłania), skoro zgłaszane mu objawy na takie właśnie następstwo wskazywały.

Okoliczności ujawnienia się powikłania, w szczególności pojawienia się wycieku moczu, pokrywają się z przedstawieniem mechanizmu przyczyny urazu przez biegłego M. W.. Biegły wskazał bowiem, że ujawnienie się uszkodzenia pęcherza moczowego lub moczowodu zależne jest od rozmiaru uszkodzenia:

- przy dużych oparzeniach uszkodzenie byłoby widoczne od razu i operator miałby możliwość natychmiastowej reakcji,
- przy małych oparzeniach uszkodzenie zagoiłoby się bez żadnych problemów, samoistnie,

- przy oparzeniach mieszczących się niejako pośrodku, dopiero po wystąpieniu martwicy uszkodzonej tkanki, czyli po kilku dniach od zabiegu, pojawia się otwór i dochodzi do

wycieku moczu, co jest oznaką uszkodzenia dróg moczowych.

U powódki miała miejsce trzecia z wskazanych postaci uszkodzeń, co skutkowało wystąpieniem w krótkim czasie gorączki i dolegliwości bólowych, a po kilku dniach wycieku moczu. Jednakże zestawienie tych objawów powinno było zasugerować lekarzowi prowadzącemu potrzebę rozważenia powikłania.

Sam pozwany W. J. przesłuchany w charakterze świadka w dniu 06.12.2011 r. zeznał, że błędem w sztuce było nierozpoznanie powikłania pooperacyjnego.

Nieudzielenie powódce pomocy niezwłocznie po zgłoszeniu przez nią opisywanych niepokojących objawów, wykraczających poza zakres normalnych, typowych następstw operacji, stanowiło zaniechanie, które może być oceniane w kategoriach czynu niedozwolonego. Postępowanie takie narusza bowiem obowiązki lekarskie przewidziane w przywołanych w pozwie przepisach:

- art. 4 ustawy z dnia 05.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty nakładającego na lekarza obowiązek wykonywania zawodu zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością;

- art. 31 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty nakładającego na lekarza

obowiązek udzielania pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu;

- art. 9 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta stanowiącego, że pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia;

- art. 8 kodeksu etyki lekarskiej stanowiącego, że lekarz powinien przeprowadzać wszelkie postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze z należytą starannością, poświęcając im niezbędny czas;

- art. 21 kodeksu etyki lekarskiej stanowiącego, że w przypadku popełnienia przez lekarza poważnej pomyłki lub wystąpienia nieprzewidzianych powikłań w trakcie leczenia lekarz powinien poinformować o tym chorego oraz podjąć działania dla naprawy ich następstw.

Jak wskazał Sąd Najwyższy w uzasadnieniu wyroku z dnia 19.06.2013 r., I CSK 639/12, na gruncie naszego porządku prawnego wchodzi w rachubę także odpowiedzialność deliktowa za zawinione nienależyte świadczenie opieki medycznej i pielęgnarskiej po przeprowadzonym zabiegu operacyjnym; zawinione działanie (czy też zaniechanie) w powyższym zakresie może być czynnikiem prowadzącym do powstania, bądź też do zwiększenia uszczerbku, cierpień fizycznych i psychicznych poszkodowanego. Z kolei w wyroku z dnia 25.04.2014 r., II CSK 436/13, Sąd Najwyższy uznał, że niezależnie od odpowiedzialności związanej z błędem w sztuce lekarskiej, placówka lecznicza ponosi również odpowiedzialność za zawinione nienależyte świadczenie opieki medycznej i pielęgnarskiej po przeprowadzonym zabiegu operacyjnym, jeżeli działanie lub zaniechanie w tym zakresie doprowadziło do powstania lub zwiększenia uszczerbku, w tym cierpień fizycznych i psychicznych poszkodowanego.

Za niezapełnienie pacjentom pełnej, należytej opieki pooperacyjnej odpowiada pozwany W. J. jako prowadzący zakład opieki zdrowotnej. Niezależnie od wykonywania przez M. P. w klinice pozwanego czynności na podstawie umowy o świadczenie usług medycznych usługi te były w relacji z pacjentami realizowane przez pozwanego, wobec czego odpowiada on za szkody wyrządzone nie tylko przygotowaniem i przeprowadzeniem zabiegu operacyjnego, ale także niewłaściwą opieką pooperacyjną, w tym brakiem prawidłowej obserwacji pacjenta i prawidłowej reakcji na zgłaszane

przez pacjenta niepokojące objawy mogące wskazywać na wystąpienie niepożądanych skutków przeprowadzonego zabiegu.

W wyroku z dnia 09.05.2007 r., II CSK 42/07, Sąd Najwyższy wskazał, że działanie godzące w bezpieczeństwo zdrowotne, powodujące obawę o stan zdrowia, jest działaniem zagrażającym zdrowiu; naruszenie bezpieczeństwa zdrowotnego, pociągające za sobą lęk o stan zdrowia, w istocie stanowi więc zagrożenie dobra osobistego, jakim jest zdrowie. Powódka zgłaszała obawy co do swojego stanu zdrowia, ale zostały one zbagatelizowane i powódka nie otrzymała należytej pomocy.

Wobec istnienia podstaw deliktowej odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanego W. J. zachodzi także podstawa do odpowiedzialności pozwanego ubezpieczyciela.

Powódka może zatem domagać się od pozwanych w warunkach ich solidarności nieprawidłowej (in solidum) zadośćuczynienia za doznaną krzywdę.

Zadośćuczynienie stanowi formę rekompensaty z tytułu szkody niemajątkowej. Podstawową przesłanką przyznania zadośćuczynienia poszkodowanemu jest wywołanie u niego czynem niedozwolonym uszkodzenia ciała lub też rozstroju zdrowia. Podstawę żądania zadośćuczynienia stanowi zatem doznana krzywda w postaci ujemnych przeżyć związanych z cierpieniami psychicznymi i fizycznymi pokrzywdzonego. Zadośćuczynienie przede wszystkim ma na celu złagodzenie skutków wypadku, tj. dolegliwości bólowych, cierpienia, urazu psychicznego, zarówno już doznaczonych, jak i tych, które wystąpią w przyszłości. Ma ono więc charakter całościowy i powinno stanowić rekompensatę pieniężną za całą krzywdę doznaną przez poszkodowanego. Krzywdy tej nie da się w pełni przeliczyć tak, jak szkody majątkowej. Nie ma ona żadnego wzorca, nie podlega żadnej standaryzacji i każdorazowo jest oceniana w okolicznościach konkretnego przypadku. Ustalenie sumy zadośćuczynienia na poziomie odpowiednim uwzględniać winno wszystkie istotne okoliczności i wszystkie następstwa odniesionego urazu. Zadośćuczynienie ma charakter kompensacyjny. Jego wysokość musi przedstawiać ekonomicznie odczuwalną wartość, ale jednocześnie powinna odpowiadać aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa. Musi uwzględniać takie okoliczności, jak nasilenie cierpień, długotrwałość choroby, rozmiar kalectwa, trwale następstwa zdarzenia, czy też wiek poszkodowanego. Podstawowe znaczenie ma stopień natężenia krzywdy, a więc cierpienie fizycznych i ujemnych doznań psychicznych, ich rodzaj, charakter i długotrwałość. Na te zasady wskazywał wielokrotnie Sąd Najwyższy (zob. wyroki: z 16.07.1997 r., II CKN 273/97, z 03.02.2000 r., II CKN 969/98, z 11.07.2000 r., II CKN 1119/98, z 12.10.2000 r., IV CKN 130/00, z 28.09.2001 r., III CKN 427/00, z 18.04.2002 r., II CKN 605/00, z 27.02.2004 r., V CK 282/03, z 01.04.2004 r., II CK 131/03, z 29.09.2004 r., II CSK 531/03, z 20.04.2006 r., IV CSK 99/05, z 09.11.2007 r., V CSK 245/07, z 13.12.2007 r., I CSK 384/07, z 14.02.2008 r., II CSK 536/07, z 29.05.2008 r., II CSK 78/08, z 29.10.2008 r., IV CSK 243/08, z 26.11.2009 r., III CSK 62/09, z 17.09.2010 r., II CSK 94/10, z 04.11.2010 r., V CSK 126/10, z 06.07.2012 r., V CSK 332/11, z 12.07.2012 r., I CSK 74/12, z 29.08.2013 r., I CSK 667/12, z 30.01.2014 r., III CSK 69/13).

Mając na uwadze stopień odczuwanych przez powódkę dolegliwości, ich uciążliwość (wysoka gorączka, wyciek moczu, to okoliczności, które stanowią wyraźny i odczuwalny dyskomfort), czas trwania sąd uznał, że za odpowiednie zadośćuczynienie w rozumieniu art. 445 § 1 kc należy uznać sumę 21 000 zł, która podlega zasądzeniu od obu pozwanych w ten sposób, że zaspokojenie powódki przez jednego z nich zwalnia drugiego z zobowiązania do wysokości zapłaconej kwoty.

Odsetki za opóźnienie w zapłacie należności głównej przypadają powódce:

- od pozwanego (...) S.A. – zgodnie z żądaniem pozwu od dnia 08.01.2010 r., tj. po 30 dniach od zgłoszenia szkody (art. 817 § 1 kc),

- od pozwanego W. J. – od dnia 06.12.2010 r., tj. po 14 dniach od doręczenia mu odpisu pozwu wraz z wezwaniem do udziału w sprawie, co nastąpiło w dniu 21.11.2012 r. (k. 373) – pozwany pozostaje bowiem w opóźnieniu dopiero, gdy nie spełnia świadczenia niezwłocznie po wezwaniu do zapłaty zgodnie z art. 455 kc, zaś spełnienie świadczenia niezwłocznie oznacza z reguły spełnienie go w terminie 14 dni (wyrok SN z dnia 28.05.1991 r., II CR 623/90, wyrok

SA we Wrocławiu z dnia 20.03.2012 r., I ACa 191/11); skoro powódka nie wzywała wcześniej pozwanego do zapłaty, wezwaniem będzie dopiero doręczenie odpisu pozwu.

Dalej idące powództwo jako nieusprawiedliwione wynikami przeprowadzonego postępowania dowodowego podlegało oddaleniu.

Wobec częściowego jedynie uwzględnienia żądania pozwu o rozliczeniu pomiędzy stronami kosztów procesu należało orzec zgodnie z wyrażoną w art. 100 kpc zasadą ich stosunkowego rozdzielenia.

Powódka wygrała sprawę w 14, 06 %, pozwani zaś w 85, 94 %. Koszty procesu poniesione przez powódkę to wynagrodzenie pełnomocnika w kwocie 3 617 zł (§ 6 pkt 6 rozporządzenia MS z dnia 28.09.2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych), z czego 14, 06 % wynosi 508, 55 zł. Koszty procesu poniesione przez pozwanych to wynagrodzenia pełnomocników w kwotach po 3 617 zł, z czego 85, 94 % wynosi 3 108, 45 zł. Różnica pomiędzy wskazanymi kwotami wynosi 2 599, 90 zł i przypada każdemu z pozwanych w tej wysokości.

Nieopłacone koszty sądowe obejmujące opłatę od pozwu w kwocie 7 467 zł oraz wydatki na wynagrodzenia przyznane opiniującym w sprawie biegłym i (...) Szpitalowi (...) w kwocie 2 977, 82 zł, tj. łącznie 10 444, 82 zł, podlegają pokryciu przez pozwanych na podstawie art. 113 ust. 1 uksc w części wynoszącej 14, 06 %, tj. w kwocie 1 468, 54 zł. W pozostałym zakresie z uwagi na sytuację osobistą i materialną powódki sąd obciążył brakującymi kosztami Skarb Państwa.