

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 29 marca 2018 roku

Sąd Okręgowy w Nowym Sączu I Wydział Cywilny w składzie następującym:

Przewodniczący: SSR del. Dominik Skoczeń

Protokolant: st. sekr. sąd. Ryszard Szewczyk

po rozpoznaniu w dniu 23 marca 2018 roku w Nowym Sączu

na rozprawie

sprawy z powództwa W. Z.

przeciwko Szpitalowi (...) w L.

o zapłatę

I. oddala powództwo;

II. nie obciąża powoda obowiązkiem zwrotu kosztów procesu na rzecz strony pozwanej;

III. przyznaje ze środków Skarbu Państwa - Sądu Okręgowego w Nowym Sączu na rzecz adwokata D. O. z Kancelarii Adwokackiej w N. (33-300) ul. (...) jako wyznaczonego zastępcy adwokata W. O. kwotę 4.428,00 zł (cztery tysiące czterysta dwadzieścia osiem złotych) brutto, w tym kwotę 828,00 zł (osiemset dwadzieścia osiem złotych) podatku VAT, tytułem kosztów pomocy prawnej udzielonej powodowi z urzędu;

IV. nieuiszczonymi kosztami sądowymi obciąża Skarb Państwa.

UZASADNIENIE

wyroku z 29 marca 2018 r.

W pozwie powód W. Z. domagał się zasądzenia na jego rzecz od pozwanego Szpitala (...) w L. kwoty 80.000,00 zł z tytułu nieprawidłowo wykonanej operacji, na skutek której doznał zapalenia otrzewnej oraz zrostów jelitowych, jakie wywoływały u niego ból. Powód wskazał, że po operacji tej został wypisany ze szpitala z obustronnym wysiękowym zapaleniem płuc i niedrożnością jelit, źle się czuł, nie kontaktował.

Precyzując żądanie pozwu (k. 27- 32) powód wniósł o: zasądzenie od pozwanego na jego rzecz kwoty 23.140,00 zł tytułem odszkodowania oraz kwoty 56.360,00 zł tytułem zadośćuczynienia w tym obu tych kwot z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty; ustalenie odpowiedzialności pozwanego na przyszłość za szkody związane z nieprawidłowym wykonaniem badania kolonoskopowego, powikłaniami po operacji zszycia esicy oraz nieprawidłowym leczeniem szpitalnym; zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego udzielonego z urzędu, które nie zostały pokryte w żadnej części.

Uzasadniając powyższe żądania powód wskazał, że w marcu 2011 r. przeszedł operację usunięcia polipów z jelita grubego. Zaleceniem lekarza wykonującego zabieg było, aby po upływie roku od wykonanej operacji wykonać badanie kontrolne jelita grubego. W związku z tym, w dniu 22 maja 2012 r. powód zgłosił się do Szpitala (...) w L., gdzie wykonano u niego kontrolne badanie kolonoskopowe. W opisie tego badania wskazano, że „błona śluzowa jelita

grubego prawidłowa”, a co w ocenie powoda oznacza, że jelito było zdrowe. Jednocześnie w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego z 2 czerwca 2012 r. zaznaczono, iż powód przebywał w szpitalu od dnia 22 maja 2012 r. do dnia 2 czerwca 2012 r., z rozpoznaniem rozlane zapalenie otrzewnej, jatrogenna perforacja esicy, zrosty jelitowo - otrzewnowe, ropienie rany pooperacyjnej, padaczka.

Powód wywodził, że zgłosił się na badanie kolonoskopowe, jako osoba zdrowa, w pełni sprawna fizycznie, w badaniu nie stwierdzono w jelicie żadnych nieprawidłowości. Natomiast z karty informacyjnej z 2 czerwca 2012 r., wynika, że u powoda wystąpiły wszelkie możliwe powikłania, w wyniku których utracił zdrowie i stał się osobą niepełnosprawną. Wskazał, że badanie kolonoskopowe przeprowadzono u niego bez znieczulenia, gdyż pielęgniarka nie umiała założyć wkłucia do żyły. Powód w trakcie badania krzychał, ponieważ odczuwał silny ból. Powód prosił, aby zaprzestano badania, a przeprowadzający badanie nie reagowali, tylko kontynuowali badanie, w wyniku, którego przebito esicę. Żona powoda słyszała krzyki na korytarzu szpitalnym. Mimo tego w opisie badania kolonoskopowego napisano, że podano powodowi jedną ampulkę M. do żyły, gdyż wykonywanie badania kolonoskopowego wymaga podania pacjentowi środków przeciwbólowych. Po badaniu, z uwagi na to, iż powód odczuwał silny ból, zrobiono RTG jamy brzusznej, które nie wykazało żadnych nieprawidłowości. Następnie przewieziono powoda na salę operacyjną, gdzie wykonano operację zszycia przebitej esicy i zdrenowano brzuch. Przebieg pooperacyjny powikłany był ropieniem rany.

W wyniku przeprowadzonej niezgodnie ze sztuką lekarską operacji doszło u powoda do rozlanego zapalenia otrzewnej i zrostów jelitowo otrzewnowych. Przez tydzień czasu powód w ogóle nie wiedział, co dzieje się wokół niego, miał zaburzenia świadomości. Powód leżał na izolatce z powodu infekcji. Po tygodniu powróciła powodowi świadomość. Czuł się bardzo źle, wymiotował, skarżył się na ostry ból brzucha, ból w boku i pleców. Lekarze nie reagowali na jego skargi, mimo, że zgłaszał je od momentu odzyskania świadomości. Lekarz powiedział powodowi, że to jest oddział chirurgii, a nie pulmonologii. Nie wezwano lekarza pulmonologa, aby zdiagnozował przyczynę bólu pleców. Powodowi podawano odżywianie pozajelitowe. Po dwóch tygodniach, pomimo zgłaszanych dolegliwości wypisano powoda ze szpitala. Powód w domu nadal czuł się źle, wymiotował brunatnym płynem, odczuwał ból pleców, boku, brzucha. Po około 12 godzinach od powrotu powoda ze szpitala do domu, żona zawiozła powoda na szpitalną izbę przyjęć. Powoda przyjmował ten sam lekarz, który wykonywał kolonoskopię, założył mu sondę do żołądka i skierował na oddział chirurgii ogólnej. Dopiero po kilku dniach wezwano lekarza z oddziału pulmonologii, który stwierdził obustronne zapalenie płuc i płyn w płucach. Jak wynika z karty informacyjnej leczenia szpitalnego z 19 czerwca 2012 r., powód po wypisaniu ze szpitala w dniu 2 czerwca 2012 r., został przyjęty ponownie do szpitala na oddział chirurgii ogólnej w dniu 3 czerwca 2012 r. Zatem powód w dniu 2 czerwca 2012 r. został wypisany ze szpitala z ropniem zachyłka pęcherzowo - odbytniczego, obustronnym wysiłkowym zapaleniem płuc, zapaleniem błony śluzowej żołądka i zakażeniem *helicobacter pylori*, co oznacza, że został wypisany z chorobami, które zagrażały życiu powoda. Ponadto wymienionych chorób, powód nabawił się przebywając na oddziale (...) Ogólnej (...) w L..

Powód podniósł, że wszystkie wymienione choroby były wynikiem poważnych zaniedbań lekarzy w leczeniu powoda. Szpital nie przedsięwziął żadnych starań, aby złagodzić następstwa przebiecia esicy. Po kolejnym dwu tygodniowym pobycie w szpitalu, powód powrócił do domu, jednakże czuł się bardzo źle przez kolejne miesiące, był bardzo osłabiony, leżał, dostał anemię, bolał go brzuch i plecy. Utracił siłę fizyczną. Opiekę nad powodem przejęła żona, która w zasadzie opiekuje się nim do chwili obecnej. Powód nigdy nie powrócił do zdrowia. Przed badaniem kolonoskopowym powód prowadził normalne życie, był w pełni sprawną osobą, dorabiał dorywczo na budowie, gdzie osiągał dochód w wysokości 1.500,00 zł miesięcznie przez 6 miesięcy w roku. W lutym 2013 r. zdiagnozowano u powoda szpiczaka mnogiego - nowotwór szpiku kostnego. Powód był osłabiony, po leczeniu szpitalnym dostał anemię, spadła odporność jego organizmu po przebytych powikłaniach i chorobach, na skutek nieprawidłowego leczenia szpitalnego. Przyczyną powstania szpiczaka jest m.in. spadek odporności organizmu. Powód pozostaje w stałym leczeniu szpitalnym.

Co do wysokości odszkodowania, powód wskazał, że na żadaną z tego tytułu kwotę składają się: 1) 9.000,00 zł - utracone przez powoda zarobki, powód pracując dorywczo na budowie osiągał 1.500,00 zł miesięcznie przez pół roku; 2) 600,00 zł - przejazdy żony do szpitala - 20,00 zł jeden przejazd, żona codziennie odwiedza powoda w szpitalu; 3) 4.500,00 zł - szczególne odżywianie z powodu anemii, bólu żołądka, uszkodzenia jelita przez okres 7 miesięcy, co spowodowało zwiększenie wydatków na leki i odżywianie 500,00 zł miesięcznie; 4) 5.040,00 zł - od lutego 2013

r. powód przebywał siedmiokrotnie w szpitalu w K. na leczeniu w okresach od 1-3 tygodni, obecnie przebywa w G.. Płaci koszty związane z dojazdem do szpitala i ze szpitala do domu. Żona odwiedza powoda dwa razy w tygodniu. Koszt dojazdu wynosi 120,00 zł, 5) 4.000,00 zł - wartość opieki sprawowanej przez żonę nad powodem. Powód po powrocie ze szpitala był bardzo słaby, wymagał opieki, nie był w stanie samodzielnie radzić sobie w czynnościach dnia codziennego, leżał, bolał go brzuch, plecy. Stawka godzinowa sprawowanej opieki przez osobę trzecią wynosi 10,00 zł. Jest to stawka przyjęta przez Ośrodek Pomocy Społecznej za sprawowaną opiekę. Stała opieka nad powodem była sprawowana przez okres dwóch miesięcy.

W odpowiedzi na pozew (k. 105-106) Szpital (...) w L. wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie od powoda na jego rzecz kosztów procesu według norm przepisanych.

W uzasadnieniu swojego stanowiska pozwany podniósł, że nie można przyjąć aby proces leczenia powoda przebiegał nieprawidłowo. Zdaniem pozwanego, gdyby badanie kolonoskopowe z 2011 r. przeprowadzone zostało nieprawidłowo, to jego negatywne następstwa pojawiłyby się dużo wcześniej. Pobyt powoda w szpitalu w 2012 r. związany był z zapaleniem otrzewnej i z takimi objawami powód został przyjęty na oddział.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

Powód W. Z. w dniach od 06 marca 2011 r. do 07 marca 2011 r. przebywał na Oddziale Chirurgii Ogólnej Szpitala (...) w L., gdzie rozpoznano u niego: polip zstępnicy, żylaki odbytu I° oraz zapalenie nągłośni.

W dniu 07 marca 2011 r. wykonano powodowi kolonoskopię. W opisie tego badania wskazano: zwieracze napięte prawidłowo, w kanale odbytu żylaki I°, błona śluzowa na całym odcinku jelita grubego o prawidłowym wyładzie, na głębokości 75cm od anodermi wstępnicy niewielki polip 2-3 mm pokryty prawidłową błoną śluzową na szczycie fałdu, usunięto kęsowo. Wysłano na badanie histopat. Aparat wprowadzono do kątnicy. Przedmiotowe badanie poprzedzone zostało podaniem powodowi dożylnie środków przeciwbólowych. W jego trakcie powód nie odczuwał bólów. Zalecono mu powtórzenie tego badania za rok.

Zgodnie z tym zaleceniem, powód po uprzednim umówieniu wizyty, w dniu 22 maja 2012 r. został przyjęty do Pracowni Endoskopowej Szpitala (...) w L. celem wykonania badania.

Przed zabiegiem podano powodowi 1 ampulkę M. drogą dożylną oraz 1 ampulkę P. drogą domięśniową. W wyniku badania aparat endoskopowy wprowadzono do kątnicy. W badanym odcinku jelita grubego nie stwierdzono zmian patologicznych w zakresie błony śluzowej jelita grubego. W trakcie badania powód odczuwał znaczne dolegliwości bólowe, o czym informował prowadzącego badanie lekarza.

Dolegliwości te nie utrudniły jednak dokończenia badania, w którego opisie wskazano: zwieracze o prawidłowym napięciu, widoczne żylaki odbytu I°, błona śluzowa jelita grubego prawidłowa bez makroskopowej patologii, aparat wprowadzono do kątnicy, podano 1 amp. M. dożylnie i 1 amp. P. domięśniowo.

Po badaniu powód zgłaszał ponownie silne dolegliwości bólowe zlokalizowane w nadbrzuszu z towarzyszącym ogólnym złym samopoczuciem. W związku z tym z pracowni został przewieziony na Izbę Przyjęć gdzie stwierdzono na podstawie wywiadu, badania fizykalnego oraz badania radiologicznego jamy brzusznej objawy perforacji jelita grubego z rozlanym zapaleniem otrzewnej.

Powoda przyjęto na Oddział (...) Ogólnej Szpitala (...) w L.. Po niezbędnym przygotowaniu wykonano u niego w trybie nagłym zabieg operacyjny laparotomii oraz zaopatrzoną uszkodzoną w czasie kolonoskopii część jelita grubego (esicę). W czasie zabiegu uwolniono liczne zrosty jelitowo - otrzewnowe, wypłukano jamę otrzewnej oraz zeszyto dwuwarstwowo rozerwaną część esicy. Założono dwa dreny do jamy brzusznej.

Zabieg przebiegał bez komplikacji. Po zabiegu włączono typowe leczenie - płynoterapia, antybiotykoterapia, leki przeciwzakrzepowe i przeciwbólowe. W piątej dobie po zabiegu pojawiło się ropienie rany pooperacyjnej, które przy pomocy opatrunków i antybiotyków udało się wyleczyć.

Przez cały okres pobytu w szpitalu (od 22 maja 2012 r. do 02 czerwca 2012 r.) powód nie gorączkował. Zgłaszał natomiast osłabienie oraz okresowe dolegliwości bólowe w okolicy jamy brzusznej. Wykonane w dniu 31 maja 2012 r. badanie USG jamy brzusznej nie wykazało zmian patologicznych w zakresie narządów jamy brzusznej ani obecności wolnego płynu w jamie otrzewnej.

W dniu 02 czerwca 2012 r. powoda wypisano do domu z zaleceniami. Ze względu na niskie wartości morfologii krwi zalecono stosowanie leków pobudzających czynności krwiotwórcze.

Po opuszczeniu Oddziału (...) powód udał się do domu. Zaraz po powrocie powód nadal odczuwał osłabienie oraz pojawiły się u niego wymioty, zaburzenia w oddawaniu stolca, bóle brzucha oraz gorączka. Po kilkugodzinnym pobycie w domu żona powoda ponownie przywiozła go na Izbę Przyjęć Szpitala (...) w L.. Po wstępnym badaniu powód został przyjęty ponownie na Oddział (...) Ogólnej. W wykonanych badaniach obrazowych (RTG płuc, tomografia komputerowa jamy brzusznej, gastroscopia, pasaż jelit) stwierdzono: ropień zachyłka pęcherzowo-odbytniczego, obustronne wysiękowe zapalenie płuc, zapalenie błony śluzowej żołądka; zakażenie H. P.. Powód został skonsultowany pulmonologicznie. Po przygotowaniu wykonano u niego w znieczuleniu przewodowym punkcję i ewakuację ropnia zachyłka pęcherzowo- odbytniczego (12 czerwca 2012r.).

W wykonanym badaniu bakteriologicznym treści uzyskanej w trakcie nakłucia stwierdzono szczep bakterii E. faecium. Po uzyskaniu poprawy w dniu 19 czerwca 2012 r. powoda wypisano do domu z zaleceniem kontynuacji antybiotykoterapii oraz kontroli w Poradni Pulmonologicznej.

Po opuszczeniu szpitala powód kontynuował leczenie w Poradni Rejonowej. Ze względu na utrzymujące się osłabienie, stany podgorączkowe oraz nieprawidłowości w obrazie morfologii krwi powód został skonsultowany hematologicznie. Na podstawie badań rozpoznano u powoda szpiczaka mnogiego. Obecnie pozostaje on pod kontrolą Instytutu (...) w G.. W maju 2015 r. wykonano u powoda przeszczep szpiku kostnego.

Dowód: - opinia CM UJ w K. (k. 191-194),

- zeznania powoda k. 118 od 01:10:55,

- opinia sądowno - lekarska biegłego lek. J. Ś. (k. 128-132),

- zeznania świadka M. L. k. 116/2 od 00:10:27,

- zeznania świadka G. Z. k. 117 od 00:20:33,

- zeznania świadka M. Z. k. 117 od 00:30:07.

Kolonoskopia, którą u powoda wykonano w dniu 22 maja 2012 r. jest badaniem inwazyjnym i w związku z tym może być przyczyną powikłań.

W trakcie badania może wystąpić (choć zdarza się to bardzo rzadko) ostre przebicie przewodu pokarmowego (około 0,17% przypadków) albo krwawienie, szczególnie po usunięciu polipa (ok. 0,1-1,5% przypadków).

U powoda badanie kolonoskopowe zostało przeprowadzone zgodnie z obowiązującymi procedurami. Przed badaniem powód otrzymał lek wywołujący sedację, podany dożylnie - M.. Jest to lek stosowany rutynowo przy tego rodzaju badaniach. Pełne znieczulenie ogólne przy tego typu badaniach stosowane jest w wyjątkowych sytuacjach. Sedacja stanowi połączenie leków uspokajających i przeciwbólowych, i pozwala na współpracę pacjenta w trakcie badania i

osiągnięcie pełnego celu jakim jest obejrzenie pełnego odcinka jelita grubego. U powoda, mimo braku znieczulenia ogólnego, udało się wprowadzić aparat kolonoskopowy do całego jelita grubego.

Zgłaszane przez powoda w trakcie badania dolegliwości mogły wiązać się z istniejącymi u niego a stwierdzonymi dopiero w trakcie wykonanej po perforacji jelita laparotomii zrostami jelitowo-otrzewnowymi esicy. Zrosty widoczne w trakcie zabiegu operacyjnego zeszyca perforacji jelita dotyczą przestrzeni na zewnątrz jelita. Nie są one więc widoczne w trakcie badania kolonoskopowego zwłaszcza, że ruchy perystaltyczne jelita uniemożliwiają dokładną ocenę tego co dzieje się poza jego światłem w jamie otrzewnej. Zrosty jelitowo-otrzewnowe powstają w okolicy jelita np. w wyniku toczących się w okolicy (jama otrzewna) stanów zapalnych. Do ich powstania nie dochodzi jednak w ciągu godzin ale w ciągu dni lub nawet lat.

U powoda do powstania takich zrostów nie mogło przyczynić się przedziurawienie jelita. Istniały one dużo wcześniej i nie były widoczne w trakcie badania kolonoskopowego. Ropnie zachyłka pęcherzowo-odbytniczego stanowią późne powikłania po zapaleniu otrzewnej spowodowanym wydostaniem się treści jelitowej.

Odsetek perforacji jelita w trakcie badania kolonoskopowego nie zależy od typu zastosowanego znieczulenia. Sposób wykonania zabiegu oraz zastosowanie znieczulenia są to dwa rozłączne problemy. Uszkodzenie jelita grubego w trakcie kolonoskopii może polegać na przebiciu jelita w miejscu gdzie jego ściana jest szczególnie osłabiona (np. uchyłki ściany) lub na uszkodzeniu najczęściej w miejscu zrostów zewnątrzściennych z otrzewną ścienną lub innym narządem.

Powikłanie tego badania wziernikowego wynika na ogół z pokonywania naturalnych krzywizn przewodu pokarmowego, których anatomia u każdego człowieka jest nieco odmienna przy jednoczesnym rozdmuchiwanie pokonywanych fragmentów jelita grubego. Istotnym czynnikiem podwyższającym ryzyko perforacji rozerwania jest obecność zrostów w jamie brzusznej między pętlami jelit, a otrzewną, co znacząco zmniejsza mobilność poddawanych wziernikowaniu i pokonywanych odcinków jelita grubego.

Nie jest możliwym stwierdzenie przed diagnostyką kolonoskopową czy pacjent jest dotknięty zrostami w jamie otrzewnej czy też nie. Sam zabieg wziernikowania jelita grubego jest bolesny głównie z powodu rozdmuchiwanie wziernikowanych odcinków jelita, a także pociągania jego fragmentów w związku z pokonywaniem naturalnych krzywizn.

Stosowanie sedoanalgezji czyli postępowania częściowo zmniejszającego odczuwanie bólu i uspakajającego pacjenta ma na celu podniesienie komfortu badania, a nie zniesienie odczuwania bólu. U powoda, dzięki temu, że zastosowano wyłącznie sedoanalgezję powikłanie zostało niezwłocznie zdiagnozowane i zaopatrzone. Gdyby znieczulenie trwało dłużej, bo byłoby to znieczulenie ogólne to odczuwanie byłoby zniesione na czas dłuższy i powikłanie zostałoby zdiagnozowane na etapie kałowego zapalenia otrzewnej, co jest znacznie trudniejsze do wyleczenia i obarczone większym ryzykiem powikłań.

Każdy endoskopista wykonujący badania wziernikowe jelita grubego może zdecydować o wykonaniu kolonoskopii bez znieczulenia, co z punktu widzenia bezpieczeństwa pacjenta ma wiele zalet. Zarówno sedoanalgezja, jak i znieczulenie ogólne są odrębnymi postępowaniami medycznymi obciążonymi swoim odrębnym ryzykiem powikłań abstrahując od pogorszenia warunków wczesnego rozpoznania powikłań.

Operacja zeszyca perforacji esicy wykonana została u powoda zgodnie z regułami sztuki lekarskiej. Zastosowane po zabiegu operacyjnym leczenie antybiotykami oraz podwójny drenaż jamy otrzewnej był również zgodny z przyjętymi zasadami.

Sama perforacja jelita oraz towarzyszące jej rozlane zapalenie otrzewnej wywołane przedostającymi się do jamy otrzewnej składnikami treści jelitowej mogą być mimo płukania jamy brzusznej, podwójnego drenażu oraz antybiotykoterapii przyczyną powstania pooperacyjnych ropni międzypętlowych. W przypadku powoda doszło do powstania ropnia zachyłka pęcherzowo - odbytniczego niezależnie od prawidłowo wykonanego zabiegu zeszyca perforacji esicy.

W okresie pooperacyjnym ze względu na osłabienie, złe samopoczucie oraz dolegliwości bólowe brzucha proces usprawniania powoda trwał długo. To osłabienie aktywności oraz towarzyszące temu spadki odporności związane z przebytą infekcją mogły być powodem powstania obustronnego zapalenia płuc. Ze względu na brak ewidentnych objawów klinicznych oraz gorączki (jedynie w dniu 23 maja 2012 r. u powoda występowała z gorączka do 37,4°C), która i tak nie jest głównym i jedynym objawem zapalenia płuc, w trakcie pierwszego pobytu nie rozpoznano tego właśnie powikłania.

Rozpoznane u powoda w trakcie drugiego pobytu zapalenie błony śluzowej żołądka z infekcją H. pylori to infekcja, która może zdarzyć się przy jakimkolwiek stanie zapalnym w zakresie jamy brzusznej lub pojawić się niezależnie nawet u ludzi zdrowych. Przeprowadzenie u powoda badania bakteriologicznego dopiero w dniu 12 czerwca 2012 r. było uzasadnione. Wcześniej oznaczenie rodzaju drobnoustroju nie było możliwe. Uprzednie stosowanie leków przeciwbólowych i antybiotyków było prawidłowe.

Zabieg zaopatrzenia perforacji esicy został wykonany prawidłowo, zgodnie z aktualnie obowiązującą wiedzą medyczną.

Obustronne zapalenie płuc, zapalenie błony śluzowej żołądka oraz zakażenie H. pylori są odrębnymi samoistnymi schorzeniami pozostającymi bez związku z zabiegiem zeszywania esicy i nie są wynikiem jakichkolwiek zaniedbań leczenia.

Dowód: - opinia sądowno - lekarska biegłego lek. J. Ś. (k. 128-132) wraz z opinią uzupełniającą (k. 154-157);

- opinia CM UJ w K. (k. 191-194) wraz opinią uzupełniającą (k. 212- 213).

Przed zabiegiem kolonoskopii powód pracował w gospodarstwie rolnym. Podejmował także prace zarobkowe na budownictwie. Otrzymywał w związku z tym dochody rzędu 1.500,00 zł. Powód był otwarty, lubił żartować. Jego pasją była praca w sadzie.

Obecnie powód wymaga stosowania specjalnej diety, jest osłabiony, zamknięty w sobie, wszystko mu przeszkadza, zażywa leki przeciwbólowe.

Dowód: - zeznania powoda k. 118 od 01:10:55,

- zeznania świadka M. L. k. 116/2 od 00:10:27,

- zeznania świadka G. Z. k. 117 od 00:20:33,

- zeznania świadka M. Z. k. 117 od 00:30:07.

Powyższy stan faktyczny w zakresie niezbędnym dla rozstrzygnięcia sprawy Sąd ustalił na podstawie dokumentów dołączonych do akt, których prawdziwość nie była kwestionowana przez strony i nie budziła wątpliwości Sądu, a także na podstawie dowodów z opinii biegłego lek. J. Ś., opinii biegłych CM UJ oraz opinii uzupełniających, a nadto zeznań powoda i świadków.

Te ostatnie Sąd ocenił jako wiarygodne. Zarówno powód jak i świadkowie zeznawali spontanicznie, a wszystkie te zeznania wzajemnie ze sobą korespondowały. Obdarzenie tychże zeznań walorem wiarygodności nie przesądza jednak o konieczności automatycznego podzielenia ujawniających się w nich ocen, będących wyrazem subiektywnych przekonań zeznających, co do kwestii istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy, a dotyczących tego, czy obecny stan zdrowotny powoda jest następstwem wykonanego u niego w dniu 22 maja 2012 r. badania kolonoskopowego oraz operacji perforacji esicy.

Powyższe kwestie wkraczają bowiem w zakres specjalistycznej wiedzy medycznej. Dotyczą one zagadnień, które nie są objęte wiedzą ogólnie dostępną a jako takie, stosownie do dyspozycji art. 278 § 1 k.p.c. wymagały sięgnięcia do

opinii biegłych. W judykaturze oraz w piśmiennictwie wskazuje się, że mimo, iż użyte w tym przepisie wyrażenie, że Sąd jedynie „może zasięgnąć opinii biegłego w kwestiach wymagających wiedzy specjalnych” może wskazywać jedynie na uprawnienie Sądu w tym zakresie, to jednak w istocie przepis ten należy interpretować jako nakładający na Sąd obowiązek zasięgnięcia opinii biegłego, co do kwestii obejmujących zagadnienia specjalistyczne.

W niniejszej sprawie przeprowadził dowody z opinii biegłego sądowego J. Ś. oraz CM UJ w K., które są jasne, stanowcze, rzeczowe, pozbawione sprzeczności co sprawia, że Sąd zawarte w nich wnioski ocenił się jako przekonujące. Obie te opinie zostały opracowane w oparciu o dokładną analizę zebranego w sprawie materiału dowodowego obejmującego dokumentację medyczną, a także zeznania powoda i słuchanych w sprawie świadków. Biegli materiał ten zweryfikowali pod kątem wiedzy specjalistycznej, udzielając wyczerpujących, logicznych a zarazem kategoriycznych odpowiedzi na zadane im pytania. W obu opiniach biegli odnieśli się także do stawianych przez powoda zarzutów. W oparciu o konkretną argumentację, zarzuty te uznali za bezzasadne podtrzymując uprzednio zajęte stanowisko. Przekonanie Sądu o miarodajności tychże opinii w niniejszej sprawie jest tym większe, gdy wziąć pod uwagę, że mimo tego, że wydane zostały one przez niezależne od siebie podmioty, to zawarte w nich wnioski są takie same.

Powyższa okoliczność zadecydowała jednocześnie o oddaleniu wniosku powoda o przeprowadzenie dowodu z ustnej uzupełniającej opinii biegłych. Biegli już w swej opinii pisemnej udzielili wyczerpującej odpowiedzi co do wszelkich istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy zagadnień. Dopuszczenie dowodu z opinii ustnej w tej sytuacji prowadziłoby zatem jedynie do zbędnej zwłoki w postępowaniu.

Sąd oddalił również wniosek o dopuszczanie dowodu z opinii biegłego onkologa. Z informacji zawartych w opiniach powyżej wskazanych wynika bowiem jednoznacznie, że kwestia powikłań onkologicznych powoda nie jest następstwem wykonanego u niego przez stronę pozwaną badania kolonoskopowego ani też operacji perforacji esicy.

Sąd zważył, co następuje:

Powód domagał się w niniejszej sprawie zasądzenia od pozwanego szpitala kwoty 23.140,00 zł tytułem odszkodowania i kwoty 56.360,00 zł tytułem zadośćuczynienia oraz ustalenia odpowiedzialności pozwanego na przyszłość za szkody związane z nieprawidłowym wykonaniem badania kolonoskopowego, powikłaniami po operacji zszycia esicy oraz nieprawidłowym leczeniem szpitalnym.

Możliwość przypisania pozwanemu ewentualnej odpowiedzialności za powyższe zdarzenia należy rozpatrywać pod kątem przesłanek art. 430 k.c.

Zgodnie z przepisem art. 430 k.c. 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.

Przepis ten opiera się na odpowiedzialności zwierzchnika na zasadzie ryzyka - odpowiedzialność za skutek. Dla wykazania zasadności odpowiedzialności na podstawie art. 430 k.c. konieczne jest wystąpienie następujących przesłanek:

- szkody wyrządzonej osobie trzeciej przez podwładnego,
- winy podwładnego oraz
- wyrządzenia szkody przy wykonywaniu przez podwładnego powierzonej mu czynności, czyli wykazanie normalnego związku przyczynowego pomiędzy działaniem lub zaniechaniem a powstałą szkodą.

Ciężar dowodu (art. 6 k.c.) winy podwładnego, powstania szkody i jej wysokości obciąża poszkodowanego. Do przyjęcia winy osoby, o której mowa w art. 430 k.c., nie jest potrzebne wykazanie, iż osoba ta naruszyła przepisy dotyczące bezpieczeństwa życia i zdrowia ludzkiego; wystarczy, jeżeli wina tej osoby polega na zaniechaniu

zasad ostrożności i bezpieczeństwa, wynikających z doświadczenia życiowego i okoliczności danego wypadku (tak: wyrok SN z dnia 30 kwietnia 1975 r., II CR 140/75, niepubl.). Nie jest też konieczne personalne wskazanie podwładnego. Gdy osoba sprawcy szkody nie jest ustalona, lecz daje się określić z pewnością jako należąca do grona podwładnych danego zwierzchnika, wówczas mamy do czynienia z winą anonimową (beziemienną). Badanie przesłanek odpowiedzialności ograniczone zostaje wówczas do ustalenia „winy” sprawcy, bez oceny strony psychicznej podwładnego (nieustalonego).

Odpowiedzialność podmiotu leczniczego warunkuje zatem samo naruszenie procedur medycznych przez podległych mu pracowników przy spełnieniu pozostałych przesłanek odpowiedzialności, tj. powstaniu szkody i istnieniu związku przyczynowego między jej powstaniem a wskazanym naruszeniem, przy czym z uwagi na specyfikę tzw. spraw medycznych nie jest konieczne wykazanie związku przyczynowego z całą pewnością. Podmiot medyczny nie odpowiada za to, że nie wyleczył pacjenta tylko za to, że dążąc do tego celu nie postępował według znanej w danym czasie wiedzy medycznej i przyjętych powszechnie standardów. Zgodnie z ugruntowanym orzecnictwem w tzw. „procesach lekarskich” ustalenie w sposób pewny związku przyczynowego pomiędzy postępowaniem lekarza, a powstałą szkodą jest najczęściej niemożliwe, gdyż w świetle wiedzy medycznej w większości wypadków można mówić tylko o prawdopodobieństwie wysokiego stopnia, a rzadko o pewności, czy wyłączności przyczyny. Nie wymaga się, aby związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy wadliwym zastosowaniem określonej procedury medycznej a szkodą miał charakter bezpośredni. W orzeczeniu Sądu Najwyższego z 26 stycznia 1946 r. przyjęto, że do pomyślenia jest związek przyczynowy między szkodą a zdarzeniem, jeżeli zdarzenie to pośrednio stworzyło warunki przychylne albo ułatwiło powstanie zdarzenia innego lub nawet szeregu innych zdarzeń, z których ostatnie stało się bezpośrednią przyczyną szkody (Państwo i Prawo 1946/7 str. 114). Podobne stanowisko zajął Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 21 czerwca 1976 r. IV CR 193/76 (OSPika 1977/6 poz. 106 i wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 17 października 2007 r., II CSK 285/2007, LexPolonica nr 2423336). W wyroku z dnia 19 kwietnia 2013 r., sygn. I ACa 192/2013 Sąd Apelacyjny w Katowicach, LexPolonica nr 6707892 podkreślił, że w tzw. „procesach lekarskich” ustalenie w sposób pewny związku przyczynowego pomiędzy postępowaniem lekarza a powstałą szkodą jest najczęściej niemożliwe, gdyż w świetle wiedzy medycznej w większości wypadków można mówić tylko o prawdopodobieństwie wysokiego stopnia, a rzadko o pewności, czy wyłączności przyczyny, zatem do przyjęcia związku przyczynowego wystarczy już ustalenie wysokiego stopnia prawdopodobieństwa.

Przenosząc powyższe rozważania na grunt niniejszej sprawy stwierdzić należy, że powód nie wykazał przesłanek odpowiedzialności strony pozwanej, o których mowa w art. 430 k.c.

Z przeprowadzonych w sprawie opinii biegłych wynika bowiem jednoznacznie, że badanie kolonoskopowe powoda z 22 maja 2012 r. oraz zabieg zaopatrzenia perforacji esicy zostały wykonane prawidłowo, zgodnie z aktualnie obowiązującą wiedzą medyczną.

W szczególności z poczynionych w sprawie ustaleń wynika, że kolonoskopia, którą u powoda wykonano w 22 maja 2012 r. jest badaniem inwazyjnym i w związku z tym może być przyczyną powikłań. U powoda badanie to zostało przeprowadzone zgodnie z obowiązującymi procedurami. Przed badaniem powód otrzymał lek wywołujący sedację, podany dożylnie - M.. Jest to lek stosowany rutynowo przy tego rodzaju badaniach. Sedacja stanowi połączenie leków uspokajających i przeciwbólowych, i pozwala na współpracę pacjenta w trakcie badania i osiągnięcie pełnego celu jakim jest obejrzenie pełnego odcinka jelita grubego. U powoda, mimo braku znieczulenia ogólnego, udało się wprowadzić aparat kolonoskopowy do całego jelita grubego. Zgłaszane przez powoda w trakcie badania dolegliwości mogły wiązać się z istniejącymi u niego a stwierdzonymi dopiero w trakcie wykonanej po perforacji jelita laparotomii zrostami jelitowo-otrzewnowymi esicy. Zrosty widoczne w trakcie zabiegu operacyjnego zeszyca perforacji jelita dotyczą przestrzeni na zewnątrz jelita. Nie są one zatem widoczne w trakcie badania kolonoskopowego zwłaszcza, że ruchy perystaltyczne jelita uniemożliwiają dokładną ocenę tego co dzieje się poza jego światłem w jamie otrzewnej. Zrosty jelitowo-otrzewnowe powstają w okolicy jelita np. w wyniku toczących się w okolicy (jama otrzewna) stanów zapalnych. Do ich powstania nie dochodzi jednak w ciągu godzin ale w ciągu dni lub nawet lat.

U powoda do powstania takich zrostów nie mogło przyczynić się przedziurawienie jelita. Istniały one dużo wcześniej i nie były widoczne w trakcie badania kolonoskopowego. Ropnie zachyłka pęcherzowo-odbytniczego stanowią powikłania po zapaleniu otrzewnej spowodowanym wydostaniem się treści jelitowej.

Biegli wskazali również, że odsetek perforacji jelita w trakcie badania kolonoskopowego nie zależy od typu zastosowanego znieczulenia. Sposób wykonania zabiegu oraz zastosowanie znieczulenia są to bowiem dwa rozłączne problemy. Uszkodzenie jelita grubego w trakcie kolonoskopii może polegać na przebiciu jelita w miejscu gdzie jego ściana jest szczególnie osłabiona (np. uchyłki ściany) lub na uszkodzeniu najczęściej w miejscu zrostów zewnątrzściennych z otrzewną ścienną lub innym narządem.

Powikłanie tego badania wziernikowego wynika na ogół z pokonywania naturalnych krzywizn przewodu pokarmowego, których anatomia u każdego człowieka jest nieco odmienna przy jednoczesnym rozdmuchiwanie pokonywanych fragmentów jelita grubego. Istotnym czynnikiem podwyższającym ryzyko perforacji rozerwania jest obecność zrostów w jamie brzusznej między pętlami jelit, a otrzewną, co znacząco zmniejsza mobilność poddawanych wziernikowaniu i pokonywanych odcinków jelita grubego.

Nie jest jednocześnie możliwe stwierdzenie przed diagnostyką kolonoskopową czy pacjent jest dotknięty zrostami w jamie otrzewnej czy też nie. Sam zabieg wziernikowania jelita grubego jest bolesny głównie z powodu rozdmuchiwanie wziernikowanych odcinków jelita, a także pociągania jego fragmentów w związku z pokonywaniem naturalnych krzywizn.

Stosowanie sedoanalgezji, czyli postępowania częściowo zmniejszającego odczuwanie bólu i uspakajającego pacjenta ma na celu podniesienie komfortu badania, a nie zniesienie odczuwania bólu. U powoda, dzięki temu, że zastosowano wyłącznie sedoanalgezę powikłanie zostało niezwłocznie zdiagnozowane i zaopatrzone. Gdyby znieczulenie trwało dłużej, bo byłoby to znieczulenie ogólne to odczuwanie byłoby zniesione na czas dłuższy i powikłanie zostałoby zdiagnozowane na etapie kałowego zapalenia otrzewnej, co jest znacznie trudniejsze do wyleczenia i obarczone większym ryzykiem powikłań.

Z poczynionych w sprawie ustaleń wynika nadto, że każdy endoskopista wykonujący badania wziernikowe jelita grubego może zdecydować o wykonaniu kolonoskopii bez znieczulenia, co z punktu widzenia bezpieczeństwa pacjenta ma wiele zalet. Zarówno sedoanalgeza, jak i znieczulenie ogólne są odrębnymi postępowaniami medycznymi obciążonymi swoim odrębnym ryzykiem powikłań abstrahując od pogorszenia warunków wczesnego rozpoznania powikłań.

Z zebranego w sprawie materiału dowodowego wynika także, że operacja zeszywania perforacji esicy wykonana została u powoda zgodnie z regułami sztuki lekarskiej. Zastosowane po zabiegu operacyjnym leczenie antybiotykami oraz podwójny drenaż jamy otrzewnej był również zgodny z przyjętymi zasadami.

Sama perforacja jelita oraz towarzyszące jej rozlane zapalenie otrzewnej wywołane przedostającymi się do jamy otrzewnej składnikami treści jelitowej mogą być mimo płukania jamy brzusznej, podwójnego drenażu oraz antybiotykoterapii przyczyną powstania pooperacyjnych ropni międzypętlowych. W przypadku powoda doszło do powstania ropnia zachyłka pęcherzowo - odbytniczego niezależnie od prawidłowo wykonanego zabiegu zeszywania perforacji esicy.

W okresie pooperacyjnym za względu na osłabienie, złe samopoczucie oraz dolegliwości bólowe brzucha proces usprawniania powoda trwał długo. To osłabienie aktywności oraz towarzyszące temu spadki odporności związane z przebytą infekcją mogły być powodem powstania obustronnego zapalenia płuc. Ze względu na brak ewidentnych objawów klinicznych oraz gorączki (jedynie w dniu 23 maja 2012 r. u powoda występowała z gorączka do 37,4°C), która i tak nie jest głównym i jedynym objawem zapalenia płuc, w trakcie pierwszego pobytu nie rozpoznano tego właśnie powikłania.

Rozpoznane u powoda w trakcie drugiego pobytu zapalenie błony śluzowej żołądka z infekcją H. pylori to infekcja, która może zdarzyć się przy jakimkolwiek stanie zapalnym w zakresie jamy brzusznej lub pojawić się niezależnie nawet u ludzi zdrowych. Także przeprowadzenie u powoda badania bakteriologicznego dopiero w dniu 12 czerwca 2012 r. było uzasadnione. Wcześniej bowiem oznaczenie rodzaju drobnoustroju nie było możliwe. Upřednie stosowanie leków przeciwbólowych i antybiotyków było prawidłowe.

Zabieg zaopatrzenia perforacji esicy został wykonany prawidłowo, zgodnie z aktualnie obowiązującą wiedzą medyczną.

Obustronne zapalenie płuc, zapalenie błony śluzowej żołądka oraz zakażenie H. pylori są odrębnymi samoistnymi schorzeniami pozostającymi bez związku z zabiegiem zeszycia esicy i nie są wynikiem jakichkolwiek zaniedbań leczenia.

W tym stanie rzeczy Sąd doszedł do przekonania, że nie można twierdzić, aby występujące u powoda, a wskazane w pozwie schorzenia były następstwem jakichkolwiek zaniedbań ze strony personelu medycznego pozwanego szpitala. Cały proces leczenia powoda w pozwanym szpitalu w okresie objętym pozwem zgodny był z wymogami sztuki lekarskiej. Wszystkie zalecenia adekwatne były do danego etapu procesu leczenia. Powód nie wykazał, aby rozerwanie jelita do jakiego doszło u niego podczas badania kolonoskopowego było następstwem braku upředniego zastosowania znieczulenia. Przeciwnie, na podstawie przedmiotowych opinii biegłych popartych specjalistyczną wiedzą medyczną przyjąć trzeba, że brak zastosowania tego znieczulenia oraz zastosowanie sedoanalgezji były w pełni uzasadnione. Nie można też twierdzić, aby zrosty jelitowo-otrzewnowe zdiagnozowane u powoda podczas wykonanego następnie u niego zabiegu operacyjnego powstały właśnie na skutek przebiccia jelita podczas kolonoskopii. Między kolonoskopią, w trakcie której jelito powoda zostało przedziurawione, a zabiegiem perforacji minęło bowiem zaledwie kilka godzin. Niemożliwym było przy tym stwierdzenie występowania takich zrostów u powoda podczas samego badania kolonoskopowego, a co mogłoby ewentualnie uzasadniać odstąpienie od jego wykonania.

Prawidłowo wykonana została u powoda także operacja perforacji esicy. Nie można stwierdzić aby, powstałe po jej wykonaniu u powoda powikłania były skutkiem jakichkolwiek zaniedbań czy błędnych decyzji medycznych. Sama perforacja jelita oraz towarzyszące jej zapalenie otrzewnej mogą być przyczyną powstania pooperacyjnych ropni międzypęłowych. W przypadku powoda taki właśnie skutek miał miejsce. Powstał u niego ropień zachyłka pęcherzowo- odbytowego. Zasadne było również poddanie powoda po operacji leczeniu antybiotykami. Na tym etapie niemożliwym było stwierdzenia zakażenia bakteryjnego. Stwierdzone u powoda zapalenie płuc było związane z osłabieniem jego organizmu po wykonanej operacji, lecz nie było jej bezpośrednim skutkiem. Podobnie zakażenie H. pylori jedynie zbiegło się w czasie z pobytem powoda w szpitalu, lecz nie miało związku z jakimkolwiek uchybieniem, które można zarzucić personelowi medycznemu pozwanego szpitala.

W tym stanie rzeczy powództwo nie mogło zostać uwzględnione i podlegało oddaleniu, o czym Sąd orzekł w punkcie I wyroku.

Powód został zwolniony od kosztów sądowych w całości oraz korzystał z pomocy pełnomocnika z urzędu.

Strona pozwana reprezentowana była przez pełnomocnika z wyboru.

Sąd przyznał wynagrodzenie biegłym w łącznej kwocie 8.773,96 zł (k. 141, 142, 197, 216), które zostało wypłacone ze środków Skarbu Państwa.

W związku z tym, że powód przegrał sprawę w całości winien zapłacić na rzecz strony pozwanej żadne przez nią koszty zastępstwa procesowego. Mając jednak na uwadze aktualną sytuację życiową i majątkową powoda, a także charakter sprawy, jak również to, że powód występując z niniejszą sprawą mógł pozostawać w przekonaniu o słuszności swoich roszczeń względem strony pozwanej, które zanegowały w całości dopiero opinie biegłych, Sąd postanowił przy zastosowaniu art. 102 k.p.c. nie obciążyć powoda obowiązkiem zwrotu kosztów procesu na rzecz strony pozwanej.

Należne pełnomocnikowi powoda z urzędu wynagrodzenie w łącznej kwocie 4.428,00 zł brutto Sąd ustalił w oparciu o przepisy Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu (Dz.U. Nr 163, poz. 1348), właściwego ze względu na datę wszczęcia postępowania - § 6 pkt 6 w zw. z § 2 ust. 3. Przy czym z uwagi na wynik sprawy wynagrodzenie to przyznał ze środków Skarbu Państwa.

Z uwagi na zwolnienie powoda od kosztów sądowych w całości, nieuiszczonymi kosztami sądowymi został obciążony Skarb Państwa (punkt IV wyroku).