

Sygn. akt I C 268/19

Dnia 11 marca 2022 r.

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

Przewodniczący: SSO Maria Tokarz

Protokolant: sekr. sąd. Daria Burny

po rozpoznaniu w dniu 11 marca 2022 r. w Nowym Sączu

na rozprawie

sprawy z powództwa S. Z.

przeciwko Szpitalowi (...) im. dr T. C. z/s w Z., (...) S.A. z/s w W.

o zapłatę

I. Oddała powództwo.

II. Nakazuje ściągnąć od powoda S. Z. na rzecz Skarbu Państwa Sądu Okręgowego w Nowym Sączu kwotę 284,17 złotych (dwieście osiemdziesiąt cztery złote 17/100) z tytułu kosztów sądowych.

III. Koszty postępowania między stronami wzajemnie znosi.

SSO Maria Tokarz

Sygn. akt I C 268/19

UASADNIENIE

wyroku z dnia 11.03.2022 roku

Powód S. Z. ostatecznie domagał się zasądzenia od pozwanych Szpitala (...) i (...) SA in solidum kwoty 150 000 zł zadośćuczynienia za doznaną krzywdę w wyniku śmierci żony W. Z. (1) na podstawie art. 448 § 4 k.c. oraz art. 448 k.c. w zw. z art. 23 i 24 k.c. wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty. Wniósł też o zasądzenie od pozwanych na jego rzecz kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego. Na wypadek gdyby Sąd nie uwzględnił powództwa lub uwzględnił w zakresie mniejszym powód wniósł w oparciu o treść art. 102 kpc o nieobciążanie go kosztami postępowania z uwagi na jego wiek i stan zdrowia (k.2-11, k. 238-239, k.614).

Powód podniósł, że jego żona W. Z. (1) dnia 3.07.2018 roku trafiła do Szpitala(...), którego wówczas ubezpieczał (...) SA, celem dalszej diagnostyki niedokrwistości na tle niedoboru żelaza, wykrytej podczas poprzedniej hospitalizacji na oddziale kardiologicznym. Dnia 4.07.2018 roku wykonano u niej gastroskopię, a dnia 6.07.2018 roku kolonoskopię. Zdaniem powoda proces leczenia jego żony w pozwanym szpitalu był wysoce niestaranny i w konsekwencji doprowadził do jej przedwczesnej śmierci. Żona powoda została skierowana na hospitalizację z rozpoznaniem: „wrzód trawienny o nieokreślonym umiejscowieniu, smoliste stolce od 4 miesięcy”. W pozwanym szpitalu zdiagnozowano chorobę uchyłkową jelita cienkiego i grubego bez przedziurawienia i ropnia. Wykonana dnia 6 lipca 2018r. kolonoskopia uwidoczniała uchyłki jelita, lecz nie stwierdzono wówczas stanu zapalnego, martwicy, ropnia czy też perforacji jelita. Po rozpoznaniu w trakcie kolonoskopii uchyłków na jelicie grubym personel pozwanego winien był upewnić się, czy podczas przeprowadzanych zabiegów nie doszło do wywołania zmian zapalnych uchyłków, co stanowi najczęstsze powikłanie tego schorzenia. Choroba uchyłkowa jelit stanowi przeciwwskazanie dla przeprowadzenia badania kolonoskopowego, co personel pozwanego szpitala zignorował. W konsekwencji

śródzabiegowego podrażnienia zmienionych uchyłków może dojść do perforacji jelit i powstania ropni, jednakże zagrożenie to zostało zbagatelizowane przez personel pozwanego szpitala i żonę powoda wypisano do domu już w pierwszej dobie po ryzykownym zabiegu, w stanie określonym jako „dobry”, bez dłuższej obserwacji. Ponadto skoro dnia 9 lipca 2018r. żona powoda została przyjęta w trybie nagłym, wymagającym pilnej ze wskazań życiowych operacji rozlanego zapalenia otrzewnej to oczywistym jest, że w dniu wypisu (tj. dwa dni wcześniej) w jej organizmie musiały już toczyć się procesy zapalne, a dodatkowy dzień obserwacji w szpitalu mógł pozwolić na wykrycie rozwijających się komplikacji i (...). Ponadto niestaranności personelu pozwanego szpitala wynika też z tego, że żona powoda była w grupie podwyższonego ryzyka komplikacji po zabiegu kolonoskopii, co powinno skutkować obserwacją szpitalną, pozwalającą wykluczyć zaistnienie możliwych powikłań czy komplikacji. Także opieka i leczenie w czasie powtórnej hospitalizacji po dniu 9 lipca 2018r. nosiły wg powoda znamiona rażącej niestaranności i niezgodności ze zdobyczami współczesnej sztuki medycznej. Zaniechania te polegały na: kilkunastogodzinnej zwłóce w wykonaniu koniecznego zabiegu chirurgicznego, niestarannym zszytciu jelita lub przeoczeniu kolejnej perforacji, czego dowodem był wypływ treści kałowo – krwistej z drenu mimo wyłonienia stomii oraz „płukania do czysta” jamy otrzewnej podczas zabiegu w dniu 10.07.2018r., stosowaniu antybiotykoterapii empirycznej, mimo jej nieskuteczności (utrzymująca się leukocytoza, skoki temperatury ciała, wyciek treści ropnych z rany i drenu), zaniechaniu terapii celowanej na podstawie wyników badań bakteriologicznych, forsowaniu diurezy mimo znamiennej ujemnego bilansu płynów dochodzącego do 4500ml/dobę oraz niewydolności krążeniowej, wymagającej ciągłego podawania amin presyjnych, co mogło świadczyć o niedostatecznym wypełnieniu łożyska naczyniowego, nie modyfikowaniu w należyty sposób terapii w związku z pogarszającymi się wynikami gazometrii oraz OCŻ, mogącymi świadczyć o niewłaściwym ustawieniu respiratora. Te działania personelu medycznego pozwanego szpitala podczas obu hospitalizacji żony powoda nacechowane były rażąca niestarannością, leczenie to było niezgodne z wymogami zawartymi w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz w ustawie o zawodzie lekarza i lekarza dentysty, które nakazują leczenie zgodne ze zdobyczami aktualnej wiedzy medycznej, z należytą starannością zaś w przypadku zagrożenia życia personel medyczny miał obowiązek udzielenia natychmiastowej pomocy. Wobec nie stwierdzenia w badaniu kolonoskopowym zmian zapalnych w esicy pacjentki i ujawnieniu już w 3 dni po tym badaniu rozlanego zapalenia otrzewnej i perforacji jelita oczywistym jest, że do perforacji jelita i rozwoju zapalenia otrzewnej musiało dojść na skutek mechanicznej perforacji jelita podczas badania w dniu 6 lipca 2018r. lub na tyle poważnego podrażnienia ściany jelita, że wywołało ono jego martwicę i w dalszej konsekwencji perforację, skutkującą zagrażającym życiu pacjentki zapaleniem otrzewnej. Również postępowanie po ujawnieniu skutków niestarannego badania kolonoskopowego było niedbałe, odbierające pacjentce szanse na przeżycie. Doszło do kilkunastogodzinnej zwłoki w przeprowadzeniu ratującej życie operacji. Żona powoda trafiła do pozwanego szpitala we wstrząsie wywołanym rozlanym zapaleniem otrzewnej, co było bezwzględny wskazaniem do natychmiastowej interwencji chirurgicznej. Powód miał świadomość, że jego żona cierpiała na kilka współistniejących chorób, lecz żadna z tych chorób nie stała się przyczyną jej śmierci. Przyczyną śmierci osoby dla powoda najbliższej były tylko i wyłącznie nakładające się na siebie skutki niestaranności a wręcz niedbałości w udzielaniu W. Z. (1) świadczeń zdrowotnych w pozwanym szpitalu, z czym powód nie potrafi się pogodzić. Zawinione zaniechania popełnione przez personel pozwanego pozbawiły powoda wartości dla niego największej, jaką była bliskość ukochanej osoby. Powód nie jest w stanie zrozumieć, że musiał utracić najbliższą mu osobę nie ze względu na śmiertelną chorobę, lecz na zaniebane powikłania po banalnym zabiegu diagnostycznym. Również postawa pozwanego szpitala negującego fakt dopuszczenia się jakichkolwiek zaniechań wzbudza w powodzie głęboki sprzeciw i jest przez niego traktowana jak próba deprecjonowania doznanej przez niego straty. Powód podał, że zgłosił szkodę wpierw szpitalowi, prosząc jednocześnie o wskazanie ubezpieczyciela, a po uzyskaniu informacji w tym zakresie zgłosił szkodę (...) SA. Obaj pozwani odmówili wzięcia na siebie odpowiedzialności, argumentując, że perforacja esicy podczas badania kolonoskopowego jest zwykłym powikłaniem. Nadto wskazywali, iż mało prawdopodobnym było, że do perforacji doszło podczas zabiegu.

W piśmie z dnia 16.02.2022 roku (k.609) powód sprecyzował podstawy prawne swojego roszczenia. Powołał się na art. 23, 24, 415, 430, 444 ,445 ,446, 448 k.c. tj na wywołanie u poszkodowanej żony rozstroju zdrowia oraz znacznego uszczerbku na zdrowiu w postaci okołozabiegowej perforacji jelita grubego, skutkującej powstaniem ropnia, zapaleniem otrzewnej, a w konsekwencji stanem septycznym, niewydolnością wielonarządową prowadzącą

do jej śmierci, czym doprowadzono do wyrządzenia powodowi krzywdy związanej z utratą osoby najbliższej oraz naruszono jego dobra osobiste. Powód wskazał też na art. 4, 6, 7, 8, 9 oraz art. 18 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w związku z udzieleniem poszkodowanej żonie świadczeń zdrowotnych nieodpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, nieudzielenie adekwatnej do stanu zdrowia pacjentki natychmiastowej pomocy w stanie bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia oraz udzielanie poszkodowanej świadczeń zdrowotnych bez należytej staranności, a także zaniedbanie obowiązku udzielenia pacjentowi informacji o możliwych skutkach proponowanego i przeprowadzonego badania inwazyjnego kolonoskopii i nie odebranie od pacjenta pisemnej, świadomej zgody na zabieg obarczony podwyższonym ryzykiem. Samo zawinione naruszenie praw pacjenta uprawnia do ubiegania się o zadośćuczynienie, niezależnie od tego, czy zawinienie to doprowadziło do szkody na osobie pacjenta (art. 4 ustawy). Powód wskazał też na art. 30, 31 oraz art. 32 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza denty, bo jego zdaniem personel pozwanego szpitala dopuścił się zwłoki w udzieleniu pomocy lekarskiej w sytuacji gdzie zwłoka ta naraziła pacjentkę na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia, co niestety nastąpiło. Ponadto personel pozwanego szpitala uchybił obowiązkowi udzielenia pacjentowi informacji o możliwych niepożądanych efektach badania kolonoskopowego i nie odebrał od żony powoda świadomej, pisemnej zgody na ryzykowny zabieg diagnostyczny. W leczeniu żony powoda zostały złamane w/w obowiązujące przepisy prawa, co uprawnia powoda do roszczeń o charakterze kompensacyjnym.

Pozwany szpital wniósł o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie od powoda na jego rzecz zwrotu kosztów procesu wg norm przepisanych (k. 248-250). Pozwany podniósł, że zarzuty niestaranności w leczeniu W. Z. (1) są nieprawdziwe. Kobieta ta wcześniej była osobą schorowaną, obciążoną chorobami: chorobą niedokrwienną mięśnia sercowego i po zawale mięśnia sercowego, przewlekłą niewydolnością nerek, stłuszczeniem wątroby, po spastycznym zapaleniu oskrzeli, padaczką, uchyłkowością jelita, chorobą wrzodową żołądka, niedokrwistością, po cholecystectomii, miażdżycą uogólnioną i otyłością. Kolonoskopia to metoda badania dolnego odcinka przewodu pokarmowego polegająca na oglądaniu wnętrza jelita grubego kolonoskopem. Podczas badania do światła jelita wprowadzany jest pod ciśnieniem gaz, żeby poszerzyć światło jelita celem łatwiejszego wprowadzenia kolonoskopu i lepszego uwidocznienia stanu jelita. Gdyby więc doszło do przedziurawienia esicy w trakcie badania kolonoskopowego W. Z., to lekarz przeprowadzający badanie zauważyłby to. W takiej sytuacji następuje wypełnienie powietrzem jamy brzusznej, co byłoby widoczne na monitorze. Nie jest natomiast wykluczone, że u pacjentki doszło po kolonoskopii do późniejszego pęknięcia uchyłków jelita. Zatem zarzut przebicia esicy kolonoskopem nie jest prawdziwy. Zresztą podobnie jak i zarzut braku późniejszej obserwacji chorej w szpitalu. Badania kolonoskopowe wykonywane są także w trybie ambulatoryjnym i wówczas pacjent po badaniach opuszcza pracownię endoskopową. Tymczasem W. Z. (1) przebywała w szpitalu jeszcze jedną dobę i w tym czasie nie wystąpiły u niej żadne niepokojące objawy. Ze szczegółowo opisanego przebiegu hospitalizacji W. Z. (1) wynika, że na żadnym etapie jej leczenia personel medyczny szpitala nie popełnił błędu. Świadczenia były udzielane przez osoby legitymujące się wieloletnim doświadczeniem, potwierdzonymi odpowiednimi kwalifikacjami, w pomieszczeniach gwarantujących bezpieczne warunki leczenia i pobytu oraz w czasie odpowiednim do aktualnego stanu pacjentki. Skoro badanie wykonane przez lekarza (...) szpitala ani dalsze leczenie pacjentki nie były ani subiektywnie, ani obiektywnie bezprawne, to szpital nie ponosi odpowiedzialności odszkodowawczej za śmierć W. Z. (1). Ze względu na brak bezprawności działania personelu medycznego szpitala, związku przyczynowego między udzielaniem świadczeń a powikłaniem u pacjentki, roszczenie powoda są bezpodstawne.

(...) SA wniosło o oddalenie powództwa i zasądzenie kosztów postępowania w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych (k. 366-367). Pozwany podniósł, że wyniki postępowania likwidacyjnego uzasadniały brak podstaw do przyjęcia odpowiedzialności i wypłaty świadczenia. W toku postępowania likwidacyjnego ustalono, że W. Z. (1), 71- letnia pacjentka dnia 25.06.2018 została przyjęta do Oddziału Kardiologicznego pozwanego szpitala z rozpoznaniem choroby wieńcowej. Stwierdzono też u niej mierną niedokrwistość, chora podawała smolistość stolców od kilku miesięcy. Dnia 6 lipca 2018 wykonano kolonoskopię, w której stwierdzono liczne uchyłki w esicy, nie stwierdzono czynnego krwawienia, a przebieg badania był niepowikłany. Poszkodowana po badaniu nie zgłaszała żadnych dolegliwości. W dniu 7.07.2018 r. została wypisana do dalszego leczenia ambulatoryjnego, a 9 lipca 2018 wezwane zostało do niej pogotowie z powodu trwających od rana bólów brzucha i osłabienia. Poszkodowana

została przyjęta do Oddziału Chirurgicznego pozwanego szpitala w trybie nagłym z podejrzeniem krwawienia do przewodu pokarmowego. Wykonano laparotomię, stwierdzając perforację esicy z zapaleniem otrzewnej. Ze względu na niewydolność krążeniowo-oddechową przeniesiono poszkodowaną do dalszego leczenia w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Pomimo intensywnego leczenia poszkodowana zmarła 20.07.2018, wśród objawów niewydolności wielonarządowej. Zdaniem ubezpieczyciela u poszkodowanej najprawdopodobniej doszło do perforacji w wyniku stanu zapalnego, o czym może świadczyć wynik badania histopatologicznego. Perforacja jelita w czasie kolonoskopii jest opisywanym powikłaniem takiego zabiegu a nie błędem. Błędem jest wówczas brak obserwacji pacjenta po zabiegu lub brak reakcji na zgłaszane dolegliwości po zabiegu. U poszkodowanej dolegliwości pojawiły się dopiero w trzeciej dobie po zabiegu kolonoskopii, więc prawdopodobieństwo perforacji jelita podczas zabiegu z 6.07.2018 jest znikome. Ponadto nawet gdyby do niego doszło to byłoby to powikłanie. Nie zachodzą też podstawy domagania się zadośćuczynienia z art. 448 kc w zw. z art. 23 i 24 kc, w sytuacji gdy powód wskazuje jako podstawę prawną roszczenia art. 446 § 4 kc.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

S. i W. Z. (3) byli małżeństwem od 8.07.1972 roku. Mieszkali w Z.. W 2018 roku oboje przebywali już na emeryturach. W. Z. (1) była emerytowanym lekarzem chorób wewnętrznych, a S. Z. emerytowanym budowlańcem, taksówkarzem. W. Z. (1) pracowała w szpitalu w Z., a później w przychodni. Małżonkowie posiadali pełnoletnią i samodzielną córkę i syna. Wszystko robili razem. Chodzili na zakupy. Ważniejsze decyzje z uwagi na wykształcenie podejmowała W. Z. (1). Powód się jej podporządkował. Tworzyli zgodne i kochające się małżeństwo.

W. Z. (1) od lat się leczyła specjalistycznie m.in. na serce, cukrzycę. Miała duszności. W 2018 roku otrzymała skierowanie do sanatorium do B.. Oczekiwała na wyjazd, lecz w czerwcu 2018 roku słabiej się czuła. Nie mogła wejść po schodach bez odpoczynku.

(dowód: odpis skrócony aktu małżeństwa k. 21, zeznania świadka Ł. B. k. 414 00:26:09, częściowo zeznania świadka M. Z. k. 431-432 00:46:56, częściowo zeznania powoda S. Z. k. 449-450 00:05:27)

W. Z. (1) dnia 3.07.2018 roku trafiła do Szpitala (...) im dr. C. w Z. na Oddział Chorób Wewnętrznych ze skierowania, na planowaną hospitalizację w związku z rozpoznaniem wrzodu trawiennego o nieokreślonym umiejscowieniu i smolistymi stolcami od 4 miesięcy. Rozpoznanie to postawiono u niej podczas hospitalizacji na oddziale kardiologicznym w okresie 26.06- 28.06.2018 roku, gdzie przebywała z powodu choroby niedokrwiennej serca i wykonania angioplastyki wieńcowej gałęzi zstępującej lewej tętnicy wieńcowej. Podczas tej hospitalizacji na oddziale kardiologicznym stwierdzono u niej również niedokrwistość stopnia umiarkowanego do diagnostyki i nadmierne osłabienie. Diagnostyka na oddziale szpitalnym pozwanego szpitala miała trwać do 7.07.2018 roku.

Dnia 3.07.2018 roku przy przyjęciu W. Z. (1) wyraziła pisemną i świadomą zgodę na hospitalizację, zabiegi lecznicze i diagnostyczne (k.23). Podpisanie tej zgody poprzedziła rozmowa z lek. M. C. (1) specjalistą chorób wewnętrznych. M. C. (1) pytała W. Z. (1) czy wie na czym polega badanie gastrokopii i kolonoskopii i uzyskała odpowiedź twierdzącą. W. Z. (4) była zainteresowana jak najszybszym wyjściem ze szpitala do domu.

Dnia 4.07.2018 roku wykonano u niej gastrokopię. W okolicy przedodźwiernikowej stwierdzono kilka nadżerek, cechy przepukliny roztworu przełykowego przepony, w dolnej części przełyku niewielki żylak. Zalecono usg jamy brzusznej i kolonoskopię. Przed zabiegiem gastrokopii odebrano od pacjentki pisemną zgodę na to badanie (k.40), w którym pacjentka oświadczyła, że została poinformowana o alternatywnych metodach leczenia i sposobie prowadzenia tego zabiegu, typowych i nietypowych następstwach i powikłaniach zabiegu, a także sposobie postępowania po nim. Pacjentka po zaznajomieniu się z treścią oświadczenia podała, że wyraża świadomą zgodę na badanie jego zmiany lub ewentualne rozszerzenie leczenia.

Dnia 5.07.2018 roku wykonano pacjentce USG jamy brzusznej, które wykazało stan po cholecystectomii, wątroba powiększona o cechach nierównomiernego stłuszczenia, poszerzona wzdęta okrężnica, nierówności korowe nerek, w prawej nerce zatokowe zwągnięcia i torbielki, w lewej korowe torbiele, bez cech zastoju.

Dnia 6.07.2018 roku W. Z. (1) poddano kolonoskopii. Wcześniej z uwagi na charakter badania podano jej środki przeczyszczające. Po wykonaniu badań endoskopowych stwierdzono u niej obecność licznych uchyłków w okolicy esicy zawierających resztki smolistego stolca, co zinterpretowano jako skutek wcześniejszego spożycia preparatu żelaza. Okrężnica i odbytnica o prawidłowej bonie śluzowej i prawidłowym rysunku naczyń. Nie stwierdzono krwawienia. Przed badaniem nie odebrano od pacjentki pisemnej zgody na to badanie tak jak w przypadku gastroskopii, jednak na temat przebiegu i ewentualnych powikłań rozmawiała z lek. M. C. dnia 3.07.2018 roku podczas przyjęcia, wyrażając ustną zgodę na to badanie.

Dnia 7 lipca 2018r. o godz. 19:31 żona powoda została wypisana do domu w stanie dobrym z ostatecznym rozpoznaniem niedoboru żelaza oraz choroby uchyłkowej jelita cienkiego bez przedziurawienia i ropnia.

Po opuszczeniu pozwanego szpitala (...) dużo odpoczywała i spała. Dnia 8.07.2018 zaczęła skarżyć się na bóle brzucha, nic nie jadła tylko piła. Dnia 9.07.2018 roku rano W. Z. (1) wraz z mężem udała się po wypis do szpitala. Z uwagi na bóle brzucha podano jej zastrzyk przeciwbólowy. Po powrocie ze szpitala (...) uskarżała się na coraz silniejsze bóle brzucha, córka zmierzyła jej ciśnienie, które nie było wyczuwalne.

Dnia 9 lipca 2018r. około godz. 20:09 córka W. Z. (1) wezwała pogotowie, wskazując na silny ból brzucha, nie przechodzący po lekach, czarne stolce od kilku dni, osłabienie. Karetka przywiozła W. Z. (4) do pozwanego Szpitala na SOR, gdzie została przyjęta o godz. 21:05 w trybie nagłym z segregacją żółtą, bez ciśnienia, wymiotami i bólami brzucha, w stanie ogólnym złym. W. Z. (1) tego samego dnia przeniesiono na oddział chirurgii o godz 23:40 z rozpoznaniem postawionym na SOR: krwawienia z przewodu pokarmowego, smolistych stolców, bóli brzucha do dalszej diagnostyki. W. Z. (1) podpisała oświadczenie o wyrażeniu świadomej zgody na hospitalizację oraz zabiegi diagnostyczne i lecznicze (k.63).

Dnia 10 lipca 2018r. przeprowadzono u W. Z. (1) laparotomię. W. Z. (1) podpisała oświadczenie ze zgodą na ten zabieg, podając, że została poinformowana o metodach leczenia, sposobie prowadzenia zabiegu oraz typowych i nietypowych powikłaniach i następstwach zabiegu. Podczas laparotomii stwierdzono u pacjentki obecność pozajelitową około 700 ml czarnego płynu z resztkami pokarmowym. W toku operacji rozpoznano również cechy rozlanego zapalenia otrzewnej oraz perforację esicy około 15 cm nad wżgórkim kości krzyżowej w ścianie bocznej jelita, perforacja około 1 cm średnicy. Przeprowadzono resekcję perforowanego fragmentu esicy, oraz zmienionego zapalnie i objętego martwicą fragmentu sieci, po czym wyłoniono stomię na zstępnicy. Wykonano płukanie jamy otrzewnej na czysto, założono dren do zachyłka Douglasa. Po przeprowadzonym zabiegu dnia 10.07.2018 roku około godz. 14.44 pojawiły się objawy niewydolności krążeniowo-oddechowej w wyniku czego żona powoda została przeniesiona na Oddział Intensywnej Terapii. W wypisie z Oddziału Chirurgii rozpoznano: rozlane zapalenie otrzewnej w następstwie perforacji esicy.

Na Oddziale intensywnej Terapii W. Z. została zaintubowana i wentylowana mechanicznie. Przebywała tam do 20.07.2018 roku. Dnia 20 lipca 2017r. o 12:30 doszło do zatrzymania krążenia w mechanizmie barykardii. Po skutecznej akcji resuscytacyjnej uzyskano powrót miarowej akcji serca. O godzinie 18:56 dnia 20.07.2018 roku doszło do ponownego zatrzymania krążenia i wówczas personel pozwanego szpitala uznał, że wyczerpał możliwości terapeutyczne, nie podjął akcji resuscytacyjnej, po czym stwierdził zgon pacjentki. Rozpoznanie końcowe opisywało rozlane zapalenie otrzewnej w następstwie perforacji esicy, niewydolność krążeniowo-oddechową.

(dowód: odpis skrócony aktu zgonu k. 20, historia leczenia W. Z. (1) k. 22-189 i k. 258-365, zeznania świadka D. S. k. 413-414 00:17:31, zeznania świadka Ł. B. k. 414 00:26:09 , zeznania świadka R. M. k. 414 00:34:34, zeznania świadka W. P. k. 430-431 00:03:05, częściowo zeznania świadka M. Z. k. 431-432 00:46:56 , częściowo zeznania powoda S. Z. k. 449-450 00:05:27, zeznania świadka M. C. (1) k. 603-604 00:11:29)

Po śmierci żony powód S. Z. załamał się. Brakuje mu żony, która była jego ostoją i wsparciem. Powód od śmierci żony jest smuty. Nie związał się z inną kobietą, rzadko odwiedza córkę. Powód nie korzystał z pomocy psychiatry ani porad psychologa. Żona powoda w chwili śmierci miała 71 lat.

(dowód: częściowo zeznania świadka M. Z. k. 431-432 00:46:56, częściowo zeznania powoda S. Z. k. 449-450 00:05:27)

Szpitala (...) im dr. C. w Z. w okresie od 1.11.2017 do 31.10.2018 roku, posiadał ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej w (...) SA- nr polisy (...). Suma gwarancyjna za jedno zdarzenie była ograniczona do 100 000 euro.

(dowód: polisa ubezpieczeniowa k. 193-195)

Pismem z dnia 20.08.2018 roku powód S. Z. reprezentowany przez profesjonalnego pełnomocnika zgłosił pozwanemu szpitalowi szkodę, w związku ze śmiercią żony dnia 20.07.2018 roku. Podkreślił, że u W. Z. (1) doszło do zapalenia otrzewnej wskutek przedziurawienia esicy w trakcie badania kolonoskopowego. Powód zażądał 150 000 zł zadośćuczynienia w terminie 30 dni od daty otrzymania tego zgłoszenia. Wezwał też do wskazania towarzystwa ubezpieczeniowego szpitala i wskazania numeru polisy ubezpieczeniowej.

Szpital pismem z dnia 31.08.2018 roku i z dnia 5.10.2018 roku podał, że jego ubezpieczycielem jest (...) SA. Szpital uznał, brak podstaw do przyjęcia swojej odpowiedzialności odszkodowawczej. Szpital uznał zarzuty niestaranności w leczeniu W. Z. (1) za nieprawdziwe. Pacjentka była osobą schorowaną, obciążoną chorobami: chorobą niedokrwinną serca, po zawale z implantacją stentu, przewlekłą niewydolnością nerek, stłuszczeniem wątroby, po spastycznym zapaleniu oskrzeli, padaczką, uchyłkowością jelita, chorobą wrzodową żołądka, niedokrwistością, po cholecystectomii, z miażdżycą uogólnioną i otyłością. Szpital wyjaśnił, że gdyby doszło do przedziurawienia esicy w czasie badania kolonoskopowego, lekarz prowadzący badanie by to zauważył. Niewykluczone, że u pacjentki doszło po kolonoskopii do późniejszego pęknięcia uchyłków jelita. Pozwany nie popełnił zatem błędu podczas badania.

Pismem z dnia 9.09.2018 roku powód S. Z. reprezentowany przez profesjonalnego pełnomocnika zgłosił (...) SA szkodę, w związku ze śmiercią żony dnia 20.07.2018 roku, domagając się 150 000 zł zadośćuczynienia w terminie 30 dni od daty otrzymania tego zgłoszenia.

Pismem z dnia 14.09.2018 (...), poinformowało powoda o przyjęciu szkody i wezwało do przedłożenia dokumentów, a pismem z dnia 29.10.2018 roku odmówiło przyjęcia odpowiedzialności odszkodowawczej i wypłaty świadczeń. Jego zdaniem działanie ubezpieczonego było zgodne z wiedzą medyczną i należyce staranne. (...) podkreśliło, że uchyłkowatość dotyczy niemal połowy populacji po 60 tym roku życia, a u 20% osób z uchyłkami rozwija się choroba uchyłkowa, która jest najczęściej stwierdzaną chorobą jelita grubego i ma różny przebieg. U W. Z. (1) najpewniej doszło do perforacji w wyniku stanu zapalnego o czym może świadczyć wynik badania histopatologicznego. Perforacja jelita w czasie kolonoskopii jest opisywanym powikłaniem tego zabiegu, a nie błędem. Błędem jest brak obserwacji pacjenta po zabiegu lub brak reakcji na zgłaszane dolegliwości głównie bóle brzucha i złe samopoczucie po zabiegu. Dolegliwości u W. Z. (1) pojawiły się dopiero w 3 dobie po zabiegu, dlatego prawdopodobieństwo perforacji jelita podczas kolonoskopii jest bardzo niskie.

Powód złożył reklamację na decyzję ubezpieczyciela, lecz (...) SA podtrzymało swoje stanowisko w sprawie.

(dowód: pismo z dnia 20.08.2018 roku k. 190, pismo z dnia 31.08.2018 roku k. 191, pismo z dnia 12.09.2018 k. 196, pismo z dnia 25.09.2018 k. 197, pismo z dnia 9.09.2018 k. 198, pismo z dnia 14.09.2018 k. 199-202, pismo z dnia 2.10.2018 z załącznikami k. 203-204, pismo z dnia 11.10.2018 k. 205, pismo z dnia 5.10.2018 k. 206-209, pismo z dnia 11.10.2018 k. 210, pismo z dnia 5.11.2018 k. 211, pismo z dnia 29.10.2018 k. 212-214, pismo powoda z dnia 14.11.2018 k. 215, pismo z dnia 18.12.2018 k. 216)

Prawdopodobnymi przyczynami perforacji esicy i rozlanego zapalenia u W. Z. (1) była samoistna perforacja w przebiegu choroby uchyłkowej na co może wskazywać obecność uchyłków oraz przebieg objawów. Wykonanie

kolonoskopii mogło być jedną z odległych przyczyn perforacji esicy. Ucisk bocznej ściany kolonoskopu raczej nie może spowodować perforacji jelita, ponieważ jest to bardzo długi instrument i praktycznie nie ma możliwości by bokiem wszedł do uchyłka i spowodował perforację. Mechaniczne przebicie uchyłka kolonoskopem może się zdarzyć gdy jego front wjedzie bezpośrednio do uchyłka i przebije uchyłek na wylot do jamy brzusznej, lecz to natychmiast zmienia obraz i nie ma możliwości aby nawet niedoświadczony endoskopista tego nie zauważył. Uszkodzenie termiczne uchyłka i prawidłowej ściany jelita jest możliwe tylko przy usuwaniu polipów. Podczas podawania gazu do jelita podczas kolonoskopii może dojść do naddarcia ściany jelita w uchyłku jeśli jest ona znacznie ścieńczała. W trakcie badania niemożliwym jest dokonanie oceny grubości jelita. Naddarcie może nie dać natychmiastowych objawów. Nie zawsze perforacja jelita prowadzi do natychmiastowego rozwinięcia objawów rozlanego zapalenia otrzewnej. Pełne przebicie jelita daje objawy do kilku minut. Naddarcie może nie dać objawów przez samoistną regenerację lub dać objawy po kilkunastu godzinach. Czas wystąpienia objawów to od kilku do kilkunastu godzin. Rozlane zapalenie otrzewnej stanowi stan zagrożenia życia, a nieleczone prowadzi do zgonu pacjenta.

Wtórne zapalenie otrzewnej, które najpewniej wystąpiło u W. Z. (1) wymaga leczenia operacyjnego. Jednak przy leczeniu należy wziąć pod uwagę wszystkie schorzenia współistniejące na jakie cierpi chory oraz inne zaburzenia w celu uzyskania optymalnego stanu chorego do zabiegu operacyjnego tak aby korzyści z niego płynące znacznie przewyższyły szkody związane ze znieczuleniem i samą procedurą operacyjną. Ma to szczególne znaczenie u osób starszych ze współistniejącymi schorzeniami. Starsi chorzy z rozlanym zapaleniem otrzewnej często wymagają wspomagającego leczenia poprzedzającego zabieg w postaci wyrównania układu krążenia, oddechowego zadbania o funkcje nerek, antybiotykoterapię i leczenie przeciwzakrzepowe. Nie da się jednoznacznie określić czy 15 godzinna zwłoka w leczeniu operacyjnym była zbyt duża. Miała tu znacznie ścieżka diagnostyczna i terapeutyczna. Chora była obserwowana wystarczająco krótko aby wobec braku poprawy na leczenie zachowawcze, wdrożyć leczenie operacyjne.

Treść kałowa z drenów świadczy o obecnym jej przecieku z przewodu pokarmowego i stanowi w większości wypadków wskazanie do reoperacji. W przypadku W. Z. wyciek oberwano dwa dni co było dopuszczalne. Później wyciek ustąpił.

Pełnościenna martwica o nieswoistej ziarninie i mieszano komórkowym nacieku jest wynikiem perforacji i odpowiedzi ustroju na uraz, nie jest widoczna podczas kolonoskopii. Zmiany rozwijają się od kilku do kilkudziesięciu godzin od urazu.

Przy przyjęciu do szpitala dnia 9.07.2018 W.Z. nie była we wstrząsie. Zastosowane wstępne leczenie na SOR było całkowicie prawidłowe i trwało od 21:05 do 23:40. Po przekazaniu pacjentki dnia 9.07.2018 około godz. 23.59 na oddział chirurgiczny jej obraz kliniczny wskazywał na prawdopodobieństwo krwawienia z przewodu pokarmowego. Zaplanowano gastroskopię. Nie stwierdzono obrony mięśniowej ani oporów patologicznych przy badaniu brzucha. W badaniu USG jamy brzusznej nie stwierdzono cech wolnego płynu. Zalecono obserwację w kierunku krwawienia do światła przewodu pokarmowego. Zatem dnia 9 lipca 2018 roku u W. Z. (1) nie było podstaw do rozpoznania wstrząsu spowodowanego rozlanym zapaleniem otrzewnej na tle perforacji jelita.

Dnia 20.07.2018 roku doszło u poszkodowanej do bezmoczności a o godz. 12.30 do nagłego zatrzymania krążenia skutecznej resuscytacji. Obserwowano wtedy szybko rozwijającą się kwasicę metaboliczną. Mimo skutecznej resuscytacji oraz podjęcia leczenia nie udało się przywrócić wydolności i stabilizacji układu krążenia. Wyczerpano wszystkie możliwości terapii. Wśród objawów narastającej bradykardii o godzinie 18:56 doszło do asystolii i uznano pacjentkę za zmarłą. Zmiany w gazometrii w dniu 10 lipca były następstwem niestabilności hemodynamicznej i odwodnienia. Po kilku godzinach wszystkie te zaburzenia skutecznie wyrównano. W dniu 20 lipca wśród objawów rozwijającej się gwałtownie niewydolności wielonarządowej nastąpiły głębokie zaburzenia równowagi kwasowo-zasadowej, jako efekt nieodwracalnych zmian patomorfologicznych w narządach odpowiedzialnych za homeostazę tj. serca, płuc i nerek. Wszystkie zaburzenia równowagi kwasowo-zasadowej w dniu 10 lipca, aczkolwiek nieistotne z punktu widzenia dalszego przebiegu zdarzeń zostały skutecznie wyeliminowane. Przywrócono i utrzymywano przez kolejne 9 dni homeostazę kwasowo zasadową oraz skutecznie prowadzono wentylację zastępczą, zapewniając prawidłową wymianę gazową w płucach — utlenowanie krwi i eliminację dwutlenku węgla. Dopiero w dniu 20 lipca rozwijająca się niewydolność wielonarządowa spowodowała, że jakiekolwiek próby korygowania zmian

kwasowo-zasadowych i utrzymanie prawidłowej wymiany gazowej stały się niemożliwe. Mimo podawania środków alkalizujących, wdrożenia hemofiltracji żyłno-żyłnej, wspierania krążenia rosnącymi dawkami katecholamin - leczenie okazało się nieskuteczne.

Wyniki OCŻ stwierdzone w ciągu 9 dni leczenia w OAIIT u W. Z. (1) świadczą o prawidłowym wypełnieniu układu żylnego, prawidłowej gospodarce wodnej i należytym wypełnieniu łożyska naczyniowego. Wszystkie parametry były w zakresie normy. Przez 9 dni udało się uzyskać prawidłowe ciśnienie tętnicze, prawidłowe OCŻ, wyeliminować kwasicę oraz zapewnić diurezę. Taki stan tkanek utrzymywano przez 9 dni. Dnia 20.07.2018 roku doszło przed południem do gwałtownie rozwijającej się niewydolności wielonarządowej, uniemożliwiającej jakiegokolwiek skuteczne leczenie.

Bardzo prawdopodobną przyczyną perforacji jelita u W. Z. była wykonana wcześniej kolonoskopia. Perforacja występuje u 0,3 do 0,8 % pacjentów poddawanych temu zabiegowi. Perforacja jest niezawinionym przewidywalnym powikłaniem kolonoskopii i nie wynika ona z błędu w sztuce medycznej. Istotne jest szybkie rozpoznanie powikłania i wdrożenie adekwatnego leczenia. Chora była obserwowana po kolonoskopii przez dobę w szpitalu, zwykle wystarcza obserwacja do 8 h. Czas obserwacji w przypadku W. Z. z uwagi na jej wiek był prawidłowy.

Czas pobytu na oddziale chirurgii przed zabiegiem laparotomii był właściwy do wyrównania hemostazy. Brak było wskazań do wykonania wcześniej zabiegu operacyjnego. Ponadto stan chorej nie pozwalał na jego przeprowadzenie w sposób bezpieczny.

Podczas zabiegu laparoskopii można był założyć jeden lub dwa dreny. Decyzja o ilości zastosowanych drenów zależała od doświadczenia operatora oraz zastałych warunków patologicznych jamy brzusznej. Czas operacji wskazywał na doświadczenie i biegłość chirurga oraz dołożeniu wystarczającej i należytej staranności w jego przeprowadzeniu.

Bezpośrednią przyczyną śmierci poszkodowanej było rozlane zapalenie otrzewnej w następstwie perforacji jelita ze wszystkimi tego konsekwencjami. Przyczyną wtórną była niewydolność krążeniowo-oddechowa, a bezpośrednią zatrzymanie akcji serca. Najbardziej prawdopodobnym wydaje się być odległa postępująca perforacja po kolonoskopii w następnie naddarcia ściany jelita przez insuficję gazu z próbą samoistnego zatkania przez sieć większą. Perforacja jelita jest dopuszczalnym, powikłaniem po kolonoskopii zwłaszcza gdy występują uchyłki. Przy żadnej z możliwych przyczyn perforacji nie było to spowodowane błędem medycznym personelu medycznego. Także leczenie operacyjne wdrożono we właściwym czasie i przeprowadzono go zgodnie z zasadami wiedzy medycznej. Do zgonu chorej doszło w wyniku nieodwracalnych zmian w homeostazie w następstwie schorzeń współistniejących. Kolonoskopia u starszej i obciążonej chorej została wykonana w trybie stacjonarnym, a nie ambulatoryjnym i było to bardzo słusznym postępowaniem.

Wiek i wcześniejsze schorzenia zwłaszcza miażdżyca oraz choroba serca mają niewątpliwie wpływ na naturalny przebieg każdej choroby. Wiek wiąże się z postępującą miażdżycą naczyń. Miażdżyca naczyń prowadzi do upośledzenia ukrwienia wszystkich narządów w tym również dostarczania niezbędnych naturalnych czynników obronnych jak i leków. Upośledzenie pracy serca również wpływa na upośledzenie ukrwienia narządów. Współistniejące schorzenia miały niewątpliwie negatywny wpływ na przebieg na wystąpienie i leczenie perforacji jelita. Tym samym własne dążenie organizmu do uzyskania homeostazy jak również odpowiedź na adekwatne leczenie było znacznie utrudnione.

Obecność uchyłków nie stanowiła przeciwwskazania do wykonania kolonoskopii. Stan zapalny uchyłków może stanowić takie przeciwwskazanie jeśli zostanie wcześniej wykazany badaniem fizykalnym.

(dowód: opinia biegłych ad hoc specjalisty anestezjologa J. M. i specjalisty chirurgii ogólnej J. S. k. 490-511 i opinia uzupełniająca k. 570-581)

Powyższy stan faktyczny ustalono na podstawie niekwestionowanej dokumentacji medycznej dotyczącej W. Z. (1) oraz zeznań świadków i powoda.

Ustaleń w zakresie przyczyn perforacji jelita i rozlanego zapalenia otrzewnej u W. Z. (4), tego czy był to błąd medyczny, jak też tego czy po wykryciu tych schorzeń personel pozwanego prowadził prawidłową diagnostykę i leczenie Sąd ustalił na podstawie opinii biegłych ad hoc specjalisty anestezjologa J. M. i specjalisty chirurgii ogólnej J. S.. Anestezjolog J. M. i specjalista chirurgii ogólnej J. S. posiadali wykształcenie i doświadczenie medyczne. A to, że opiniowali początkowo w ramach prywatnej jednostki nie dyskwalifikuje ich wniosków, tym bardziej, że złożyli przyrzeczenia jako opiniujący specjaliści ad hoc. Ponadto opinia główna i uzupełniająca jako spójne, jednoznaczne i wyczerpujące nie dawały wbrew tezom powoda podstaw do ich kwestionowania czy kolejnego uzupełnienia. Wnioski biegłych zostały dokładnie uzasadnione, dlatego Sąd nie znalazł podstaw do dopuszczenia dowodu z opinii uzupełniających czy opinii innych biegłych i te wnioski powoda pominął. Zarzuty do opinii stanowiły niepoparte wiedzą i doświadczeniem, subiektywne odczucia powoda.

Sąd najwyższy w wyroku z dnia 29.09.2010r (VCSK29/10, OSNC-ZD1011/B, poz.38)uznał, że złożenie przez biegłego przyrzeczenia dopiero po złożeniu opinii na piśmie, ale przed zakończeniem czynności w danej sprawie, nie dyskwalifikuje złożonej opinii, chyba, że po akcie przyrzeczenia biegły odstąpił od zawartych w niej wniosków. W niniejszej sprawie biegli składając opinię uzupełniającą podtrzymali w całości już po złożeniu przyrzeczenia opinię główną.

Zeznania świadka A. S. kierownika oddziału IT pozwanego szpitala nie wniosły do sprawy nic istotnego. Świadek nie pamiętał żadnych szczegółów leczenia W. Z. (1), podkreślał, że wszystko wynika z dokumentacji leczenia.

Zeznania świadków D. S., Ł. B., R. M., W. P., M. C. (1) Sąd uznał za wiarygodne, gdyż korelują z dokumentacją leczenia W. Z. (1). Świadcowie nie ukrywali, że wszystkich szczegółów tego konkretnego przypadku nie pamiętają. Ponadto zeznania świadka Ł. B. i W. P. w zakresie tego, że uchyłkowość jelita nie jest przeciwwskazaniem do wykonania badania kolonoskopii ani jego przerwania pozostawały zbieżnie opiniami biegłych lekarzy.

Zeznania powoda S. Z. i świadka M. Z. Sąd podzielił tylko częściowo, w takim zakresie jak korelując z dokumentacją medyczną. Zarówno powód jak i w/w świadek przedstawili własne opinie na temat przyczyn zgonu W. Z. (1), obwiniając pozwanego szpital. Wskazywali też subiektywnie jak powinien przebiegać proces jej leczenia od momentu poddania się badaniu kolonoskopii. W tym zakresie ich zeznania pozostają rozbieżne z wnioskami biegłych specjalistów, którym Sąd dał pełną wiarę.

Sąd zważył, co następuje:

Powództwo podlegało oddaleniu.

Swoje roszczenie o zadośćuczynienie powód wiązał ze śmiercią żony W. Z. (1), przypisując pozwanemu szpitalowi i (...) SA, który go ubezpieczał odpowiedzialność powołując się przede wszystkim na z art. 415, 430, 444, 445, 446 § 4 k.c. oraz art. 448 w związku z art. 24 i 23 kc. Odpowiedzialność pozwanych jest odpowiedzialnością in solidum. Odpowiedzialność (...) SA wynika z umowy ubezpieczenia zawartej z pozwanym szpitalem, co nie było w tej sprawie kwestionowane.

Odpowiedzialność ubezpieczyciela jest pochodną odpowiedzialności sprawcy szeroko rozumianej szkody (art. 822 k.c.), a zasady odpowiedzialności placówki medycznej za wywołanie rozstroju zdrowia pacjenta w związku z podjętymi czynnościami leczniczymi reguluje art. 430 k.c., który określa zasadę odpowiedzialności deliktowej zwierzchnika, opartą na zasadzie ryzyka. Według tego przepisu obok szkody wyrządzonej osobie trzeciej przez podwładnego przy wykonywaniu powierzonej mu czynności, konstytutywnymi przesłankami pozostają także czyn sprawczy noszący znamiona niewłaściwości postępowania tj. bezprawność i wina w znaczeniu określonym w art. 415 k.c. oraz związek przyczynowy w rozumieniu art. 361 § 1 k.c. pomiędzy powierzoną czynnością wykonywaną na rachunek przełożonego a szkodą. Istocie zwierzchnictwa odpowiada przy tym również taka podległość organizacyjna, która obejmuje swym zakresem działania zatrudnionych w tym zakładzie specjalistów podporządkowanych jedynie ogólnorganizacyjnie, którym w związku z tym przysługuje stosunkowo szeroki zakres samodzielności w podejmowaniu decyzji;

każdorzazowo jednak przełożony odpowiada za szkodę pozostającą w związku przyczynowym z powierzoną czynnością tj. taką, którą podwładny pracownik wykonywał na jego rachunek. Dla przyjęcia odpowiedzialności pozwanego szpitala na podstawie art. 430 k.c. nie jest przy tym konieczne wykazywanie winy zindywidualizowanej osoby, istotne bowiem pozostaje jedynie to, by osoba sprawcy szkody dawała się określić z pewnością, jako osoba należąca do grona podwładnych danego zwierzchnika. Wina organizacyjna zakładu leczniczego może przejawiać się przy tym w określonych zaniedbaniach na każdej płaszczyźnie jej działalności, zarówno w zakresie organizacji, bezpieczeństwa i higieny, jak także - opieki nad pacjentem. Każdorzazowo, przyjęcie odpowiedzialności placówki medycznej uzależnione jest jednak od wykazania, że wyrządzona szkoda jest obiektywnie wynikiem naruszenia przez personel medyczny wymaganej staranności.

Zgodnie z art. 430 k.c. przesłanką odpowiedzialności odszkodowawczej szpitala jest zawsze wina lekarza i ewentualnie innych jeszcze osób tworzących personel medyczny i uczestniczących w leczeniu szpitalnym. Jeżeli personelowi medycznemu nie można przypisać uchybień wskazujących na ich winę, nie można także dostrzegać między tymi czynnościami a uszczerbkiem niemajątkowym powoda adekwatnego związku przyczynowego w rozumieniu art. 361 § 1 k.c.-por wyrok SN z dnia wyrok z dnia 14 stycznia 2016 r.I CSK 1031/14.

Artykuł 6 k.c. ustanawia regułę dowodową, zgodnie z którą ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z tego faktu wywodzi skutki prawne.

W toku tej sprawy powód nie zdołał udowodnić winy personelu pozwanego szpitala polegającej na nieprawidłowym wykonaniu badania kolonoskopii u W. Z. (1), jak też ewentualnych nieprawidłowości w dalszym procesie leczenia powikłania po tym badaniu.

Jak wykazało to postępowanie oparte na opiniach biegłych ad hoc specjalisty anestezjologa J. M. i specjalisty chirurgii ogólnej J. S., które na wniosek powoda uzupełniono personel medyczny pozwanego szpitala nie dopuścił się żadnego zaniedbania ani podczas badania kolonoskopii dnia 6.07.2018 roku, ani podczas leczenia powikłania tego badania, które ujawniono dnia 9.07.2018 roku, a polegającego na perforacji jelita i zapalenia otrzewnej.

Przede wszystkim jak wynika ze zbieżnych wniosków biegłych perforacja jelita jest typowym powikłaniem występującym przy badaniu kolonoskopii. Powikłanie to jest bardzo rzadkie, niemniej jednak występuje u pewnego odsetka badanych. Niestety wystąpiło u W. Z. (1), choć do końca nie wiadomo czy powstało na skutek naddarcia ściany jelita podczas uzupełniania go gazem podczas badania kolonoskopii czy na skutek perforacji powstałej samoistnie w wyniku zmian martwiczych na uchyłkach jelita. Niemniej jednak jeśli perforacja jelita W. Z. była wynikiem badania kolonoskopii to było to typowe, zwykłe powikłanie w tego typu badaniach. Jak podkreślili biegli opinający w sprawie było to powikłanie niezawinione i nie wynika ono z błędu w sztuce lekarskiej (k.503).

Ponadto wbrew teozom powoda chorobę uchyłkową jelita u jego żony rozpoznano dopiero na skutek przeprowadzenia kwestionowanej przez niego kolonoskopii. Podczas żadnych wcześniejszych badań tego schorzenia u zmarłej nie stwierdzono. Powód bezcelowo próbuje zatem podkreślać, że choroba uchyłkowa jelita u zmarłej była przeciwwskazaniem do badani kolonoskopii, skoro nie została nigdy wcześniej u zmarłej zdiagnozowana. Niezależnie od tego w świetle wniosków biegłych choroba uchyłkowa jelita nie jest przeciwwskazaniem do badania kolonoskopii. W świetle wniosków biegłych tylko stan zapalny uchyłków stwierdzony wcześniejszym badaniem może być przeciwwskazaniem do kolonoskopii, co w przedmiotowym przypadku nie miało miejsca.

Ponadto pacjentka przebywała w szpitalu po zabiegu kolonoskopii kilkanaście godzin, nie była wskazana dłuższa obserwacja co również podkreślili biegli anestezjolog i chirurg. Chora była obserwowana po kolonoskopii przez dobę w szpitalu, zwykle wystarcza obserwacja do 8 h. Czas obserwacji w przypadku W. Z. z uwagi na jej wiek był prawidłowy-k.504.

Wbrew twierdzeniom powoda również czas dzielący przyjęcie poszkodowanej do szpitala z objawami zapalenia otrzewnej dnia 9.07.2018 roku i wykonanie operacji dopiero dnia następnego nie było błędne, nie była to żadna zwłoka jak sugeruje powód. Przy przyjęciu do szpitala dnia 9.07.2018 W.Z. nie była we wstrząsie. Zastosowane wstępne

leczenie na SOR było całkowicie prawidłowe i trwało od 21:05 do 23:40. Ponadto W. Z. (1) jak podawał świadek W. P. trafiła do szpitala dnia 9.07.2018 roku z bólami brzucha. Operacja pacjenta niestabilizowanego jest natomiast bardzo ryzykowna. Ważne było zatem wcześniejsze ustabilizowanie jej parametrów życiowych. Biegli J. S. i J. M. podkreślili, że szczególnie starsi chorzy z rozlanym zapaleniem otrzewnej tak jak W. Z. (1) często wymagają wspomagającego leczenia poprzedzającego zabieg w postaci wyrównania układu krążenia, oddechowego zadbania o funkcje nerek, antybiotykoterapię i leczenie przeciwzakrzepowe. W. Z. (1) była jednak obserwowana wystarczająco krótko aby wobec braku poprawy na leczenie zachowawcze, wdrożyć leczenie operacyjne. Ponadto dnia 9 lipca 2018 roku u W. Z. (1) w związku z wykonanymi na SOR badaniami nie było podstaw do rozpoznania wstrząsu spowodowanego rozlanym zapaleniem otrzewnej na tle perforacji jelita. W aspekcie pomocy doraźnej nie można mówić zdaniem biegłych o jakiegokolwiek zwłoce. Według obserwacji lekarskich prawidłowo i właściwie dopiero dnia 10.07.2018 roku o godz. 10.41 zakwalifikowano poszkodowaną do laparotomii wobec pogarszającego się stanu miejscowego brzucha oraz braku objawów czynnego krwawienia. Czas pobytu W.Z. na Oddziale Chirurgii przed zabiegiem był właściwy do wyrównania hemostazy. Nie było wskazań aby zabieg operacyjny przeprowadzić wcześniej.

Postępowanie dowodowe nie potwierdziło również sugestii powoda, że podczas operacji dnia 10.07.2018 roku źle zszyto jelito lub przeoczono kolejną perforację. Zdaniem biegłych przy zabiegu laparotomii dnia 10.07.2018 roku dołożono wystarczającej i należytej staranności w jego przeprowadzeniu. Również zastosowanie jednego drenu było wystarczające, bo decyzja zależała od doświadczenia operującego. Pojawienie się treści kałowej w drenie nie wymagało natomiast dalszych działań tylko wyczekiwania na całkowitą ewakuację treści kałowej, co nastąpiło 2 dni później.

Także samo postępowanie personelu pozwanego szpitala podczas pobytu poszkodowanej na Oddziale Intensywnej Terapii było prawidłowe. Proces terapeutyczny prowadzony na tym oddziale wobec W. Z. szczegółowo przeanalizował biegły anesteziolog J. M., podkreślając prawidłowość podejmowania kolejnych działań w pozwanym szpitalu. Dnia 20.07.2018 roku doszło przed południem do gwałtownie rozwijającej się niewydolności wielonarządowej, uniemożliwiającej jakiegokolwiek skuteczne leczenie. Prowadzone leczenie w Oddziale Intensywnej Terapii uwzględniające antybiotyki o szerokim spektrum, nawadnianie, wyrównywanie zaburzeń wodno-elektrolitowych oraz aminy presyjne, respiratoroterapię żywienie pozajelitowe i hemofiltrację, korzystanie z konsultacji kardiologicznej, wykonywanie bronchoskopii było prowadzone profesjonalnie i adekwatnie do stanu chorej.

Reasumując również postępowanie pozwanego szpitala po wykryciu powikłania perforacji jelita i zapalenia otrzewnej było w pełni adekwatne do stanu zdrowia chorej i prawidłowe. Nie zawierało jakichkolwiek znamion błędu w sztuce medycznej. W pozwanym szpitalu starano się szybko reagować na pogarszający się stan W. Z.. Jak wykazało to postępowanie główne niepowodzenie terapeutyczne w leczeniu W. Z. wynikało z jej wieku i obciążeń chorobowych samoistnych, które doprowadziły do niewydolności wielonarządowej i w efekcie do zgonu. Winy w tym nie można jednak żadnej przypisać pozwanemu szpitalowi.

Należy podkreślić, że z samego faktu powstania uszczerbku w zdrowiu pacjenta nie można domniemywać błędu lekarza. Odpowiedzialność szpitala nie opiera się na zasadzie ryzyka tylko na zasadzie winy. Pojęciem dozwolonego ryzyka jest objęte również niepowodzenie medyczne (powikłanie). Nawet bowiem przy postępowaniu zgodnym z aktualną wiedzą medyczną i przy zachowaniu należytej staranności nie da się wykluczyć ryzyka powstania szkody. Dołożenie należytej staranności nie oznacza bowiem, iż do wystąpienia powikłań nie dojdzie, a przestrzeganie wszelkich reguł sztuki lekarskiej odnośnie zapobiegania wystąpienia powikłań oznacza zmniejszenie ryzyka ich pojawienia się, a nie ich całkowitą eliminację. Powikłanie jakie może pojawić się po przeprowadzeniu określonego zabiegu nie uchybia zatem prawidłowości takiego leczenia-por. wyrok z dnia 14 października 2019 r. SA w Krakowie I ACa 987/18.

W tych okolicznościach z uwagi na niemożność przypisania pozwanemu szpitalowi przesłanek odpowiedzialności deliktowej z art. 430 w związku z art. 415 k.c. powództwo o zasądzenie zadośćuczynienia z art. 446 § 4 k.c. w całości oddalono.

Powód powoływał się też na art. 4, 6, 7, 8, 9 oraz art. 18 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w związku z udzieleniem poszkodowanej żonie świadczeń zdrowotnych nieodpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, nieudzielenie adekwatnej do stanu zdrowia pacjentki natychmiastowej pomocy w stanie bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia oraz udzielanie poszkodowanej świadczeń zdrowotnych bez należytej staranności, a także zaniedbanie obowiązku udzielenia pacjentowi informacji o możliwych skutkach proponowanego i przeprowadzonego badania inwazyjnego kolonoskopii i nie odebranie od pacjenta pisemnej, świadomej zgody na zabieg obarczony podwyższonym ryzykiem oraz na art. 30, 31 oraz art. 32 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry.

Zgodnie z art. 4 ust 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.2017.1318 t.j. z dnia 2017.07.04) w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 Kodeksu cywilnego. Przepis ten przewiduje autonomiczne roszczenie o zadośćuczynienie za naruszenie praw pacjenta polegających m.in. na prawie do informacji o proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu (art. 9 cyt ustawy). Zgodnie z prezentowanym stanowiskiem doktryny celem regulacji art. 4 ust. 1 u.p.p. nie jest osłabienie ochrony pacjenta poprzez wskazanie tych naruszeń dóbr, w przypadku których uzasadnione jest roszczenie o zadośćuczynienie. Z tego względu należy opowiedzieć się za istnieniem zbiegu roszczeń z art. 448 k.c. i art. 4 ust. 1 u.p.p. Znaczenie art. 4 ust. 1 u.p.p. polega na tym, że wskazuje on *expressis verbis* te naruszenia praw pacjenta, które przesądzą o naruszeniu dobra osobistego. W związku z tym pokrzywdzony nie musi udowadniać, że doszło do naruszenia prawnie chronionego dobra osobistego - wystarczy wskazać konkretne naruszenie praw pacjenta. Do przyznania zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta nie jest konieczne spełnienie przesłanki szkody na osobie, może być ono przyznane za sam fakt naruszenia i nie jest zależne od jednoczesnego wystąpienia takiej szkody (tak w wyroku Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 15 kwietnia 2015 r., I ACa 816/14).

Z mocy art. 9 ust 2 cyt ustawy pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego przedstawiciel ustawowy mają prawo do uzyskania od osoby wykonującej zawód medyczny przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, w zakresie udzielanych przez tę osobę świadczeń zdrowotnych oraz zgodnie z posiadanymi przez nią uprawnieniami.

Zgodnie z art. 31 ust 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r.o zawodach lekarza i lekarza dentystry lekarz ma obowiązek udzielać 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. Lekarz może udzielić informacji, o której mowa w ust. 1, innym osobom za zgodą pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego- art. 31 ust 2. Na żądanie pacjenta lekarz nie ma obowiązku udzielać pacjentowi informacji, o której mowa w ust. 1-art. 31 ust 3. Zgodnie z art. 31 ust 4 cyt ustawy tylko w sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomysłne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji. Na mocy art. 32. ust 1 tej ustawy lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, po wyrażeniu zgody przez pacjenta.

Na wstępie należy podkreślić, że roszczenia wynikające z ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r.o zawodach lekarza i lekarza dentystry są roszczeniami przysługującymi bezpośrednio poszkodowanemu działaniami placówki medycznej w procesie leczenia. Naruszenie praw pacjenta traktowane jest jako naruszenie jego dóbr osobistych, zaś roszczenie przysługuje poszkodowanemu z samego faktu naruszenia jego praw - jako pacjenta. Roszczenia te są roszczeniami osobistymi, a z tymi za życia poszkodowana W. Z. (1) nie wystąpiła na drodze sądowej przeciwko szpitalowi lub jego ubezpieczycielowi. Powód nie może zatem skutecznie dochodzić po zmarłej żonie takich roszczeń. Ponadto nie wyodrębnił ich kwotowo od

zadośćuczynienia wynikającego z art. 446 § 4 k.c. w zw. z art. 430 k.c. a są to roszczenia mające odrębny charakter. Już to sprawia, że roszczenia o zadośćuczynienie zgłoszone w oparciu o w/w ustawy podlegało oddaleniu.

Ponadto jak wykazało to postępowanie nie doszło w przypadku W. Z. (1) do naruszenia praw pacjenta. Jak już wskazano wyżej W. Z. (1) w pozwanym szpitalu udzielono świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej i adekwatnych do jej stanu klinicznego, w toku jej leczenia dołożono wszelkiej należytej staranności. Ponadto personel pozwanego szpitala nie dopuścił się żadnej zwłoki w udzieleniu pomocy lekarskiej - przeprowadzenia operacji laparotomii.

Na marginesie Sąd zważył, że mimo, iż w aktach brak pisemnego oświadczenia o wyrażeniu przez W. Z. (1) świadomej zgody na badanie kolonoskopii ze świadomością ewentualnych powikłań tego badania, to miała ona pełne rozeznanie w skutkach tego badania godząc się na nie. Przy przyjęciu do szpitala na ten temat rozmawiała z nią szczegółowo lek. M. C. (1)-przesłuchana w tej sprawie w charakterze świadka. Ponadto zmarła była lekarzem chorób wewnętrznych, miała taką wiedzę z racji doświadczenia zawodowego. Wiedziała w jakim celu udaje się do szpitala, jakie badania jej będą wykonywane i z czym się wiąże. Znała wszelkie konsekwencje tych badań.

W tych okolicznościach powództwo w całości oddalono.

O kosztach postępowania Sąd rozstrzygnął w oparciu o art. 102 k.p.c., który stanowi, w wypadkach szczególnie uzasadnionych sąd może zasądzić od strony przegrywającej tylko część kosztów albo nie obciążać jej w ogóle kosztami. Do kręgu "wypadków szczególnie uzasadnionych" należą zarówno okoliczności związane z samym przebiegiem procesu, jak i leżące na zewnątrz. Do pierwszych zaliczane są sytuacje wynikające z charakteru żądania poddanego rozstrzygnięciu, jego znaczenia dla strony, subiektywne przekonanie strony o zasadności roszczeń, przedawnienie, prekluzja. Drugie natomiast wyznacza sytuacja majątkowa i życiowa strony. W przedmiotowej sprawie Sąd uznał, że zarówno sytuacja materialna powoda jak też jego subiektywne przekonanie o słuszności roszczeń usprawiedliwiały obciążanie go tylko częścią kosztów sądowych tj. poniesioną opłatą od pozwu i częścią wydatków m.in. tych związanych ze stawiennictwem świadków na rozprawie w kwocie 150,44 zł-k.425 i w kwocie 133,73 zł-k.438, w sumie 284,17 zł. Po przedstawieniu przez biegłych rachunków z kartami pracy to on pokryje te wysokie koszty. Sąd nie obciążył powoda kosztami podniesionymi przez pozwanych w szczególności kosztami ich zastępstwa prawnego. Pozwani są profesjonalistami, którzy w ramach profesjonalnie prowadzonej działalności korzystają z usług prawnika rozliczając je w kosztach prowadzenia firm. Nie jest to dla nich tak jak dla powoda wydatek ponadstandardowy. Ponadto jak wynika z okoliczności tej sprawy powód mógł subiektywnie czuć się pokrzywdzony i szukać winnych nagłej śmierci żony przy rutynowym badaniu. Sama prawidłowość postępowania personelu medycznego wymagała natomiast opiniowania biegłych.

SSO Maria Tokarz