

Sygn. akt V ACa 713/14

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 31 marca 2015r.

Sąd Apelacyjny w Katowicach V Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Barbara Kurzeja
Sędziowie:	SA Lucjan Modrzyk SA Olga Gornowicz-Owczarek (spr.)
Protokolant:	Anna Fic

po rozpoznaniu w dniu 31 marca 2015r. w Katowicach

na rozprawie

sprawy z powództwa W. L.

przeciwko (...) Spółce Akcyjnej w W.

o zapłatę

na skutek apelacji powoda

od wyroku Sądu Okręgowego w Gliwicach

z dnia 8 maja 2014r., sygn. akt II C 189/12

oddala apelację i nie obciąża powoda kosztami postępowania apelacyjnego.

Sygn. akt V ACa 713/14

## UZASADNIENIE

Powód W. L. w pozwie skierowanym przeciwko (...) S.A. w W. wniósł o zasądzenie kwoty 100.000 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 01.06.2011 roku oraz kosztów postępowania. Wskazał, że w dniu 07.04.2010 roku został przyjęty na Oddział (...) w (...) Szpitalu (...) Nr(...) w J.. W trakcie badania kolonoskopowego wykonanego w dniu 07.04.2010 roku u powoda rozpoznano w odbytnicy trzy drobne polipy o średnicy 2-3 mm, które zostały usunięte. W dniu 08.04.2010 roku zostało przeprowadzone u powoda badania kolonoskopowe, w trakcie którego usunięto polipy z esicy za pomocą pętli diatermicznej. Podczas przeprowadzonego badania i zabiegu przez lekarzy szpitala doszło do uszkodzenia jelita grubego. W dniu 09.04.2010 doszło do zapalenia otrzewnej i nagłego dramatycznego pogorszenia stanu zdrowia u powoda przetransportowano powoda na blok operacyjny i przeprowadzono operację ratującą życie. W następstwie operacji założono u powoda w dniu 09.04.2010 roku sztuczny odbył na uszkodzonym jelicie. W sierpniu 2010 roku

powód został przyjęty do tego szpitala w trybie planowym w celu odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego. Po przeprowadzonych zabiegach rekonwalescencja powoda była powikłana ropieniem rany pooperacyjnej. Powód podkreślił, że poprzez zaniedbanie ze strony personelu medycznego szpitala, nie stwierdzono uszkodzenia jelita grubego, a dopiero na skutek dramatycznego pogorszenia stanu zdrowia zdecydowano się na zabieg operacyjny. Przedłużenie dalszego trwania leczenia w następstwie powikłań pooperacyjnych łączyło się dla powoda z dalszym bólem i cierpieniem, które nie było obojętne dla zdrowia powoda ze względu, iż stale leczy się kardiologicznie. Wykonywanie przez powoda najprostszych czynności zostało ogromnie utrudnione, gdyż powód jest osobą po urazowej amputacji kończyn górnych, a do tego po przeprowadzonym zabiegu w dniu 08.04.2010 roku doszło kolejne utrudnienie w postaci sztucznego odbytu. Powód zażądał zapłaty zadośćuczynienia w myśl art. 445 §1 k.c., gdyż doszło do naruszenia najcenniejszego dobra, jakim jest zdrowie. Szpital dopuścił się zaniedbania przy wykonywaniu badania kolonoskopowego u powoda i przyczynił się do tego rozstroju zdrowia.

W odpowiedzi na pozew (...) S.A. w W. wniosła o oddalenie powództwa i zasądzenie kosztów postępowania. Wskazała, że powód przebywał w (...)Szpitalu (...) Nr (...)w J., gdzie przeprowadzono u powoda badanie kolonoskopowe, w trakcie którego usunięto polipy. Podczas zabiegu doszło do powikłań w postaci perforacji jelita skutkujących koniecznością przeprowadzenia zabiegu operacyjnego w celu odtworzenia części jelita. Zdaniem pozwanej, powód nie wykazuje, na czym miałyby polegać błęd w sztuce lekarskiej, który był przyczyną perforacji jelita grubego. Podniosła, że powód nie wykazał w żaden sposób zawinienia lekarza przeprowadzającego zabieg kolonoskopii, a także nie wykazał ani zawinienia lekarza, ani też związku przyczynowego między działaniem lub zaniechaniem lekarza a szkodą. Czyn lekarza, aby stanowił delikt musi być nie tylko zawiniony, ale również musi nosić znamiona bezprawności, która polega na przekroczeniu mierników i wzorców wynikających zarówno z wyraźnych przepisów prawnych, jak zasad współżycia społecznego. Zdaniem lekarzy (...) S.A., jeżeli doszło do perforacji podczas zabiegu usunięcia zmiany za pomocą pętli, to nie z powodu złego przygotowania jelita do badania, lecz na skutek niezawinionego powikłania. Perforacja występująca po kolonoskopii terapeutycznej nie jest rzadkim powikłaniem. Ponadto jest ona trudna do wykrycia, co jest spowodowane zwykle małą średnią otworu perforacyjnego. Często więc nawet przeprowadzone zabiegi nie są w stanie zlokalizować uszkodzenia jelita. Z ostrożności procesowej pozwany podniósł, że żądanie powoda kwoty 100.000 zł tytułem zadośćuczynienia jest rażąco wygórowane i nie znajduje uzasadnienia w odniesionym uszczerbku na zdrowiu. Żądanie to jest nieadekwatne do rodzaju obrażeń ciała powoda w postaci perforacji jelita grubego, który lekarze (...) S.A. ocenili na 10 % trwałego uszczerbku na zdrowiu. Tego rodzaju uszczerbek nie powoduje oszpecenia ciała ani też znacznego nasilenia bólu i cierpień psychicznych.

Wyrokiem z dnia 8 maja 2014 r. Sąd Okręgowy w Gliwicach oddalił powództwo i wniosek pozwanej o zasądzenie kosztów postępowania.

Sąd Okręgowy oparł się na następujących ustaleniach faktycznych:

Powód W. L. w dniu 07.04.2010 roku był hospitalizowany na Oddziale (...)Szpitala (...) Nr (...) w J.. Celem hospitalizacji było wykonanie niezbędnej diagnostyki i badań mogących ustalić przyczynę bóli brzucha występujących od około roku. W 2008 roku, w tym samym szpitalu, powód miał wykonywaną kolonoskopię i również były usuwane polipy jelita grubego. W dniu 07.04.2010 roku w pracowni endoskopowej (...) nr (...) w J. została wykonana fonoskopia- badanie endoskopowe jelita grubego. W trakcie kolonoskopii w esicy stwierdzony jeden uszypułowany polip średnicy 7 mm, a w odbytnicy trzy drobne polipy. Wszystkie polipy, zgodnie z obowiązującymi standardami leczenia, zostały w trakcie kolonoskopii usunięte endoskopowo pętlą diatermiczną (elektrycznym urządzeniem tnąco-koagulującym). W trakcie kolonoskopii stwierdzono, że miejscami obecny płynny stolec utrudniał dokładną ocenę błony śluzowej jelita grubego. Błona śluzowa esicy i odbytnicy miejscami była zaczerwieniona i z miejsc tych pobrano wycinki do badania histopatologicznego. Po badaniu powód wrócił na oddział, a jego stan ogólny po kolonoskopii był dobry, nie wykazywał żadnych odchyśleń od normy. Po kolonoskopii powód nie wymagał i nie otrzymywał leków przeciwbólowych. W dniu 08.04.2010 roku po znieczuleniu gardła podjęta została próba wykonania gastroskopii u powoda. Badania nie przeprowadzono z uwagi na brak współpracy ze strony powoda (powód nie był w stanie wytrzymać tego badania). W dniu 08.04.2010 roku u powoda wykonano badanie USG jamy brzusznej, które było badaniem zaplanowanym, rutynowym. W dniu 09.04.2010 roku, w drugiej dobie po kolonoskopii, w godzinach

ranych u powoda pojawiły się nasilające dolegliwości bólowe jamy brzusznej. Powód wymagał od godziny 8 rano podania leków przeciwbólowych i rozkurczowych. Zlecono i wykonano zdjęcie RTG jamy brzusznej, które nie wykazywało patologii, zwłaszcza obecności wolnego powietrza w jamie brzusznej, którego obecność wskazywałaby na perforację jelita po wykonanej kolonoskopii. Dolegliwości bólowe u powoda systematycznie się nasilały. Około godziny 15 stan ogólny powoda uległ dramatycznemu pogorszeniu. Przeprowadzona konsultacja chirurgiczna pozwoliła na stwierdzenie u powoda zapalenia otrzewnej i chirurg zakwalifikował powoda do pilnej operacji otwarcia jamy brzusznej. Powód został natychmiast przeniesiony do oddziału chirurgicznego i tego dnia poddany koniecznej pilnej operacji. Po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono w jamie otrzewnej niewielką ilość mętnego płynu. Kontrola wykazała perforację esicy około 1 cm średnicy. Po wypłukaniu jamy otrzewnej i ewakuacji płynu w miejscu perforacji esicy wyłoniono ją w postaci stomii (sztucznego odbytu) na powierzchni brzucha. Przebieg pooperacyjny był powikłany ropieniem rany operacyjnej. Ropienie rany wymagało chirurgicznej pielęgnacji - płukania rany, częstej zmiany opatrunków, podawania antybiotyków dożylnie zgodnie z wynikiem dwukrotnego posiewu. Wyniki posiewów z dnia 13.04.2010 i 19.04.2010 roku wykazały obecność typowych bakterii pochodzących z flory jelita grubego. Obecność i wzrost tych bakterii był skutkiem przebytej perforacji jelita. W dniu 19.04.2010 roku z powikłaną ropieniem raną operacyjną powód został wypisany ze szpitala ze zleceniem kontroli i zmiany opatrunku w poradni chirurgicznej. Ze względu na przewlekłe, często występujące dolegliwości bólowe jamy brzusznej, powód przyjmował ketonal (lek przeciwbólowy, przeciwzapalny) przez wiele tygodni. Po kilku tygodniach od wypisu ze szpitala rana uległa wygojeniu. Ze względów na współistniejące kalectwo powoda (stan po amputacji obu kończyn górnych) olbrzymią uciążliwością dla powoda była obecność stomii i konieczna jej codzienna (kilka razy w ciągu doby) obsługa i pielęgnacja. W dniu 11.08.2010 roku powód został poddany planowanemu zabiegowi operacyjnemu likwidacji stomii i przywrócenia ciągłości przewodu pokarmowego. Ponownie przebieg pooperacyjny powikłany był ropieniem rany, miejsca po usuniętej stomii. Ropiejąca rana wymagała codziennej, chirurgicznej pielęgnacji. Powód gorączkował, stosowano dożylnie antybiotyki. W dniu 23.08.2010 roku powód został wypisany ze szpitala w stanie ogólnym i miejscowym dobrym z zaleceniem kontroli w poradni chirurgicznej oraz stosowania leków. W trakcie pobytu w domu nadal utrzymywało się ropienie rany brzucha w miejscu po usuniętej stomii wymagające codziennych zmian opatrunków, częstych wizyt w poradni chirurgicznej. Całkowite wyleczenie stanu zapalnego uzyskano w listopadzie 2010 roku.

Dolegliwości bólowe jamy brzusznej, które występowały u powoda od około roku oraz wiek powoda, sprzyjający rozwojowi procesu nowotworowego jelita grubego, zwłaszcza przy występowaniu zmian typu polipów jelita grubego w przeszłości, były całkowicie wystarczającymi wskazaniem do wykonania kolonoskopii. Aktualne statystyki zachorowania na nowotwory wskazują, że około 1/3 chorych na raka jelita grubego miała w wywiadzie chorobowym polipy jelita grubego. Drastycznie wzrosła też zachorowalność na raka jelita grubego u osób po 50 roku życia. Obecnie wobec wzrastającej zachorowalności na raka jelita grubego endoskopowe usuwanie polipów jelita grubego zostało uznane jako standard leczenia. Powód został prawidłowo zakwalifikowany do badania kolonoskopii z polipektomią. Kolonoskopia, jak każde badanie endoskopowe, jest badaniem tzw. inwazyjnym, składającym się z czynności wykonywanych endoskopem wewnątrz światła określonego badanego narządu. Podczas wykonywania endoskopii może dojść do niezamierzonych powikłań: uszkodzenia, perforacji, rozerwania jelita nawet bardzo intensywnych zagrażających życiu chorego. Perforacja jelita grubego w przypadku wykonywania kolonoskopii rozszerzonej o zabieg usuwania polipów jelita grubego występuje w około 2%- 3% przypadków. U powoda usunięto polipy za pomocą urządzenia elektrycznego tzw. pętli diatermicznej. Takie urządzenie przecina tkankę (podstawę polipa) łukiem elektrycznym i posiada swoje pole rażenia poza płaszczyznę usuwanych zmian. Miejsce usuniętego polipa, które jest miejscowym uszkodzeniem ściany jelita ulega zazwyczaj wygojeniu. Zdarza się jednak, że w miejscu usuwanej zmiany jelita dochodzi do mikroperforacji wywołującej wolne powietrze w jamie otrzewnej, wyciek treści jelitowo-kałowej z jelita do jamy otrzewnej i stan zapalny otrzewnej. Ponad połowa przypadków perforacji jelita po kolonoskopii z polipektomią ujawnia się kilka, kilkanaście, a nawet kilkadziesiąt godzin po zabiegu. Kolonoskopia wykonana u powoda była rutynowym zabiegiem połączonym z usunięciem polipów i pobraniem wycinków ze zmienionej błony śluzowej jelita grubego. W trakcie kolonoskopii nie wydarzyło się nic nieprawidłowego. Informacja o utrudnionej miejscami ocenie błony śluzowej płynnym stolcem jest czymś bardzo często spotykanym w praktyce endoskopowej. Prawie nigdy nie udaje się przed badaniem na tyle wyczyścić, przygotować jelita grubego, aby jego światło było zupełnie pozbawione choćby niewielkiej, tak jak w przypadku powoda, ilości stolca. Niewielka ilość płynnego stolca w jelicie nie

uniemożliwia wykonania bezpiecznego badania kolonoskopii. Po zabiegu wykonano rutynowe badania USG, które nie wykazały żadnej patologii w zakresie narządów jamy brzusznej. Pojawienie się dolegliwości u powoda spowodowało wdrożenie właściwego leczenia i postępowania skutkującego operacją chirurgiczną w trybie pilnym.

Perforacja jelita grubego, do jakiej doszło u powoda po wykonaniu kolonoskopii z polipektomią, była niezawinionym powikłaniem kolonoskopii. Również długotrwałe ropienie rany operacyjnej w kwietniu 2010 roku jak i w sierpniu 2010 roku było niezawinionym powikłaniem chirurgicznym. Przez oba okresy pooperacyjne powód zmuszony był przyjmować leki przeciwbólowe, a w okresie leczenia ropiejących ran antybiotyk. W okresie posiadania stomii od kwietnia do sierpnia 2010 roku celem normalizacji funkcjonowania jelita powód musiał stosować dietę. Powód zmuszony był spożywać niezbyt smaczne, ale pomocne odżywki w postaci płynnych diet bezresztkowych. Wszystkie te elementy spowodowały u powoda znaczne utrudnienia i uciążliwości w prowadzeniu normalnego życia w okresie od kwietnia do listopada 2010 roku. W tym czasie powód był narażony na trudno mierzalne cierpienia. Współistniejące u powoda kalectwo dużego stopnia i zespół depresyjno-lękowy potęgować mogły doznane uciążliwości i cierpienia.

Kolonoskopia jest badaniem inwazyjnym i zawsze niesie ze sobą ryzyko powikłań w postaci krwawienia czy perforacji. Do perforacji może dojść bezpośrednio w trakcie polipektomii, ale może też dojść jedynie do tzw. zespołu oparzenia pełnościennego spowodowanego przez prąd koagulujący polip, a następnie do martwicy ściany jelita i dopiero po kilku, kilkunastu godzinach do perforacji opóźnionej. W sytuacji powoda, który miał wykonaną polipektomię 07.04.2010 r., a 08.04.2010 r. czuł się dobrze, silne bóle brzucha wystąpiły w dniu 09.04.2010 r., ale nawet wówczas w RTG przeglądowym jamy brzusznej nie stwierdzono powietrza pod kopułą przepony, co wskazuje na to, że mogła mieć miejsce perforacja opóźniona. W zakresie polipektomii i rozpoznania perforacji nie doszło do naruszenia zasad prawidłowego udzielania świadczeń medycznych.

Zabieg endoskopowej polipektomii wykonywanej w trakcie badania kolonoskopowego nie jest zabiegiem pilnym, nie jest zabiegiem ratującym życie. Prawdopodobnie w trakcie polipektomii doszło do oparzenia ściany jelita, a w konsekwencji do jego martwicy i perforacji. Do powikłań takich może dojść w wyniku nieprawidłowo przeprowadzonego zabiegu (w złym miejscu założona pętla diatermiczna, zbyt długo działający prąd) lub w wyniku warunków anatomicznych w miejscu lokalizacji polipa (ostre zagięcie polipa, położenie polipa na szycie fałdu, za fałdem). Na częstotliwość perforacji po polipektomii wpływa też stan pacjenta, jego wiek, obecność chorób towarzyszących, występowanie u pacjenta zaparcie stolca.

Stan faktyczny Sąd Okręgowy ustalał w oparciu o treść i wnioski opinii biegłych lekarzy specjalisty chorób wewnętrznych i gastroenterologii B. M. oraz specjalisty chirurgii ogólnej i chirurgii onkologicznej M. S.. Uznał, że biegli w sposób szczegółowy i wyczerpujący przeanalizowali proces leczenia powoda i na podstawie analizy dokumentacji medycznej i posiadanej wiedzy uznali, że powód w (...) Szpitalu (...) Nr (...) był leczony prawidłowo. Ich wywody były logiczne i spójne oraz uwzględniały wszystkie aspekty procesu leczenia powoda.

Sąd Okręgowy przytoczył w ślad za biegłymi, że powód prawidłowo został zakwalifikowany do zabiegu kolonoskopii z polipektomią, na bieżąco monitorowano jego stan zdrowia, co pozwoliło niezwłocznie wdrożyć procedurę zabiegu chirurgicznego, prawdopodobnie ratującego życie po pojawieniu się powikłań. Bezsprzeczne jest, że w następstwie zabiegu kolonoskopii doszło do powikłań w postaci perforacji jelita. Jednak to powikłanie nie było następstwem błędu w sztuce medycznej. Okoliczność, że dopiero w trzeciej dobie po zabiegu pojawiły się objawy w postaci bólów brzucha, w ocenie biegłych, świadczyła o tym, że doszło do perforacji opóźnionej. Mogło do niej dojść, poza nieprawidłowym wykonaniem zabiegu, również z innych przyczyn. Biegli wyjaśnili również w opinii uzupełniającej, że nie jest możliwy stan absolutnego wyczyszczenia jelita. Nie było więc powodów do odstąpienia od zabiegu kolonoskopii. Nie można więc zarzucić lekarzowi przeprowadzającemu zabieg niedbalstwa nawet w najmniejszym stopniu. Wskazali, że zabieg nie dotyczył rozległych powierzchni lecz niewielkich elementów jelita, polipów rzędu kilku milimetrów w cienkiej ścianie jelita.

Zauważył też Sąd Okręgowy, że zawsze występuje ryzyko przy dokonywaniu jakiejkolwiek czynności leczniczej. Ryzyko to, podpisując zgodę na wykonanie zabiegu, co w niniejszej sprawie miało miejsce, pacjent akceptuje i przejmuje je na

siebie. Często właśnie w granicach ryzyka mieszczą się niekorzystne dla zdrowia poszkodowanych czy pokrzywdzonych wyniki leczenia i stanowią one niepowodzenie lecznicze, a nie sam błąd lekarski.

W tych okolicznościach Sąd Okręgowy doszedł do wniosku, że roszczenie powoda nie zasługuje na uwzględnienie z powodu braku wykazania przesłanki z art. 415 k.c. w postaci winy szpitala.

Podstawą przyznania zadośćuczynienia jest spełnienie przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej: krzywdy, związku przyczynowy między działaniem sprawcy a krzywdą, bezprawność działań sprawcy oraz jego wina. Ciężar dowodu wykazania tych przesłanek obciążał w myśl art. 6 k.c. powoda.

Błąd medyczny jest kategorią obiektywną i zależy wyłącznie od aktualnego stanu wiedzy w zakresie medycyny. Taki błąd, aby stać się podstawą odpowiedzialności lekarza, musi być błędem przez niego zawinionym, co ustalone jest z uwzględnieniem wszystkich realiów określonego przypadku. Powód nie wykazał, aby personel szpitala dopuścił się błędów w sztuce lekarskiej. Zastosowane procedury medyczne były prawidłowe, a proces leczenia powoda nie nosi znamion nawet zaniedbania, a tym bardziej błędu w sztuce lekarskiej. Zabieg kolonoskopii był uzasadniony medycznie, powód<sup>d</sup> wyraził na ten zabieg zgodę, monitorowano stan zdrowia powoda po zabiegu i niezwłocznie wdrożono procedury medyczne ratujące zdrowie powoda. Tym samym nie było podstaw do uznania kogokolwiek z pracowników szpitala winnym i odpowiedzialnym za taki przebieg zdarzeń.

Sąd Okręgowy na podstawie art. 102 k.p.c. oddalił wniosek pozwanego o zasądzenie kosztów procesu. Pozwany wygrał wprawdzie sprawę, ale Sąd Okręgowy stwierdził, że zachodziły wyjątkowe okoliczności, które pozwalają na odstąpienie od obciążania nimi powoda. Powód nie jest w stanie tych kosztów ponieść z uwagi na trudną sytuację finansową, zarówno własną jak i rodziny, co wiąże się między innymi z ciężką sytuacją zdrowotną powoda. W tej sytuacji obciążanie powoda kosztami procesu byłoby nadmiernym ciężarem.

Apelację od powyższego wyroku złożył powód, który wniósł o jego zmianę i uwzględnienie powództwa w całości wraz z kosztami postępowania, ewentualnie o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania.

Powód zarzucił naruszenie:

I. art. 233 § 1 k.p.c. poprzez dokonanie dowolnej oceny dowodów polegającą na:

- 1) ustaleniu, że powód nie wykazał, że zastosowane procedury medyczne były nieprawidłowe i wykonywane były z naruszeniem zasad podwyższonej staranności wymaganej w tego rodzaju zabiegach medycznych, podczas gdy z zeznań powoda W. L. oraz z opisu zabiegu kolonoskopii nr (...) wynika jednoznacznie, że zabieg wykonano w warunkach niezadawalającego przygotowania pacjenta;
- 2) pominięciu fragmentu opinii uzupełniającej biegłego M. S., w której wskazał, że zanieczyszczone treścią kałową jelito może zwiększyć odsetek powikłań endoskopowej polipektomii o około 10%, co w świetle przyjętych w tym zakresie standardów powinno było prowadzić do ustalenia wystąpienia błędu w sztuce lekarskiej;
- 3) pominięciu fragmentów opinii uzupełniających biegłych B. M. oraz M. S., w których zgodnie wskazali, że polipektomia nie była w przypadku powoda zabiegiem ratującym życie i mogła być czasowo odroczone w przypadku stwierdzenia niewystarczającego przygotowania jelita;
- 4) ustaleniu, że powód podpisał zgodę na zabieg kolonoskopii z polipektomią i tym samym zaakceptował i przyjął na siebie całkowite ryzyko za niepowodzenie zabiegu, podczas gdy z zeznań powoda złożonych na rozprawie i z dokumentacji medycznej przedłożonej przez (...) Szpital (...) Nr (...) wynika niezbicie, że powód nigdy nie podpisał zgody na zabieg kolonoskopii, tym bardziej z polipektomią, zaś zgody wyrażał dopiero na zabiegi laparoskopowe (oświadczenie bez daty) i operacyjne, ratujące zdrowie i życie powoda już po wystąpieniu skutków kolonoskopii;

- niedokonaniu ustalenia, że powód nie został poinformowany o możliwych komplikacjach i powikłaniach związanych z wykonywanym u powoda zabiegiem polipektomii, podczas gdy biegły w swojej opinii wskazał na obowiązek poinformowania powoda o możliwych powikłaniach i komplikacjach związanych z zabiegiem, któremu został poddany powód (opinia biegłego M. S.);

- świadek G. L. zeznała, że przed zabiegiem kolonoskopii nie poinformowano powoda o możliwości rozszerzenia zabiegu kolonoskopii o polipektomię, tym bardziej zaś o możliwych powikłaniach w postaci perforacji jelita zagrażającej życiu i konieczności dalszych operacji, podczas gdy powikłania tego typu są powikłaniami typowymi dla tego typu zabiegu a jednocześnie niosącymi poważne zagrożenia dla zdrowia, a nawet życia w sytuacji wykonywania ich w warunkach niewystarczającego przygotowania pacjenta;

- powód po poinformowaniu go o zagrożeniach, jakie niesie wykonanie zabiegu w warunkach niedostatecznego przygotowania jelita, zdecydowałby się na odroczenie zabiegu na inny termin celem dokładniejszego przygotowania do niego i wykonania zabiegu w optymalnych warunkach;

II. art. 430 w zw. z art. 415 k.c. poprzez ich niewłaściwe zastosowanie i oddalenie powództwa w sytuacji, gdy z ustalonych w sprawie okoliczności faktycznych wynika, że wystąpiły w sprawie przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanego, w związku z błędami w sztuce lekarskiej popełnionymi w trakcie leczenia przez personel szpitala.

W odpowiedzi na apelację pozwana wniosła o jej oddalenie i zasądzenie kosztów postępowania apelacyjnego.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja powoda nie odniosła zamierzonego skutku, gdyż zaskarżony wyrok Sądu Okręgowy jest prawidłowy.

Podkreślenia wymaga, iż Sąd pierwszej instancji odniósł się do wszystkich zgłoszonych w toku postępowania przez strony dowodów i ocenił ich wiarygodność.

Poczynione w toku postępowania ustalenia faktyczne należało uznać za prawidłowe, dlatego też Sąd Apelacyjny uznaje je za własne.

Oceniając wiarygodność przeprowadzonych dowodów Sąd Okręgowy nie przekroczył granic swobodnej oceny dowodów określonych przepisem art. 233 § 1 k.p.c. Za chybione należało uznać zarzuty apelującego dotyczące prawidłowości poczynionych przez Sąd Okręgowy ustaleń faktycznych. Jak wskazał Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 10 czerwca 1999r. (sygn. akt II UKN 685/98) ramy swobodnej oceny dowodów (art. 233 § 1 k.p.c.) wyznaczone są wymaganiami prawa procesowego, doświadczenia życiowego oraz regułami logicznego myślenia, według których sąd w sposób bezstronny, racjonalny i wszechstronny rozważa materiał dowodowy jako całość, odnosi je do pozostałego materiału dowodowego. Błąd w ustaleniach faktycznych następuje, gdy zachodzi dysharmonia pomiędzy materiałem zgromadzonym w sprawie a konkluzją, do której dochodzi sąd na skutek przeinaczenia dowodu oraz wszelkich wypadków wadliwości wynikających z naruszenia przepisu art. 233 § 1 k.p.c. Przepis ten byłby naruszony, gdy ocena materiału dowodowego koliduje z zasadami doświadczenia życiowego lub regułami logicznego wnioskowania. Tak rozumianego zarzutu sprzeczności ustaleń Sądu z treścią materiału dowodowego Sądowi pierwszej instancji w niniejszej sprawie skutecznie zarzucić nie można.

W sprawie, w której powód wywodzi odpowiedzialność jednostki medycznej ze zdarzenia, którym jest błąd w sztuce lekarskiej, lekarz odpowiada na zasadzie winy, którą można mu przypisać tylko w wypadku wystąpienia elementu obiektywnej i subiektywnej niewłaściwości postępowania. Element obiektywny występuje w wypadku naruszenia zasad wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii, zaś element subiektywny wiąże się z zachowaniem przez lekarza staranności, ocenianej przy przyjęciu kryterium wysokiego poziomu przeciętnej staranności zawodowej (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 stycznia 2013 r., sygn. akt IV CSK 431/12). Wykonanie zabiegu operacyjnego jest końcowym etapem procedury, na którą składa się na ogół wiele świadczeń diagnostycznych wykonywanych przez

różnych specjalistów, stanowiących podstawę do rozpoznania choroby, podjęcia decyzji o zabiegu operacyjnym i jego zakresie. Pojęcie "błędu w sztuce lekarskiej" odnosi się zatem nie tylko do błędu terapeutycznego (błąd w leczeniu, w tym błędu operacyjnego), ale również do błędu diagnostycznego (błąd rozpoznania). W wypadku konieczności poprzedzenia zabiegu operacyjnego specjalistycznymi badaniami błąd diagnostyczny może się odnosić do etapu tych badań, a jego konsekwencją może być błędna diagnoza schorzenia prowadząca do błędnej decyzji o zabiegu operacyjnym, lub o zakresie takiego zabiegu (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 24 października 2013 r., sygn. akt IV CSK 64/13).

Lekarz ponosi winę za powstanie szkody, jeżeli nie zastosował właściwych środków w należyty sposób. Przez "zastosowanie właściwych środków" rozumie się fachowe postępowanie, które w danej sytuacji było wskazane z medycznego punktu widzenia. Postępowanie odmienne określane zazwyczaj jest jako błąd w sztuce lekarskiej. Przez błąd lekarski należy rozumieć obiektywny element winy. Stwierdzenie błędu lekarza dokonywane jest na podstawie naukowych kryteriów oceny postępowania lekarza i oznacza, że postępowanie lekarza wywołuje określone zastrzeżenia z naukowego punktu widzenia, stanowi teoretyczną ocenę tego postępowania, którą następnie należy skonfrontować z pełnym zakresem powinności lekarza i konkretnymi warunkami, w jakich miało miejsce jego postępowanie. Natomiast przez pojęcie "w należyty sposób" należy rozumieć dołożenie takiej staranności, jaka w określonej sytuacji była należna, wymagana i potrzebna. O zawinięciu lekarza może zdecydować nie tylko zarzucenie mu braku wystarczającej wiedzy i umiejętności praktycznych, odpowiadających aprobowanemu wzorcowi należytej staranności, ale także niezręczność i nieuwaga, jeżeli oceniając obiektywnie nie powinny one wystąpić w konkretnych okolicznościach. Nie chodzi zatem o staranność wyższą od przeciętnej wymaganej wobec lekarza, lecz o wysoki poziom przeciętnej staranności każdego lekarza jako staranności zawodowej (art. 355 § 2 k.c.) (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 stycznia 2013 r., sygn. akt IV CSK 431/12). Jeżeli więc zachowanie lekarza odbiega na niekorzyść od przyjętego, abstrakcyjnego wzorca postępowania, przemawia to za jego winą w razie wyrządzenia szkody. Wzorec jest budowany według obiektywnych kryteriów takiego poziomu fachowości, poniżej którego postępowanie danego lekarza należy ocenić negatywnie. Właściwy poziom fachowości wyznaczają kwalifikacje zawodowe (specjalizacja, stopień naukowy), posiadane doświadczenie, charakter i zakres kształcania się w pogłębianiu wiedzy medycznej i poznawaniu nowych metod leczenia.

Słusznie wywodzi skarżący, że wykazanie błędu w sztuce lekarskiej napotyka często na trudności dowodowe. Jednak ustalenie jego zajścia nie może się opierać wyłącznie na subiektywnych przekonaniach pokrzywdzonego, ale musi wynikać z określonego stanu faktycznego potwierdzającego wysoki stopień prawdopodobieństwa naruszenia staranności zawodowej lekarza. Ustalenie winy lekarza wymaga przy tym odwołania się do wiadomości specjalnych przy pomocy biegłych sądowych.

Podstawowym zagadnieniem w niniejszej sprawie było wyjaśnienie, czy lekarze w sposób prawidłowy wykonali zabieg, który był przyczyną powikłań. W apelacji powód ponownie powołuje się na niezadawalające przygotowanie pacjenta do zabiegu. Z opisu zabiegu wynika bowiem, że w jelicie znajdował się płynny stolec utrudniający dokładną ocenę błony śluzowej. Opis ten jednak nie wskazuje, że ilość płynu uniemożliwiała wykonanie polipektomii. Treść tego dokumentu stała się przedmiotem oceny biegłych. Zwłaszcza biegły chirurg M. S. szczegółowo wyjaśnił tę wątpliwość. Stwierdził bowiem, że nie jest możliwe wyczyścić całkowicie jelito, a płynny stolec nie jest przeciwwskazaniem do zabiegu i nadal istnieje możliwość wykonania go w sposób bezpieczny dla pacjenta. Decyzja o wykonaniu zabiegu zapada zależnie od wizualizacji, czyli widoczności umożliwiającej usunięcie polipów. Treść jelita wprawdzie zwiększa ryzyko powikłań, ale jest uzależnione od jej ilości. Biegły przy tej okazji zwrócił uwagę, że skoro było widać polipy tak niewielkich rozmiarów (2-3 mm), to należy przypuszczać, że były warunki do wykonania zabiegu ich usunięcia. Nic zatem nie potwierdza hipotezy, że ilość treści jelitowej była większa od zazwyczaj spotykanej, co stanowiłoby uzasadnienie dla odstąpienia od zabiegu. Sąd Okręgowy wziął pod uwagę również okoliczność, którą akcentuje w apelacji powód, że zabieg ten nie był zabiegiem ratującym życie, jednak nie znalazł w materiale dowodowym podstaw do uznania, iż zachodziła potrzeba do odłożenia terminu jego wykonania, a nawet, że wystąpiły okoliczności zwiększające ryzyko powikłań. Oceny przedstawionej przez biegłych lekarzy nie podważają zeznania powoda, który nie jest w stanie, z oczywistych względów, przedstawić argumentów stanowiących przeciwwagę dla wniosków opinii i prowadzących do ustalenia, że

istniały jakiegokolwiek przyczyny uzasadniające przełożenie zabiegu. Podkreślić też należy, że statystyka powikłań nie świadczy o tym, że w tym przypadku do błędu w sztuce lekarskiej doszło.

Słusznie podkreśla apelacja, że zebrany materiał dowodowy nie pozwala na ustalenie, że powód wyraził zgodę na zabieg polipektomii. Takiej zgody wraz z informacją o możliwych powikłaniach do akt nie przedłożono. Jednak nie może to wpływać na stwierdzenia, iż doszło do błędu w sztuce lekarskiej. Pacjent wyrażając zgodę na zabieg bierze wprawdzie na siebie ryzyko zwykłych powikłań pooperacyjnych, ale jedynie przy założeniu, że nie zostaną one spowodowane z winy, najlżejszej choćby, lekarza. Z tego, między innymi powodu, ocena, iż określona szkoda jest skutkiem niepowodzenia medycznego, objętego wyłącznym ryzykiem pacjenta, wymaga niebudzących wątpliwości ustaleń odnośnie do przyczyn szkody, w całym łańcuchu zdarzeń, które ją spowodowały.

Nie mogło zostać uwzględnione w niniejszym postępowaniu żądanie zasądzenia zadośćuczynienia za naruszenie prawa pacjenta do informacji. Roszczenie takie nie zostało zgłoszone w pozwie, a tym bardziej na naruszenie takiego dobra nie powoływał się pacjent w zgłoszeniu szkody w stosunku do ubezpieczyciela szpitala, którego zakres odpowiedzialności wyznacza umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

Przepis art. 31 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty nakłada na lekarza obowiązek udzielania pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Nie przewiduje on wprawdzie autonomicznego roszczenia o zadośćuczynienie za doznaną krzywdę, tak jak ma to miejsce w art. 4 ust. 1 w zw. z art. 9 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ale jednak przyjmuje się, że można na jego podstawie, w związku z powołanym właściwie przepisem kodeksu cywilnego, formułować roszczenia o zadośćuczynienie (por. wyrok Sądu najwyższego z dnia 18 stycznia 2013 r., sygn. akt IV CSK 431/12). Norma art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta odsyła w tym zakresie do art. 448 k.c., który chroni dobra osobiste. Roszczenie o zadośćuczynienie przewidziane w art. 445 k.c. oraz roszczenie o zadośćuczynienie będące następstwem zawinionego naruszenia praw pacjenta mają odrębny charakter. Określają one zasady odpowiedzialności sprawców za odrębne czyny bezprawne, odmienny jest przedmiot ochrony prawnej każdego z nich. Artykuł 445 § 1 k.c. rekompensuje skutki uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, natomiast art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty chroni godność, prywatność i autonomię pacjenta, niezależnie od staranności i skuteczności zabiegu leczniczego. Oba roszczenia o zadośćuczynienie są zatem oparte na różnej podstawie faktycznej i prawnej. A ponieważ powód nie objął żądaniem pozwu zadośćuczynienia z tytułu naruszenia jego dóbr osobistych w następstwie braku zachowania się lekarzy zgodnie z dyspozycją art. 31 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r., to roszczenie to nie stało się przedmiotem orzekania Sądu Okręgowego. Za niedopuszczalne należy natomiast uznać zmianę przedmiotową powództwa (jego rozszerzenie) w postępowaniu apelacyjnym ze względu na treść art. 383 k.p.c.

Słusznie podkreśla apelacja, że powołany przez Sąd Okręgowy art. 415 k.c. nie stanowiłby w niniejszej sprawie wyłączną podstawę żądania zgłoszonego w pozwie. Konieczne byłoby bowiem powołanie również art. 430 k.c. Jednak wobec faktu, że postępowanie dowodowe nie pozwoliło na ustalenia, że do błędu w sztuce lekarskiej w ogóle doszło, nieścisłość ta nie wpływa na prawidłowość zaskarżonego rozstrzygnięcia.

Pozostałe przesłanki odpowiedzialności deliktowej szpitala nie były przez Sąd okręgowy analizowane ze względu na fakt, iż ustalenia faktyczne doprowadziły do wniosku braku zawinienia po stronie lekarzy wykonywujących zabieg usunięcia polipów. Wniosek ten należało podzielić. A wobec braku uzasadnionych argumentów podważających rozstrzygnięcie Sądu Okręgowego apelację powoda należało uznać za bezzasadną i oddalić w myśl art. 385 k.p.c.

O kosztach postępowania apelacyjnego orzeczono na podstawie art. 102 k.p.c. i postanowiono o nieobciążaniu nimi powoda ze względu na jego sytuację rodzinną, majątkową oraz okoliczność, iż istniały w jego przekonaniu uzasadnione podstawy do wystąpienia z żądaniem pozwu.