

## UZASADNIENIE

W pozwie z dnia 19 kwietnia 2016 roku, skierowanym przeciwko Wojewódzkiemu Szpitalowi (...) w Ł., powód R. S. wniósł o zasądzenie na swoją rzecz od strony pozwanej kwoty 350.000 złotych wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 26 listopada 2015 roku do dnia 31 grudnia 2015 roku i odsetkami za opóźnienie od 1 stycznia 2016 roku do dnia zapłaty, w tym:

- kwoty 300.000 złotych tytułem zadośćuczynienia;
- kwoty 50.000 złotych tytułem odszkodowania za koszty pomocy osób trzecich, koszty leczenia i utracone dochody.

W uzasadnieniu powód wskazał, że dochodzone pozwem roszczenia związane są z wadliwie przeprowadzonym, w Wojewódzkim Szpitalu (...) w Ł., postępowaniem leczniczym, obejmującym wykonany w dniu 16 lipca 2014 roku z powodu kamicy odlewowej i wodonercza, zabieg resekcji nerki lewej, w wyniku którego doszło u powoda do jatrogennej perforacji jelita grubego. Skutkiem powikłań powód miał wykonane jeszcze 3 operacje, podczas których usunięto mu śledzionę, wyłoniono stomię oraz zakażono powoda gronkowcem. Powikłania pooperacyjne spowodowały dramatyczne pogorszenie stanu jego zdrowia, stworzyły bezpośrednie zagrożenie życia i cierpienie trwające do dziś. Powód podniósł także, że nie został uprzednio przez lekarza poinformowany o możliwych konsekwencjach zabiegu.

Wraz z pozwem powód wniósł o zwolnienie od kosztów sądowych.

/pозew, k. 3-7 wyliczenie odszkodowania w piśmie k- 356-359/

Postanowieniem z dnia 5 maja 2016 roku Sąd zwolnił R. S. od kosztów sądowych ponad kwotę 500 złotych każdorazowej należności.

/postanowienie – k. 49/

W odpowiedzi na pozew z dnia 29 września 2016 roku strona pozwana wniosła o oddalenie powództwa w całości, kwestionując żądanie pozwu, tak co do zasady, jak i co do wysokości oraz wniosła o zwrot kosztów procesu. W uzasadnieniu wywiodła, że proces leczenia przeprowadzony został u powoda prawidłowo, a zachowaniu personelu medycznego pozwanego nie sposób przypisać przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej w postaci winy. Powód podpisał świadomie zgody na proponowane mu zabiegi i oświadczył, że został zapoznany ze szczegółowym opisem zabiegu, jego celowością i oczekiwanym wynikiem oraz potencjalnymi zagrożeniami mogącymi wystąpić w wyniku zabiegu, a także zgodził się na zaproponowane leczenie z możliwymi powikłaniami zabiegów.

Dodatkowo pozwany podniósł wniosek o zawiadomienie o toczącym się postępowaniu (...) S.A. w związku z zawarciem umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

/odpowiedź na pozew - k. 74– 80/

Powiadomiony przez Sąd o toczącym się postępowaniu ubezpieczyciel, nie wstąpił do sprawy.

/powiadomienie, 136, potwierdzenie odbioru k- 138/

Z dniem 7 stycznia 2017 roku zmianie uległa nazwa pozwanego na (...) w Ł..

/Dziennik Urzędowy k-226-228 /

**Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:**

R. S. od 2002 roku miał problemy z nerkami. W chwili przyjęcia do Szpitala pozwanego był już po wykonanej, z powodu kamicy nerkowej lewostronnej, pielolitotomii, a także cierpiał na kamicę nerki prawej, wodonercze i nawrotową kamicę nerki lewej oraz zakażenie układu moczowego. Zabiegi te wykonano w innej placówce medycznej, niż placówka pozwanego.

/bezsporne; dokumentacja – 164-192/

W dniu 24 września 2013 roku powód miał wykonaną prawostronną pielolitotomię, w efekcie której całkowicie usunięto mu wszystkie złoży z nerki prawej, pozostawiając w moczowodzie prawym cewnik, który następnie usunięto w dniu 15 października 2013. Następnie w dniu 12 listopada 2013 roku wykonano u R. S. pielolitotomię lewostronną, w efekcie której również całkowicie usunięto wszystkie złoży z nerki lewej, pozostawiając w moczowodzie lewym cewnik, który usunięto w dniu 13 grudnia 2013 r.

Ze względu na utrzymujący się po usunięciu cewnika zastój w UKM nerki lewej, nawracające zakażenia układu moczowego, hypofunkcję nerki lewej w badaniu urograficznym (25 marzec 2014 r.) podjęto decyzję o diagnostycznej ureterorenoskopii zakończonej pozostawieniem cewnika moczowodowego w moczowodzie lewym i wykonaniu pielografii wstępującej w dniu 22 kwietnia 2014 roku. Stwierdzono wówczas u powoda w odcinku podmiędniczkowym zarośnięcie moczowodu lewego. Wobec powyższego, by ostatecznie ocenić czynność nerki lewej w dniu 23 kwietnia 2014 roku wytworzono do układu kielichowo-miedniczkowego nerki lewej przeskórną przetokę nerkową oraz wykonano renoscytyografię (30 maja 2014 roku), na podstawie której oszacowano względny udział procentowy nerki lewej w całkowitej czynności obu nerek na 15-18%.

/dokumentacja leczenia - k. nienumerowane koperta „23338/14 Urologia” załączona do sprawy; karta informacyjna z dnia 2.10.2013 roku – k. nienumerowane koperta „Poradnia” załączona do sprawy; karta informacyjna z dnia 15.10.2013 roku – k. nienumerowane koperta „Poradnia” załączona do sprawy; karta informacyjna z dnia 21.11.2013 roku – k. nienumerowane koperta „Poradnia” załączona do sprawy; historia choroby – 193-200v.; zeznania świadka J. W. – k. 153v. e-protokół 00:09:27/

W związku z nawrotami zakażenia układu moczowego, lekarze prowadzący powoda podjęli decyzję o usunięciu nerki lewej.

Przed zabiegiem lekarz prowadzący powoda od 2013 roku dr. J. W. poinformował powoda o charakterze zabiegu oraz stopniu jego skomplikowania. Lekarz rozmawiał z chorym wielokrotnie. Podkreślał, że jest to kolejny -trzeci zabieg dotyczący nerki lewej i w związku z tym znacznie rośnie prawdopodobieństwo powikłań. Poinformował powoda o możliwych i najczęściej spotykanych powikłaniach. Ponieważ spodziewał się trudności o pomoc w zabiegu poprosił ordynatora oddziału prof. R.. W karierze prowadzącego powoda lekarza, powikłanie, które wystąpiło u powoda w postaci powstania przetoki kałowej miało miejsce pierwszy raz, natomiast jego przełożony zaobserwował takie powikłanie drugi raz w swej karierze.

/historia choroby z dn.14.07.2014 r.-przyjęcie – k. nienumerowane koperta „41220/14 Urologia” załączona do sprawy; wywiad – k. nienumerowane koperta „41220/14 Urologia” załączona do sprawy; zgoda z 14.07.2014 r. – k. nienumerowane koperta „41220/14 Urologia” załączona do sprawy; zeznania świadka J. W. – k. 153v. e-protokół 00:09:27; zeznania świadka W. R. – k. 154v. e-protokół 00:30:24/

Zabieg usunięcia nerki lewej wykonano w planowanym terminie, w dniu 16 lipca 2014 roku. W operacji uczestniczyli dr W., w asyście prof. R., dr O. i dr T.. Operowana okolica stanowiła jeden lity naciek zapalny i zrost, obejmujący także śledzionę, będące następstwem wcześniejszych zabiegów operacyjnych. Warunki operacyjne były dramatyczne. Jednakże operacja przebiegła bez zakłóceń, prawidłowo. Nerka zmieniona zapalnie powoduje zrost z otoczeniem. Każda ingerencja operacyjna wraz z zapaleniem powoduje, iż narząd zrasta się z otoczeniem anatomicznym tworząc konglomerat.

/karta zabiegu operacyjnego z 16.07.2014 r. – k. nienumerowane koperta „41220/14 Urologia” załączona do sprawy; opis zabiegu z dn.16.07.2014 r. – k. 904 koperta „41220/14 Urologia” załączona do sprawy; przebieg choroby, wpis zdn.16.07.2014 r. – k. nienumerowane koperta „41220/14 Urologia” załączona do sprawy; protokół pielęgniarstwa operacyjnej z dnia 16 lipca 2014 r. – k. nienumerowane, folia dokumentowa dołączona do akt sprawy; zeznania świadka J. W. – k. 153v.-155 e-protokół (...):09:27-00:24:31; zeznania świadka W. R. – k. 154v. e-protokół (...):30:24-00:36:25; ustna uzupełniająca opinia biegłego sądowego em. prof. dr hab.n.med. M. G. - k.312-312v. e-protokół (...):11:46 – 00:42:18/

Powikłanie pod postacią przetoki kałowej stwierdzono u powoda podczas zmiany opatrunku w dniu 21 lipca 2014 roku, gdyż z rany wydzielał się nieprzyjemny zapach. O konieczności kolejnej operacji, R. S., poinformowano jeszcze tego samego dnia. Powód wyraził zgodę na powtórny operację w dniu 22 lipca 2015 r.. Tego samego dnia metodą Hartman'a, usunięto powodowi ok. 15 cm jelita oraz wyłoniono u niego stomię na poprzecznicy. Podczas operacji zaszła konieczność usunięcia śledziony. W operacji uczestniczyli dr K., w asyście dr W..

/protokół pielęgniarstwa operacyjnej z dnia 22 lipca 2014 r. – k. nienumerowane, folia dokumentowa dołączona do akt sprawy; karta informacyjna z dnia 8.08.2013 roku – k. nienumerowane koperta „Poradnia” załączona do sprawy; historia choroby , wpis z 24.11.2014 r. str.17 i 18 – k. nienumerowane koperta „Poradnia” załączona do sprawy; historia choroby wpis z 1.04.2015 r. str.1– k. nienumerowane koperta „karta informacyjna + skierowanie pobyt 14.07.14 – 08.08.14” załączona do sprawy; przebieg choroby, wpis z dn.22.07.2014 r. – k. nienumerowane koperta „41220/14 Urologia” załączona do sprawy; karta indywidualnej pielęgnacji, wpis z dn.22.07.2014 r. – k. nienumerowane koperta „41220/14 Urologia” załączona do sprawy; karta pooperacyjna z 22.07.2014 - k. nienumerowane koperta „41220/14 Urologia” załączona do sprawy; karta zabiegu i opis zabiegu z dnia 22.07.2014 - k. nienumerowane koperta „41220/14 Urologia” załączona do sprawy ;przebieg choroby, epikryza – k. nienumerowane koperta „41220/14 Urologia” załączona do sprawy; zeznania świadka J. W. – k. 154 e-protokół 00:09:27; zeznania powoda – k. 370v. e-protokół 00:03:01/

W czasie zabiegu z dnia 16 lipca 2014 r. nie było widocznego uszkodzenia jelita. W badaniu z dnia 28 lipca 2014 roku u powoda stwierdzono stan po jatrogennej perforacji jelita grubego.

/zeznania świadka J. W. – k. 154 e-protokół (...):09:27; zeznania świadka W. R. – k. 154v. e-protokół (...):30:24; wynik badania nr (...) – k. 48; pisemna opinia biegłego sądowego em. prof. dr hab.n.med. M. G. - k.312-332; ustna uzupełniająca opinia biegłego sądowego em. prof. dr hab.n.med. M. G. - k.312-312v. e-protokół (...):11:46 – 00:42:18/

W trakcie hospitalizacji dwukrotnie wykonano plastykę stomii - 26.07.2014r. i 2.08.2014r. Zabieg operacyjny wykonano z intencją późniejszego odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego i zlikwidowania stomii. Ostatecznie powód został zdyskwalifikowany do operacji odtworzenia przewodu pokarmowego z powodu posiadania zbyt krótkiego jelita i jednej nerki.

/dokumenty medyczne -k. nienumerowane koperta „15292/15 CH.B.” załączona do sprawy; protokół pielęgniarstwa operacyjnej z dnia 26 lipca 2014 r. – k. nienumerowane, folia dokumentowa dołączona do akt sprawy; historia choroby , wpis z 19.11.2015 r. – k. nienumerowane koperta „Poradnia” załączona do sprawy; karta informacyjna z dnia 23.03.2015 roku – k. nienumerowane koperta „Poradnia” załączona do sprawy; historia choroby, wpis z 10.12.2015 r. str.17 i 18 – k. nienumerowane koperta „Poradnia” załączona do sprawy; wynik badania z 4.02.2016 g. 9:12 i 9.06.2016 g.09:24– k. nienumerowane koperta „Poradnia” załączona do sprawy;karta badania przedoperacyjnego.– zgoda pacjenta, opis zabiegu, karta zabiegu i karta pooperacyjna z 26.07.2014 r - k. nienumerowane koperta „41220/14 Urologia” załączona do sprawy; zgoda na zabieg, karta badania przedoperacyjnego– zgoda pacjenta, karta zabiegu i karta pooperacyjna z 2.08.2014 r - k. nienumerowane koperta „41220/14 Urologia” załączona do sprawy; zeznania świadka J. W. – k. 154 e-protokół 00:09:27; zeznania powoda – k. 370v. e-protokół 00:03:01; zeznania świadka W. R. – k. 154v. e-protokół 00:36:25/

Powód podpisał wszystkie zgody na proponowane mu zabiegi, oświadczając, że został zapoznany ze szczegółowym opisem zabiegu, jego celowością i oczekiwanym wynikiem oraz potencjalnymi zagrożeniami mogącymi wystąpić w wyniku zabiegu. Powód wyraził zgodę na zaproponowane mu w pozwanym szpitalu leczenie. Przyznał jednak że i nie czytał podpisywanych przez siebie formularzy.

/karta badania przedoperacyjnego – oświadczenie - zgoda pacjenta - 14.07.2014 r. – k. nienumerowane koperta „41220/14 Urologia” załączona do sprawy; zgoda z 14.07.2014 r. – k. nienumerowane koperta „41220/14 Urologia” załączona do sprawy; zeznania świadka J. W. – k. 154e-protokół (...):09:27; zeznania powoda – k. 370v. e-protokół (...):03:01 w zw. z wyjaśnieniami informacyjnymi powoda - k. 311v . e-protokół (...):06:23, zgoda na przyjęcie do poradni – k. nienumerowane koperta „karta informacyjna + skierowanie pobyt 14.07.14 – 08.08.14” załączona do sprawy; zgoda na zabieg z 22.07.2014 r. i karta badania przedoperacyjnego – zgoda pacjenta - k. nienumerowane koperta „41220/14 Urologia” załączona do sprawy; zgoda na zabieg z 26.07.2014 r. i karta badania przedoperacyjnego – zgoda pacjenta - k. nienumerowane koperta „41220/14 Urologia” załączona do sprawy/

Podczas pobytu powoda w pozwanym szpitalu nie występowało ognisko epidemiologiczne. Pozwany stosował procedury zapobiegające się szerzeniu zakażeń, dotyczące m.in. sterylizacji narzędzi, dezynfekcji skóry oraz dekontaminacji powierzchni. W pozwanym szpitalu działa komitet i zespół ds. kontroli zakażeń szpitalnych, a (...) Stacja Sanitarno- Epidemiologiczna w Ł. przeprowadza w nim kompleksowe kontrole sanitarne, które nie wykazały nieprawidłowości, ani zakażeń szpitalnych nadto wskazano, iż szpital wywiązuje się ze wszystkich nałożonych zaleceń.

/protokół kontroli z dnia 22 kwietnia 2014 r. – k. 100-105; analiza roczna o zakażeniach szpitalnych i czynnikach alarmowych - k. 106; protokół pielęgniarki operacyjnej – k. 107-111; zarządzenie Dyrektora nr (...) – k. 116-118; zarządzenie Dyrektora nr (...) – k. 119; zasady kontroli antybiotykoterapii – k. 120-121; zarządzenie Dyrektora nr (...) – k. 112-115; procedury postępowania – 122- 130; zarządzenie Dyrektora nr (...) – k. 131-133/

Powód należał do bardzo wysokiej grupy ryzyka wystąpienia zakażenia - 5 stopień. Lekarz prowadzący poinformował powoda o tym, iż 30 lipca 2014 roku wystąpiło u niego zakażenie dwoma bakteriami i wdrożono u niego antybiotykoterapię, która opanowała zakażenie bez dalszych następstw.

/karta oceny ryzyka z 14.07.2014 r. - k. załącznik nr 1 do zarządzenia nr (...) koperta „41220/14 Urologia” załączona do sprawy; karta informacyjna z dnia 8 sierpnia.2013 roku – k. nienumerowane koperta „Poradnia” załączona do sprawy; posiew tlenowy wymazu z rany z 29.07.2014 r. - k. nienumerowane koperta „41220/14 Urologia” załączona do sprawy; karta rejestracji zakażenia szpitalnego z 14.08.2014 r. - k. nienumerowane koperta „41220/14 Urologia” załączona do sprawy; zeznania świadka J. S. (1) – k. 156 e-protokół 01:11:11/.

Oddzielenie nerki wraz ze zrostami ją otaczającymi jest żmudne i wymaga preparowania tkanek na tępo i na ostro. Nieprawdopodobnym jest aby tak duże uszkodzenie jelita grubego nie zostało zauważone podczas operacji. Poza tym tak duże uszkodzenie śródoperacyjne spowodowałoby powstanie przetoki kałowej dużo szybciej, a nie w 6 dobie, jak u powoda. Z punktu widzenia urologa w czasie leczenia powoda nie popełniono błędów medycznych zarówno na etapie operacji, jak i przebiegu pooperacyjnego. Obecnie powód jest jednonerkowy, o upośledzonej funkcji nerki jedynej i obciążony wywiadem kamicyzycznym . Wymaga czujnego nadzoru urologicznego. Powikłanie jakie wystąpiło u powoda w postaci uszkodzenia jelita jest rzadkie występuje 1-2% . Podczas kolejnych już operacji może dojść do uszkodzenia przylegających organów. Uprzedzenie pacjenta powinno polegać na poinformowaniu, że uszkodzeniu mogą ulec sąsiadujące struktury anatomiczne. Nie jest możliwym aby wymienić wszystkie narządy, które mogą ulec uszkodzeniu.

/opinia pisemna biegłego urologa k-234-237, ustna k- 300-301/

Z chirurgicznego punktu widzenia u powoda, podczas operacji lewostronnej nefrektomii, nie doszło do bezpośredniego uszkodzenia jelita grubego. W trakcie operacji usuwania lewej nerki doszło do uszkodzenia lewej

tętnicy okrężniczej. Lekarz - urolog operujący powoda rozszerzył granice pola operacyjnego właściwego dla operacji usunięcia lewej nerki, gdyż u powoda występowały znacznie zmienione warunki w polu operacyjnym, wynikające z dotychczasowego przebiegu choroby, stanu zapalnego lewej nerki, przebycia kilku zabiegów operacyjnych na lewej nerce, obecności blizn i zrostów pooperacyjnych oraz współistnienia przetoki nerkowej. Sytuacja powodowała znaczne utrudnienia techniczne dotyczące wypreparowania lewej nerki i oddzielenia jej od okolicznych struktur anatomicznych i narządów. W czasie zabiegu otwarto jamę otrzewną, a operator w trakcie preparowania lewej nerki nie zauważył - bo nie mógł zobaczyć, że podwiązał/uszkodził/nacisnął lewą tętnicę okrężnicą (lub jej większą gałąź). Działanie lekarza nie było celowe. Leczenie powoda zostało przeprowadzone prawidłowo w tych warunkach.

/ pisemna opinia biegłego sądowego em. prof. dr hab.n.med.M. G. - k.312-332;ustna uzupełniająca opinia biegłego sądowego em. prof. dr hab.n.med. M. G. - k.312-312v. e-protokół (...):11:46 – 00:42:18/

Jak wynika z praktyki chirurgicznej, do samoistnej perforacji niedokrwionego odcinka jelita dochodzi po kilku dniach 6 - 7. U powoda wystąpiło powikłanie pod nazwą „odcinkowa martwica niedokrwionna części lewej połowy okrężnicy”. Zakres tej martwicy odpowiadał zakresowi unaczynienia jelita grubego przez lewą tętnicę okrężniczą. Na skutek powstałej martwicy niedokrwiennej ścian jelita, wystąpiły ubytki ciągłości ściany jelitowej - opisane w badaniu histopatologicznym jako przetoki. Wynik badania histopatologicznego dotyczył oceny fragmentu martwiczo zmienionego odcinka jelita grubego - zstępnicy, z opisem zmian zastanych przez chirurga podczas operacji Hartmana w dniu 22.07.2014r. , który wytworzył się po 6 dobach trwania ostrego niedokrwienia tej części jelita grubego.

Objawy przetoki kałowej ujawniły się u powoda także w 6 dobie pooperacyjnej, przy usunięciu drenu z łoży pooperacyjnej. Z tego względu dalsze leczenie chirurgiczne u powoda polegało na otwarciu jamy brzusznej, oczyszczeniu jamy otrzewnej z treści kałowo - ropnej, wycięciu martwiczo zmienionego fragmentu jelita grubego oraz wykonaniu tzw. wyżej wymienionej operacji Hartmana: czyli wytworzeniu odbytu sztucznego na poprzecznicy i zamknięciu na głucho kikuta esicy. Ze względu na zrosty torebki i krwawienie z mięszu śledziony przy preparowaniu jelita grubego konieczne było usunięcie śledziony. U powoda obecnie istnieje ubytek ciągłości jelita grubego. Jest on większy, niż wskazywałoby badanie histopatologiczne, gdzie opisano 14 - cm odcinek usuniętego jelita.

/ pisemna opinia biegłego sądowego em. prof. dr hab.n.med. M. G. - k.312-332;ustna uzupełniająca opinia biegłego sądowego em. prof. dr hab.n.med. M. G. - k.312-312v. e-protokół (...):11:46 – 00:42:18/

W Polsce nie obowiązują tzw. standardy medyczne. Operacje na układzie moczowym są przeprowadzane przez lekarzy specjalistów z zakresu urologii. Taki zabieg może wykonać lekarz - urolog specjalista lub młodszy lekarz, pod nadzorem kompetentnego specjalisty. Operacje przewodu pokarmowego są przeprowadzane przez lekarzy chirurgów. Skład operujący powoda był prawidłowy i optymalny. W trakcie operacji nie doszło do uszkodzenia jelita. Zmiany świadczą o mechanizmie niedokrwionym. Najbardziej prawdopodobnym jest, iż doszło do przerwania ukrwienia jelita. W czasie preparowania zmienionych chorobowo miejsc zachodzi możliwość uszkodzenia sąsiednich narządów i naczyń krwionośnych. Otrzewna przykleiła się do bloku tkanek zmienionych zapalno – zrostowo i uległa uszkodzeniu. Uszkodzenie tkanek nie było celowe, ani nie wynikało z niedbalstwa. Nie ma metod diagnostycznych czy narzędzi (poza otwarciem operacyjnym) aby sprawdzić stan operowanego miejsca.

/ pisemna opinia biegłego sądowego em. prof. dr hab.n.med. M. G. - k.312-332, opinia ustna k- 352 00:21:09-01:02:56//

Trwały uszczerbek na zdrowiu powoda, wynikający z ubytku ciągłości jelita grubego i sztucznego odbytu wynosi 45 %. Z powodu utraty śledziony uszczerbek ten wynosi 15 %. Cierpienia powoda w związku z operacją, reoperacjami oraz niedogodnościami wynikającymi ze stomii są znaczne. Rokowania co do życia są dobre, co do wyleczenia niepewne.

Powód utracił możliwość wykonywania pracy zarobkowej w charakterze robotnika budowlanego. Nie może dźwigać ani podejmować większego wysiłku fizycznego. Zmienił dietę na lekkostrawną. Przez okres 6 miesięcy po operacji

powód wymagał pomocy przy czynnościach życiowych, przy wymianie worków stomijnych. Część worków powód zakupuje na koszt NFZ, a część - 10 – na kwartał z własnych środków. Jest to wydatek 280 zł na kwartał.

/pismna opinia biegłego sądowego em. prof. dr hab.n.med. M. G. - k.312-332, opinia ustna k- 352 00:21:09- 01:02:56/

Zarówno bezpośrednio po operacji, jak i w chwili obecnej powodowi udziela pomocy jego żona, która pomaga przy zmianie worków oraz przyrządza lekko strawne posiłki. Od 2017 roku powód jest samodzielny. Po operacji powód stał się nerwowy, zamknięty w sobie. Wstydzi się stomii i w związku z tym unika kontaktów z ludźmi. Małżonkowie zaciągnęli pożyczki na leczenie powoda. Żona powoda pracuje jako sprzedawca- kasjer w Biedronce i zarabia około 1.600 złotych . Przed operacją powód pracował jako konserwator w hotelu. Jeszcze wcześniej na budowie, zarabiając około 3.200 - 3.300 złotych . Aktualnie przebywa na rencie chorobowej, która wynosi 1.400 złotych . Pozostaje pod stałą kontrolą urologa i pielęgniarki stomijnej.

/zeznania świadka J. S. k- k- 155v 00:42:28-01:31:25, zeznania powoda k- 370v-371 00:03:01-00:34:34/

Oceniając zebrany w sprawie materiał dowodowy wskazać należy, iż z uwagi na okoliczność, iż opinie dwóch, powołanych w pierwszej kolejności, biegłych z zakresu chirurgii i urologii, nie wskazywały w sposób jednoznaczny na brak błędu, w tym konkretnym przypadku leczenia, wyjaśniając jedynie ogólnie jakie okoliczności mogły towarzyszyć operacji i jaki mógł być mechanizm powstałych u powoda uszkodzeń, Sąd dopuścił, a wniosek powoda dowód z kolejnej opinii biegłego chirurga. Właśnie z uwagi na stanowczość i klarowność opinii sporządzonej przez prof. dr hab.n.med. M. G., głównie na tej opinii Sąd oparł swe ustalenia w sprawie. Nie mniej jednak wszystkie opinie się uzupełniają i wykluczają błąd medyczny. Opinie biegłych, podlegają bowiem ocenie przy zastosowaniu art. 233 § 1 k.p.c., na podstawie właściwych dla ich przedmiotu kryteriów zgodności z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, poziomu wiedzy biegłych, podstaw teoretycznych opinii, a także sposobu motywowania oraz stopnia stanowczości wyrażonych w nich wniosków. (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 7 listopada 2000 r., I CKN 1170/98, OSNC 4/2001, poz. 64) Z kolei wiarygodność i moc poszczególnych dowodów nie podlega klasyfikacji parametrycznej, stąd przekonanie uczestników postępowania może być odmienne od przekonania składu orzekającego.

Uznając, iż wszystkie możliwie do wyjaśnienia kwestie, w rozpoznawanej sprawie zostały wyjaśnione opiniami trzech biegłych oraz z uwagi na fakt, iż ostatecznie opinia biegłego G. nie została skutecznie zakwestionowana, Sąd oddalił wniosek pełnomocnika powoda o dopuszczenie dowodu z opinii instytutu oraz biegłego gastroenterologa. Dopuszczenie kolejnych dowodów w sprawie wiązałoby się z niepotrzebnym przedłużeniem i podrożeniem postępowania.

Celem postępowania dowodowego było ustalenie, czy w przedmiotowej sprawie doszło do błędu w leczeniu powoda, skutkującego obecnym stanem zdrowia powoda, złamania procedur, które mogłyby przyczynić się do pogorszenia stanu zdrowia powoda oraz naruszenia praw pacjenta.

Sąd nie dał wiary zeznaniom powoda, w których twierdził, iż nie wydał lekarzom świadomej zgody na operację i leczenie oraz nie został poinformowany o możliwych konsekwencjach, powikłaniach zabiegów. Zeznania te pozostają w sprzeczności z zeznaniami lekarza prowadzącego oraz dokumentacją medyczną, w której znajdują się podpisana przez powoda zgoda w formie papierowej. Podnoszona przez powoda kwestia, iż nie czytał on podpisanych formularzy, w świetle osiągnięcia przez niego pełnoletności i nie wykazania przez stronę istnienia warunków uniemożliwiających świadome podjęcie decyzji, nie zasługiwała na szerszy komentarz Sądu.

Na wiarę nie zasługiwały także zarzuty strony powodowej, jakoby doszło do zakażenia powoda z winy pozwanej, gdyż nie wykazała się, w tym przedmiocie, należytą inicjatywą dowodową, a zebrane dowody wskazywały na opanowane przez szpital krótkotrwałe zakażenie pochodzące z organizmu powoda.

Nie sposób uznać za wiarygodne, również zeznań powoda, w zakresie jakim twierdził on, iż został poinformowany przez lekarza, iż zabieg usunięcia nerki będzie prosty i rutynowy, gdyż przeczy temu pozostały zgromadzony w sprawie materiał dowodowy w tym zeznania świadków - lekarzy prowadzących oraz dowód z opinii biegłego chirurga. Przeczy

temu również doświadczenie życiowe. Powód miał mieć bowiem usunięty ważny organ, bez którego funkcjonowanie organizmu jest możliwe ale bardzo zakłócone. Decyzja o usunięciu nerki poprzedzona była licznymi badaniami w kierunku jej wydolności. Nie sposób uwierzyć, aby lekarz prowadzący, który spodziewając się trudności operacyjnych, prosi o pomoc swego przełożonego przy operacji, z drugiej strony informował pacjenta, że jest to zabieg rutynowy.

Zeznania świadka W. w zakresie dotyczącym pozaotrzewnowego przeprowadzenia operacji, pozostawały w sprzeczności z protokołem pooperacyjnym oraz odtworzonym przez biegłego chirurga możliwym mechanizmem doznanego przez powoda urazu, z jakich względów zostały uznane przez Sąd za niewiarygodne, jednakże pozostające bez wpływu na rozstrzygnięcie sprawy.

### **Sąd Okręgowy zważył, co następuje:**

Powództwo jako bezzasadne podlegał oddaleniu w całości.

Podstawę odpowiedzialności publicznego zakładu opieki zdrowotnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych stanowi art. 430 k.c., zgodnie z którym, 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 powierzonych jej czynności.

Przytoczony przepis statuuje odpowiedzialność z tytułu czynu niedozwolonego na zasadzie ryzyka za szkody wyrządzone osobie trzeciej przez podwładnego z jego winy, a więc przyjęcie odpowiedzialności publicznego zakładu opieki zdrowotnej na podstawie art. 430 k.c. wymaga uprzedniego stwierdzenia, iż pracownik zakładu wyrządził szkodę w sposób zawiniony i odpowiada z tego tytułu na zasadach ogólnych (art. 415 k.c.).

Pomiędzy przełożonym a podwładnym musi istnieć stosunek podporządkowania, który przejawia się w tym, że przełożony sprawuje zwierzchnictwo nad podwładnym i wydaje mu polecenia, zaś podwładny znajduje się pod kierownictwem przełożonego i stosuje się do wydawanych przez niego poleceń. Relacja między przełożonym a podwładnym może opierać się zaledwie na podporządkowaniu faktycznym, chociaż w zdecydowanej większości przypadków dotyczy sformalizowanych relacji pracowniczych i stosunków służbowych. Na szczególne podkreślenie zasługuje fakt, iż specyfika zawodu lekarza pozwala mu na zachowanie względnie szerokiej autonomii w zakresie wykonywanej pracy, np. swoboda wyboru metod diagnostycznych, sposobów i środków leczenia. Niemniej jednak, wciąż pozostaje on podmiotem podlegającym kierownictwu zakładu opieki zdrowotnej, co jest równoznaczne z obowiązkiem respektowania wytycznych tejże jednostki. Wobec takiego stanu rzeczy, zawinione działania lub zaniechania lekarza mogą być poczytane zatrudniającemu go zakładowi opieki zdrowotnej (tak Sąd Apelacyjny w Warszawie w wyroku z dnia 16 grudnia 2014 roku, VI ACa 283/13, LEX nr 1751206).

Przesłanką odpowiedzialności przełożonego za szkodę wyrządzoną przez podwładnego jest wina tego drugiego, natomiast ciężar dowodu ogółu przesłanek odpowiedzialności spoczywa na poszkodowanym. Nie wymaga się dokładnego wskazania, który z podwładnych wyrządził szkodę – istotne jest to, że dokonał tego pracownik zakładu przy wykonywaniu powierzonych mu czynności (tzw. koncepcja winy anonimowej).

Spowodowanie szkody na osobie w warunkach błędu w sztuce medycznej jest specyficzną postacią deliktu prawa cywilnego, którego powstanie wymaga wystąpienia przesłanek odpowiedzialności z tytułu czynu niedozwolonego, czyli szkody, winy i adekwatnego związku przyczynowego.

W rozpoznawanej sprawie analiza materiału dowodowego odnośnie postępowania medycznego względem R. S. została przeprowadzona na kilku płaszczyznach, to jest w zakresie prawidłowości przeprowadzenia zaproponowanego zabiegu lewostronnej nefrektomii, obejmującym także kwestię zgody powoda, uzyskanie przez niego informacji o możliwych powikłaniach oraz diagnostyki.

Na wstępie Sąd zbadał kwestie wyrażenia zgody na zabieg operacyjny oraz pouczenia o możliwych niepożądanych następstwach. Przedłożona dokumentacja medyczna nie pozostawiła cienia wątpliwości, że R. S., będąc w stanie pełnej świadomości, wyraził dobrowolną zgodę na usunięcie lewej nerki. Oświadczył, iż został szczegółowo poinformowany między innymi o celowości i istocie zabiegu oraz możliwych zagrożeniach za nim idących. Zgodził się również na zmodyfikowanie sposobu operacji w razie potrzeby. W ocenie Sądu na uwagę zasługuje fakt, że niemożliwe jest zapoznanie pacjenta ze wszystkimi potencjalnymi powikłaniami pooperacyjnymi, gdyż są one zbyt liczne, a w dodatku niejednokrotnie trudne bądź wręcz niemożliwe do przewidzenia. Powszechna praktyka lekarzy w tym zakresie ogranicza się zatem do informowania o typowych nieszczęśliwych następstwach. Powikłanie zaistniałe u powoda jest tak dalece atypowe, że lekarz prowadzący uczestniczący w operacji, J. W., miał z nim do czynienia pierwszy raz w swojej praktyce medycznej, natomiast jego przełożony W. R., spotkał się z nim po raz drugi na przestrzeni długich lat kariery i pracy zawodowej.

Jednakże lekarze sygnalizowali powodowi, że ryzyko powikłań wzrasta proporcjonalnie do liczby operacji wykonywanych w obrębie danego narządu, a tym samym jest ono znaczne przy trzecim zabiegu na lewej nerce, ponieważ każda choroba i tak inwazyjna ingerencja, przyczynia się do zrostu narządu z otoczeniem anatomicznym, nastroczając problemów w jego odseparowaniu. Poza tym objawy chorobowe, które przesądziły o zakwalifikowaniu nerki do usunięcia, zostały określone przez lekarzy jako należące do najtrudniejszych operacyjnie. Była to kamica odlewowa i wodonercze.

Dlatego też, mimo pewnej blankietowości formularza zgody, uznać należy, iż powód uzyskał wystarczające informacje na temat zabiegu, był świadomy ryzyka, a zatem nie doszło do naruszenia, zarzucanego przez stronę powodową, przepisów art. 31 ust.1. w zw. z art. 34 ust.2 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (DZ. U. tj. z 2018 poz. 617).

Przede wszystkim jednak aby ocenić zachowanie personelu medycznego, Sąd korzystał z opinii biegłych specjalistów.

Dr. Med. J. P., biegły sądowy z zakresu chirurgii i chirurgii naczyniowej wskazał, że w zasadzie nie ma możliwości stwierdzenia jatrogennego uszkodzenia zstępnicy. W jego przekonaniu powstałe powikłania były niespodziewane, niezawinione i niemożliwe do uniknięcia. W zachowaniu zespołu operacyjnego nie odnotował żadnych nieprawidłowości czy też podjęcia błędnych czynności operacyjnych. Uznał, że doświadczony operator wykonał skomplikowany technicznie zabieg, podejmując przemyślane i prawidłowe decyzje dotyczące postępowania chirurgicznego. Jego zdaniem postępowanie medyczne nie wypełnia zatem znamion błędu w sztuce medycznej.

Dr. Hab. N. Med. W. S., biegły sądowy z zakresu urologii, potwierdził, że kolejna już, trzecia, operacja nerki w litych zrostach z otoczeniem należy do skomplikowanych i długotrwałych zabiegów. W swojej ocenie wykluczył wersję zaistnienia błędu medycznego ze względu na fakt wystąpienia martwicy jelita grubego jako rzadkiego powikłania, dopiero po sześciu dobach od operacji. Uniemożliwia to uznanie go za jatrogenne, gdyż to spowodowane przez lekarza pojawiłoby się bezpośrednio po zabiegu. Niemniej jednak, nie potrafił jednoznacznie wskazać, co było przyczyną uszkodzenia jelita. Natomiast określił je jako rozległe i nietypowe. Zaznaczył, że z całą pewnością wystąpienie tożsamej komplikacji, w wyniku znacznego rozcięcia jelita, byłoby niemożliwe do przeoczenia podczas operacji. Zgodnie z powyższym nie zauważył żadnych zaniedbań po stronie lekarzy, zarówno w trakcie zabiegu, jak też w okresie pooperacyjnym. Biegły nadmienił, że informowanie pacjenta o potencjalnych wszystkich powikłaniach jest absurdalne, ponieważ w sytuacji przylegania i zrostów innych narządów z operowanym organem, może dojść także do ich naruszenia, a niemożliwe jest konkretne wyszczególnienie wszystkich narządów obciążonych ryzykiem.

Em. Prof. Nadzw. Dr hab. N. Med. M. G., biegły sądowy z zakresu chirurgii ogólnej, chirurgii naczyniowej i torakochirurgii, także uznał, że leczenie chirurgiczne powoda zostało przeprowadzone prawidłowo. Uszkodzenie lewej tętnicy okrężniczej zakwalifikował jako niemożliwe do uniknięcia powikłanie po trudnej technicznie lewostronnej nefrektomii. W jego ocenie, zespół operacyjny składający się z urologów był możliwie najlepiej wykwalifikowany i nie sposób zarzucić mu niedbalstwo. Stanowczo zaprzeczył, aby popełniono błędy medyczne, przy czym zdefiniował samo to pojęcie. W ślad za SN wyjaśnił, iż na tym tle błąd medyczny to działanie sprzeczne i niezgodne z podstawowymi



zasadami wiedzy lub sztuki chirurgicznej. Wyraził powątpiewanie, aby w trakcie zabiegu istniała opcja dostrzeżenia uszkodzenia jelita grubego lub czynników mogących spowodować jego uszkodzenie, ze względu na okoliczność, że lekarz operator nie miał pełnego oglądu organu, gdyż nie pozwalał na to zasięg pola operacyjnego. Według biegłego operator nie naruszył jelita, jednak nie wiadomo, co doprowadziło do jego martwicy, bo nie zostało to udowodnione w drodze odpowiednich procedur i badań. Jako prawdopodobną przyczynę biegły wskazał uszkodzenie tętnicy podczas przejścia operacji z przestrzeni pozaotrzewnowej do otrzewnej, w efekcie którego zostało zaburzone unaczynienie jelita. Podzielił stanowisko Dr W. S., że jatrogenne objawy powikłań pooperacyjnych wystąpiłyby dość szybko (na drugi dzień) po zabiegu, a tak się nie stało. Zaakcentował, iż powikłanie, które ujawniło się u powoda, to klasyczny przykład mechanizmu niedokrwiennego, który prowadzi do martwicy, a ostatecznie do powstania przetoki. Stwierdził, że jest to powikłanie unikalne, nadzwyczajne, będące przedmiotem zainteresowania i badań na całym świecie, lecz znane w urologii.

Z dokumentów przedstawionych przez pozwanego wynika, że Szpital posiada optymalne zaplecze sanitarne, a jego personel przestrzega zasad BHP.

Z prowadzonej dokumentacji medycznej strony powodowej nie wynika, z jakiej przyczyny doszło do powikłań po zabiegu resekcji lewej nerki. Opinie biegłych sądowych w tym zakresie są niemal zbieżne i odmawiają przyznania powikłaniom przymiotu jatrogennych, czyli powstałych pod wpływem czynnika lekarskiego. Z wyjaśnień biegłych jasno wynika, że na efekt operacji złożyła się zarówno specyfika objawów chorobowych pacjenta, które zostały opisane przez lekarzy jako trudne operacyjnie, jak też fakt podejmowania przez powoda wcześniejszego leczenia problemów z nerkami i przewodem moczowym na przestrzeni kilkunastu lat, które to leczenie, chociaż niezbędne, to stopniowo zwiększało ryzyko wystąpienia skomplikowanych powikłań w przyszłości. Kluczowe znaczenie miały przedłożone zgody powoda na wykonanie zabiegu i prowadzenie czynności okołozabiegowych. Nadto strona skarżąca nie wykazała się wystarczającą inicjatywą dowodową, aby uczynić zadość podnoszonym przez siebie twierdzeniom.

W świetle powyższych uwag, zdaniem Sądu, nie można się dopatrzyć winy lekarza polegającej na niedołożeniu należytej staranności w działaniu. Perforacja jelita grubego nie była zatem następstwem nieprawidłowego i niezgodnego z zasadami sztuki lekarskiej postępowania lekarza przeprowadzającego operację, a jedynie powikłaniem anomalnym i niezależnym od staranności personelu medycznego. Mając powyższe na względzie należało uznać, że niespełnione zostały przesłanki odpowiedzialności pozwanego podmiotu, a tym samym brak jest podstaw do uwzględnienia powództwa, dlatego Sąd orzekł jak na wstępie.

O kosztach procesu Sąd orzekł na podstawie przepisu art. 102 k.p.c. W niniejszej sytuacji zasądzenie kosztów na rzecz wygrywającego przeciwnika w całości bądź w części, byłoby sprzeczne z powszechnym odczuciem sprawiedliwości oraz zasadami współżycia społecznego. Wskazany przepis nie wyjaśnia pojęcia wypadków szczególnie uzasadnionych, pozostawiając je do oceny Sądu. Sąd postanowił nie obciążać powoda kosztami procesu, mając na uwadze sytuację majątkową powoda, jego subiektywne przeświadczenie o słuszności dochodzonego roszczenia, a także charakter sprawy, która dotyczyła wyrównania szkody wynikłej z wystąpienia powikłania operacyjnego, skutkującego ciężkim uszczerbkiem na zdrowiu.

Na uwagę zasługuje również okoliczność, że powód zwolniony od kosztów sądowych jedynie częściowo, część kosztów w postaci zaliczek na wynagrodzenie biegłych, poniósł.

z/ odpis wyroku rwa z uzasadnieniem doręczyć pełn. powoda.