

Sygn. akt II Ca 40/21

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

3 grudnia 2021 r.

Sąd Okręgowy w Poznaniu, Wydział II Cywilny Odwoławczy

w składzie:

Przewodniczący: sędzia Tomasz Józkowiak

Protokolant: starszy protokolant sądowy Patrycja Hencel

po rozpoznaniu 3 listopada 2021 r., w Poznaniu

na rozprawie

sprawy z powództwa E. D.

przeciwko (...)Szpitalowi (...) w P.

o zapłatę i ustalenie

na skutek apelacji wniesionej przez powódkę

od wyroku Sądu Rejonowego Poznań-Grunwald i Jeżyce w Poznaniu z 21 września 2020 r.

sygn. akt IX C 2262/14:

- 1) oddała apelację,
- 2) nie obciąża powódki kosztami procesu poniesionymi przez pozwanego w instancji odwoławczej.

/-/ Tomasz Józkowiak

UZASADNIENIE

Wyrokiem z 21 września 2020 r. (sygn. akt IX C 2262/14), po rozpoznaniu sprawy z powództwa E. D. przeciwko (...) Szpitalowi (...) w P. o zapłatę i ustalenie, Sąd Rejonowy Poznań-Grunwald i Jeżyce w Poznaniu:

- 1) oddalił powództwo,
- 2) odstąpił od obciążenia powódki kosztami procesu,
- 3) nieuiszczonymi kosztami sądowymi obciążył Skarb Państwa.

Podstawą tego rozstrzygnięcia były następujące ustalenia faktyczne i rozważania prawne:

Powódka E. D. była w 1999 r. hospitalizowana w szpitalu ginekologicznym z rozpoznaniem obniżenia narządu płciowego, uwypukleniem przedniej i tylnej części ściany pochwy. Z powodu nieprawidłowych krwawień przeszła zabieg operacyjny – plastykę przedniej i tylnej ściany pochwy. W kwietniu 2008 r. wykonano zabieg wyłyżeczkowania macicy. Powódka przed 2010 r. nie leczyła się z uwagi na choroby nerek.

Powódka hospitalizowana była także w latach 2002-2004 w (...) Szpitalu (...) z uwagi na nawracające zaburzenia depresyjne, epizod depresyjny, chorobę niedokrwienną mięśnia sercowego i nadciśnienie tętnicze psychogenne.

W 2010 r. powódka zgłosiła się do(...) Szpitala (...) w P. z uwagi na obfite, anemizujące i bolesne krwawienia miesięczne, bóle brzucha. Zdiagnozowano u niej mięśniaki macicy i zakwalifikowana została do leczenia operacyjnego – usunięcia macicy z przydatkami.

Przed operacją powódce przedstawiono dokument (pouczenie o skutkach operacji), w którym została poinformowana o rodzaju zabiegu operacyjnego oraz jego zakresie i celu, a także możliwych powikłaniach. Między innymi wymieniono powikłania w postaci uszkodzenia moczowodu, zaburzenia w opróżnieniu pęcherza moczowego, nietrzymanie moczu. Wskazano także na ryzyko ewentualnej konieczności rozszerzenia operacji, określono rokowania i możliwości osiągnięcia zamierzonego celu leczenia. Poinformowano pacjentkę o możliwości zadawania pytań. Dokument ten został powódce przedstawiony przez lekarzy R. M. i S. S.. Powódka podpisem potwierdziła, że zapoznała się z jego treścią oraz zrozumiała zawarte w nim informacje.

31 maja 2010 r. przeprowadzono zabieg operacyjny – usunięcie macicy z przydatkami. W rozpoznaniu pooperacyjnym stwierdzono u powódki mięśniaki macicy i krwawienie z dróg rodnych. Ani w czasie operacji, ani bezpośrednio po niej w okresie (do 5 czerwca 2010 r.) nie doszło do rozpoznania powikłania w postaci niedrożności (kolizji) lewego moczowodu.

Powódka pozostając w okresie pooperacyjnym w szpitalu do czasu wypisu 5 czerwca 2010 r. zgłaszała niekiedy dolegliwości bólowe w okolicy pooperacyjnej, uskarżała się na dreszcze, leżała w łóżku, miała pogorszone samopoczucie. Powódka przebywała wówczas na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej pod opieką anestezjologiczną (do 1 czerwca 2010 r.), gdzie odnotowano, że pacjentka znajduje się w stanie ogólnym dobrym i nie zgłasza dolegliwości. Następnie do 5 czerwca 2010 r. była hospitalizowana na Oddziale(...). W tym okresie stwierdzono, że znajduje się w stanie ogólnym dobrym, odnotowano też tkliwość w okolicy rany pooperacyjnej, w kolejnych dniach stwierdzono brak dolegliwości, nie odnotowano nieprawidłowych wartości ciepłoty ciała, a powódka została wypisana ze szpitala w stanie ogólnym dobrym.

W trakcie hospitalizacji od 30 maja 2010 r. do 5 czerwca 2010 r. stosowano wobec powódki lek określony jako (...). 27 maja 2010 r. powódka wyraziła pisemną zgodę na udział w ww. badaniu po zapoznaniu się z treścią formularza świadomej zgody i informacją dla pacjentki, w której wskazano m.in. że badanie dotyczy leku (...), który zawiera meloksykam – zarejestrowany i powszechnie stosowany lek niesteroidowy przeciwzapalny, przeciwbólowy i przeciwgorączkowy. W rezultacie powódka brała udział w randomizowanym, podwójnym, zaślepionym kontrolowanym badaniu przy użyciu leku i placebo, które miało na celu ustalenie zakresu dawki, ocenę skuteczności działania przeciwbólowego, bezpieczeństwa i tolerancji dożylnych postaci (...) u pacjentek po otwartej histerektomii brzusznej z opcjonalną kontynuacją podawania dożylnego (...). Powódka mogła zostać przydzielona do jednej z 3 grup: grupy przyjmującej (...), grupy przyjmującej placebo, grupy przyjmującej morfinę.

W trakcie badania 1 czerwca 2010 r. powódce podano dożylnie największą przewidywaną dawkę leku meloksykam. 1 czerwca 2010 r. odnotowano u powódki „średni ból” zgłaszany przez pacjentkę oraz początkowo „umiarkowaną ulgę” w zakresie dolegliwości bólowych po podaniu leku, a nadto w okresie 1 czerwca 2010 r. do 3 czerwca 2010 r. odnotowano zgłaszaną przez pacjentkę dużą ulgę w zakresie dolegliwości bólowych po zastosowaniu leku. Przeprowadzenie przedmiotowe pooperacyjne badanie i pobrano mocz na obecność narkotyków uzyskując wynik negatywny.

Na potrzeby badania kontrolowano parametry nerek wielokrotnie, najpierw przed rozpoczęciem podawania leków, a następnie w okresie jego podawania. Początkowo uzyskiwano wyniki, które wskazywały na nieprzekroczenie normy, a 2 i 6 czerwca stwierdzono nieznaczny wzrost wartości kreatyniny. W związku z brakiem dolegliwości bólowych 3 czerwca 2010 r. zakończono leczenie ww. lekiem.

Po powrocie do domu, powódka zaczęła uskarżać się na dolegliwości bólowe w okolicy lędźwiowej i gorączkę. Siódmego dnia od opuszczenia szpitala dolegliwości te uległy istotnemu nasileniu, w dniu dziesiątym od powrotu do domu powódka miała temperaturę około 38 st. C. Po dwunastu dniach od powrotu do domu powódka wezwała karetkę, którą przewieziona została do szpitala (...) z uwagi na objawy lękowe (...).

W okresie od 12 do 17 czerwca 2010 r. powódka przebywała w SP ZOZ (...)Szpitalu(...) w G.. W czasie pobytu w tym szpitalu powódka zgłaszała dreszcze, stwierdzono u niej gorączkę, była też konsultowana ginekologicznie. Lekarz ginekolog stwierdził u niej nieznaczny ból palpacyjny w szczycie pochwy. Zastosowano leczenie antybiotykami infekcji górnych dróg układu moczowego: A.. Odnotowano, że stan psychiczny powódki uległ poprawie. W karcie informacyjnej nie wpisano rozpoznania infekcji górnych dróg moczowych, a skupiono się na rozpoznaniu (...). Ze szpitala w G. powódka została wypisana na własne żądanie oraz po naleganiach rodziny, a następnie została przewieziona przez córkę do pozwanego szpitala.

Od 17 do 24 czerwca 2010 r. powódka była hospitalizowana w pozwanym szpitalu, gdzie przyjęta została w trybie pilnym z uwagi na stany gorączkowe oraz dolegliwości bólowe w obrębie jamy brzusznej. 17 czerwca 2010 r. powódka została poddana badaniu ginekologicznemu w trakcie którego stwierdzono, że rana jest sucha, goi się prawidłowo, nie stwierdzono zmian. Nadto w badaniu fizykalnym stwierdzono dodatni objaw Goldflamma po lewej stronie. Objaw ten polega na tym, że „uderzenie” okolicy jednej z nerek z tyłu wywołuje dolegliwości bólowe w niektórych chorobach nerek, w takich jak np. kamica nerkowa, stan zapalny nerek oraz nefropatia zaporowa. 17 i 18 czerwca 2010 r. powódka została dwukrotnie poddana badaniu USG. W badaniu USG odnotowano brak zmian patologicznych macicy mniejszej. Wskazano, że prawa nerka jest bez zmian, w lewej nerce poszerzenie UKM (układu kielichowo-miedniczkowego): 1,4 x 3,1. 18 czerwca 2010 r. ponownie stwierdzono objaw Goldflamma po lewej stronie. Odnotowano, że od 17 lat pacjentka zgłasza dolegliwości bólowe ze strony nerek bez wykonanej diagnostyki w tym kierunku. Wpisano, że nie stwierdza się poszerzenia UKM do 1,6 cm.

21 czerwca 2010 r. wykonano badanie urograficzne. Ustalono w nim, że prawa nerka wydziela po minutach badania. Prawy UKM i moczowód są prawidłowe, bez cech zastojów. Lewa nerka nie wydzieliła w ciągu 3,15 h badania, a jej zarys jest powiększony. W opisie badania wskazano na podejrzenie zakrzepicy i krwiaka w miednicy.

Nadto wykonano powódce badania laboratoryjne – morfologię krwi i badanie ogólne moczu. Monitorowano także stan pacjentki. 21 czerwca 2010 r. stwierdzono, że jest ona w stanie dobrym, w dniu następnym stwierdzono dolegliwości bólowe. 23 czerwca 2010 r. ponownie odnotowano dobry ogólny stan pacjentki. Z uwagi na stan układu moczowego przeprowadzono konsultację urologiczną.

24 czerwca 2010 r. odnotowano, że pacjentka znajduje się w ósmej dobie hospitalizacji, jej stan ogólny jest dobry, jest wydolna krążeniowo i oddechowo, zmniejszyło się nasilenie dolegliwości. Wskazano, że zaplanowane zostało jej przekazanie na oddział urologiczny w celu dalszej diagnostyki i leczenia. Wskazano na podejrzenie krwiaka w okolicy nerki lewej oraz uchyłków pęcherza moczowego. Tego też dnia powódka przekazana została do Szpitala (...) w P..

24 czerwca 2010 r. powódkę przyjęto na oddziale urologicznym Szpitala (...) w P.. W badaniu USG stwierdzono znaczne poszerzenie moczowodu lewego 2 cm powyżej odcinka śródściennego i poszerzenie UKM nerki lewej – w badaniu urograficznym nerka lewa niewydzielająca. W rozpoznaniu wstępnym stwierdzono wodonercze ze zwężeniem moczowodu, kolizję moczowodu lewego po operacji całkowitego wycięcia macicy z przydatkami. Powódka została zakwalifikowana do zabiegu operacyjnego (laparoskopowego uwolnienia moczowodu) ze względu na objawy wskazujące na pooperacyjne podwiązanie moczowodu lewego.

25 czerwca 2010 r. u powódki wykonano laparoskopię uwolnienia moczowodu. W trakcie tego zabiegu nie stwierdzono krwiaka w okolicy lewej nerki. Postawiono wówczas ostateczne rozpoznanie podwiązania moczowodu lewego.

30 czerwca 2010 r. powódka została wypisana do domu w stanie ogólnym dobrym z zaleceniem kontroli ginekologicznej w Szpitalu (...) 14 lipca 2010 r.

14 lipca 2010 r. powódka została ponownie przyjęta do Szpitala (...) w P., gdzie wykonano badanie kontrolne nerek.

23 lipca 2010 r. powódka została przyjęta na Oddział (...) Szpitala (...) w P. w celu wykonania badania urodynamicznego i kwalifikacji do leczenia operacyjnego. Rozpoznano wówczas u niej mieszaną postać nietrzymania moczu z dominacją wysiłkowego.

W kolejnych latach powódka pozostawała pod kontrolą urologiczną i miała przeprowadzone badanie układu moczowego w Szpitalu (...) w P.. 12 kwietnia 2011 r. w badaniu USG nerek i urografii nie stwierdzono odchyłeń od stanu prawidłowego. 1 sierpnia 2012 r. rozpoznano wodonercze z przeszkodą w połączeniu miedniczkowo-moczowodowym. W badaniu USG stwierdzono nerki bez cech złoju, minimalnie poszerzony UKM po lewej stronie. W badaniu urograficznym ustalono nieco opóźnione wydalanie nerki lewej, nerkę lewą z poszerzonym moczowodem, moczowód w dolnym odcinku niewidoczny, USG pozapalne nieregularne, nerka prawa bez zmian, nerka lewa mała 6 cm bez zastojów.

24 września 2012 r. powódka została przyjęta do kwalifikacji do leczenia z powodu wysiłkowego nietrzymania moczu. Nie stwierdzono jednak wskazań do leczenia zabiegowego.

Lekarz rodzinny powódki odnotował, że pozostaje ona pod stałą kontrolą urologa po operacji uszkodzenia moczowodu lewego w 2010 r. Od tego czasu kontroluje również czynność nerek raz do dwóch razy w roku (w ramach NFZ), a w 2013 r. miała wykonaną scyntyografię nerek, w wyniku której udział nerki lewej w ekstrakcji opisano na 15% i wskazano na zaburzenia odpływu moczu z układu zbiorczego nerki prawej. Wówczas u powódki rozpoznano ostateczne i nieodwracalne uszkodzenie lewej nerki i wskazano na złe rokowania na przyszłość zagrażające rozwinięciem się niewydolności nerek.

Decyzją Lekarza Orzecznika ZUS powódka została uznana za osobę częściowo niezdolną do pracy z uwagi na naruszenie sprawności sfery psychicznej i układu moczowego.

22 lipca 2014 r. miała miejsce konsultacja urologiczna, w której wskazano na brak czynności wydzielniczej i konieczność stałej kontroli lewej nerki, jak i rozważenia jej usunięcia. Wskazano na okresowe objawy nietrzymania moczu.

W listopadzie 2015 r. wykonano badanie urodynamiczne, w którym odnotowano występujące od kilku lat trudności z utrzymaniem moczu. Stwierdzono, że powódka gubi mocz przy kaszlu i kichaniu, zgłasza też parcia nagłe i epizody nietrzymania moczu z parcia. W wyniku badania stwierdzono zmniejszoną pojemność, podatność w normie, prawidłowe czucie, zarejestrowano kilka fazowych skurczy wypieracza z niekontrolowanym wyciekaniem, próby kaszlowe dodatnie, mikcja – badana nie oddała moczu w trakcie testu, po usunięciu cewników mikcja w toalecie bez zalegania. Zdiagnozowano mieszaną postać nietrzymania moczu. Zalecono leki antycholinergiczne, ćwiczenia dna miednicy.

19 kwietnia 2016 r. urolog odnotował bóle lewej okolicy lędźwiowej, stwierdził, że prawa nerka jest bez zmian, nerka lewa mała zapalna, zasugerował możliwość lub potrzebę rozważania usunięcia nerki.

W lipcu 2016 r. powódka uzyskała skierowanie do szpitala z rozpoznaniem marskiej lewej nerki. W tym samym miesiącu powódka została przyjęta do szpitala celem obserwacji lewej nerki. Odnotowano, że zgłaszała poboлевania lewej okolicy lędźwiowej, prawidłową nerkę prawą i małą nerkę lewą, niejednorodny echogeność miąższu. W badaniu TK stwierdzono prawą nerkę o prawidłowej budowie długości ok. 11 cm, mniejszą nerkę lewą o długości ok. 8,5 cm ze znacznie zwężonym bliźnowato zmienionym miąższem w korze lewej nerki, widoczne trzy torbiele oraz pojedyncze zwapnienia. Wskazano na prawidłowy obraz TK pęcherza moczowego i pozostałych narządów miednicy.

U powódki istnieją obecnie schorzenia układu moczowego i nerek. Cierpi ona na mieszane nietrzymanie moczu, które było leczone operacyjnie zarówno przez plastykę przedniej ściany pochwy, jak i zachowawczo lekami. Znacznie poważniejszym schorzeniem jest przewlekłe śródmiąższowe zapalenie nerek, które związane jest z zaleganiem moczu

w górnych drogach moczowych oraz przebyłym odmiednicznikowym infekcyjnym zapaleniem nerek, które nastąpiło jako następstwo powikłania po usunięciu macicy z przydatkami, a było związane z narastającym zaleganiem moczu w moczowodzie i nerce lewej. Od zabiegu wycięcia macicy do laparoskopowego zabiegu udroźnienia moczowodu lewego minęły około cztery tygodnie, jednakże później zastój w lewej nerce był jeszcze stwierdzany i jako czynnik sprzyjający zapalaniu działał dalej. Powolny proces prowadzi do ustania i zmniejszenia funkcji nerek i tak się stało w przypadku powódki w przypadku lewej nerki. Obecnie stan nerki powódki jest krytyczny, jest ona mała, marska. Powódka zagrożona jest niewydolnością nerek z niebezpieczeństwem leczenia dializami włącznie. Często w dalszym przebiegu choroby istnieje potrzeba usunięcia małej, marskiej nerki, gdyż ulega częstym infekcjom, stanowi przyczynę nadciśnienia tętniczego i stanowi zagrożenie dla drugiej nerki. Obecnie u powódki nie występuje jednak przewlekła niewydolność nerek.

Wystąpienie u powódki dysfunkcji lewej nerki z możliwymi jej następstwami pod postacią przewlekłego cewkowo-śródmiaższowego zapalenia nerek jest następstwem działań personelu pozwanego szpitala, a nie wcześniej przebytych przez powódkę schorzeń oraz wykonywanych wobec niej przed 30 maja 2010 r. zabiegów. Stanowi ono skutek uboczny przeprowadzonego u powódki 31 maja 2010 r. zabiegu operacyjnego usunięcia macicy z przydatkami, nie jest ono jednakże rezultatem zaniedbań ze strony pozwanego szpitala czy błędów popełnionych przez personel pozwanego.

W czasie leczenia w pozwanym szpitalu w maju i czerwcu 2010 r. powódka została prawidłowo zakwalifikowana do zabiegu usunięcia macicy z uwagi na mięśniaki macicy oraz obfite i bolesne miesiączki, które doprowadzały do anemizacji powódki.

Zabieg operacyjny usunięcia macicy został przeprowadzony prawidłowo. Personel pozwanego przeprowadzający operację ginekologiczną powódki zachował staranność w czasie tego zabiegu. W czasie operacji doszło do podwiązania lewego moczowodu. Nie było jednakże możliwym wówczas ustalenie, że doszło do tego powikłania. Uszkodzenie moczowodów podczas tego typu operacji jest stosunkowo częstym powikłaniem, do którego dojść może nawet w bardzo dobrych warunkach anatomicznych (tj. niezmienionej anatomicznie macicy i przydatkach). U powódki na skutek przedmiotowego powikłania wystąpiła uropatia zaporowa przewlekła - nie doszło do całkowitego zamknięcia przewodu moczowego, a objawy tego typu uropatii są mało charakterystyczne i bardzo zróżnicowane.

W trakcie pobytu powódki w pozwanym szpitalu w okresie do 5 czerwca 2010 r. nic nie wskazywało na możliwe powikłania w postaci zaburzenia drożności dróg moczowych. Powikłanie tego typu objawia się szybko narastającym bólem w okolicy lędźwiowej i/lub niewyjaśnioną gorączką. Nie odnotowano u powódki ostrego bólu, ani gorączek. Powódka skarżyła się na dolegliwości bólowe, doznawała też dreszczy, pogorszonego samopoczucia. Nie zgłaszała jednak bezpośrednio po operacji objawów charakterystycznych, mogących wskazywać na nagłe uniedroźnienie moczowodu (bóle w okolicy lędźwiowej, gorączka). Natomiast bóle w okolicy operacyjnej, dreszcze, parcie na pęcherz są objawami niecharakterystycznymi. Również wydolność nerek powódki w okresie przed i bezpośrednio po operacji była prawidłowa.

Leczenie operacyjne powódki 30 maja 2010 r. oraz w czasie hospitalizacji pooperacyjnej, niezdiagnozowanie do 5 czerwca 2010 r. powikłań pooperacyjnych i wypisanie jej do domu 5 czerwca 2010 r. nie było obarczone błędami medycznymi.

Nie wystąpiły także nieprawidłowości w trakcie leczenia związanego ze stosowaniem leku meloksykom. Niepożądane skutki stosowania tego leku, w tym uszkodzenie nerek, wystąpić mogą gdy podany zostanie pacjentowi w sytuacji niekorzystnej i wraz z innymi lekami potencjalnie uszkadzającymi nerki. U powódki taką niekorzystną sytuacją była infekcja górnych dróg moczowych, przedłużający się zastój w nerce lewej oraz podawanie leków takich jak g.. Jednakże podanie dwukrotnie leku meloksykom nie doprowadziło do uszkodzenia nerek. Poziom kreatyniny u powódki w czasie stosowania tego leku był systematycznie badany, a pacjentce nie podano meloksykomu po uzyskaniu niekorzystnego wyniku poziomu kreatyniny 2 czerwca 2010 r.

Po powrocie powódki do domu po operacji z 31 maja 2010 r. rozpoczął się u niej proces zaciskania przewodu moczowego lewego, a dodatkowo dołączyła się infekcja skutkująca gorączką.

Wobec powódki stosowano w szpitalu (...) w G. leczenie antybiotykami infekcji górnych dróg układu moczowego: A. w odpowiedniej dawce oraz M. w zbyt małej dawce. Stosowanie tych leków zmniejszyło ryzyko kolejnego powikłania, jakim mogła być urosepsa. Następnie, po przewiezieniu powódki do pozwanego szpitala, stosowano leki dożylnie G. i M. oraz doustnie F.. Stosowanie tych leków nie było prawidłowe, a należało kontynuować stosowanie kombinacji leków, które powódce podawano w szpitalu (...). Błędem personelu pozwanego było także stosowanie M. dwa razy na dobę (zamiast trzy razy na dobę). Błędym było też nieodstawienie doustnego preparatu F., który służy do leczenia ostrych i nawracających zakażeń dolnych dróg moczowych, podczas gdy u powódki miała miejsce infekcja górnych dróg moczowych (nerek i moczowodów). Nieprawidłowość w stosowaniu tego leku nie była związana ze szkodliwością, a wynikała z tego, że wobec zastosowania leków dożylnych, F. był zbędny. Początkowe stosowanie przez lekarzy u pozwanego F. mogło wynikać z tego, że lekarze leczący powódkę w szpitalu (...) w G. w karcie informacyjnej nie umieścili adnotacji o rozpoznaniu infekcji.

Stosowanie za małych dawek M. nie powinno mieć istotnego wpływu dla powstania uszkodzenia nerek. Również nieprawidłowości w postaci niezastosowania od razu leków dożylnych, a potem stosowania F. obok silniejszych leków dożylnych (G. i M.) nie przeszkadzało w opanowaniu infekcji.

Nie przyczyniło się do pogorszenia stanu powódki skierowanie na badania urografii z trzydniowym opóźnieniem.

Doznane przez powódkę i opisane powyżej dolegliwości w istotny i negatywny sposób wpłynęły na jej funkcjonowanie. Obniżeniu uległa jej aktywność w życiu społecznym i rodzinnym, jak też możliwość uprawiania sportu. Życie powódki w istotnym stopniu zaczęło się koncentrować wokół starań o zachowanie zdrowia, związane było z kolejnymi wizytami w ośrodkach zdrowia, koniecznością poddawania się badaniom diagnostycznym i zabiegom, jak i towarzyszy jej stres oraz lęk o możliwe przyszłe następstwa doznanego urazu.

Sąd rejonowy zważył, że w przedmiotowej sprawie bezspornym było, że powódkę leczono w(...) Szpitalu (...) w P. od 27 maja do 5 czerwca 2010 r. w związku z wykonaniem u niej operacji usunięcia macicy z przydatkami. Po raz kolejny powódka była leczona w pozwanym szpitalu w związku z wystąpieniem u niej powikłań pooperacyjnych dotyczących funkcjonowania układu moczowego.

Powódka formułując żądanie pozwu twierdziła, że leczenie w placówce pozwanego zostało zrealizowane nieprawidłowo i w efekcie nastąpiło znaczne pogorszenie jej stanu zdrowia, co uzasadnia przyznanie jej stosownego zadośćuczynienia i odszkodowania, a także ustalenie odpowiedzialności pozwanego na przyszłość. Jak wynika z twierdzeń pozwu, uchybień w zachowaniu personelu pozwanego powódka upatrywała przede wszystkim w odniesieniu do zabiegu operacyjnego, który miał miejsce 31 maja 2010 r. i to w działaniach, które miały miejsce w trakcie tej operacji upatrywała źródła swojej krzywdy i szkody.

Sąd rejonowy wskazał, że podstawę prawną zgłoszonych roszczeń stanowi art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c. W myśl art. 430 k.c., kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności. Stosownie do treści art. 415 k.c., kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia.

W orzecznictwie przyjmuje się, że powołany wyżej przepis znajduje zastosowanie w stosunku do odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej, na rachunek którego lekarze zatrudnieni w tych jednostkach wykonują czynności medyczne (zob. m.in. wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z 2 marca 2012 r., I ACa 123/12). Odpowiedzialność samodzielnego zakładu opieki zdrowotnej na podstawie art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c. zachodzi wówczas, gdy spełnione są wszystkie przesłanki tej odpowiedzialności deliktowej, a mianowicie do wyrządzenia szkody doszło przez zawinione działanie lub zaniechanie personelu medycznego, istnieje normalny związek przyczynowy pomiędzy tym

działaniem lub zaniechaniem a wyrządzoną szkodą, przy czym do wyrządzenia szkody doszło przy wykonywaniu powierzonej czynności medycznej.

Przesłankami odpowiedzialności cywilnej szpitala są: wina, szkoda oraz występujący między zawinionym postępowaniem personelu medycznego szpitala a szkodą tzw. adekwatny związek przyczynowy. Wina obejmuje zarówno element obiektywny (bezprawność), czyli naruszenie reguł prawidłowego postępowania, jak również subiektywny (przypisywalność) w postaci np. niedbalstwa, czy lekceważenia obowiązków. Błąd w sztuce medycznej jest powszechnie zaliczany do obiektywnych przesłanek zawinienia. Błędem w sztuce medycznej nazywamy takie postępowanie, które jest obiektywnie sprzeczne z powszechnie uznanymi zasadami wiedzy i praktyki medycznej. W literaturze podkreśla się jednak, że nie stanowi błędu w sztuce tzw. „zwykłe” niedbalstwo, lecz „rażące niedbalstwo”. Sąd rejonowy wskazał na treść art. 4 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, według którego, lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. Zgodnie z art. 31 ust. 1 tej ustawy lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi 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. Pacjent powinien więc zostać poinformowany o mogących powstać skutkach zabiegu operacyjnego, zwłaszcza gdy zachodzi ryzyko powikłań (wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z 26 października 2012 r., I ACa 575/12).

Jak zauważył sąd rejonowy pojęcie „błędu w sztuce medycznej” nie jest tożsame z „naruszeniem obowiązku należytej staranności”. Rozróżnienie tych dwóch pojęć nie jest łatwe, ale uzasadnione koniecznością klarownego wyjaśnienia podstaw odpowiedzialności prawnej podmiotu świadczącego usługi zdrowotne. Niemniej jednak, dla rozróżnienia zwykłego naruszenia obowiązku należytej staranności od błędu sztuki medycznej powinno być udzielenie odpowiedzi na pytanie, czy dla stwierdzenia prawidłowości działania personelu medycznego konieczne jest zasięgnięcie opinii specjalisty (wówczas mamy do czynienia z błędem w sztuce), czy wystarczający będzie osąd dokonany przez rozsądną osobę mającą doświadczenie życiowe (chodzi o niezachowanie należytej staranności). Zakres czynności powierzonych lekarzowi traktuje się bardzo szeroko, jako czynności związane z całym procesem leczenia, wszelkich badań i opieki nad pacjentem. Istotne jest, bowiem tylko, aby jego działanie lub zaniechanie było związane z realizacją celu, dla którego jest zatrudniony w zakładzie leczniczym.

Ciężar dowodu w zakresie wykazania istnienia szkody i związku przyczynowego między powstaniem szkody czy krzywdy a działaniem lub zaniechaniem sprawcy szkody, a także faktu, że szkoda została wyrządzona z winy osoby pociągniętej do odpowiedzialności, zgodnie z art. 6 k.c., spoczywa na poszkodowanym.

Sąd rejonowy zauważył, że podstawę faktyczną roszczenia zgłoszonego w pozwie stanowi okoliczność, że personel pozwanego szpitala nieprawidłowo wykonał 31 maja 2010 r. zabieg operacyjny, co doprowadziło do wystąpienia u powódki istotnych powikłań dotyczących układu moczowego. Pozwany przeczył tym zarzutom, podnosząc, że wdrożone wobec powódki leczenie na każdym etapie jej pobytu w szpitalu realizowane było prawidłowo.

Niespornym w sprawie było, że powódka zgłosiła się do pozwanego szpitala z uwagi na obfite, anemizujące krwawienia miesięczne, bóle brzucha. Zdiagnozowano u niej mięśniaki macicy i zakwalifikowana została do leczenia operacyjnego – usunięcia macicy z przydatkami. Analiza prawidłowości postępowania pozwanego wobec powódki wymagała zasięgnięcia opinii biegłego, a zatem sąd rejonowy zlecił przygotowanie opinii biegłym specjalistom. Opinie biegłych, w szczególności opinia biegłego ginekologa dr. n. med. M. T. pozwoliła ustalić, że prawidłowym było skierowanie powódki do wskazanego zabiegu operacyjnego. Zaoferowany w sprawie materiał dowodowy pozwolił też ustalić, że przed operacją powódce przedstawiono dokument stanowiący pouczenie o skutkach operacji, w którym została poinformowana o rodzaju zabiegu operacyjnego oraz jego zakresie i celu, jak i możliwych powikłaniach, w tym w postaci uszkodzenia moczowodu, ewentualnej konieczności rozszerzenia operacji, rokowaniach możliwości osiągnięcia zamierzonego celu leczenia, możliwości zadawania pytań. Pouczenie odbyło się w obecności dwóch lekarzy, a powódka miała możliwość zadawania dodatkowych pytań i jednocześnie swoim podpisem potwierdziła,

że zapoznała się z informacją. W efekcie 31 maja 2010 r. przeprowadzono zabieg operacyjny – usunięcie macicy z przydatkami. Skutkiem tego zabiegu (ujawnionym na dalszym etapie leczenia) było powikłanie w postaci (kolizji) niedrożności lewego moczowodu, które nie zostało rozpoznane ani w czasie operacji, ani bezpośrednio po niej (w okresie do 5 czerwca 2010 r.). Sporządzone na potrzeby niniejszego postępowania opinie biegłych pozwoliły poczynić ustalenia w odniesieniu do prawidłowości postępowania personelu medycznego pozwanego w okresie, w którym miał miejsce zabieg operacyjny, a także w kolejnych dniach hospitalizacji powódki. Sąd rejonowy zauważył, że biegły ginekolog w swojej opinii stwierdził, że zabieg operacyjny został przeprowadzony prawidłowo, personel pozwanego wykonujący operację ginekologiczną powódki zachował należytą staranność w czasie tego zabiegu i nie było możliwym w trakcie operacji ustalenie, że doszło do podwiązania lewego moczowodu (będącego powikłaniem tej operacji). Biegły wyjaśnił, że uszkodzenie moczowodów podczas tego typu operacji jest stosunkowo częstym powikłaniem, do którego dojść może nawet w bardzo dobrych warunkach anatomicznych (tj. niezmiętej anatomicznie macicy i przydatków), niemniej stwierdził, że faktycznie ono nastąpiło nie było możliwe w trakcie zabiegu i wkrótce po nim. Wyjaśnił, że u powódki wystąpiła uropatia zaporowa przewlekła – nie doszło do całkowitego zamknięcia przewodu moczowego, a objawy tego typu uropatii są mało charakterystyczne i niezwykle zróżnicowane. Konkluzje zawarte w opinii z zakresu ginekologii w pełni korespondują z ekspertyzą biegłego urologa W. S.. Biegły ten stwierdził, że do czasu wypisu 5 czerwca 2010 r. nic nie wskazywało na możliwe powikłania w postaci zaburzenia drożności dróg moczowych, nie odnotowano ostrego bólu ani gorączek. Powódka nie zgłaszała bezpośrednio po operacji objawów charakterystycznych, mogących wskazywać na nagłe uniedrożnienie moczowodu (takich jak bóle w okolicy lędźwiowej, gorączka), natomiast bóle w okolicy operacyjnej, dreszcze, parcie na pęcherz są objawami niecharakterystycznymi. Biegły urolog zwrócił uwagę, że istotne dla diagnozy dolegliwości bólowe rozpoczęły się później, w czasie pobytu powódki w domu. Przywołał on w swej opinii zeznania powódki, która podała, że siódmego dnia miała straszne bóle, dziesiątego dnia miała temperaturę 38 stopni, a dwunastego dnia wezwała karetkę. W ocenie biegłego to w tym okresie zaczął się proces zaciskania przewodu moczowego lewego, a dodatkowo dołączyła infekcja skutkująca gorączką. Analogicznej oceny dokonał biegły nefrolog dr n. med. P. K., który w opinii stwierdził dodatkowo, że wydolność nerek powódki w okresie przed i bezpośrednio po operacji była prawidłowa. Biegły ten odniósł się także do zastosowanego wobec powódki leczenia farmakologicznego lekiem (...), którym był meloksykam. Uznał, że nie wystąpiły nieprawidłowości w trakcie leczenia związanego ze stosowaniem meloksykamu. Wyjaśnił, że podanie dwukrotnie tego leku nie doprowadziło do uszkodzenia nerek u powódki. W czasie stosowania tego leku poziom kreatyniny był systematycznie badany, lek ten stosowany był krótko wobec szybkiego osiągnięcia oczekiwanego rezultatu polegającego na uśmierzaniu dolegliwości bólowych, a co więcej niezwłocznie przerwano jego stosowanie po uzyskaniu niekorzystnego wyniku poziomu kreatyniny 2 czerwca 2010 r.

W świetle opinii biegłych sąd rejonowy uznał, że brak jest podstaw do formułowania wniosku, że leczenie operacyjne 30 maja 2010 r., niezdiagnozowanie do 5 czerwca 2010 r. powikłań pooperacyjnych, stosowanie meloksykamu i wypisanie powódki do domu 5 czerwca 2010 r. obarczone było błędami medycznymi. Z opinii biegłych wynika, że pomiędzy wdrożonym wobec powódki leczeniem operacyjnym i późniejszymi powikłaniami w postaci schorzeń układu moczowego i nerek istnieje adekwatny związek przyczynowy, albowiem to w wyniku tej operacji doszło do niedrożności lewego moczowodu i dalszych poważnych powikłań dotyczących nerek. Wspomniane powikłanie nie jest jednak efektem błędu w sztuce medycznej i zawinionego działania personelu medycznego. Biegli byli zgodni co do tego, że w okresie pobytu pozwanej w pozwanym szpitalu na przełomie maja i czerwca 2010 r. brak było objawów i przesłanek, by uznać, że doszło do tego powikłania. Specyficzne objawy wskazujące na wystąpienie tego powikłania wystąpiły dopiero w czasie pobytu powódki w domu – wtedy to odczuwała ona bóle w okolicy lędźwiowej i skarżyła się na rosnącą gorączkę. W tym stanie rzeczy sąd rejonowy uznał, że powódka nie przedstawiła dowodów na to, że spełnione zostały określone w treści pozwu przesłanki uzasadniające powstanie odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanego.

W dalszej kolejności, w związku z tym, że w toku procesu powódka zgłosiła kolejne zarzuty odnoszące się do realizowanego wobec niej w okresie późniejszym leczenia, sąd rejonowy rozważył, czy na dalszym etapie, gdy powódka ponownie była hospitalizowana w pozwanym szpitalu, miały miejsce błędy lub zaniedbania, które pozostawałyby w adekwatnym związku przyczynowym ze szkodą i krzywdą, które stały się udziałem powódki. W związku z odczuwanymi

objawami i podejrzeniem, że wystąpiły one na tle somatycznym, w okresie od 12 do 17 czerwca 2010 r. powódka przebywała w szpitalu (...). W okresie hospitalizacji w szpitalu w G. powódka zgłaszała dreszcze, miała gorączkę. Zastosowano wobec niej leczenie antybiotykami infekcji górnych dróg układu moczowego, a ze szpitala (...) powódka wypisana została na własne żądanie i przewieziona przez córkę do pozwanego szpitala. Od 17 do 24 czerwca 2010 r. powódka była ponownie hospitalizowana w pozwanym szpitalu, do którego przyjęta została w trybie pilnym. Wdrożono wobec niej wówczas leczenie farmakologiczne, przeprowadzono diagnostykę i poddano konsultacji z urologiem. Następnie, 24 czerwca 2010 r., powódkę przyjęto na oddział urologiczny w Klinice (...) U. w P. w celu leczenia powikłań po zabiegu ginekologicznym usunięcia macicy. Również ten etap postępowania wobec pacjentki poddany został ocenie biegłych. Wedle biegłego ginekologa postępowanie personelu pozwanego w okresie od 17 do 24 czerwca 2010 r. było prawidłowe, zgodne z aktualną wiedzą medyczną. Biegły zwrócił uwagę, że w czasie tego pobytu w pozwanym szpitalu powódka nie zgłaszała silnych dolegliwości bólowych, a po zastosowaniu farmakoterapii dolegliwości te ustępowały. Dodał, że stanowcze, ostateczne rozpoznanie u powódki podwiązania układu moczowego nastąpiło dopiero w czasie operacji urologicznej. Ekspertyza ta korespondowała z opinią biegłego urologa, który stwierdził, że wykonanie badania urografii po upływie trzech dni nie miało znaczenia dla pogorszenia się stanu nerki. Zwrócił on uwagę na to, że wykonano niezbędne czynności diagnostyczne, aby przekazać powódkę na oddział urologiczny, z punktu widzenia urologa nie wystąpiły żadne zaniedbania po stronie pozwanego. Ekspertyzę tę potwierdził także biegły nefrolog, który wskazał też, że dopiero po przekazaniu powódki na oddział urologiczny Kliniki (...) w P. odnotowano nieznacznie podwyższony poziom kreatyniny (wskazujący na nieprawidłowości w pracy nerek). W takiej też sytuacji brak interwencji urologów skutkowałby ostrą niewydolnością nerek, a operacja w trakcie, której doszło do uwolnienia lewego moczowodu pozwoliła zapobiec temu skutkowi. Również ten biegły nie dopatrył się nieprawidłowości w postępowaniu pozwanego w zakresie, w jakim dotyczyło diagnostyki powódki i badań jakim została poddana. Dostrzegł pewne nieprawidłowości w stosowaniu wobec powódki leczenia farmakologicznego. W jego ocenie w szpitalu (...) rozpoczęto leczenie prawidłowymi antybiotykami A. (w odpowiedniej dawce) oraz M. (w zbyt małej dawce, bo dwa razy na dobę zamiast co osiem godzin). Następnie, po przewiezieniu powódki do pozwanego szpitala stosowano leki dożylnie G. i M. oraz doustnie F.. Zdaniem biegłego nefrologa stosowanie tych leków nie było prawidłowe, albowiem należało kontynuować stosowanie kombinacji leków, które powódce podawano w szpitalu (...). Biegły wyjaśnił, że błędem personelu pozwanego było stosowanie M. dwa razy na dobę (zamiast trzy razy na dobę). Błędny był też nieodstawienie doustnego preparatu F., który służy do leczenia ostrych i nawracających zakażeń dolnych dróg moczowych, podczas gdy u powódki miała miejsce infekcja górnych dróg moczowych (nerek i moczowodów). Biegły zaznaczył, że nie chodzi mu o potencjalną szkodliwość tego leku, lecz o to, że zastosowane leki dożylnie były już wystarczająco silne i F. był zbędny. Sąd rejonowy podkreślił jednak, że biegły nie dopatrył się negatywnych skutków stosowania tych leków na stan zdrowia powódki. W jego ocenie brak jest podstaw by uznać, że stosowanie za małych dawek M. przyczyniło się do uszkodzenia nerek. Również nieprawidłowości w postaci niezastosowania od razu leków dożylnych, a potem stosowania F. obok silniejszych leków dożylnych (G. i M.) nie przeszkodziło w opanowaniu infekcji. Co więcej, biegły zwrócił uwagę, że początkowe (17 czerwca 2010 r.) stosowanie przez lekarzy pozwanego F. mogło wynikać z faktu, że lekarze leczący powódkę w szpitalu(...)w G. w karcie informacyjnej nie umieścili adnotacji o rozpoznaniu infekcji. W kontekście powyższego przyjąć należy, że choć wedle biegłego nefrologa leczenie farmakologiczne powódki w szpitalu pozwanego nie było w pełni prawidłowe, to uchybienia te nie stały na przeszkodzie w wyleczeniu infekcji i nie skutkowały pogorszeniem się stanu zdrowia pacjentki. Oznacza to, że brak jest podstaw, by wnioskować o istnieniu adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy zachowaniem personelu pozwanego w okresie ponownej hospitalizacji powódki a zdiagnozowanymi u niej dolegliwościami układu moczowego i nerek.

W oparciu o opinie biegłych urologa i nefrologa można sąd rejonowy stwierdził, że występujące u powódki objawy w postaci kolizji moczowodu i związanej z tym konieczności leczenia operacyjnego były skutkiem działania personelu medycznego pozwanego – powikłaniem po zabiegu ginekologicznym. Nie można jednak przypisać pracownikom pozwanego winy w związku z leczeniem obejmującym operację ginekologiczną oraz leczeniem bezpośrednio po tej operacji (do 5 czerwca 2010 r.). Sąd rejonowy uznał, że skutkiem tego powikłania było śródmiędziczkowe zapalenie nerek związane z narastającym zaleganiem moczu w moczowodzie i lewej nerce, a także poważna dysfunkcja lewej nerki. Zgromadzony w sprawie materiał dowodowy, w tym w szczególności dokumentacja medyczna i opinie biegłych,

nie dają wystarczających podstaw by przyjąć, że to pozwanemu należy przypisywać odpowiedzialność za pojawienie się tych skutków w obszarze zdrowia powódki.

W tym stanie rzeczy sąd rejonowy przyjął, że istnieje adekwatny związek przyczynowy między zachowaniem personelu medycznego pozwanego związanym z operacją ginekologiczną a negatywnymi konsekwencjami po stronie powódki (szkodą i krzywdą) związanymi z zaistniałą kolizją moczowodu lewego, koniecznością przeprowadzenia operacji urologicznej, śródmiędniczkowym zapaleniem nerek, rozwijającą się następnie dysfunkcją nerki lewej. Nie można jednak przypisać personelowi medycznemu pozwanego winy, albowiem w istotnych dla ustalenia związku przyczynowego obszarach, wdrożone leczenie charakteryzowała należyta staranność i było ono zgodne z aktualnymi wskazaniami wiedzy medycznej.

Zdaniem sądu rejonowego powódka nie zaoferowała dowodów, które pozwoliłyby uznać, że wystąpiły równocześnie wszystkie wymagane przesłanki pozwalające na przypisanie pozwanemu odpowiedzialności za szkodę i krzywdę, których doświadczyła powódka w związku z pogorszeniem się jej stanu zdrowia.

Z omówionych przyczyn sąd rejonowy oddalił powództwo jako bezzasadne.

O kosztach procesu sąd rejonowy orzekł na podstawie art. 102 k.p.c. i art. 113 ust. 4 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych. Przepisy te ustanawiają zasadę słuszności, będącą odstępstwem od zasady odpowiedzialności za wynik postępowania. Zdaniem sądu rejonowego, sytuacja materialna i życiowa powódki przemawia za tym, by nie obciążać jej kosztami postępowania. Sąd rejonowy wziął pod uwagę, że powódka jest osobą starszą, schorowaną, jedyny jej dochód stanowi renta, nie podejmuje pracy zawodowej. Sąd miał także na uwadze, że z uwagi na stopień skomplikowania sprawy, konieczność posłużenia się wiedzą specjalistyczną, powódka na etapie przedsądowym posiadała bardzo ograniczone możliwości oceny prawidłowości powołanych w pozwie podstaw zgłoszonego żądania.

Apelację od wyroku sądu rejonowego (doprecyzowaną pismem z 10 lutego 2021 r.) złożyła powódka, zaskarżając wyrok w całości i zarzucając sądowi rejonowemu:

1) naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. poprzez dokonanie przez sąd pierwszej instancji oceny zebranego materiału dowodowego w sposób dowolny i wybiórczy polegający na uznaniu, że:

a) powódka była poinformowana o możliwych powikłaniach po zabiegu histerektomii i wyraziła na niego świadomą zgodę składając podpis na formularzu zgody, gdy tymczasem z zeznań powódki, jak i lekarzy wręczających powódce zgodę na operację nie wynika, aby wyjaśniali jej możliwe powikłania, a tym bardziej nie wyjaśnili kwestii związanych z niewydolnością nerek. Lekarze skupili się wyłącznie na objaśnieniu tego, jak wyglądać będzie operacja oraz co zostanie wycięte,

b) powódka była w stanie ogólnym dobrym lub zadowalającym po operacji aż do dnia wypisu, gdy tymczasem powódce było zimno, miała dreszcze, temperaturę, była obolała i nie wstawała ze szpitalnego łóżka,

c) powódka została wypisana ze szpitala w stanie ogólnym dobrym, gdy tymczasem powódkę wypisano z podwyższoną temperaturą dreszczami i bólem brzucha, a jej stan z każdym dniem się pogarszał do tego stopnia, że wzięto go za objaw choroby (...),

d) między działaniem pozwanego szpitala a negatywnymi konsekwencjami u powódki (doznanie szkody w postaci uszkodzenia nerki oraz krzywdy) istnieje adekwatny związek przyczynowy, jednakże niezawiniony i wynikający z nierozpoznanego powikłania zacieśnienia moczowodu, gdy tymczasem powódka została wypisana do domu bez żadnych badań kontrolnych (badanie ginekologiczne, badanie USG), a po powtórnym przyjęciu nadal nie rozpoznano kolizji moczowodu, zaś pacjentkę skierowano na pilną reoperację dopiero kilka dni później po konsultacji z urologiem, co oznacza, że dokonano jej niemal miesiąc po pierwotnym zabiegu;

- 2) sprzeczność ustaleń sądu – przyjętych za podstawę rozstrzygnięcia – z zebraniem materiałem dowodowym polegającą na przyjęciu, że u powódki doszło wyłącznie do powikłania po zabiegu operacyjnym, nie zaś do błędu medycznego, który uzasadniałby roszczenia powódki,
- 3) naruszenie art. 232 k.p.c. i art. 6 k.c. w zw. z art. 278 § 1 k.p.c. przez odwrócenie ciężaru dowodu na stronę powodową i przyjęcie, że to powódka powinna wykazać wszystkie okoliczności sprawy, podczas gdy to na stronie pozwanej ciążył obowiązek udowodnienia braku winy jego personelu,
- 4) naruszenie art. 445 § 1 k.c. poprzez brak jego zastosowania i przyjęcie, że powódce nie należy się zadośćuczynienie za doznaną krzywdę,
- 5) naruszenie art. 444 § 1 i 2 k. c. poprzez brak jego zastosowania i przyjęcie, że powódce nie należy się odszkodowanie, a także odpowiednia renta.

Powołując się na te zarzuty powódka wniosła o:

- 1) zmianę zaskarżonego wyroku w całości i zasądzenie na jej rzecz od pozwanego zadośćuczynienia 50 000 zł, comiesięcznej renty 1000 zł oraz odszkodowania 148,77 zł,
- 2) zasądzenie od pozwanego na jej rzecz kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego za obie instancje.

Ewentualnie, na wypadek uznania przez sąd odwoławczy, że brak jest podstaw do zmiany zaskarżonego wyroku powódka wniosła o uchylenie zaskarżonego wyroku w całości i przekazanie sprawy sądowi pierwszej instancji do ponownego rozpoznania, przy pozostawieniu temu sądowi rozstrzygnięcia o kosztach postępowania apelacyjnego.

W odpowiedzi na apelację pozwany wniosł o jej oddalenie i zasądzenie na jego rzecz od powódki kosztów postępowania apelacyjnego, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Sąd okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja jest bezzasadna.

Sąd rejonowy zasadniczo prawidłowo ustalił stan faktyczny. Ustalenia te sąd okręgowy przyjmuje za własne, z niewielkim zastrzeżeniem, o jakim mowa będzie w dalszej części uzasadnienia. Prawidłowa jest również ocena prawna wyrażona przez sąd pierwszej instancji.

Tytułem kilku uwag ogólnych należy wskazać, że ustawa z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej oraz ustawa z 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu stanowiły, że podstawową jednostką organizacyjną utworzoną w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia jest „zakład opieki zdrowotnej”, czyli wyodrębniony organizacyjnie zespół osób i środków (np. szpital, zakład opiekuńczo-leczniczy, sanatorium, poradnia, pracownia diagnostyczna itp.), przy czym zakłady te mogły być bądź to publiczne, bądź niepubliczne. Publiczne zakłady opieki zdrowotne mogły być tworzone m.in. przez ministra, wojewodę, czy jednostkę samorządu terytorialnego i prowadzone np. w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, które uzyskiwały osobowość prawną z chwilą wpisania do rejestru.

W art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (która uchyliła pierwszą z powołanych wcześniej ustaw) wskazano natomiast, że samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej są podmiotami leczniczymi.

W literaturze przedmiotu podnosi się, że samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, uzyskujące osobowość prawną z chwilą wpisu do rejestru, ponoszą odpowiedzialność jak każda państwowa osoba prawna w rozumieniu art. 420 k.c., zaznaczając, że przepis ten odsyła w zakresie odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną przez funkcjonariusza

państwowej osoby prawnej do art. 417-419 k.c. (zob. Komentarz do kodeksu cywilnego pod red. Gerarda Bieńka, Księga trzecia, Zobowiązania, tom 1, Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1999, komentarz do art. 417 k.c., str. 248).

Z kolei w wyroku z 1 grudnia 2010 r. (I CSK 109/10) Sąd Najwyższy stwierdził, że samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, mający osobowość prawną, w ogóle nie może ponosić odpowiedzialności na tych samych zasadach, co państwowe i samorządowe osoby prawne wykonujące władzę publiczną w rozumieniu art. 417 k.c.

Działalność usługowa w zakresie służby zdrowia nie jest działalnością z zakresu imperium. Jeśli jest ona wykonywana przez specjalnie powołany do tego celu zakład opieki zdrowotnej posiadający osobowość prawną, to kwestię odpowiedzialności rozstrzygnąć należy na zasadach ogólnych, określonych w art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c. (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z 18 sierpnia 2006 r., I ACa 620/06). Pozwany – jako samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej – za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych odpowiada więc na podstawie powołanych przepisów.

Jeśli „sprawcami” szkody są pracownicy szpitala, to obowiązany do zadośćuczynienia będzie szpital (wynika to z art. 430 k.c. i art. 120 k.p.). Stosownie bowiem do art. 430 k.c., kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności.

W doktrynie i orzecznictwie ukształtował się w miarę jednolity model tej odpowiedzialności, w którym pojęcie podporządkowania rozumie się szeroko, uznając za wystarczające stwierdzenie „ogólnego”, czy też „ogólnoorganizacyjnego” kierownictwa, jak również ogólnego charakteru wiążących wskazówek. Przy tej interpretacji, zachowanie przez wykonującego powierzone czynności określonej samodzielności nie wyłącza istnienia podporządkowania w rozumieniu art. 430 k.c. Rzeczywista trudność w ocenie tego stosunku występuje przede wszystkim w odniesieniu do osób posiadających wysokie kwalifikacje zawodowe i podejmujących decyzje na podstawie specjalistycznej wiedzy. W praktyce sądowej najczęściej rozstrzygano ten problem w sprawach dotyczących szkód wyrządzonych przez lekarzy, a więc osoby niewątpliwie zachowujące niezależność w procesie leczenia, diagnozy i terapii. Wypracowano zgodne stanowisko, które można najogólniej ująć w formie tezy, że niezależność zawodowa lekarza w zakresie sztuki medycznej nie sprzeciwia się stwierdzeniu stosunku podporządkowania w rozumieniu art. 430 k.c. Rozważania dotyczące odpowiedzialności „za lekarza” dotychczas najczęściej odnoszono do sytuacji, w których lekarz jest pracownikiem zakładu opieki zdrowotnej. Zgodnie z art. 120 k.p., w razie wyrządzenia przez pracownika przy wykonywaniu przez niego obowiązków pracowniczych szkody osobie trzeciej, zobowiązany do naprawienia szkody jest wyłącznie pracodawca. Zakład opieki zdrowotnej może jednak, również na podstawie art. 430 k.c., ponosić odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną z winy lekarza prowadzącego indywidualną praktykę lekarską, która powstała przy wykonywaniu czynności na podstawie łączącej ich umowy o świadczenie usług medycznych (zob. wyrok Sądu Najwyższego z 26 stycznia 2011 r., Biuletyn Sądu Najwyższego 2011/3/15). Zgodnie z ustawą o zakładach opieki zdrowotnej (w brzmieniu po zmianach z 5 grudnia 1997 r.), organ tworzący oraz samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej mogli udzielać zamówienia na świadczenia zdrowotne m.in. osobie wykonującej zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki, przy czym w takim przypadku zastrzeżono, że odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń w zakresie udzielonego zamówienia ponoszą solidarnie udzielający zamówienie i przyjmujący zamówienie (art. 35 ust. 5 ustawy). W zasadzie tożsamej regulacji doszukać się należy w art. 33 obecnie obowiązującej ustawy o działalności leczniczej.

Przyjmuje się, że mimo samodzielności lekarzy dokonujących czynności diagnostycznych i terapeutycznych, odpowiedzialność jednostek organizacyjnych, na rachunek których lekarze wykonują te czynności na podstawie art. 430 k.c. (zob. W. Czachórski, Zobowiązania, 2002, str. 224; Z. Radwański, A. Olejniczak, Zobowiązania, 2008, nb 546; M. Sośniak, Cywilna odpowiedzialność lekarza, Warszawa 1977, str. 37-43; Adam Olejniczak, Komentarz do art. 430 Kodeksu cywilnego, System Informacji Prawnej LEX). W uzasadnieniu wyroku z 7 marca 2008 r. (I ACa 910/07) Sąd Apelacyjny w Katowicach stwierdził, że struktura organizacyjna podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych i zakres ich zadań określa ramy odpowiedzialności za szkody wyrządzone korzystającym z

tych świadczeń. W szczególności należy wskazać, że samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, uzyskujące osobowość prawną z chwilą wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego, ponoszą odpowiedzialność deliktową jak każda osoba prawna. Podobnie wypowiedział się Sąd Najwyższy, wskazując, że niezależność zawodowa lekarza w zakresie sztuki medycznej nie sprzeciwia się stwierdzeniu stosunku podporządkowania w rozumieniu art. 430 k.c., a status zakładu leczniczego, będącego niepublicznym zakładem opieki zdrowotnej, nie wyklucza go z kręgu podmiotów powierzających czynności innym w rozumieniu tego przepisu. Zasady odpowiedzialności niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, które wykonują czynności lecznicze, udzielając świadczeń zdrowotnych w ramach umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia, nie różnią się bowiem od reguł odpowiedzialności zakładów publicznych (wyrok Sądu Najwyższego z 26 stycznia 2011 r., IV CSK 308/10).

Podstawa faktyczna żądania pozwu ograniczona została do uchybień, jakich w udzielaniu świadczeń medycznych powódce dopuścić się miały osoby wykonujące swe obowiązki w ramach pozwanej jednostki medycznej. Należy zatem stwierdzić, że bez znaczenia dla odpowiedzialności tego podmiotu pozostawało czy były one związane z nim stosunkiem pracy czy też innym stosunkiem prawnym. Pozwany nie podnosił zresztą w toku procesu, by czynności tych dokonywały względem powódki osoby, które nie pozostawały względem nich w jakimkolwiek stosunku podporządkowania.

Zgodnie z art. 430 k.c., kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie która przy wykonywaniu tej czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności. Przesłanki roszczenia z art. 430 k.c. są zatem następujące: (1) powierzenie wykonania czynności na własny rachunek osobie podlegającej kierownictwu powierzającego, (2) zawinione zachowanie niedozwolone podwładnego przy wykonywaniu powierzonej mu czynności, (3) szkoda, (4) związek przyczynowy pomiędzy zachowaniem podwładnego a szkodą. Dowód co do tych okoliczności, w tym również co do winy bezpośredniego sprawcy szkody, obciąża poszkodowanego.

Rozwiązanie przyjęte w powołanym przepisie zaostrza odpowiedzialność w porównaniu z art. 429 k.c. Inaczej niż w art. 429 k.c. nie wchodzi w grę możliwość ekskulpacji powierzającego wykonanie czynności przez wykazanie braku jego winy. Odpowiedzialność powierzającego z art. 430 k.c. jest niezależna od winy własnej i została ukształtowana na zasadzie ryzyka. W konsekwencji nie może on uchylić się odpowiedzialności, przeprowadzając dowód co do braku winy, w tym m.in. co do starannego wyboru wykonawcy czynności. Powierzającym na własny rachunek wykonanie czynności może być zarówno osoba fizyczna, jak i (częściej) osoba prawna. Powierzenie może nastąpić na podstawie stosunku prawnego (mającego swoje źródło w umowie cywilnoprawnej, stosunku pracy, ustawie) lub nawet stosunku faktycznego (zob. Kodeks cywilny. Komentarz do artykułów 1-449(11), tom I, pod red. Krzysztofa Pietrzykowskiego, Wydawnictwo C.H. BECK, Warszawa 2008, str. 1356-1357).

Powódka domagała się w rozpoznawanej sprawie zasądzenia na jej rzecz zadośćuczynienia (art. 445 § 1 k.c.), odszkodowania (art. 444 § 1 k.c.), renty (art. 444 § 2 k.c.) i ustalenia odpowiedzialności pozwanego na przyszłość (art. 189 k.p.c.).

Trzeba podkreślić, że obowiązek naprawienia szkody (krzywdy) powstaje wówczas, gdy błąd medyczny jest zawiniony przez lekarza i jednocześnie spełnione zostaną pozostałe przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej przewidziane w Kodeksie cywilnym. Rozwiązanie to pozostaje w zgodzie z podstawową regułą obowiązującą w płaszczyźnie kompensacji szkód medycznych, a mianowicie, że wykazanie winy jest niezbędne zarówno dla zaistnienia odpowiedzialności lekarza za własny czyn wyrządzający szkodę (w sytuacji, gdy wina stanowi podstawę odpowiedzialności), jak i odpowiedzialności szpitala za działania lekarza (jeśli wina stanowi przesłankę odpowiedzialności za czyn cudzy).

Jak słusznie zauważył sąd rejonowy, wina obejmuje dwa elementy: obiektywny (bezprawność działania) i subiektywny (podmiotową zarzucalność czynu). Błąd medyczny, jak wskazuje się w orzecznictwie, wypełnia element obiektywny – stanowi jeden z przejawów bezprawności jako postępowanie (działanie lub zaniechanie) sprzeczne z aktualnie obowiązującymi zasadami wiedzy i nauki medycznej. Jest więc kategorią niezależną od osoby konkretnego lekarza

(jego indywidualnych cech i umiejętności) oraz od okoliczności, w których podejmował on czynności z zakresu diagnozy i terapii. Czynność medyczna (diagnoza, zabieg) albo odpowiada stanowi wiedzy, albo nie. Dopiero stwierdzenie, że doszło do naruszenia reguł fachowego postępowania umożliwia dokonanie oceny, czy błąd medyczny jest jednocześnie przez lekarza zawiniony subiektywnie, tzn. czy stanowi następstwo niedołożenia należytej staranności w działaniu. Należyta staranność, to zgodnie z art. 355 k.c., staranność wymagana w stosunkach danego rodzaju. Od lekarza wymaga się jednak staranności podwyższonej, z uwagi na profesjonalny charakter jego działań i ich przedmiot. Jeżeli natomiast lekarz dopuścił się wprawdzie błędu medycznego (postąpił wbrew zasadom wiedzy medycznej), lecz w jego działaniu nie można stwierdzić braku należytej staranności (gdyż w okolicznościach konkretnego przypadku uczynił wszystko w granicach swoich możliwości i dostępnych środków, a jego postępowanie odpowiada in casu modelowi wzorcowemu), nie można przypisać mu winy, a tym samym – obciążyć odpowiedzialnością za szkodę. Sytuacja taka może mieć miejsce np. przy zabiegach operacyjnych szczególnie trudnych i skomplikowanych, w nieprawidłowych warunkach anatomicznych, kiedy najwyższej klasy specjalista nie byłby w stanie uniknąć błędu.

Zgodnie z art. 361 § 1 k.c., zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła.

Dla ustalenia odpowiedzialności pozwanego, koniecznym było zbadanie czy czynności medyczne w pozwanym szpitalu przeprowadzono prawidłowo i zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, czy personel medyczny w trakcie leczenia powódki popełnił błąd diagnostyczny lub zabiegowy przy udzielaniu świadczeń oraz czy dołożył należytej staranności w procesie leczenia powódki, czy u powódki doszło do uszczerbku na zdrowiu, a jeśli tak, w jakim procencie uszczerbek ten powstał wskutek nieprawidłowych działań diagnostycznych lub zabiegowych personelu pozwanego szpitala. Prawidłowo przy tym sąd rejonowy przyjął, że obowiązek wykazania wszystkich przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej szpitala spoczywał na powódce, a to z racji art. 6 k.c., zgodnie z którym, ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z faktu tego wywodzi skutki prawne. Dla realizacji tego obowiązku, na podstawie art. 232 zd. 1 k.p.c., powódka była zobowiązana wskazywać dowody dla stwierdzenia faktów, z których wywodzi skutki prawne. Nie był więc zasadny zarzut apelacji naruszenia przez sąd rejonowy art. 232 k.p.c. w zw. z art. 6 k.c. w zw. z art. 278 § 1 k.p.c. poprzez odwrócenie ciężaru dowodu i przyjęcie, że to na powódce ciążył obowiązek udowodnienia winy po stronie pozwanego. W sprawach dotyczących odpowiedzialności szpitala za błąd medyczny ciężar dowodu w tym zakresie nie jest kształtowany odmiennie. Apelująca nie rozwinęła zresztą szerzej tego zarzutu, ani go nie uzasadniła.

Niewątpliwie ocena prawidłowości działań leczniczych (w tym diagnostycznych) w pozwanym szpitalu wymagała wiadomości specjalnych. Prawidłowo więc sąd rejonowy przeprowadził dowody z opinii biegłych. Biegli w sposób wszechstronny i wyczerpujący dokonali analizy oraz oceny materiału dowodowego w aspekcie posiadanej medycznej wiedzy specjalistycznej, a wnioski zawarte w opiniach były rzeczowe i logiczne. Słusznie więc sąd rejonowy oparł się na tych opiniach przy dokonywaniu ustaleń istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy. Nie było też w tej sytuacji podstaw, aby przyjąć, że koniecznym jest dopuszczenie dowodu z opinii kolejnego (innego) biegłego. Nie wnosila o to również apelująca. Nie zarzuciła ona też w apelacji naruszenia przez sąd rejonowy art. 286 k.p.c. Apelacja powódki nie zawiera przekonujących zarzutów co do prawidłowości opiniowania przez biegłych.

Nie jest również zasadny zarzut naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. Zgodnie z tym przepisem, sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów według własnego przekonania, na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału. Ocena dowodów należy do zasadniczych kompetencji jurysdykcyjnych (władzy judykacyjnej) sądu orzekającego i nawet sytuacja, w której z treści dowodu (materiału dowodowego) można wywieść wnioski inne niż przyjęte przez sąd, nie stanowi jeszcze o naruszeniu art. 233 § 1 k.p.c. Skuteczne postawienie zarzutu naruszenia omawianego przepisu wymaga wykazania, że sąd wywodząc wnioski faktyczne z przeprowadzonych dowodów, uchybił zasadom logicznego rozumowania lub wskazaniom doświadczenia życiowego. Za naruszające normę art. 233 § 1 k.p.c. uznać należy też dokonanie oceny niekompletnej (a więc niewszechstronnej, pomijającej istotne dla poczynienia prawidłowych ustaleń fragmenty materiału procesowego). Skuteczność zarzutu naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. wymaga od apelującego wskazania przyczyn dyskwalifikujących rozumowanie sądu pierwszej instancji. Skarżący powinien wskazać, w jaki

sposób sąd naruszył opisane kryteria przy ocenie konkretnych dowodów, uznając brak ich wiarygodności i mocy dowodowej lub niesłusznie im je przyznając, względnie wskazać jakie dowody wskazujące na fakty istotne dla rozstrzygnięcia zostały przez sąd pominięte. Apelująca nie sprostала tym wymaganiom. W apelacji prezentuje wyłącznie własne oceny i opinie, które pozostają w oderwaniu od dokumentacji medycznej powódki oraz opinii biegłych.

Apelująca zakwestionowała ocenę sądu pierwszej instancji jakoby została poinformowana o możliwych powikłaniach po zabiegu histerektomii i wyraziła na ten zabieg świadomą zgodę. W toku postępowania przed sądem rejonowym powódka nie podnosiła, by miała jakiegokolwiek obiekcje co do należytego poinformowania jej o przebiegu planowanego zabiegu, jego możliwych powikłaniach oraz by nie wyraziła świadomej zgody na ten zabieg. Nie ma podstaw, by zarzut ten uznać za słuszny. Powódka podpisała przed operacją dokument – Informacja dla pacjentki oraz formularz świadomej zgody na przeprowadzenie leczenia operacyjnego mięśniaków macicy drogą laparotomii. Wskazano w nim co jest celem operacji (usunięcie macicy), jak również wyjaśniono, że jest to zabieg nieodwracalny oraz że każda ingerencja chirurgiczna obarczona jest ryzykiem wystąpienia powikłań. Wśród możliwych powikłań wymieniono śródoperacyjne uszkodzenie pęcherza moczowego lub moczowodu. Jest to więc powikłanie, które wystąpiło u powódki. Śródmięśniakowe zapalenie nerek i dysfunkcja nerki są dalszymi powikłaniami w następstwie uszkodzenia moczowodu, o możliwości wystąpienia którego powódka wiedziała. Trzeba zresztą zwrócić uwagę na niekonsekwencję apelującej, która z jednej strony zarzuca brak prawidłowego uprzedzenia powódki o możliwych powikłaniach zabiegu, z drugiej zaś podnosi, że była ona świadoma, że możliwym powikłaniem operacji jest uszkodzenie pęcherza moczowego i moczowodu. Co więcej, zarzuca pozwanemu, że powódki nie pouczone, że ryzykiem operacji może być śródmięśniakowe zapalenie nerek lub dysfunkcja nerki, a jednocześnie sama przyznaje, że te schorzenia nie są powikłaniami po histerektomii. W związku z twierdzeniami powódki, że nikt z personelu medycznego nie objaśniał jej jakie mogą być powikłania po zabiegu wypada zauważyć, że wymieniono je we wspomnianym dokumencie, z którym powódka się zapoznała, co poświadczyła własnoręcznym podpisem. Zarzuty o braku pouczenia są więc bezzasadne. Składając podpis na tym dokumencie powódka wyraziła też zgodę na zabieg. Zebrane dowody nie pozwalają uznać, by w dacie wyrażania tej zgody nie była świadoma. Nie można też zgodzić się z zarzutem, że powódka nie miała informacji, że może pytać o ewentualne powikłania, skoro z podpisanego przez nią dokumentu jasno wynika jej oświadczenia, że zapewniono jej nieograniczone możliwości zadania pytań.

Powódka kwestionuje ustalenia sądu pierwszej instancji, że w czasie pobytu w pozwanym szpitalu po operacji była w stanie ogólnym dobrym lub zadowolającym oraz że wypisano ją ze szpitala w stanie ogólnym dobrym. Odwołuje się w tym zakresie do własnych zeznań oraz zeznań świadków. Dowody z zeznań charakteryzują się dużą subiektywnością. Z tego względu należy do nich podchodzić ostrożnie. Zwłaszcza, gdy pozostają one w sprzeczności z dokumentacją medyczną, a więc dowodem znacznie bardziej obiektywnym. Z zeznań świadek B. B. wynika, że powódka po operacji źle się czuła (jak podała świadek „z pacjentów, którzy leżeli na tej sali najbardziej źle czuła się powódka”). Świadek zeznała również, że powódka uskarżała się na dreszcze. Nie jest jednak wiadomym, co było ich przyczyną. Niekoniecznie musiała to być wysoka temperatura. Co do zaś złego samopoczucia po operacji, to wydaje się ono normalnym następstwem poważnego zabiegu, jaki przeszła powódka. Trzeba też podkreślić, że samopoczucie po operacji u różnych osób może być różne. Zwracając przy tym uwagę zeznania świadek J. C., która zeznała, że nie przypomina sobie, aby powódka po operacji jakoś szczególnie cierpiała (świadek zeznała „wszystkie trzy cierpiałymy”). Na gorączkowanie powódki po operacji wskazywały świadek M. D. (córka powódki) i świadek A. B. (na których zeznania powołuje się apelująca), przy czym – co należy podkreślić – żadna z nich nie przebywała na stałe z powódką w szpitalu. Trudno więc uznać, by były w stanie wiarygodnie przedstawić, jaką temperaturę miała powódka przez cały czas pobytu w placówce medycznej. Świadek A. B. wyraźnie też przyznała, że nie odwiedzała powódki podczas jej pierwszego pobytu w pozwanym szpitalu (tj. po operacji). Świadek kontaktowała się wówczas z powódką telefonicznie i – jak zeznała – powódka uskarżała się jedynie na ból („o innych dolegliwościach powódka mi nie mówiła”). Świadek odwiedziła powódkę pierwszego dnia po jej wyjściu ze szpitala i wtedy ta czuła się w miarę dobrze, co potwierdza ocenę z dokumentacji medycznej, że wypisano ją ze szpitala w stanie ogólnym dobrym. Dopiero w kolejnych dniach, według zeznań tej świadek, stan powódki zaczął się pogarszać i zaczęła ona gorączkować.

W tych okolicznościach prawidłowo sąd rejonowy dokonał ustaleń co do stanu zdrowia powódki w czasie pobytu w szpitalu i przy wypisie na podstawie dokumentacji medycznej. Z karty gorączkowej prowadzonej w czasie pierwszego pobytu powódki w pozwanym szpitalu wynika, że przez cały czas pobytu powódki w tym szpitalu nie odnotowano u niej nieprawidłowych wartości ciepłoty ciała (co potwierdził w opinii pisemnej biegły ginekolog dr n. med. M. T.). Nie ma żadnych podstaw, aby zakwestionować wartość dowodową dokumentacji medycznej powódki, w tym karty gorączkowej. W szczególności nie stanowią ku temu podstawy zeznania świadków, na które powołuje się apelująca. Nawet gdyby zgodzić się ze skarżącą, że – wbrew temu, co odnotowano w dokumentacji medycznej – nie zgłaszała w szpitalu dolegliwości bólowych nerek utrzymujących się od 17 lat, to i tak z tego tylko powodu nie można uznać całej dokumentacji medycznej za nieprzydatną i prowadzoną nierzetelnie. Biegły ginekolog dr n. med. M. T. wyjaśnił zresztą, że ten zapis w dokumentacji nie miał wpływu na treść jego opinii.

Rację ma natomiast powódka, że sąd rejonowy błędnie ustalił, że powódka wezwała karetkę pogotowia 12 dni po wypisie z pozwanego szpitala. Powódkę wpisano po raz pierwszy z pozwanego szpitala 5 czerwca 2010 r. Do szpitala w G. przyjęto ją zaś 12 czerwca 2010 r. (wtedy też wezwała karetkę pogotowia), a więc po tygodniu. W tym zakresie ustalenia faktyczne sądu rejonowego należało skorygować. Ten drobny błąd w żaden sposób nie rzutował jednak na prawidłowość dokonanej przez sąd pierwszej instancji oceny zasadności wywiedzonego powództwa.

Przeprowadzone postępowanie dało podstawy, by ustalić, że w leczeniu powódki w pozwanym szpitalu nie doszło do błędu w sztuce medycznej (nie została więc spełniona przesłanka winy), za wyjątkiem podawania jej leków w czasie drugiego pobytu w szpitalu, przy czym w tym wypadku wskazane przez biegłego nefrologa uchybienia nie wpłynęły negatywnie na stan zdrowia powódki, w tym nie spowodowały uszczerbku na zdrowiu, a więc między tym błędem a szkodą (krzywdą) po stronie powódki nie zachodzi adekwatny związek przyczynowy. W tych okolicznościach trzeba uznać, że nie zostały spełnione wszystkie przesłanki odpowiedzialności pozwanego szpitala. Nie było więc podstaw do zasądzenia na rzecz powódki zadośćuczynienia, odszkodowania ani renty, jak również ustalenia odpowiedzialności pozwanego na przyszłość. O zarzucanym w apelacji naruszeniu przez sąd rejonowy art. 445 § 1 k.c. oraz art. 444 § 1 i 2 k.c. nie może więc być mowy. Sąd rejonowy nie naruszył też art. 189 k.p.c. (naruszenia tego przepisu powódka w apelacji nie zarzuciła).

W uzasadnieniu apelacji powódka powołuje się na rzekome uchybienia i zaniechania podczas jej leczenia w pozwanym szpitalu. Jej oceny pozostają jednak w oderwaniu od wniosków opinii biegłych, którzy zaprzeczyli, by w tym zakresie doszło do uchybień (za wyjątkiem kwestii podawanych powódce leków). Nie ma podstaw, aby przyjąć, że niewykonanie powódce badania USG po operacji świadczy o niewystarczającym nadzorze pooperacyjnym. Powódka pozostawała w szpitalu pod stałą kontrolę, jej stan zdrowia był monitorowany, przeprowadzono u niej wszystkie niezbędne badania. U powódki wystąpiła uropatia zaporowa przewlekła, nie doszło więc do całkowitego zamknięcia światła moczowodu. Jak wyjaśnił biegły ginekolog, objawy takiej uropatii są mało charakterystyczne i niezwykle zróżnicowane. W konsekwencji, w przypadku wolno narastającego i okresowo pojawiającego się wodonercza, jak u powódki, przebieg kliniczny może być całkowicie bezobjawowy, nawet bez samoistnych dolegliwości bólowych. Biegły ginekolog wyjaśnił, że podczas drugiego pobytu powódki w pozwanym szpitalu nie było żadnych wskazań do wykonania urografii w trybie pilnym, ponieważ powódka nie zgłaszała silnych dolegliwości bólowych, a poszerzenie układu kielichowo-miedniczkowego lewej nerki było nieznacznego stopnia. Biegły ocenił, że w czasie drugiego pobytu powódki w pozwanym szpitalu podjęto wszelkie czynności diagnostyczne mające na celu rozpoznanie powikłania w postaci podwiązania lewego moczowodu. Prawidłowość przedstawionych ocen potwierdzili również biegły urolog W. S. i biegły nefrolog dr n. med. P. K.. Z opinii biegłego urologa wynika, że w czasie pierwszego pobytu powódki w pozwanym szpitalu nic nie wskazywało na możliwe powikłanie w postaci zaburzenia drożności dróg moczowych. Zgłaszane w tym czasie przez powódkę dolegliwości były niecharakterystyczne i możliwe bezpośrednio po operacji. W apelacji powódka podnosi, że ból po operacji wiązała z samym zabiegiem. Tak też interpretowali go lekarze. W takiej ocenie nie było jednak błędu, skoro ból jest naturalnym skutkiem zabiegu operacyjnego. Jak wyjaśnił biegły, materiał dowodowy sprawy (w tym zeznania powódki) wskazuje, że dopiero w czasie pobytu powódki w domu (po wypisie ze szpitala) rozpoczął się proces stopniowego zaciskania przewodu moczowego po lewej stronie. Biegły urolog również potwierdził, że i w czasie drugiego pobytu powódki w pozwanym szpitalu nie doszło do żadnego błędu

diagnostyczno-leczniczego. Odroczenie o 3 dni badania urografii nie miało znaczenia dla dalszego postępowania (leczenia) oraz nie pogorszyło stanu nerki. I w tym więc zakresie zarzuty apelacji nie są zasadne. Biegły nefrolog dr n. med. P. K. zwrócił uwagę, że dopiero po przekazaniu powódki na oddział urologiczny Kliniki (...) w P. odnotowano nieznacznie podwyższony poziom kreatyniny, wskazujący na nieprawidłowości w pracy nerek. W związku z zarzutami apelującej sąd okręgowy zauważa, że fakt niewydzielania moczu przez lewą (a nie – jak podnosi apelująca – prawą) nerkę został stwierdzony w badaniu urograficznym przeprowadzonym u powódki 21 czerwca 2010 r. Konsultacja urologiczna odbyła się dwa dni później, zaś kolejnego dnia powódka została już przekazana na oddział urologiczny Kliniki (...) w P., gdzie 25 czerwca 2010 r. wykonano zabieg polegający na laparoskopowym uwolnieniu lewego moczowodu. Biegli nie stwierdzili, by na tym etapie diagnostyki doszło do uchybień w czynnościach podejmowanych przez personel medyczny pozwanego szpitala. Opinie biegłych nie dają też podstaw, aby uznać, że skierowanie powódki przez pozwanego na zabieg uwolnienia moczowodu (przeprowadzony 25 czerwca 2010 r. w innej placówce) nastąpiło zbyt późno, co spowodowało pogorszenie stanu zdrowia powódki.

Biegły nefrolog przedstawił natomiast zastrzeżenia co do podawania powódce leków podczas jej drugiego pobytu w pozwanym szpitalu. Wyjaśnił jednak, że te uchybienia nie wpłynęły negatywnie na stan zdrowia powódki – nie spowodowały uszkodzenia nerek, ani nie przeszkodziły w opanowaniu infekcji u powódki. Nie pozostają więc one w adekwatnym związku przyczynowym z dolegliwościami, których istnienie stanowi podstawę dochodzonych przez powódkę roszczeń. Okoliczności tej apelująca zresztą nie kwestionuje.

Sąd okręgowy zauważa, że postępowanie zgodne z wiedzą medyczną i dołożenie najwyższej nawet staranności w procesie leczenia nie eliminują ryzyka powikłań i w ich następstwie powstania szkody. U powódki doszło do powikłania po zabiegu przeprowadzonym w pozwanym szpitalu 31 maja 2010 r., którego następstwem jest uszczerbek na jej zdrowiu. Odpowiedzialność szpitala opiera się jednak na zasadzie winy, a materiał dowodowy sprawy nie daje podstaw, by uznać ją za wykazaną. Oceny tej nie zmienia również dowód zgłoszony przez powódkę w postępowaniu apelacyjnym – opis badania MR jamy brzusznej z kontrastem z 28 października 2020 r. Na podstawie tego wiarygodnego dokumentu sąd okręgowy ustalił, że u powódki stwierdza się nadnercza obustronnie niepowiększone, bez zmian ogniskowych. Lewa nerka u powódki jest wyraźnie mniejsza od prawej, z licznymi torbielami, największa średnicy 52 mm. Obustronnie nerki ulegają jednoczasowemu, prawidłowemu wzmocnieniu SK, brak fazy urograficznej uniemożliwił jedna podczas badania ocenę wydzielania moczu.

Zarzuty apelacji okazały się zatem pozbawione usprawiedliwionych podstaw. Zaskarżony wyrok odpowiada prawu.

To mając na uwadze, w punkcie 1. wyroku, na podstawie art. 385 k.p.c., sąd okręgowy oddalił apelację jako bezzasadną.

O kosztach postępowania apelacyjnego, w punkcie 2. wyroku, sąd okręgowy orzekł na podstawie art. 102 k.p.c., uznając, że względy słuszności przemawiają za nieobciążaniem powódki kosztami procesu poniesionymi przez pozwanego w instancji odwoławczej. Zdaniem sądu okręgowego te same okoliczności, co przywołane przez sąd rejonowy przy orzekaniu o kosztach postępowania pierwszoinstancyjnego uzasadniały odstąpienie od obciążania powódki kosztami procesu w postępowaniu apelacyjnym.

/-/ Tomasz Józkowiak