

Sygn. akt:I C 234/18

# WYROK

## W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 30 września 2020 roku

Sąd Okręgowy w Gliwicach I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	SSO Wojciech Hajduk
Protokolant:	sekretarz sądowy Sandra Bień

po rozpoznaniu w dniu 11 września 2020 roku w Gliwicach

sprawy z powództwa D. M.

przeciwko (...)

o zapłatę

- zasądza od pozwanego (...) na rzecz powoda D. M. kwotę 4000 (cztery tysiące) złotych z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 17 stycznia 2017 roku;
- w pozostałej części powództwo oddala;
- zasądza od powoda na rzecz pozwanego kwotę 10 000 (dziesięć tysięcy) złotych tytułem części kosztów zastępstwa procesowego i odstępuje od obciążania powoda pozostałą częścią tych kosztów.

SSO Wojciech Hajduk

IC 234/18 UZASADNIENIE

Powód D. M. [poprzednie nazwisko S.] domagał się zasądzenia od pozwanego (...) w Z.:

- kwoty 3.000.000zł zadośćuczynienia z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia wniesienia pozwu,
- miesięcznej renty w kwocie 3000 zł miesięcznie począwszy od 24 lutego 2014
- kwoty 40.000zł tytułem wydatków na ratowanie.

Uzasadnił, że w dniu 24 lutego 2014 roku przeprowadzono operację zmniejszenia żołądka w pozwanym szpitalu. Miała polegać na usunięciu 80 % żołądka metodą laparoskopową. Zabieg miał trwać 3,5 godz., a przedłużył się do 9 godzin. Po zabiegu powód trafił na salę pooperacyjną. Po około 2 godzinach wystąpiło krwawienie do jamy brzusznej. Podjęto decyzję o reoperacji metodą tradycyjną. Po zabiegu okazało się, że powód ma sepsę i nie działają nerki, przewieziono go do (...). Po jakimś czasie powód z powrotem został przetransportowany do pozwanego szpitala. Dowiedział się od lekarza prowadzącego, że profesor, który operował, przeciął tętnicę, co spowodowało krwotok, zapalenie otrzewnej, niewydolność nerek i sepsę. Został wypisany po kilkunastu dniach, a następnie w stanie agonalnym przyjęty do Szpitala w Ż., gdzie był dializowany. Powód leczy się do tej pory u różnych lekarzy, przebywał na świadczeniu

rehabilitacyjnym i zwolnieniu lekarskim. Pozwany zniszczył ustrój powoda, który przeżył golgotę, widział swoją śmierć. Powyższe uzasadnia zadośćuczynienie. Miesięczna renta to kwota wyrównująca dochody do utraconych i przyszłych dochodów, oraz pozwalająca na dietę i pomoc osób trzecich.

**Pozwany w odpowiedzi na pozew** wniósł o oddalenie powództwa. Zarzucił, że twierdzenia pozwu nie odpowiadają prawdzie, a powód nie wykazał w ogóle istnienia przesłanki odpowiedzialności z art. 430 k.c., jaką jest istnienie adekwatnego związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy zawinionym działaniem czy też zaniechaniem lekarza, a powstaniem szkody. Przyznał powstanie powikłań po zabiegu bariatrycznym, przy czym nie były wynikiem zawinonego działania lekarzy. Powód przeszedł nieudaną kurację leczenia otyłości olbrzymiej. Został przyjęty w trybie planowym do leczenia operacyjnego otyłości olbrzymiej, zakwalifikowano go do operacji metodą laparoskopową. Wyraził zgodę na operację i zmianę. Został pouczony o możliwych ryzykach w tym konieczności transfuzji krwi, zmiany sposobu operacji. W dniu 24 lutego 2014 w trakcie zabiegu operacji stwierdzono objawy, wskazujące na ryzyko niedokrwienia części pozostawionego żołądka, podjęto decyzję o zamianie rodzaju zabiegu bariatrycznego i przystąpiono do zabiegu wyłączenia żołądkowego z wycięciem części żołądka tzw. Roux-en-Y Resectional Gastric By-Pass. Zabieg operacyjny zakończono dokładną oceną hemostazy. Powoda przekazano na salę wzmożonej opieki pooperacyjnej, w stanie wydolnym krążeniowo i oddechowo. Wieczorem, 6 godz. po operacji, ok godziny 22:30 dostrzeżono zwiększony wyciek treści krwistej z sondy- drenu z jamy brzusznej, powolny spadek ciśnienia systemowego krwi. Powodowi przetoczono 2 jednostki koncentratu krwinek czerwonych i podjęto decyzję o reoperacji. Powód wyraził zgodę na ponowny zabieg. W trakcie reoperacji otwarto jamę brzuszną, w jamie otrzewnej stwierdzono skrzepę krwi i płynną krew, zidentyfikowano czynne krwawienie żyłne z naczynia w okolicy krzywizny mniejszej żołądka, które podwiązano. Skontrolowano szczelność zespolenia żołądkowo-jelitowego, w jamie otrzewnej pozostawiono dren. Powoda przewieziono na salę wzmożonej opieki pooperacyjnej i podłączono do respiratora. Pomimo leczenia nie uzyskano prawidłowej diurezy godzinowej. Przeprowadzono konsultacje nefrologiczną i kardiologiczną. Rozpoznano ostrą przednerkową niewydolność nerek, będącą skutkiem spadku ciśnienia krwi. Powoda przekazano do (...) w K. celem dializoterapii. W czasie pobytu w Oddziale (...) w badaniu bakteriologicznym stwierdzono obecność we krwi bakterii paciorkowca kałowego. Ze względu na graniczną wydolność oddechową powoda, w dniu 27.02.2014r. przekazano go na Oddział (...). Powoda hemodializowano, zastosowano antybiotykoterapię. Zaobserwowano bardzo szybką poprawę ogólnego stanu i w dniu 3 marca 2014 r. przekazano go z powrotem do Klinicznego Oddziału (...) celem dalszego leczenia, przeprowadzono 3 zabiegi hemodializy, usunięto dreny. Po ustabilizowaniu stanu ogólnego i powrocie funkcji wydalniczej nerek, w dniu 7 marca 2014r. przekazano do Oddziału (...) Pozwanej. Powód nie wymagał dializoterapii. W dniu 14 marca 2014 powoda wypisano w stanie dość dobrym pouczono o zaleceniach ogólnych i dietetycznych, zalecono dalsze kontrole i leczenie ambulatoryjne, systematyczną kontrolę potasu. Pozwana nie zna dokładnego przebiegu dalszego leczenia. W dniu 8 kwietnia 2014 r. powód ponownie przyszedł do Poradni B. Pozwanej. Nie przedłożył dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia w SM w Ż.. Kolejna wizyta miała miejsce w dniu 6 maja 2014 r. Odnotowano poprawę samopoczucia, zalecono USG jamy brzusznej. W dniu 27 maja powód przedłożył wynik badania, w którym brak było istotnych patologii, w szczególności wątroby. Dalej obserwowano postępującą poprawę samopoczucia. W trakcie kolejnej wizyty w dniu 3 czerwca 2014 zaobserwowano nudności w godzinach porannych, zmniejszoną restrykcję przewodu pokarmowego, były to normalne objawy po zabiegu bariatrycznym zmniejszenia żołądka. Brzuch Powoda był miękki w dotyku, niebolesny. Powód kontynuował leczenie ambulatoryjne, przy czym kolejne wizyty odbywał ze zdecydowanie mniejszą częstotliwością. W 2015 r. wizyty miały miejsce tylko w lutym, październiku i grudniu. W trakcie wywiadu w październiku 2015 r. określił ogólne samopoczucie jako dobre. Poinformował lekarza prowadzącego, że nie stosuje się do wydanych zaleceń dietetycznych, nie przyjmuje zalecanych witamin. W związku z pojawieniem się w grudniu 2015 dolegliwości bólowych, skierowano go na Oddział (...) Pozwanej. Został przyjęty w dniu 15 grudnia 2015 r., skarżąc się na bóle podbrzusza oraz zaburzenia w oddawaniu stolca. W momencie przyjęcia ważył 100 kg, BMI 29, co świadczyło o osiągnięciu zakładanego celu redukcji masy ciała w następstwie zabiegu bariatrycznego. Przeprowadzone badania diagnostyczne wykluczyły związek podawanych subiektywnych objawów z operacją bariatryczną. W dniu 17 grudnia 2015 r. powoda wypisano w stanie dobrym, z zaleceniami opisanymi w karcie wypisowej. Powoda pouczono również o zaleceniach dietetycznych i dalszym postępowaniu.

Z powyższego wynika, że nie odpowiada prawdzie twierdzenie, jakoby w trakcie operacji rękawowej resekcji popełniono błąd medyczny polegający na „poprzecinananiu Powodowi tętnic - naczyń w jamie brzusznej. W toku każdej operacji dochodzi do przecięcia naczyń krwionośnych. W przedmiotowej sprawie przecięto tylko te naczynia, co do których było to niezbędne w związku ze specyfiką zabiegu. Operacja została przeprowadzona z należytą starannością, zgodnie ze sztuką lekarską i zasadami wiedzy medycznej. Dłuższy czas zabiegu wynikał z konieczności wykonania kolejnej procedury bariatrycznej (Roux-en-Y Gastric By-pass). Wbrew twierdzeniom pozwu u powoda nie stwierdzono sepsy, a ostra niewydolność nerek była następstwem krwawienia do jamy otrzewnej po zabiegu bariatrycznym. Pozwany podniósł również, że w przypadku uwzględnienia roszczeń składa zarzut przyczynienia się powoda do powstania szkody z uwagi na niewykonywanie zaleceń dietetycznych.

### **SĄD USTALIŁ:**

Powód cierpiał na otyłość olbrzymią. Przy wzroście 184cm ważył około 180kg. Przez szereg lat podejmował próby leczenia, min. w 2005r. dwukrotnie założono mu BIB (balon żołądkowy), jednakże nie przyniosło to zamierzonego efektu. W dniu 15 stycznia 2013 r. rozpoczął Leczenie w Poradni (...) Pozwanego Szpitala, z rozpoznaniem otyłości olbrzymiej gdzie został skierowany z Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) Sp. z o.o. w Ż.. W listopadzie 2013r został przyjęty do Wojewódzkiego Szpitala (...) w J. i ponownie skierowano go do poradni B. pozwanego Szpitala. W dniu 2 grudnia 2013 r. został przyjęty na Oddział (...) pozwanego z rozpoznaniem m.in. otyłości olbrzymiej. Ważył 178 kg, miał trudności w poruszaniu się i z higieną. Cierpiał na nadciśnienie i chorobę wrzodową leczoną zachowawczo. Ze względu na zapalenie błony śluzowej żołądka ze współistniejącą infekcją helicobacter pylori, wypisano go z zaleceniami, wyleczenia infekcji i zapalenia błony śluzowej. Poinformowano również o dalszych zaleceniach dietetycznych, w tym o zalecanym zmniejszeniu masy ciała przed operacją. W dniu 20 lutego 2014 r. został ponownie przyjęty na Oddział (...) pozwanego, w trybie planowym, po skierowaniu z Poradni B., celem przeprowadzenia leczenia operacyjnego otyłości olbrzymiej. Przedłożył wyniki kontrolnej gastroskopii z 20 stycznia 2014 r., a także konsultacji kardiologicznej, pulmonologicznej i psychologicznej. Nie zrealizował zalecenia zmniejszenia masy ciała, nadal ważył 178 kg. W formularzu oceny ryzyka zakażenia wskazano, że w ostatnim czasie odbył wizytę u stomatologa. Powód podpisał „formularz świadomej zgody chorego ...” jednocześnie krótko odrębnie uzasadniając swoją decyzję. W formularzu opisano przebieg operacji metodą laparoskopową, wynikające z niej korzyści i ryzyka dla pacjenta. Wymieniono możliwe powikłania, w tym krwawienia, po których może być konieczna transfuzja krwi, możliwą konieczność zmiany metody operacji, jak również o możliwą konieczność reoperacji [formularz zgody chorego k- 114verte i 115]. W dniu 24 lutego 2014 r. o godz 8.15 rozpoczęto zabieg rękawowej resekcji żołądka polegający na zmniejszeniu żołądka poprzez wycięcie jego części. W jej trakcie stwierdzono objawy, wskazujące na ryzyko niedokrwienia części pozostawionego żołądka, podjęto decyzję o zamianie rodzaju zabiegu bariatrycznego i przystąpiono do operacji wyłączenia żołądkowego z wycięciem części żołądka tzw. Roux-en-Y Resectional Gastric By-Pass. Powstała po wycięciu kieszeń zespolono z wydzieloną pętlą jelita cienkiego. Dwunastnicę odcięto od żołądka, a pętlę długości ok. 150 cm zespolono z pętlą enzymatyczną. Zabieg operacyjny trwał łącznie ponad 8 godzin, zakończono go dokładną oceną hemostazy [szczelności naczyń]. O godzinie 16:30 powoda przekazano na salę wzmożonej opieki pooperacyjnej, w stanie wydolnym krążeniowo i oddechowo. Wieczorem około godziny 22:30, tj. 6 godz. po operacji, dostrzeżono zwiększony wyciek treści krwistej z sondy-drenu z jamy brzusznej, powolny spadek ciśnienia systemowego krwi. Powodowi przetoczono 2 jednostki koncentratu krwinek czerwonych i podjęto decyzję o reoperacji. Powód wraz z zgodą na ponowny zabieg. Reoperację rozpoczęto niezwłocznie po potwierdzeniu krwawienia u Powoda, tj. o godzinie 1:00 dnia 25 lutego 2014r. Otwarto jamę brzuszną, w jamie otrzewnej stwierdzono skrzepy krwi i płynną krew, zidentyfikowano czynne krwawienie żyłne z naczynia w okolicy krzywizny mniejszej żołądka, które podwiązano. Skontrolowano szczelność zespolenia żołądkowo-jelitowego, w jamie otrzewnej pozostawiono dren. Następnie powoda przewieziono na salę wzmożonej opieki pooperacyjnej i podłączono do respiratora. We wczesnym okresie pooperacyjnym powód był prowadzony na oddechu kontrolowanym, oraz celem stabilizacji układu krążenia po przebytych krwawieniu otrzymywał aminy presyjne (...). Przetaczano mu w dalszym ciągu krew. Po stabilizacji parametrów oddechowych i krążeniowych odłączono go od respiratora i rozintubowano. Powód był przytomny, w pełnym kontakcie. Pomimo leczenia nie uzyskano prawidłowej diurezy godzinowej. Przeprowadzono konsultacje nefrologiczną i kardiologiczną. Biorąc pod uwagę stan kliniczny jak i wyniki

badania biochemicznych rozpoznano ostrą przednerkową niewydolność nerek spowodowaną spadkiem ciśnienia krwi wskutek jej znacznego ubytku, wstrząsem hipowolemicznym i centralizacją krążenia (sytuacją gdy krew zaopatruje praktycznie jedynie najważniejsze dla życia narządy – mózg i serce). Po konsultacji z Kierownikiem (...)w K., w dniu 26 lutego 2014r. przekazano powoda do tej Kliniki celem dializoterapii. W chwili jego przekazania do (...), u powoda nie istniały kliniczne objawy sepsy czy też zakażenia bakteryjnego. Na Oddziale (...) potwierdzono rozpoznanie ostrej przednerkowej niewydolności nerek i poddano powoda pilnej dializoterapii, a w jednorazowym badaniu bakteriologicznym stwierdzono obecność we krwi bakterii paciorkowca kałowego. Ze względu na graniczną wydolność oddechową powoda, w dniu 27.02.2014r. przekazano go na Oddział (...). Powód był przytomny, w dobrym kontakcie logicznym i słownym. Nie wymagał zaintubowania, zastosowano (...). Podłączono wlew (...) i kontynuowano jego podawanie, rozpoczęte jeszcze w Oddziale (...) Pozwanego, celem podniesienia ciśnienia systemowego obniżonego wskutek wstrząsu hipowolemicznego. Powoda dwukrotnie hemodializowano i zastosowano antybiotykoterapię empiryczną. Na Oddziale (...) uzyskano bardzo szybką poprawę ogólnego stanu i w dniu 3 marca 2014 r. przekazano z powrotem do Klinicznego Oddziału (...) celem dalszego leczenia. Wystąpienie objawów w postaci niewydolności oddechowej, okresowych spadków ciśnienia (co wymusiło stosowanie presorów) było wynikiem przeprowadzonych operacji bariatrycznych. Wystąpienie ostrej niewydolności nerek było wynikiem wstrząsu hipowolemicznego na skutek krwawienia po operacji 24 lutego 2014 r. U powoda nie wystąpiła sepsa. Powodowi przeprowadzono 3 zabiegi hemodializy, usunięto dreny. Po ustabilizowaniu stanu ogólnego i powrocie funkcji wydalniczej nerek, w dniu 7 marca 2014r. przekazano do Oddziału (...) Pozwanej z zaleceniem „dalszego leczenia nerkozastępczego w (...) w Z. w zależności od wskazań. W leczeniu nadciśnienia zakaz stosowania (...). Zakaz stosowania dożylnych radiologicznych środków kontrastowych”. Powód nie wymagał dializoterapii.

W Oddziale (...) Pozwanego po przeprowadzeniu badań obrazowych stwierdzono prawidłowy obraz przewodu pokarmowego odpowiadający przebytej operacji bariatrycznej, bez dalszych patologii. Przeprowadzono diagnostykę kontrolną w zakresie bariatrycznym oraz badania laboratoryjne oceniające funkcje nerek. Wyniki dalej wskazywały na niewydolność nerek. W dniu 14 marca 2014r., bez przeprowadzania konsultacji nefrologicznej lub internistycznej pod kątem funkcji nerek, powoda wypisano w stanie dość dobrym. Pouczono o zaleceniach ogólnych i dietetycznych, zalecono dalsze kontrole i leczenie ambulatoryjne w Poradni (...), a także systematyczną kontrolę potasu. W dniu 21 marca 2014r trafił do (...) w Ż. z podwyższonym poziomem kreatyniny (5,9 mg%) oraz bardzo wysokim stężeniem potasu we krwi wynoszącym 7,1-7,3 mmo<sub>l</sub>/l, a następnie do Szpitala gdzie zakwalifikowano go do leczenia nerkozastępczego. Powodowi założono cewnik do prawej żyły udowej i rozpoczęto regularne hemodializy. Przez tydzień Powód przebywał w Oddziale (...) Szpitala Miejskiego w Ż.. W trakcie prowadzonego w tamtym oddziale leczenia nerkozastępczego (hemodializ) uzyskano częściową normalizację kreatyniny i potasu. Wypisano do domu z zaleceniami dalszego leczenia pod kontrolą Poradni(...) W następnym okresie doszło do pełnej normalizacji parametrów nerkowych i prawidłowego funkcjonowania nerek. Działania lekarzy pozwanego w zakresie czynności kwalifikacyjnych, badań diagnostycznych, a także doboru metody operacyjnej - laparoskopowej rękawowej resekcji żołądka, decyzji o zmianie rodzaju operacji, sposobu przeprowadzenia operacji, następnie decyzji o reoperacji i dalszej obserwacji powoda oraz o przekazaniu do Klinicznego Oddziału (...) celem leczenia ostrej niewydolności nerek były prawidłowe i zgodne ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej przy zachowaniu należytej staranności, dostępnych metod i zgodnie z zasadami etyki zawodowej. Wynikłe powikłania były typowymi dla tego typu operacji, które mogą wystąpić niezależnie od starań personelu medycznego. Leczenie powikłań tj. przeprowadzenie kolejnej operacji, a także przekazanie powoda do dalszego leczenia do innych oddziałów było postępowaniem prawidłowym zgodnym ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej przy zachowaniu należytej staranności, dostępnych metod i zgodnym z zasadami etyki zawodowej [Opinia (...) (...) (...) - (...) w O. k- 567-607, ustne wyjaśnienia dr.n.med P. E. k-698-701].

Po ponownym przekazaniu powoda z Klinicznego Oddziału (...) do pozwanego Szpitala prawidłowo przeprowadzono diagnostykę kontrolną w zakresie bariatrycznym oraz badania laboratoryjne oceniające funkcje nerek. Jednakże, w świetle wyników wskazujących ciągle na niewydolność nerek, wypisanie powoda bez konsultacji nefrologicznej było przedwczesne, a zalecenie jedynie dalszego leczenia w poradni nefrologicznej i kontroli potasu (zawarte w wypisie), bez szczegółowego pouczenia co do zakresu restrykcyjnego życia, konieczności i częstotliwości badania elektrolitów i poziomu potasu, było niewystarczające i mogło skutkować wystąpieniem pogorszenia stanu zdrowia [Opinia Katedry

(...) w O. k- 567-607, ustne wyjaśnienia dr.n.med P. E. k-698-701]. W efekcie powód tydzień później trafił do (...) w Ż., a następnie na tydzień do Szpitala w Ż., gdzie wykonano mu jeszcze trzy hemodializy, po czym nerki podjęły swoją funkcję. Przeprowadzenie prawidłowej opieki nefrologicznej przed wypisem skutkowałoby: pozostawieniem powoda na oddziale albo przekazaniem do Oddziału(...), ewentualnie skierowaniem do (...) na leczenie nerkozastępcze do czasu powrotu funkcji nerek, bądź powód zostałby wypisany do domu z bardzo szczegółowym pouczeniem jak postępować. Funkcja nerek wróciła 2 tygodnie po wypisie od pozwanego tj. 28.03.2014 r., po pobycie w Szpitalu w Ż.. Jednakże nawet gdyby leczenie w ostatniej fazie zostało przeprowadzone prawidłowo, nie wpłynęłoby istotnie to na szybszy powrót czynności nerek niż miało to miejsce [Opinia (...) (...) w O. k- 567-607, ustne wyjaśnienia dr.n.med P. E. k-698-701]. Nieprawidłowość w działaniu w związku z wypisem powoda ze szpitala, skutkująca pobytem w(...) w Ż. i Szpitalu w Ż. nie spowodowała żadnych długotrwałych ani trwałych następstw, a tym bardziej uszczerbku na zdrowiu. Powód został wyleczony z otyłości olbrzymiej, rokowania co do dalszego funkcjonowania są dobre. Kolejny pobyt powoda u pozwanego w grudniu 2014r. wykazał prawidłową funkcję nerek i bardzo dobry efekt operacji, powód ważył 78kg mniej niż przed operacją [Opinia (...) (...) (...) w O. k- 567-607, ustne wyjaśnienia dr.n.med P. E. k-698-701]

**Powyższy stan faktyczny ustalono w oparciu o:** zeznania świadków dr M. G. k-379, dr B. A. A. k- 432, prof. Dr hab. K. S. k-383, dr P. K. k-432 M. S. k-432, J. P. k-382, J. W. k-378, dokumentację medyczną i (...) (...) (...) w O. k- 567-607, ustne wyjaśnienia dr.n.med P. E. k-698-701.

Powodowi nie dano wiary co jego wersji przebiegu leczenia: poprzecinaniu tętnic, sepsie, zniszczeniu zdrowia itp. Twierdzenia te stoją w sprzeczności z dokumentacją medyczną, opinią biegłych, Przekonanie powoda o takim przebiegu leczenia było przypuszczalnie skutkiem zaburzeń pamięci i postrzegania rzeczywistości oraz utrudnionej oceny faktów na skutek znacznego osłabienia organizmu w okresie pooperacyjnym. Aktualny stan zdrowia powoda jest dobry, rokuje na przyszłość dobrze.

Z opinii Instytutu i ustnych wyjaśnień do pisemnej opinii wynika, przebieg leczenia do momentu wypisania powoda był prawidłowy. Konieczność zmiany sposobu operacji była skutkiem przyczyn niezależnych od operujących tj. cech budowy anatomicznej powoda i ryzyka niedokrwienia żołądka. Spowodowało to znaczne przedłużenie się operacji. Powikłanie w postaci krwawienia jest typowym i jednym z najczęstszych powikłań we wczesnym okresie pooperacyjnym. Powód stracił około 20% objętości krwi. W zabiegach bariatrycznych, mimo zachowania należytej staranności i przeprowadzenia zabiegu zgodnie z zasadami aktualnej wiedzy medycznej, powikłanie to występuje u około 1-10% operowanych. Powód przed zabiegiem został poinformowany o możliwości zmiany rodzaju operacji, wystąpienia powikłania w postaci krwawienia wymagającego transfuzji [k-114v]. Operację zakończono sprawdzeniem szczelności naczyń krwionośnych. Rozszczelnieniu uległa jedna z żył unaczyniających żołądek. Intensywność krwawienia była stosunkowo znaczna. Krwawienie z naczynia żylnego, niezależne od operatora jest wliczone w ryzyko krwawienia pooperacyjnego. Uszkodzenie tętnicy, jak twierdzi powód, nie mogło mieć miejsca, gdyż spowodowałoby śmierć. U powoda nie wystąpiła sepsa, do jej rozpoznania muszą być obecnie 2 z 3 objawów (liczba oddechów 22, ciśnienie skurczowe K 100 mm słupa rtęci i zaburzenia świadomości, po wykluczeniu oczywiście przyczyn tych objawów). Obecność bakterii Enterococcus u Powoda mogła być niezależna od jego pobytu w Oddziale (...) i przebiegać również bezobjawowo. Nie można wykluczyć, że jednorazowy dodatni posiew krwi mógł być wynikiem zanieczyszczenia podczas przechodzenia przez skórę igłą w trakcie pobierania krwi na posiew. Ze względu na ostrą niewydolność nerek oraz bezpośredni stan po reoperacji i przetoczeniu krwi niezwykle trudno jest rozpoznać sepsę i samo stwierdzenie bakteriemii nie jest wystarczające do jej rozpoznania. Brak sepsy potwierdza krótki pobyt powoda na oddziale intensywnej terapii (26.02 - 3.03 2014). W związku z powyższym brak jest podstaw do jej rozpoznania. Wystąpienie objawów w postaci niewydolności oddechowej, okresowego spadku ciśnienia (co wymusiło stosowanie presorów) było wynikiem przeprowadzonych operacji bariatrycznych. Wystąpienie ostrej niewydolności nerek było zaś wynikiem wstrząsu hipowolemicznego na skutek krwawienia po operacji 24 lutego 2014 r. Wynika to z faktu, że objawy te wystąpiły już w pierwszej dobie po operacji. Są to powikłania niezależne od prawidłowego działania lekarzy. Jediną nieprawidłowością było wypisanie powoda bez odpowiednich konsultacji i szczegółowego pouczenia, co skutkowało koniecznością hospitalizacji w Ż.. W ocenie Sądu Opinia jasno przedstawia wszystkie aspekty procesu leczenia. W całości podzielono jej wnioski.

## **SĄD ZWAŻYŁ**

Odpowiedzialność pozwanego, Szpitala (...) sp. z o.o. w Z. oparta jest o normę przepisu art. 430 kc, 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 powierzonej czynności. W świetle cytowanego wyżej przepisu przesłankami odpowiedzialności są występujące łącznie:

- wyrządzenie szkody przez osobę, której powierzono wykonywanie czynności;
- zawinione działanie lub zaniechanie tej osoby;
- normalny związek przyczynowy między takim działaniem lub zaniechaniem, a wyrządzoną szkodą.

Rzeczą naturalną jest, że w odniesieniu do zdrowia ludzkiego istnienie związku przyczynowego z reguły nie może być absolutnie pewne. Z tej przyczyny, zgodnie z powszechnie przyjętym w doktrynie i orzecznictwie poglądem, do przyjęcia istnienia tego związku wystarcza gdy jest on ustalony z dostateczną dozą prawdopodobieństwa. Chodzi jedynie o to by uzyskać najwyższy stopień prawdopodobieństwa w sensie obiektywnym- tj. tak znaczny, by subiektywnie wyłączał wątpliwości i stwarzał przekonanie o trafności ustalenia [tak min. wypowiedział się Sąd Najwyższy w orzeczeniach z dnia 17 VI 69r. II CR 165/69 OSPIKA 1970 nr7-8 poz.155 oraz z 14 XII 1973r. II CR 692/73 OSPIKA 1975 nr4 poz.94]. W niniejszej sprawie w przeważającej części nie ziszczyły się przesłanki odpowiedzialności. W szczególności działania lekarzy pozwanego w zakresie: czynności kwalifikacyjnych, badań diagnostycznych, doboru metody operacyjnej - laparoskopowej rękawowej resekcji żołądka, decyzji o zmianie rodzaju operacji, sposobu przeprowadzenia tej operacji, następnie decyzji o reoperacji i dalszej obserwacji powoda oraz decyzji o przekazaniu do Oddziału (...) celem leczenia ostrej niewydolności nerek były prawidłowe i zgodne ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej przy zachowaniu należytej staranności, dostępnych metod i zgodne z zasadami etyki zawodowej. Wynikłe powikłania były typowymi dla tego typu operacji, wystąpiły niezależnie od starań personelu medycznego. Leczenie powikłań tj. przeprowadzenie kolejnej operacji, a także przekazanie Powoda do dalszego leczenia do innych oddziałów było postępowaniem prawidłowym zgodnym ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej przy zachowaniu należytej staranności, dostępnych metod i zgodnym z zasadami etyki zawodowej. Tym samym nie może być mowy o zawinionym działaniu. Rozstrój zdrowia w postaci powikłań był niezależny od działań medycznych.

Jednakże wypisanie powoda ze szpitala bez konsultacji nefrologicznej było przedwczesne, a zalecenie jedynie dalszego leczenia w poradni nefrologicznej i kontroli potasu (zawarte w wypisie), bez szczegółowego pouczenia jak postępować, było niewystarczające i skutkowało wystąpieniem pogorszenia stanu zdrowia. Zaniechanie takiego działania, spowodowało u powoda rozstrój zdrowia w postaci zwiększenia [pogorszenia] niewydolności nerek, w efekcie czego tydzień po wypisaniu ze Szpitala trafił do (...) w Ż., a następnie na tydzień do Szpitala w Ż., gdzie wykonano mu jeszcze trzy hemodializy. Rzeczą naturalną jest, że w odniesieniu do zdrowia ludzkiego istnienie związku przyczynowego z reguły nie może być absolutnie pewne. Z tej przyczyny, zgodnie z powszechnie przyjętym w doktrynie i orzecznictwie poglądem, do przyjęcia istnienia tego związku wystarcza gdy jest on ustalony z dostateczną dozą prawdopodobieństwa. Chodzi jedynie o to by uzyskać najwyższy stopień prawdopodobieństwa w sensie obiektywnym- tj. tak znaczny, by subiektywnie wyłączał wątpliwości i stwarzał przekonanie o trafności ustalenia [tak min. wypowiedział się Sąd Najwyższy w orzeczeniach z dnia 17 VI 69r. II CR 165/69 OSPIKA 1970 nr7-8 poz.155 oraz z 14 XII 1973r. II CR 692/73 OSPIKA 1975 nr4 poz.94]. Z taką sytuacją mamy do czynienia w niniejszej sprawie. Należy przyjąć, że prawidłowe przeprowadzenie opieki nefrologicznej przed wypisem zabezpieczyłoby powoda przed pogorszeniem stanu zdrowia i kolejną hospitalizacją [ustne wyjaśnienia do pisemnej opinii].

Pozwany zarzucił przyczynienie się powoda do powstania szkody poprzez niewykonywanie zaleceń [k-274 i 275]. Zarzut ten jest bezzasadny. Brak szczegółowego pouczenia powoda co do zakresu restrykcyjnego w codziennym funkcjonowaniu po wypisie, konieczności i częstotliwości badania elektrolitów i poziomu potasu, skutkowało

pogorszeniem stanu zdrowia. Obarczanie powoda niezachowaniem reżimu pooperacyjnego, jest niesłuszne w sytuacji niewystarczającego pouczenia w tym zakresie.

Zgodnie z art. 445§1 kc w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Przyznanie oraz wysokość zadośćuczynienia zależy od całokształtu okoliczności i od uznania Sądu. Zadośćuczynienie zależy więc od wszystkich okoliczności mających wpływ na rozmiar doznanej krzywdy w tym stopnia oraz czasu trwania cierpień fizycznych i psychicznych, trwałości uszczerbku na zdrowiu, wieku, a także prognozy na przyszłość. Pojęcie "sumy odpowiedniej" ma charakter nieokreślony, niemniej jednak w judykaturze wskazane są kryteria, którymi należy kierować się przy ustalaniu wysokości zadośćuczynienia. Zadośćuczynienie ma mieć przede wszystkim charakter kompensacyjny wobec czego jego wysokość nie może stanowić zapłaty symbolicznej, lecz musi przedstawiać jakąś ekonomicznie odczuwalną wartość. Należy podkreślić, że powołanie się przy ustalaniu zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na potrzebę utrzymania wysokości zadośćuczynienia w rozsądnych granicach, odpowiadających aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa, nie może prowadzić do podważenia kompensacyjnej funkcji zadośćuczynienia. Nieprawidłowość w działaniu w związku z wypisem powoda ze szpitala, wywołała rozstrój zdrowia [pogorszenie stanu zdrowia], skutkujący pobytem w(...) w Ż. i Szpitalu w Ż.. Powód był bardzo osłabiony wymagał hemodializ i hospitalizacji. Rozstrój trwał tydzień, nie spowodował żadnych długotrwałych ani trwałych następstw, a tym bardziej uszczerbku na zdrowiu. Nie przedłużył całego procesu leczenia. Tym samym przyznanie powodowi zadośćuczynienia w kwocie 4.000zł jest adekwatne do powyższych okoliczności i odpowiada aktualnym warunkom i stopie życiowej społeczeństwa. Uwzględnić również cierpienia powoda związane z kolejnym pobytem w szpitalu i dializami oraz ich intensywność. Powód został wyleczony z otyłości olbrzymiej, rokowania co do dalszego funkcjonowania są dobre. Kolejny pobyt powoda u pozwanego w grudniu 2014r. wykazał prawidłową funkcję nerek i bardzo dobry efekt operacji, powód ważył 78kg mniej niż przed operacją.

W świetle powyższego w pkt 1 wyroku na mocy art 445§1kc zasądzono od pozwanego na rzecz powoda kwotę 4.000zł tytułem zadośćuczynienia, o odsetkach orzeczono na mocy art. 481kc, zasądzono je od dnia następnego po doręczeniu odpisu pozwu. W pkt 2 oddalono powództwo w pozostałym zakresie jako bezzasadne.

W pkt 3 na zasadzie art. 100kpc zasądzono od powoda na rzecz pozwanego część kosztów zastępstwa procesowego w kwocie 10.000zł, biorąc pod uwagę sytuację majątkową powoda, oraz odstąpiono od obciążania go pozostałą częścią tych kosztów.