

## UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 4 stycznia 2012 roku powódka J. C. (1) wniosła przeciwko pozwanemu Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej(...)w S. o zapłatę kwoty 80 000 zł wraz z odsetkami ustawowymi od dnia wniesienia pozwu tytułem zadośćuczynienia za krzywdę, której doznała na skutek uszkodzenia ciała i rozstroju zdrowia polegającego na wystąpieniu odmy opłucnowej i rozedmy podskórnej, będących następstwem nieprawidłowo przeprowadzonego zabiegu medycznego laparoskopowego usunięcia pęcherzyka żółciowego przez pracownika pozwanego. Powódka podała, że miała trudności z oddychaniem oraz zasypianiem, powikłania po operacji wzmogły lęk o zdrowie, zaś powstała wskutek zabiegu założenia drenu blizna na klatce piersiowej obniżyła jej atrakcyjność jako kobiety. Wskazała także, że zostały naruszone jej prawa jako pacjenta, gdyż wbrew wymogom wynikającym z przepisów szczególnych przed podpisaniem zgody na dokonanie zabiegu nie została poinformowana o jego następstwach ani zbadana przez anestezjologa przed wykonaniem znieczulenia, a w dokumentacji medycznej dotyczącej jej stanu zdrowia pojawiły się nieścisłości i istotne braki. /pозew – k. 2-9/

W odpowiedzi na pozew z dnia 16 kwietnia 2012 roku pozwany wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie kosztów sądowych według norm przepisanych, wskazując, że żądanie zaspokojenia roszczeń jest nieuzasadnione, albowiem przebieg leczenia był prawidłowy i zgodny z obowiązującymi standardami medycznymi, a powódka została poinformowana o możliwych powikłaniach i ryzyku wiążącym się z zabiegiem. /odpowiedź na pozew – k. 87-90/

### **Sąd ustalił następujący stan faktyczny:**

W dniu 2 marca 2011 roku J. C. (1) zgłosiła się na **badanie lekarskie** do Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) Spółki z ograniczoną odpowiedzialnością w S.. Wcześniej miała wykonane badanie USG, które przedstawiła podczas wizyty. Lekarz A. K. (1) na podstawie wywiadu zakwalifikował powódkę do operacji laparoskopowego usunięcia pęcherzyka żółciowego, informując, że podczas tego zabiegu może dojść do tzw. konwersji, co może spowodować konieczność przeprowadzenia zwykłej laparotomii z rozcięciem tkanek. Powódka została także poinformowana, że po zabiegu laparoskopii najpóźniej w ciągu tygodnia będzie mogła wrócić do codziennych zajęć i taką informację przekazała w pracy. W skierowaniu do szpitala wpisano „leczenie pęcherzyka żółciowego”. / skierowanie - k. 19; zeznania świadka A. K. – k. 113-114; zeznania powódki J. C. – k. 341v-343/

W dniu **31 marca 2011 roku powódka zgłosiła się na zabieg** do Oddziału (...)Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...)w S. celem wykonania zabiegu laparoskopii. W szpitalnej karcie rejestracyjnej lekarz A. K. (1) odnotował, że została przyjęta spoza szpitala na zabieg planowany. /zeznania powódki J. C. – k. 341v-343; dokumentacja medyczna – k. 20-23, 26-27; 54-57, 101/

Przed zabiegiem **powódka wypełniła ankietę przedoperacyjną** oraz podpisała pisemną zgodę na wykonanie znieczulenia ogólnego, a także oświadczenie o tym, że została poinformowana o celu, przebiegu i skutkach operacji. Powódce pobrano także krew i wykonano EKG. Wyniki badań przekazano ordynatorowi, który ze względu na brak przeciwwskazań, umieścił powódkę w planie zabiegów laparoskopowych. W ankiecie przedoperacyjnej odpowiadając na pytanie dotyczące chorób układu oddechowego powódka zakreśliła odpowiedź „nie wiem”. /ankieta – k. 30-32; zeznania świadka A. K. – k. 113-114; dokumentacja medyczna – k. 45-48, 54-57, 58-62, 101/

W ankiecie jako rodzaj znieczulenia S. G. (1) wpisała TIVA z ryzykiem ASA 1, co oznaczało, że stan pacjentki jest dobry, nie występują u niej choroby współistniejące i nie pali papierosów oraz, że została zakwalifikowana do znieczulenia ogólnego. /zeznania świadka S. G. (1)– k. 114-117; ankieta – k. 30-32/

**Zabieg laparoskopowy został wykonany w dniu 1 kwietnia 2011 roku** przez lekarza A. K. (1) w asyście anestezjolog S. G. (2) oraz pielęgniarki i instrumentariuszki. S. G. (1) od dnia 1 marca 2007 roku do dnia 31 marca 2008 roku wykonywała pracę lekarza stażysty. W dniu 1 kwietnia 2009 roku została skierowana do odbywania specjalizacji z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii w ramach rezydentury na podstawie umowy o pracę na czas

określony zawartej z pozwanym w dniu 15 kwietnia 2009 roku i miała uprawnienia do samodzielnego wykonywania znieczulenia. /dokumentacja medyczna – k. 39; dokumentacja zatrudnienia – k. 306-317/

Przebieg zabiegu był typowy. Początkowo wkłuto igłę Versa poniżej pępka i wytworzono odmě otrzewnej. Następnie do jamy otrzewnej wprowadzono trokary N<sup>o</sup> 10 i N<sup>o</sup> 5, zidentyfikowano stosunki anatomiczne w zakresie dróg żółciowych zewnątrzwątrobowych i wykonano typową cholecystektomię laparoskopową. W protokole operacyjnym rozpoznano mięśniaka macicy. /dokumentacja medyczna – k. 39-44, 101/

**Po zakończeniu zabiegu** J. C. (1) została wybudzona ze znieczulenia ogólnego na sali operacyjnej i przewieziona na salę wybudzeń. Nadal pozostawała pod wpływem leków znieczulających po zabiegu. Po około 15 minutach wystąpiły u niej trudności w oddychaniu, wzmożony wysiłek oddechowy i spadek saturacji do 82%. Anestezjolog S. G. (1) stwierdziła rozedmę opłucną i zleciła konsultację chirurgiczną oraz wykonanie RTG klatki piersiowej, o czym informowała powódkę. Badanie RTG ujawniło występowanie rozedmy podskórnej w okolicach nadobojczykowych i odmě płaszczową lewej jamy opłucnej, w związku z czym u powódki wykonano drenaż jamy opłucnej i podłączono ją do drenażu ssącego. W znieczuleniu nasiękowym 1% Lignokainą wprowadzono dren ssący do lewej jamy opłucnej poprzez VI lewe międzyżebro w linii pachowej środkowej. Powódka została przewieziona na salę chirurgiczną. W miarę trwania drenażu ssącego uzyskano rozprężenie płuca, ustąpienie objawów odmy opłucnej i rozedmy podskórnej. /zeznania świadka A. K. – k. 113-114; zeznania świadka S. G. (1)– k. 114-117; dokumentacja medyczna – k. 20-23, 40-44, 54-57, 58-62, 101/

Po wykonaniu drenu lekarz A. K. (1) poinformował męża powódki o powikłaniu pooperacyjnym w postaci odmy opłucnej. /zeznania świadka A. K. – k. 143-144/

Po wybudzeniu na sali chirurgicznej około godziny 22 powódka była wystraszona, nie wiedziała co się z nią dzieje i gdzie jest, nic nie pamiętała. Dodzwoniła się do męża, który przekazał jej, że operacja się udała, ale były jakieś komplikacje związane z płucem. Powódka miała problemy z oddychaniem i odczuwała ból w ranie po rozcięciu powłok brzusznych. Do końca pobytu w szpitalu miała problemy z zasypianiem. Lekarze informowali ją, że zabieg był udany. /zeznania powódki J. C. – k. 341v-343/

Dren z lewej jamy opłucnej usunięto powódce w dniu 5 kwietnia 2011 roku po uprzedniej kontroli radiologicznej, która wykazała rozprężenie płuca. /zeznania świadka A. K. – k. 113-114; zeznania świadka S. G. (1)– k. 114-117; dokumentacja medyczna – k. 20-23, 40-44, 47-48, 101/

W historii choroby w rubryce rozpoznanie kliniczne ostateczne, powikłania i choroby współistniejące wpisano „kamicze zapalenie pęcherzyka żółciowego, odma opłucna lewostronna, rozedma podskórna”. Powódkę wypisano do domu w stanie ogólnym dobrym w dniu 7 kwietnia 2011 roku. /dokumentacja medyczna – k. 20-23, 47-48, 101/

**Dokumentacja medyczna** związana z przebytym zabiegiem nie była kompletna, albowiem nie zawierała wyniku badania USG jamy brzusznej potwierdzającego obecność złożeń w pęcherzyku żółciowym, a także wpisu odnośnie postawionego śródoperacyjnie rozpoznania mięśniaka macicy. Brak było także zgody powódki na wykonanie zabiegu drenażu klatki piersiowej, co jednak można usprawiedliwić nagłością sytuacji związanej z ujawnieniem rozedmy podskórnej oraz słabym kontaktem z powódką spowodowanym utrzymującym się działaniem leków anestezjologicznych. W tej sytuacji powinna zostać sporządzona zgoda komisyjna podpisana przez trzech lekarzy specjalistów stwierdzająca konieczność wykonania zabiegu ze względu na brak możliwości podjęcia świadomej zgody pacjenta na określoną procedurę medyczną. Brak badania histopatologicznego wyciętego pęcherzyka w historii choroby jest normą, gdyż wynik ten pojawia się kilka tygodniu po zabiegu i często dopiero po zakończonej hospitalizacji, a zatem nie stanowi integralnej części historii choroby. Wymienione braki dokumentacji nie wpłynęły negatywnie na podejmowane decyzje i wykonane zabiegi. /pisemna opinia biegłego z zakresu chirurgii ogólnej i proktologii – k. 241-249; dokumentacja medyczna – k. 101/

**Odma opłucnowa i rozedma podskórna są powikłaniami zabiegu cholecystektomii laparoskopowej**, jednak procent ich wystąpienia w odniesieniu do wszystkich powikłań wiążących się z tym

zabiegiem jest bardzo niski. W przypadku odmy opłucnej określony jest na poziomie 0,01% - 0,08%, a w przypadku rozedmy podskórnej na poziomie 1,5%. Prawidłowo przeprowadzony zabieg, przebiegający bez śródoperacyjnych i okołoperacyjnych komplikacji nie powinien wiązać się z występowaniem takich powikłań, jednakże ich występowanie może być związane z zaburzoną fizjologią czy anatomią pacjenta. /pisemna opinia biegłego z zakresu chirurgii ogólnej, naczyniowej i torakochirurgii – k. 132-136; pisemna opinia biegłego z zakresu chirurgii ogólnej i proktologii – k. 241-249/

W przypadku powódki nie wystąpiły żadne nieprawidłowości w zakresie wykonywania operacji cholecystektomii laparoskopowej, można mówić jedynie o przypadkowym powikłaniu. Z uwagi na brak obciążeń w postaci chorób przewlekłych oraz stan ogólny powódki kwalifikacja na wymieniony zabieg była trafna. Kolejność wykonywanych czynności technicznych, wybór miejsca nacięcia powłok jamy brzusznej i wytworzenie ciśnienia wewnątrz jamy otrzewnej na poziomie 12 mm Hg nie budzą zastrzeżeń. Odnotowane w protokole rozpoznanie mięśniaka macicy wskazuje na fakt dokładnej lustracji diagnostycznej całej jamy otrzewnej, co uznawane jest za kanon właściwego i odpowiedzialnego postępowania chirurga laparoskopowego. Brak wskazania w dokumentacji medycznej ilości gazu wtłoczonego do jamy otrzewnej podczas zabiegu nie stanowił błędu, gdyż odnotowanie takiej informacji nie należy do obowiązku operatora ani żadnej innej osoby uczestniczącej w zabiegu operacyjnym. Ilość wtłoczonego gazu nie jest istotnym parametrem w analizie przebiegu zabiegu i ewentualnych powikłań. /pisemna opinia biegłego z zakresu chirurgii ogólnej, naczyniowej i torakochirurgii – k. 132-136; pisemna opinia biegłego z zakresu chirurgii ogólnej i proktologii – k. 241-249/

Przyczyny powstania u powódki odmy opłucnowej płaszczowej i rozedmy po zabiegu laparoskopowym pozostają nieznanne i nie dadzą się wyjaśnić na podstawie badania lekarskiego ani dostępnej dokumentacji medycznej. Aktualny stan wiedzy medycznej pozwala jedynie na stawianie kilku możliwych hipotez w tym zakresie, których nie da się potwierdzić w sposób niewątpliwy. /pisemna opinia biegłego z zakresu chirurgii ogólnej, naczyniowej i torakochirurgii – k. 132-136; pisemna opinia biegłego z zakresu chirurgii ogólnej i proktologii – k. 241-249/

Odma opłucnej nazywamy obecność gazu w jamie opłucnej, w tym dwutlenku węgla używanego w chirurgii laparoskopowej do wytwarzania odmy otrzewnowej. Wytworzenie odmy otrzewnowej przy użyciu dwutlenku węgla jest niezbędnym warunkiem przeprowadzenia cholecystektomii laparoskopowej, celem uzyskania widoczności w optyce endoskopowej, uniesienia powłok brzusznych i wytworzenia przejrzystego pola operacyjnego. Dwutlenek węgla do organizmu pacjenta wprowadza się przez igłę Versa a potem przez trokar pępkowy. Odma otrzewnowa musi być podtrzymywana przez cały czas trwania laparoskopii. Gaz z jamy otrzewnowej po zabiegu usuwa się przez istniejące nacięcia powłok. U powódki wytworzono odmę otrzewnową o prawidłowej wartości ciśnienia 12 mm Hg, przy normie wynoszącej od 10 do 15 mm Hg. /pisemna opinia biegłego z zakresu chirurgii ogólnej, naczyniowej i torakochirurgii – k. 132-136; pisemna opinia biegłego z zakresu chirurgii ogólnej i proktologii – k. 241-249; pisemna uzupełniająca opinia biegłego z zakresu chirurgii ogólnej i proktologii – k. 275-278/

Odma lewostronna opłucnowa i rozedma tkanek miękkich szyi i okolic nadobojczykowych powstała u powódki wskutek przedostania się gazu do lewej jamy płucnej, śródpiersia i na szyję. Źródło pochodzenia gazu, jego charakter i droga rozprzestrzeniania się pozostają nieznanne. U powódki nie mogło dojść do uszkodzenia okołointubacyjnego tchawicy lub oskrzeli, gdyż była znieczulona metodą TIVA, czyli całkowitym dożylnym znieczuleniem ogólnym. Z dokumentacji nie wynika również możliwość jatrogennego uszkodzenia mięszu płucnego, ponieważ operacja odbywała się w obrębie jamy otrzewnej, pole operacyjne było położone po prawej stronie jamy brzusznej, a u powódki wystąpiła odma lewej jamy opłucnej. Blizny pooperacyjne na ciele powódki znajdują się w miejscach typowych, co wyklucza kontakt narzędzi chirurgicznych z lewą jamą opłucnową. Gdyby u powódki doszło do uszkodzenia mechanicznego lub jatrogennego górnych dróg oddechowych bądź przepony przebieg odmy opłucnej byłby inny. Narastałaby ona wówczas dynamicznie, co zostałoby unaocznione poprzez sygnał aparatury monitorującej w trakcie zabiegu a nie po jego zakończeniu, a zatem takie uszkodzenie należy wykluczyć. Brak także przesłanek do doszukiwania się powstania powikłań u powódki w związku z działaniami anestetycznymi, które zostały wykonane poprawnie. /

pisemna opinia biegłego z zakresu chirurgii ogólnej, naczyniowej i torakochirurgii – k. 132-136; ustna uzupełniająca opinia biegłego z zakresu chirurgii ogólnej, naczyniowej i torakochirurgii – k. 167v-168/

Należy także wykluczyć możliwość podania powódce zbyt dużej dwutlenku węgla, albowiem etap insulflacji odbywa się pod kontrolą całego zespołu z kontrolą ciśnienia i ilości włączanego gazu. Gdyby nawet doszło do przekroczenia normy wprowadzonej ilości gazu, mogłoby to ewentualnie doprowadzić do uszkodzeń otrzewnej jako błony, ale nie spowodowałoby równoległego uszkodzenia opłucnej, która jest integralną błoną surowiczą. /ustna uzupełniająca opinia biegłego z zakresu chirurgii ogólnej, naczyniowej i torakochirurgii – k. 167v-168/

Istnieje możliwość wystąpienia tzw. samoistnej odmy opłucnowej lewostronnej u osób posiadających wrodzone defekty tkanki płucnej pod postacią tzw. pęcherzy rozedmowych, które mogą samoistnie pękać przy zwiększeniu ciśnienia w drogach oddechowych. Powódka nie przechodziła diagnostyki pulmonologicznej, zaś w ankiecie przedoperacyjnej odpowiadając na pytanie dotyczące chorób układu oddechowego określiła odpowiedź „nie wiem”, więc nie wiadomo, czy taki stan u niej występował. /pisemna opinia biegłego z zakresu chirurgii ogólnej, naczyniowej i torakochirurgii – k. 132-136; pisemna opinia biegłego z zakresu chirurgii ogólnej i proktologii – k. 241-249/

Najbardziej prawdopodobnym wyjaśnieniem przyczyn wystąpienia odmy opłucnowej i rozedmy tkanek miękkich u J. C. (1) może być przypadkowe przedostanie się dwutlenku węgla z jamy otrzewnej do lewej jamy opłucnej ze względu na istnienie wcześniejszych chorób układu oddechowego albo nieprawidłowości anatomicznych w budowie ciała. W warunkach prawidłowych jama opłucnej jest szczelnie oddzielona od jamy otrzewnej i śródpiersia, jednakże nie da się wykluczyć występowania u powódki jakiegokolwiek, nieujawnionej wcześniej, nieszczelności pomiędzy jamą opłucnej a jamą otrzewnej. W przeponie lub błonach surowiczych, takich jak otrzewna i opłucna, mogą istnieć wrodzone ubytki skutkujące występowaniem tzw. przepuklin przeponowych albo naturalnych szczelin. U pacjentów, którzy nie przechodzili specjalistycznej diagnostyki ani nie byli uprzednio operowani nie ma możliwości rozpoznania tych drobnych anomalii anatomicznych. W warunkach prawidłowych taka okoliczność mogłaby pozostawać niezauważona i bez wpływu na mechanikę oddychania, ale przy wytworzeniu odmy otrzewnej, gaz podany pod ciśnieniem mógłby łatwo penetrować poza obręb jamy otrzewnej, przedostając się do lewej jamy opłucnej i na szyję. /pisemna opinia biegłego z zakresu chirurgii ogólnej, naczyniowej i torakochirurgii – k. 132-136; ustna uzupełniająca opinia biegłego z zakresu chirurgii ogólnej, naczyniowej i torakochirurgii – k. 167v-168; pisemna opinia biegłego z zakresu chirurgii ogólnej i proktologii – k. 241-249/

Rozpoznanie odmy opłucnej nastąpiło u powódki w krótkim czasie a wdrożone następnie postępowanie było natychmiastowe i prawidłowe. Saturacja w okresie pooperacyjnym była monitorowana właściwie, co pozwoliło na szybkie rozpoznanie rozedmy i podjęcie właściwego leczenia. /ustna uzupełniająca opinia biegłego z zakresu chirurgii ogólnej, naczyniowej i torakochirurgii – k. 167v-168; pisemna opinia biegłego z zakresu chirurgii ogólnej i proktologii – k. 241-249; pisemna uzupełniająca opinia biegłego z zakresu chirurgii ogólnej i proktologii – k. 275-278/

Jedną z metod leczenia odmy opłucnowej polega na wprowadzeniu drenu ssącego do wnętrza jamy opłucnej, odessaniu gazu i uzyskaniu rozprężenia płuca. Takie leczenie zastosowano u powódki. W ten sposób w ciągu kilku dni trwania drenażu ssącego doprowadzono do przywrócenia ujemnego ciśnienia w jamie opłucnej i odzyskania objętości tkanki płucnej sprzed wystąpienia odmy. Rozedma podskórna nie wymagała leczenia, gdyż zwykle ustępuje samoistnie po usunięciu źródła przecieku gazu do jamy opłucnej i śródpiersia. Proces ten jest przyspieszany przez działanie drenażu ssącego. Podjęte działania chirurgiczne były szybkie i prawidłowo wykonane technicznie. Wprowadzenie powódki w śpiączkę farmakologiczną było korzystne dla jej zdrowia i miało na celu zapewnienie jej komfortu po założeniu drenu. /pisemna opinia biegłego z zakresu chirurgii ogólnej, naczyniowej i torakochirurgii – k. 132-136; pisemna opinia biegłego z zakresu chirurgii ogólnej i proktologii – k. 241-249; ustna uzupełniająca opinia biegłego z zakresu chirurgii ogólnej i proktologii – k. 340v-341/

**Na skutek powstania odmy opłucnej płaszczowej** u powódki wystąpił jedynie chwilowy spadek saturacji do 82%, podczas gdy norma wynosi 95% - 99%, a spadek poniżej 90% oznacza niedotlenienie. Po około 20 minutach udało się przywrócić wartość saturacji do normy, a tak krótki okres niedotlenienia nie skutkuje żadnymi

uszkodzeniami narządów wewnętrznych i nie pozostawia niekorzystnych następstw w organizmie ludzkim. Długość utrzymywania drenu w jamie opłucnej, który u powódki został usunięty po 5 dniach, nie jest miernikiem skomplikowania przebytej odmy. U powódki nie wystąpił ucisk na żyły szyjne mogący powodować niedotlenienie mózgu lub serca. Przypadek odmy płaszczowej nie zagroził życiu pacjentki. Obecnie powódka nie wykazuje żadnych następstw przebytych powikłań poza blizną na ciele. Brak następstw powikłań odległych dla zdrowia potwierdza konsultacja pulmonologiczna, podczas której lekarz stwierdził prawidłową wentylację i brak potrzeby leczenia. / pisemna opinia biegłego z zakresu chirurgii ogólnej, naczyniowej i torakochirurgii – k. 132-136; ustna uzupełniająca opinia biegłego z zakresu chirurgii ogólnej, naczyniowej i torakochirurgii – k. 167v-168/

Po powrocie do domu powódka odczuwała duszności i ból w klatce piersiowej, w związku z czym korzystała z pomocy mamy. W tym okresie miała do zrealizowania ważny projekt w pracy i bała się, że ze względu na gorsze samopoczucie nie będzie w stanie podołać zadaniu. Z uwagi na znaczny stres udała się do psychiatry, który skierował ją na roczną terapię. Chirurg, do którego wybrała się na konsultację zasugerował, że objawy pooperacyjne związane z odmą płucną mogły być wynikiem błędu lekarskiego, co powódka sprawdziła także w Internecie. /zeznania powódki J. C. – k. 341v-343/

W dniu 10 maja 2011 roku u powódki przeprowadzono badanie profilaktyczne, na podstawie którego stwierdzono, że jest zdolna do pracy. /zaświadczenie lekarskie – k. 146/

Pismem z dnia 29 sierpnia 2011 roku powódka wezwała pozwanego do zapłaty kwoty 80 000 zł tytułem zadośćuczynienia za krzywdę będącą następstwem nieprawidłowo przeprowadzonego zabiegu medycznego. W odpowiedzi pozwany wskazał, że nie ma podstaw do zaspokojenia wystosowanego żądania, albowiem przebieg leczenia był prawidłowy i zgodny z obowiązującymi standardami medycznymi. /wezwanie – k. 12; odpowiedź – k. 13-14/

Badanie z dnia 6 września 2013 roku wykazało brak obecności rozedmy i pęcherzy powietrznych w obrębie miąższu płucnego. Na obwodzie płuca lewego przy opłucnej ściennej ujawniono guza wielkości 3 mm, zaś w płucu prawym dwie zmiany drobnoguzkowe wielkości 5,5 mm i 3,5 mm. Nie stwierdzono potrzeby podjęcia leczenia pulmonologicznego. /wynik badania – k. 183-184/

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie materiału zebranego w toku postępowania dowodowego.

Sąd uznał w pełni za wiarygodne zeznania świadków A. K. (1) i S. G. (1), którzy opisali przebieg zabiegu i procesu leczenia powikłań pooperacyjnych oraz czynności wykonanych w związku z pobytem powódki w szpitalu. Zeznania te wzajemnie się pokrywały, korespondując nie tylko z treścią dokumentacji medycznej, ale także wnioskami z opinii biegłych w zakresie, w jakim świadkowie, opierając się na posiadanej wiedzy medycznej, opisywali możliwe przyczyny i następstwa odmy opłucnej i rozedmy tkanek.

Sąd dał również wiarę J. C. (1) w części, w jakiej opisywała dolegliwości bólowe i inne odczucia związane z leczeniem pooperacyjnym oraz zmiany, jakie zmuszona była wprowadzić w życiu prywatnym i zawodowym w następstwie zabiegu. W ocenie Sądu nie były jednakże zgodne z prawdą twierdzenia powódki co do tego, iż nie udzielono jej informacji o charakterze zabiegu i przebiegu leczenia. W tym zakresie jej zeznania pozostawały niespójne i sprzeczne. Powódka z jednej strony wskazywała, że prawa do informacji odmówiono zarówno jej, jak i członkom rodziny, a jednocześnie podawała, że już po wybudzeniu mąż przekazał jej, iż wystąpiły u niej komplikacje związane z płucami, a ona sama liczyła, że ze szpitala wyjdzie w ciągu kilku dni, ponieważ przed skierowaniem na operację lekarz wyjaśnił jej, iż laparoscopia nie jest zabiegiem skomplikowanym (k. 342-342v). Zeznania te pozostają także niezgodne z treścią dokumentacji medycznej, z której wynikało, że pacjentka wyraziła pisemną zgodę na zabieg i potwierdziła ręcznym podpisem, że była informowana o celu, przebiegu i skutkach operacji. W świetle doświadczenia życiowego i logiki nie jest przekonywujące twierdzenie, iż powódka „podpisała jakieś dokumenty pozostawione przez pielęgniarkę” i że „nie miała kogo o nie zapytać” (k. 341). Zważyć należało, że pacjentka została skierowana do szpitala na skutek konsultacji odbytej w przychodni prawie miesiąc wcześniej, a przed zabiegiem przebywała w placówce cały jeden dzień. Nie była to zatem sytuacja nagła, w której nie było czasu na zadanie koniecznych pytań czy wyjaśnienie

wątpliwości, a stres i konieczność podjęcia natychmiastowej decyzji wpływały negatywnie na procesy poznawcze. Powódka mogła na spokojnie zapoznać się z dostarczoną dokumentacją przed złożeniem podpisu, a także ewentualnie uzupełnić informacje o zabiegu przed przyjęciem do szpitala, co zresztą w szerokim zakresie uczyniła na potrzeby niniejszego postępowania. Jeżeli zatem miała jakiegokolwiek obiekcje co do konieczności przeprowadzenia zabiegu czy jego skutków, nic nie stało na przeszkodzie, aby przed zgłoszeniem do placówki medycznej zasięgnęła dodatkowej wiedzy u lekarza prowadzącego. W przekonaniu Sądu jest także mało prawdopodobne, aby powódka jako osoba wykształcona i zajmująca odpowiedzialne stanowisko, składała podpis na dokumentach bez ich odczytania. Z tych względów Sąd przyjął, iż zakres informacji udzielonych powódce przed operacją był wyczerpujący, a wyrażenie przez nią zgody na zabieg zostało dokonane prawidłowo, co zresztą potwierdzili świadkowie.

Za rzetelną podstawę do dokonania ustaleń w przedmiotowej sprawie Sąd uznał również pisemne i ustne opinie biegłych sądowych. Biegli dokonali wnikliwej analizy dokumentacji medycznej i przedstawili obszernie opisy dotyczące procedury związanej z przeprowadzeniem zabiegu, któremu poddana została powódka, oraz jego następstw natury medycznej. Tok rozumowania przedstawiony przez biegłych należy uznać za skrupulatny i logiczny, zaś wnioski za przekonujące i zrozumiałe. Dowód ze wskazanych opinii miał istotne znaczenie, ponieważ biegli dysponujący doświadczeniem oraz niezbędną wiedzę medyczną wskazali na możliwe przyczyny powikłań pooperacyjnych a także dokonali oceny przeprowadzonego zabiegu z punktu widzenia zgodności z procedurami medycznymi i wiedzą specjalistyczną.

Sąd zdecydował się na przeprowadzenie dowodu z opinii dwóch niezależnych biegłych jedynie ze względu na konsekwentne kwestionowanie przez powódkę pierwszej opinii pisemnej, a także podważanie kompetencji biegłego z zakresu chirurgii ogólnej, naczyniowej i torakochirurgii, który jest lekarzem emerytowanym. Zdaniem Sądu okoliczność ta nie miała wpływu na fachowość wydanej opinii i jej zgodność z ogólnie pojętą wiedzą medyczną, aczkolwiek na potrzeby postępowania wymagała weryfikacji przez biegłego, który ma do czynienia z podobnymi zabiegami w praktyce lekarskiej i jest na bieżąco z wszelkimi nowościami i zmianami w przebiegu procesu leczenia. Ostatecznie obie opinie okazały się zgodne w zakresie wywiedzionych konkluzji co do prawidłowości przeprowadzonej operacji, a także prawdopodobnych przyczyn wystąpienia powikłań oraz ich następstw dla aktualnego stanu zdrowia powódki. Sąd w rezultacie podzielił wnioski wszystkich opinii i uczynił je podstawą swych ustaleń. Należało przy tym zważyć, że biegli odpowiedzieli wyczerpująco na wszystkie dodatkowe pytania sformułowane nie tylko przez Sąd, ale również przez powódkę, odnosząc się także do treści zgromadzonych przez nią dokumentów stanowiących wydruki ze stron internetowych zawierających opisy i dane statystyczne z przebiegu zabiegów laparoskopii w różnych placówkach medycznych. Dokumenty te zostały ostatecznie pominięte przez Sąd przy dokonywaniu ustaleń, albowiem po pierwsze zawierały dane pochodzące z niezawerifikowanych źródeł, a po drugie zawierały treści odnoszące się do wiedzy specjalistycznej, wobec czego Sąd nie był władny samodzielnie poddać ich ocenie z punktu widzenia przydatności dla postępowania. W świetle uzupełniającej opinii biegłego wartość merytoryczna tych dokumentów okazała się całkowicie wątpliwa, wobec czego nie mogły one stanowić podstawy formułowania twierdzeń co do nieprawidłowości przebiegu procesu leczenia powódki.

Za autentyczną Sąd uznał natomiast dokumentację medyczną, tym bardziej, że jej prawdziwość w zakresie sporządzenia przez pracowników pozwanego w związku z przeprowadzonym zabiegiem nie była kwestionowana. Powódka podnosiła co prawda, że niektóre z kart dokumentacji zostały do niej w sposób nieuprawniony „dołączone”, jednakże argument ten jest całkowicie niezasadny, albowiem dokumentacja medyczna złożona przez pozwanego (k. 101) w całości odpowiada kserokopiom złożonym do akt sprawy przez powódkę a ich treść jest tożsama.

### **Sąd zważył, co następuje:**

Powództwo nie zasługiwało na uwzględnienie.

**Podstawę odpowiedzialności** publicznego zakładu opieki zdrowotnej **za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych stanowi art. 430 k.c.**, zgodnie z którym, kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu 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. Przyjęcie odpowiedzialności publicznego zakładu opieki zdrowotnej na podstawie art. 430 k.c. wymaga zatem uprzedniego stwierdzenia, iż pracownik zakładu, któremu powierzono wykonywanie czynności, wyrządził szkodę w sposób zawiniony, a między jego zachowaniem a szkodą istnieje związek przyczynowy (art. 415 k.c.).

W doktrynie i orzecznictwie dominuje szeroka wykładnia art. 430 k.c., która dla stwierdzenia przesłanki powierzenia czynności uznaje za wystarczające ogólne, organizacyjne podporządkowanie sprawcy szkody powierzającemu w ramach relacji zwierzchnik – podwładny. Lekarze, mimo dalece posuniętej samodzielności w zakresie wyboru sposobów leczenia pacjenta, są w tym rozumieniu podmiotami podlegającymi kierownictwu organizacyjnemu zakładu opieki zdrowotnej i mieszczą się w kategorii osób, o jakich mowa w art. 430 k.c.

W rozpoznawanej sprawie istota sporu sprowadzała się zatem do zbadania wystąpienia przesłanek odpowiedzialności cywilnej pozwanego, poprzez wykazanie, **czy w trakcie wykonywania zabiegu medycznego doszło do zawinionego zaniedbania bądź popełnienia błędu przez personel medyczny placówki.**

Przepis art. 4 ustawy z 05 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U.2011.277.1634 z późn. zm.) stanowi, że 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. Naruszenie powyższych zasad może przybrać w szczególności postać błędu lekarskiego, polegającego bądź to na błędnym zdiagnozowaniu lub zakwalifikowaniu pacjenta do zabiegu (błąd diagnostyczny), bądź też na nieprawidłowym, niezgodnym ze sztuką lekarską wykonaniu zabiegu lub leczeniu (błąd wykonawczy). Z kolei ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.2012.159 j.t.) przewiduje, że pacjentowi przysługuje między innymi prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej (art. 6 ust. 1), udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym (art. 8 zd. 1), jak również prawo do informacji o swoim stanie zdrowia (art. 9 ust 1) i do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody (art. 16). Pacjent ma także prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych (art. 23), co wiąże się z obowiązkiem podmiotu udzielającego tych świadczeń do prowadzenia, przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej w sposób przewidziany w przepisach (art. 24 ust. 1). W myśl natomiast art. 4 ust. 1 tejże ustawy w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 k.c., przy czym nie dotyczy to dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia pacjenta (art. 4 ust 3 pkt 3).

Błędy diagnostyki i terapii, opieszałość w podejmowaniu czynności, zaniechania wykonania badań, przeoczenia nieprawidłowości przy dokonywanych zabiegach i niedostateczne pouczenie pacjenta o ryzyku związanym ze stanem jego zdrowia, stanowią zatem podstawę odpowiedzialności osób wykonujących zawód medyczny z tytułu czynu niedozwolonego, pod warunkiem jednak, że są przez nich zawinione.

Na gruncie prawa cywilnego winę można przypisać tylko wówczas, kiedy istnieją podstawy do negatywnej oceny jego zachowania z punktu widzenia zarówno obiektywnego, jak i subiektywnego. W obszarze deliktów prawa cywilnego rozróżnia się dwie postaci winy – umyślną i nieumyślną. Przy winie umyślnej sprawca ma świadomość szkodliwego skutku swojego działania i przewiduje jego nastąpienie, celowo do niego zmierza. Przy winie nieumyślnej sprawca przewiduje możliwość wystąpienia szkodliwego skutku, lecz bezpodstawnie przypuszcza, że zdoła go uniknąć albo nie przewiduje możliwości jego nastąpienia, choć powinien i może je przewidywać. W obu formach winy nieumyślnej mamy do czynienia z niedbalstwem, polegającym na nie niedołożeniu należytej staranności w stosunkach danego rodzaju staranności, niezbędnej do uniknięcia skutku, którego sprawca nie chciał wywołać.

W doktrynie i orzecznictwie podkreśla się, że o przypisaniu winy a tym samym i odpowiedzialności można mówić jedynie w sytuacjach gdy porównanie postępowania lekarza z przyjętym standardem leczenia wypadnie na niekorzyść lekarza, gdy w jego działaniu można stwierdzić brak należytej staranności. Samo przyjęcie winy, nie decyduje jednakże o odpowiedzialności lekarza, jeżeli między jego zachowaniem, a szkodą nie ma związku przyczynowego. Nie wymaga się przy tym, aby związek przyczynowy pomiędzy postępowaniem lekarza, a powstałą szkodą został ustalony w sposób pewny. W tego rodzaju procesach jest to najczęściej niemożliwe, ponieważ w świetle wiedzy medycznej w większości wypadków można mówić tylko o prawdopodobieństwie wysokiego stopnia, rzadko o pewności, czy wyłączności przyczyny. Jeżeli zachodzi prawdopodobieństwo wysokiego stopnia, że działalnie lub zaniechanie lekarza było przyczyną szkody, można uznać związek przyczynowy za ustalony. Lekarz nie odpowiada natomiast za nadzwyczajne, nie do przewidzenia komplikacje oraz za inne, nie pozostające w normalnym związku przyczynowym z jego postępowaniem skutki (wyrok SA w Białymstoku z dnia 7 marca 2013 r., I ACa 879/12).

W ocenie Sądu brak jest w niniejszej sprawie jakichkolwiek podstaw do uznania, iż w trakcie leczenia powódki w pozwanej placówce doszło do błędu medycznego, czy też niezachowania należytej staranności bądź ostrożności przez personel medyczny, które skutkowały powstaniem szkody w postaci uszkodzenia ciała czy rozstroju zdrowia.

Dochodząc do takiego przekonania Sąd oparł się przede wszystkim na opiniach sporządzonych przez dwóch niezależnych biegłych z zakresu chirurgii, którzy swoje wnioski formułowali na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej, a także osobistego badania powódki.

W pierwszej kolejności podkreślenia wymaga, że opiniujący w niniejszej sprawie biegli w sposób stanowczy i jednoznaczny stwierdzili, że ze względu na swój stan zdrowia **powódka zasadnie została zakwalifikowana na przeprowadzenie zabiegu cholecystektomii laparoskopowej pęcherzyka żółciowego, który wykonany został w sposób staranny i prawidłowy z zachowaniem reguł sztuki i aktualnej wiedzy medycznej**. Ich opinie były zgodne także w zakresie, w jakim wskazywali, iż ujawnione po zabiegu powikłania w postaci odmy płaszczowej i rozedmy tkanek miękkich są jednym ze wskazywanych w literaturze medycznej następstw opisywanego zabiegu, jednakże ze względu na ich charakter i dynamikę przebiegu u powódki, nie mogły powstać na skutek działania personelu medycznego.

**Powódka była znieczulana metodą, która wykluczyła możliwość przebicia tchawicy lub oskrzeli**, co mogłoby spowodować przedostanie się gazu do tkanek miękkich i płuc. Odma i rozedma nie ujawiły się u niej w trakcie podawania znieczulenia dożylnego, a dopiero w 15 minut po zakończonym zabiegu, a zatem nie mogło być mowy o jakichkolwiek nieprawidłowościach w działaniu i stosowaniu sztuki medycznej przez anestezjolog, która zresztą jako pierwsza dostrzegła następnie objawy rozedmy tkanek i natychmiast wdrożyła niezbędne postępowanie lecznicze, co tym bardziej potwierdza jej kompetencje i wiedzę medyczną. Powikłania nie mogły być także następstwem mechanicznego uszkodzenia mięszu płucnego przez operatora, ponieważ operacja odbywała się w obrębie jamy otrzewnej po prawej stronie jamy brzusznej i nie jest w takim wypadku możliwe osiągnięcie narzędziami lewego płuca czy opłucnej. Powikłania nie mogły również powstać na skutek użycia nieprawidłowego ciśnienia lub wprowadzenia niewłaściwej ilości dwutlenku węgla. Z dokumentacji medycznej i zeznań świadków wynikało, że uzyskane ciśnienie mieściło się w normach przewidzianych dla tego typu zabiegów (12 mm Hg), zaś ilość gazu, mimo iż nie odnotowana, nie stanowiła parametru, który mógł mieć wpływ na powstanie odmy, ponieważ działanie gazu nie mogło samoistnie doprowadzić do przebicia płuca, a co najwyżej jamy otrzewnej, zaś takie uszkodzenie u powódki nie powstało.

**Za najbardziej prawdopodobną przyczynę wystąpienia opisywanych powikłań** obaj biegli uznali nieprawidłowości w budowie anatomicznej ciała powódki, które mogły nie dawać wcześniejszych objawów i nie skutkowały widocznym pogorszeniem stanu zdrowia w zakresie mechaniki oddychania, ale przy wytworzeniu odmy otrzewnej koniecznej do przeprowadzenia zabiegu laparoskopii, mogły prowadzić do wydostania się gazu poza obręb jamy otrzewnej i przemieszczenia się go do lewej jamy opłucnej oraz okolic nadobojczykowych. Podkreślenia wymaga, iż postawienie takiej hipotezy nie było czynieniem nieuprawnionych domniemań na temat stanu zdrowia powódki czy „tworzeniem faktów”. Biegli jednomyślnie stwierdzili, że nie da się w sposób niewątpliwy wskazać konkretnej przyczyny wystąpienia odmy i rozedmy u powódki, jednakże z wachlarza istniejących możliwości jej powstania



pewne okoliczności, w oparciu o istniejącą dokumentację medyczną i badanie przeprowadzone na potrzeby wydania opinii, można z pewnością wykluczyć, a inne wziąć pod uwagę. W ten właśnie sposób biegli wytypowali najbardziej prawdopodobne źródło wystąpienia powikłań u pacjentki, a Sąd podzielił ten wniosek jako logiczny i przekonujący.

Nie ulega jednocześnie wątpliwości, że **personel medyczny w sposób prawidłowy zareagował na ujawnione nieprawidłowości i zastosował adekwatne metody leczenia** – drenaż ssący, które doprowadziły ostatecznie do rozprężenia płuc i ustąpienia objawów rozedmy tkanek i odmy płaszczowej.

Należy zaznaczyć, że z punktu widzenia medycznego **opisywane powikłania nie wywołały żadnych ujemnych następstw**, które miałyby obiektywny wpływ na obecny stan zdrowia strony powodowej. Odma opłucnej wywołała jedynie krótki stan niedotlenienia, który nie skutkował żadnym uszkodzeniem narządów wewnętrznych ani zagrożeniem życia. Sąd nie neguje, iż powódka po przebudzeniu po zabiegu mogła odczuwać lęk i niepokój o własne zdrowie oraz, że była przestraszona, jednakże doświadczenie życiowe nakazuje stwierdzić, że takie objawy są typowe dla osoby, która budzi się po zastosowaniu znieczulenia ogólnego w obcym miejscu. Powódka nie udowodniła przy tym, aby dolegliwości, które odczuwała po powrocie do domu miały jakikolwiek związek z zabiegiem i powikłaniami po nim. Wynik aktualnej konsultacji pulmonologicznej potwierdził, że wentylacja płuc powódki jest prawidłowa i brak po jej stronie potrzeby leczenia. Jeśli zaś chodzi o towarzyszący jej stres, który skutkował podjęciem terapii psychiatrycznej, nie jest wykluczone, iż ma on związek z trybem życia, a nie przebytą operacją, tym bardziej, że sama powódka podkreślała, iż piastuje odpowiedzialne stanowisko i martwiła się terminową realizacją powierzonych projektów.

W świetle powyższego nie można uznać, iż na skutek zabiegu przeprowadzonego w placówce pozwanego, przez zatrudnionych u niego pracowników, którym powierzono wykonywanie czynności medycznych, doszło do wyrządzenia powódce w sposób zawiniony jakiegokolwiek szkody. Powstałe powikłania należały do typowych i nastąpiły z przyczyn niezależnych od zachowania i postępowania personelu medycznego, który w sposób prawidłowy dokonał zabiegu cholecystektomii laparoskopowej pęcherzyka żółciowego oraz skutecznie zareagował na ujawnienie odmy opłucnej i rozedmy tkanek, doprowadzając ostatecznie do ich wyeliminowania.

W tym miejscu wskazać należy, że roszczenie o zadośćuczynienie przewidziane w art. 445 § 1 k.c. oraz **roszczenie o zadośćuczynienie będące następstwem zawinionego naruszenia praw pacjenta** (art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz. U. 2012/159 tekst jedn. ze zmianami, w zw. z art. 448 k.c.) mają odrębny charakter, określając zasady odpowiedzialności za różne czyny bezprawne (wyrok SN z dnia 29 maja 2007r., V CSK 76/07). Przepis art. 445 § 1 k.c. rekompensuje skutki uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, natomiast przepis art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta chroni godność, prywatność i autonomię pacjenta – niezależnie od staranności i skuteczności zabiegu leczniczego.

Mając powyższe na względzie, z uwagi na sformułowane przez powódkę zarzuty, w niniejszej sprawie roszczenie o zadośćuczynienie należało ocenić także w oparciu treść art. 4 ustawy o prawach pacjenta, wśród których powódka powoływała się na naruszenie prawa do informacji uzyskanej od lekarza i dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia, prawa do wyrażenia pisemnej zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych, a także prawa do osobistego badania przez lekarza anestezjologa (art. 42 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza denty, Dz. U. 2011/277/1634 tekst jedn. ze zmianami).

Zgodnie z art. 31 ust 1 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza ma on **obowiązek udzielać pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu**. Stosownie zaś do art. 34 ust 1 ustawy lekarz może wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta, po uzyskaniu jego pisemnej zgody.

Ustalenie zakresu koniecznej informacji jest szczególnie istotne w przypadku zabiegów operacyjnych oraz inwazyjnych badań diagnostycznych, dlatego że te formy postępowania terapeutycznego łączą się z podwyższonym ryzykiem

dla pacjenta. Sama ustawa nie rozstrzyga zakresu pojęcia dających się przewidzieć następstw zastosowania metod diagnostycznych i leczniczych. Zgodnie z poglądem powszechnie podzielanym przez doktrynę obowiązek poinformowania o tych następstwach zostanie dopełniony, gdy lekarz zwróci uwagę na normalne, przeciętne i typowe komplikacje (P. Daniluk, Obowiązek lekarza udzielenia pacjentowi informacji w związku z podejmowanymi czynnościami leczniczymi, PiM 2006, nr 3, s. 78; M. Nesterowicz, Prawo medyczne, Toruń 2000, s. 109). Powyższe stanowiska znajdują oparcie w orzecznictwie SN, który stwierdził, że: lekarz powinien poinformować pacjenta o "bezpośrednich i zwykłych skutkach" (wyrok SN z dnia 27 sierpnia 1968 r., I CR 325/68,), "nie jest wymagane pouczenie o wszelkich w ogóle możliwych skutkach, dla danego jednak wypadku normalnie niemożliwych do przewidzenia, nietypowych i mało prawdopodobnych" (wyrok SN z dnia 28 sierpnia 1972 r., II CR 296/72,) oraz, że "nie ma konieczności powiadamiania pacjenta o wszelkich możliwych komplikacjach, zwłaszcza takich, które zdarzają się niezmiernie rzadko" (wyrok SN z dnia 29 października 2003 r., III CK 134/02).

Zważyć należy, iż w przedmiotowej sprawie **zarzuty powódki** koncentrowały się na tym, iż nie została ona poinformowana o „zabiegu ani znieczuleniu”, a także o „możliwości zastosowania innej metody leczenia” oraz o „stanie zdrowia po operacji”. Okoliczności te nie znajdują potwierdzenia w materiale dowodowym. Z zeznań świadków wynika, że jeszcze na miesiąc przed zabiegiem **lekarz poinformował powódkę o możliwości leczenia metodą laparoskopii oraz o typowych powikłaniach**, które mogą skutkować koniecznością przeprowadzenia zwykłej laparotomii z rozcięciem tkanek. Powódka sama zresztą przyznała, że wiedziała, iż po zabiegu w ciągu kilku dni będzie mogła wrócić do normalnego funkcjonowania i taką informację pozostawiła w miejscu pracy (k. 342v), co oznacza, że miała świadomość charakteru i sposobu wykonania zabiegu. Co więcej, sama zgłosiła się nie tylko do lekarza, ale też do szpitala, a zatem nie można twierdzić, iż nie miała wiedzy, w jakim celu się tam udaje oraz, że nie pozostawiono jej wyboru, co do metody leczenia, na której, jak się wydaje, szczególnie jej zależało z uwagi na ciężące na niej obowiązki zawodowe. Powódka była także informowana o rodzaju i sposobie znieczulenia, co potwierdziła składając własnoręczny podpis w ankiecie przedoperacyjnej (k. 32). Jej twierdzenia jakoby podpis złożyła in blanco i nie mogła zadać dodatkowych pytań pozostają gołosłowne w świetle pozostałych dowodów i doświadczenia życiowego, do czego Sąd odnosił się oceniając zebrany materiał. Za równie niewiarygodne należało uznać także, iż strona nie była informowana o swoim stanie zdrowia bezpośrednio po wykonanej operacji oraz, że próbowano przed nią zataić występowanie powikłań. Obydwoje świadkowie podkreślali, że pacjentka i jej bliscy byli o wszystkim zawiadamiani, co zresztą powódka sama przyznała zeznając, że mąż przekazał jej, iż miała problem z płucami. Istotne jest jednocześnie, iż po zabiegu pozostawała pod wpływem środków znieczulających i jak sama podawała, niewiele pamiętała, a zatem mogła również nie kojarzyć, iż po wystąpieniu objawów odmy została poinformowana przez anestezjologa o konieczności wykonania dodatkowego zabiegu. Nie jest także zrozumiałe z jakich przyczyn personel szpitala miałby nie chcieć udzielić jej informacji ustnej o występujących objawach, skoro były one szeroko opisane w dokumentacji medycznej. Z tych przyczyn Sąd przyjął, iż powódka posiadała wszystkie niezbędne informacje o zabiegu oraz związanych z nim powikłaniach, a także, że prawidłowe było wyrażenie przez nią zgody na zabieg, która miała charakter pisemny i została zawarta w ankiecie przedoperacyjnej (k. 32). Zważyć należało, że w przypadku powódki konieczność leczenia nie wynikła nagle, a ona sama zgłosiła się do szpitala na dzień przed zabiegiem, a zatem miała dość czasu na zadanie koniecznych pytań i wyjaśnienie ewentualnych wątpliwości. Nikt także nie zmuszał jej do podpisywania dokumentów, których treści nie знаła lub nie rozumiała, a zatem wątpliwe są jej twierdzenia, że nie wiedziała pod czym się podpisuje.

Jeśli chodzi o **brak zgody na wykonanie drenażu ssącego**, to art. 33 ust 1 ustawy o zawodzie lekarza wskazuje, że udzielenie pacjentowi świadczenia zdrowotnego bez jego zgody jest dopuszczalne, jeżeli wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym. Decyzję o podjęciu czynności medycznych w okolicznościach, o których mowa w ust. 1, lekarz powinien w miarę możliwości skonsultować z innym lekarzem. Nie ulega wątpliwości, iż wykonanie drenażu w okolicznościach wystąpienia powikłań w postaci odmy opłucnej i rozedmy tkanej mieściło się w zakresie konieczności udzielenia powódkę niezwłocznej pomocy lekarskiej. Jak wynikało natomiast z zeznania świadków, pacjentka była wówczas nadal pod wpływem środków znieczulających, a zatem nie mogła wyrazić świadomej zgody na zabieg, co w świetle wymienionego przepisu stanowiło wystarczającą

przesłankę podjęcia działań przez personel medyczny bez obowiązku jej uzyskania. Nie można było przecież oczekiwać, ażeby lekarze czekali aż powódka w pełni odzyska świadomość i wyrazi zgodę na podjęcie zabiegu, bez wykonania którego w krótkotrwałym czasie mogłoby dojść do znaczącego pogorszenia jej stanu zdrowia. Istotne jest przy tym, że świadek S. G. (1) wskazała, iż decyzji o wykonaniu dodatkowych badań i zastosowaniu drenażu nie podjęła samodzielnie, ale w tym celu skonsultowała się z lekarzem wcześniej wykonującym zabieg, wobec czego nie może być mowy o żadnym naruszeniu przepisów.

W zakresie **prawa dostępu do dokumentacji medycznej** należało zważyć, iż wiąże się ono z obowiązkiem podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych do prowadzenia, przechowywania i udostępniania dokumentacji w sposób określony w przepisach, które przewidują między innymi konieczność dokonywania opisu stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych, a także odnotowanie przypadku wystąpienia okoliczności ze wspomnianego już art. 33 ust 1 ustawy o zawodzie lekarza. Bezsprornym jest, że dokumentacja medyczna powódki zawierała w tym względzie pewne braki, co potwierdził także sporządzający opinię biegły sądowy, jednakże, po pierwsze były one na tyle marginalne, że nie skutkowały wystąpieniem jakichkolwiek błędów terapeutycznych, a po drugie ich ujawnienie nie stanowi podstawy przyznania zadośćuczynienia na zasadzie art. 4 ust. 1 w zw. z ust 3 pkt. 2 i 3 ustawy o prawach pacjenta. Przepisu pozwalającego sądowi – w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta – na przyznanie poszkodowanemu odpowiedniej sumy tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 k.c., nie stosuje się bowiem do zawinionego naruszenia prawa pacjenta do: informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych oraz dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia. Przepis art. 23 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta stanowi, że pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych. W celu realizacji prawa, o którym mowa w art. 23 ust. 1, podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób określony w niniejszym rozdziale (art. 24 ust. 1 cytowanej ustawy). Zadośćuczynienie za naruszenia prawa pacjenta dotyczyć mogłoby więc co najwyżej określonego w ustawie dostępu do dokumentacji medycznej, a nie sposobu jej prowadzenia – co stanowi jedynie wyraz realizacji prawa pacjenta do dokumentacji medycznej – jednakże roszczenie takie wyłączone zostało z mocy przepisu art. 4 ust 3 pkt. 3 ustawy o prawach pacjenta. Bez względu nawet na powyższe wyłączenie roszczenia o zadośćuczynienie, przepis art. 4 ust. 1 cytowanej ustawy wskazuje, że przyznanie zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta jest fakultatywne. W ocenie sądu, w rozpoznawanej sprawie brak byłoby podstaw do uwzględnienia tego roszczenia, a to z uwagi na zupełnie marginalny charakter uchybień związanych z dokumentacją (uchybienia te polegają w zasadzie na tym, że określone informacje znajdują się w nieprawidłowym miejscu dokumentacji medycznej – rozpoznanie schorzenia powódki znajduje się w dokumentacji z przychodni przyszpitalnej, a nie szpitala, a dodatkowe rozpoznanie w toku operacji w opisie operacji, a nie w karcie wypisowej) i fakt całkowicie poprawnej opieki nad powódką w toku pobytu w szpitalu (prawidłowa diagnoza, prawidłowa metoda leczenia, prawidłowo przeprowadzona operacja, bardzo szybko ujawnione powikłanie i prawidłowe jego leczenie a w konsekwencji brak jakichkolwiek negatywnych skutków dla zdrowia powódki). Ogólnym mianownikiem przyznania zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta jest sytuacja, w której – na skutek naruszenia tych praw – pacjent może stracić zaufanie do służby zdrowia lub mieć uzasadnione poczucie, iż proces jego diagnostyki i leczenia był niedbały i niezgodny ze standardami medycznymi. Taka sytuacja nie miała miejsca w pozwanym szpitalu w trakcie leczenia powódki.

Odnosząc się do naruszenia **prawa do osobistego badania przez lekarza anestezjologa**, należało podnieść, iż prawa pacjenta, za naruszenie których możliwe jest przyznanie zadośćuczynienia zdefiniowane są w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Ustawa ta w przepisie art. 6 ust. 1 wskazuje, iż pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, nie precyzując jednak dokładnie określonych etapów procesu diagnostyki i terapii. W sprawie nie zostało wykazane, że powódkę pozbawiono świadczeń zdrowotnych na poziomie aktualnej wiedzy medycznej. Same obowiązki lekarzy, określone w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty, nie przekładają się bezpośrednio na prawa pacjentów, które są określone w innej ustawie. Oznacza to, że nawet naruszenie tych obowiązków może prowadzić do przyznania pacjentowi zadośćuczynienia tylko wówczas, gdy będzie ono miało postać błędu medycznego powiązanego przyczynowo ze szkodą, której dozna pacjent,

albo stanowić będzie samo w sobie naruszenie praw pacjenta. Żadna z tych sytuacji w rozpoznawanej sprawie jednak nie zachodzi. Problematyka błędu medycznego została już omówiona, zaś co do naruszenia praw pacjenta stwierdzić można jedynie, iż ewentualne zaniechanie osobistego badania przez lekarza mogłoby stanowić naruszenie praw pacjenta, gdyby oznaczało pozbawienie go prawa do świadczeń medycznych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, co w przypadku powódki nie miało miejsca.

Powoływany zresztą przez stronę powodową przepis art. 42 ustawy o zawodzie lekarza odnosi się jedynie do sytuacji, w której lekarz na podstawie badania ma wydać zaświadczenie co do stanu zdrowia pacjenta (ma orzec o stanie jego zdrowia), a zatem w przedmiotowej sprawie nie mógł mieć zastosowania. W świetle § 10 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 27 lutego 1998 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii w zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z dnia 24 marca 1998 r.), które obowiązywało w dniu udzielenia świadczenia zdrowotnego powódce, lekarz anestezjolog miał natomiast obowiązek zapoznania się z dokumentacją medyczną pacjenta, skompletowaną wraz z niezbędnymi wynikami badań laboratoryjnych przez lekarza prowadzącego, oraz przeprowadzenie, co najmniej na 24 godziny przed planowanym zabiegiem operacyjnym, badania w celu zakwalifikowania pacjenta do znieczulenia, zgodnie ze stanem zdrowia pacjenta i wskazaniem medycznymi. Na podstawie zgromadzonego materiału dowodowego należy przyjąć, iż takie badanie zostało u powódki przeprowadzone. Świadek S. G. (1), która dokonywała wyboru metody znieczulenia wskazała co prawda, że nie kojarzy twarzy powódki, jednakże podała, że pamięta jej przypadek i, że wypełniała zwartą w dokumentacji ankietę przedoperacyjną oceniając tzw. ryzyko ASA na 1, co potwierdzają oględziny tego dokumentu, w którym poszczególne rubryki wypełnione są jednolitym charakterem pisma i podpisane nazwiskiem lekarki, a dopiero druga strona przeznaczona do samodzielnego uzupełnienia przez pacjenta zawiera inny charakter pisma. Z dokumentacji medycznej wynika także, że powódka dzień przed operacją miała przeprowadzone niezbędne badanie krwi i serca, z którymi lekarz anestezjolog musiała się zapoznać, albowiem zgodnie z ich treścią uzupełniła właściwe rubryki w ankiecie przedoperacyjnej (k. 30-31).

W tym miejscu wypada podkreślić, że wbrew zarzutom powódki, wymieniona lekarz anestezjolog w czasie wykonywania zabiegu nie była stażystką i miała uprawnienia do samodzielnego pełnienia dyżuru jako lekarz odbywający specjalizację w ramach rezydentury, a rozpoznając w porę objawy powikłań udowodniła, że posiada niezbędną wiedzę do przeprowadzania zabiegów medycznych.

W świetle powyższego, zgodnie z art. 4 ust. 1 i ust 3 pkt 3 ustawy o prawach pacjenta roszczenie powódki również nie zasługiwało na uwzględnienie, co ostatecznie skutkowało oddaleniem powództwa w całości.

Z uwagi na sytuację finansową powódki, charakter sprawy oraz cierpienia jakich w subiektywnym odczuciu doznała w związku z wykonanym zabiegiem i jego powikłaniami, Sąd, na podstawie art. 102 k.p.c. nie obciążył jej kosztami postępowania poniesionymi przez pozwanych.