

UZASADNIENIE

W pozwie, który wpłynął do Sądu Okręgowego w Łodzi w dniu 9 listopada 2011 roku, powód A. G. wniósł o zasądzenie od pozwanego (...) Zakładu (...) Wydziału Likwidacji Szkód OC Podmiotów Ochrony (...) w Ł. kwoty 300.000 zł. z odsetkami za opóźnienie od dnia 10 sierpnia 2010r., tytułem zadośćuczynienia za krzywdę doznaną w wyniku błędu w sztuce medycznej, który spowodował pogorszenie stanu zdrowia A. G., kwoty 10.000 zł z tytułu odszkodowania za szkodę powstałą w następstwie pogorszenia zdrowia powoda (na którą składają się : koszty przejazdów do szpitala, koszty lekarstw i opieki medycznej oraz utracone zarobki) oraz zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kosztów sądowych według norm przepisanych.

Uzasadniając podstawy faktyczne pozwu, A. G. wskazał, że w dniu 14 maja 2010r. został poddany badaniu endoskopowemu, podczas którego wykryto u niego polipy jelita grubego. W dniu 9 sierpnia 2010r. powód został przyjęty, w trybie planowym, do Szpitala SP ZOZ MSWiA w Ł., w celu wykonania diagnostyki endoskopowej dolnego odcinka przewodu pokarmowego i usunięcia polipów. Według dokumentacji medycznej, zabieg przebiegł bez powikłań, a pacjent został wypisany tego samego dnia w stanie ogólnym dobrym. Następnego dnia powód zaczął odczuwać bóle brzucha, których intensywność wzrastała się. W wyniku występujących dolegliwości, ich nagłego i intensywnego charakteru, A. G., w dniu 10 sierpnia 2010r., został przyjęty do Szpitala (...) w Ł., gdzie rozpoznano u niego zapalenie otrzewnej i perforację jelita grubego. Powyższa diagnoza skutkowała koniecznością przeprowadzenia operacji w trybie doraźnym.

W ocenie powoda, podczas wykonywania zabiegu polipektomii endoskopowej, popełniono błąd, skutkujący koniecznością bolesnego leczenia i dolegliwościami narażającymi powoda na cierpienie i dyskomfort. A. G. stale korzysta ze stomii, która utrudnia swobodne poruszanie się i załatwianie spraw życia codziennego Powód nie może normalnie funkcjonować w społeczeństwie, co wpływa ujemnie na jego stan psychiczny. (pozew k. 2-5)

W odpowiedzi na pozew z dnia 4 stycznia 2012r. pozwany wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie od powoda kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Pozwany potwierdził, że zawarł z Zakładem Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Ł. umowę obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej na okres od 11 czerwca 2009r. do 10 czerwca 2011r. potwierdzoną polisą nr (...). Na podstawie tej umowy ubezpieczyciel świadczył ochronę ubezpieczeniową w granicach wyznaczonych sumą gwarancyjną w kwocie 46.500 Euro za jedno zdarzenie, czyli 187.780,95 zł. (po redukcji), według średniego kursu Euro w NBP z dnia 2 stycznia 2009r. (po 4,1721 zł.)

Nadto, pozwany zawarł z ZOZ MSWiA w Ł. umowę dobrowolnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej deliktowo – kontraktowej zakładu opieki zdrowotnej z włączeniem szpitalnictwa na okres od 11.06.2009r. do 10.06.2011r., potwierdzoną polisą na (...), obejmującą odpowiedzialność cywilną deliktową i kontraktową, w odniesieniu do prowadzonej działalności z uwzględnieniem szkód wyrządzonych przez personel zatrudniony na podstawie innych umów niż umowa o pracę, z podlitem 1.000.000 zł do wyczerpania w każdym rocznym okresie ubezpieczenia, w przypadku szkód powstałych przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej, które nie zostały objęte ubezpieczeniem obowiązkowym z uwagi na wyczerpanie się sumy gwarancyjnej obowiązkowego ubezpieczenia świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej.

W ocenie pozwanego, powód nie wykazał, że doszło do błędu w sztuce medycznej przy wykonywaniu zabiegu kolonoskopii podczas którego przeprowadzono polipektomię endoskopową gruczolaka jelita grubego. W szczególności, powód nie udowodnił, że świadczenie medyczne były udzielane niezgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej i na czym polegały nieprawidłowości w leczeniu. Pozwany podniósł również, że roszczenie o zadośćuczynienie jest wygórowane, a nadto powód nie wskazał co składa się na dochodzoną pozewem kwotę odszkodowania. (odpowiedź na pozew k. 40-44)

Pismami procesowymi z 22 maja 2012r. i 12 czerwca 2012r. powód dokonał modyfikacji powództwa, ograniczając je do kwoty 177.780,95 zł., tytułem zadośćuczynienia z ustawowymi odsetkami od dnia 9 sierpnia 2011r. oraz kwoty 10.000 zł., z tytułu odszkodowania z ustawowymi odsetkami od dnia 9 sierpnia 2011r. W pozostałym zakresie powód cofnął powództwo, bez zrzeczenia się roszczenia. (pismo z 22.05.2012 r. k. 80-81, pismo z 12.06.2012 r. k. 84-85, oświadczenie w protokole k. 97)

W piśmie procesowym, złożonym na terminie rozprawy w dniu 5 lipca 2012r., pozwany oświadczył, że nie wyraża zgody na cofnięcie pozwu bez zrzeczenia się roszczenia w zakresie kwoty 122.219,05 zł. (pismo pozwanego złożone na rozprawie w dniu 5.07.2012r. k. 95-96, oświadczenie w protokole k. 97-98)

Na terminie rozprawy poprzedzającym wyrokowanie, strony podtrzymały dotychczasowe stanowiska procesowe, wyrażone w toku procesu. (protokół rozprawy – zapis obrazu i dźwięku : 00:01:16)

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:

A. G. został w dniu 16 czerwca 2010r. skierowany przez lekarza specjalistę medycyny rodzinnej i chorób wewnętrznych do szpitala z rozpoznaniem polipów jelita grubego (historia choroby z poradni gastrologicznej, skierowanie do poradni gastrologicznej k. 12 załączonych akt likwidacji szkody).

W wykonanej dniu 14 maja 2010r., w trybie ambulatoryjnym w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej (...) Spółka z o.o. i (...) Spółce komandytowej w Ł., kolonoskopii u powoda A. G. stwierdzono w jelicie grubym kilkanaście polipów o różnej średnicy i kształcie, które zakwalifikowano do usunięcia drogą endoskopową. Podczas wymienionego badania nie wykonano zabiegu polipektomii z powodu złego przygotowania jelita do badania. Zalecono wykonanie planowej polipektomii w terminie późniejszym – po lepszym przygotowaniu jelita do badania (karta badania endoskopowego k. 6).

Powód zgłosił się do Szpitala MSWiA w Ł. z uwagi na najkrótszy czas oczekiwania na zabieg w tej placówce. (zeznania powoda – k. 140 odw. w zw. z 00:13:59 zapisu dźwiękowego protokołu rozprawy z 20.11.2014 r.)

W dniu 9 sierpnia 2010r. A. G. został przyjęty, w trybie planowym, na Oddział (...) Ogólnej Szpitala ZOZ Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Ł., celem wykonania diagnostyki endoskopowej dolnego odcinka przewodu pokarmowego i usunięcia polipów jelita grubego (polipektomii endoskopowej) (karta informacyjna leczenia szpitalnego k. 7).

Przed zabiegiem powód został poinformowany o stanie swojego zdrowia, sposobie diagnozowania i leczenia, sposobie wykonywania procedury obejmującej polipektomię endoskopową, ryzyku, jakie jej towarzyszy, oświadczył, że otrzymaną informację zrozumiał. Lekarz prowadzący – dr S. D., zapytał pacjenta o czas i miejsce przeprowadzenia kolonoskopii, przyczyny dla których polipektomii nie wykonano w tej placówce, rodzaj przyjmowanych leków i obciążanie chorobami. Lekarz nie stwierdził przeciwwskazań do zabiegu i wytłumaczył powodowi na czym on polega.

Powód wyraził pisemną zgodę na zabieg, pobranie wycinków do badania histopatologicznego oraz został poinformowany o celu i skutkach zabiegu oraz o możliwych powikłaniach.

Podczas polipektomii nie zastosowano dożylnych środków znieczulających, przez cały czas badania powód był przytomny i w kontakcie logiczno-słownym, lekarzowi asystowała pielęgniarka endoskopowa. Zabieg trwał około 15 minut i przebiegał bez powikłań, w szczególności nie zaobserwowano krwawienia ze ściany jelita. Polip średniej wielkości został usunięty w sposób standardowy za pomocą pętli elektrokoagulacyjnej.

A. G. obserwował zabieg na monitorze.

Po zabiegu pacjent pozostał na obserwacji, która standardowo wynosi około jednej godziny, w zależności od stanu chorego. Lekarz operator, dr D. pytał powoda o samopoczucie, nie było żadnych przesłanek wskazujących na wystąpienie krwawienia, bądź perforacji w trakcie zabiegu, stan pacjenta był dobry, nie skarżył się na żadne

dolegliwości i lekarz podjął decyzję o wypisaniu powoda, po uprzednim poinformowaniu go o konieczności zgłoszenia się do szpitala po odbiór wyniku badania histopatologicznego oraz w sytuacji wystąpienia niepokojących objawów. Powód dowiedział się, że może normalnie jeść, nie było żadnych ograniczeń w zakresie diety lub stylu życia. (karta informacyjna leczenia szpitalnego k. 7, historia choroby k. 8, wynik badania endoskopowego k. 9, oryginał dokumentacji lekarskiej – koperta oznaczona jako k. 172, zeznania świadka S. D. k. 97 odw.-98 odw., zeznania powoda – k. 140 odw. -141 w zw. z 00:13:59 zapisu dźwiękowego protokołu rozprawy z 20.11.2014 r.)

A. G. wrócił do domu autobusem ze znajomą J. M., nie odczuwał żadnych dolegliwości. Wieczorem zjadł mięso z ziemniakami. Następnego dnia po południu, około godziny 14.00 pojawił się silny ból żołądka, powód pocił się i był blady, jego brzuch był twardy. Udał się do J. M. i razem pojechali do jej brata, który jest chirurgiem po poradę odnośnie dalszego postępowania. Lekarz zbadał powoda i polecił mu udać się do szpitala, skontaktował się następnie ze swoim kolegą na dyżurze w Szpitalu im. (...) J. B. w Ł. i powód został tam przyjęty w trybie nagłym. (zeznania powoda – k. 140 odw. -141 w zw. z 00:13:59 zapisu dźwiękowego protokołu rozprawy z 20.11.2014 r., zeznania J. M. k. 74 odw. -75 odw.)

W dniu 10 sierpnia 2010r. powód zgłosił się do Szpitala (...) św. J. B. w Ł., gdzie na podstawie wykonanych badań diagnostycznych i przeprowadzonych konsultacji, stwierdzono perforację jelita grubego i ropno – kałowe zapalenie otrzewnej. Z tego powodu, w godzinach wieczornych, przeprowadzono u powoda, w trybie pilnym, zabieg operacyjny resekcji esicy metodą Hartmanna z wytworzeniem stomii na jelicie grubym. A. G. był hospitalizowany do 23 sierpnia 2010r. Pacjent został wypisany do domu w zadowalającym stanie ogólnym z zaleceniem kontroli w poradni chirurgicznej. (karta informacyjna leczenia szpitalna k. 10-11, zeznania powoda – k. 140 odw. -141 w zw. z 00:13:59 zapisu dźwiękowego protokołu rozprawy z 20.11.2014 r.)

Po powrocie do domu, powód wymagał pomocy przy obsłudze worka stomijnego, której udzielała mu koleżanka. Rana po zabiegu goiła się przez miesiąc, powód miewał wysoką gorączkę. Powód kupował worki w rozmiarze maxi, które wymagały zmiany co drugi dzień. Potrzebna do tego była pasta stomijna, plastry, gaza, rękawiczki chirurgiczne. Na te środki powód wydatkował około 300 zł. miesięcznie. Koszt dojazdu taksówką z miejsca zamieszkania powoda na (...) do szpitala przy ul. (...), wynosił 100 zł. w obie strony. Powód dojeżdżał do przychodni raz w miesiącu w okresie używania worka stomijnego i istnienia przetoki.

A. G. odczuwał dyskomfort kiedy z worka wydobywał się fetor albo miał miejsce niekontrolowane wydzielanie się gazów. Zdarzało się, że musiał wówczas wysiadać ze środków komunikacji miejskiej i wracać do domu na pieszo albo zwalniać się wcześniej z pracy, gdyż było to dla niego bardzo kłopotliwe. (zeznania powoda – k. 140 odw. -141 w zw. z 00:13:59 zapisu dźwiękowego protokołu rozprawy z 20.11.2014 r., protokół rozprawy z 20.11.2014 r. – 00:16:13, zeznania J. M. k. 74 odw. -75 odw.)

W okresie od 19 stycznia do 10 lutego 2011 r. powód przebywał ponownie w Szpitalu (...) w Ł., gdzie, w trybie planowym, dokonano wycięcia stomii i odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego, jednak po kilku dniach stwierdzono cechy nieszczelności w miejscu dokonanego zespolenia i przeprowadzono relaparotomię z uszczelnieniem i drenażem zespolenia jelitowo-jelitowego oraz jamy otrzewnej. Po kolejnych kilku dniach konieczne stało się wykonanie przetoki skórno – jelitowej, którą zamknięto operacyjnie dopiero po 9 miesiącach – w dniu 7 lipca 2011 roku. (karty informacyjna leczenia szpitalnego k. 12-13, k. 14, zeznania powoda – k. 140 odw. -141 w zw. z 00:13:59 zapisu dźwiękowego protokołu rozprawy z 20.11.2014 r.)

W czasie między operacjami powód miał w brzuchu 3 otwory, przez które wydobywała się masa kałowa, ale w mniejszym stopniu, gdyż wówczas A. G. miał już możliwość normalnego wypróżniania się. Przetoka stwarzała problemy – przed zmianą worka stomijnego powód musiał leżeć około 3-4 godziny obłożony gazą. (zeznania powoda – k. 140 odw. -141 w zw. z 00:13:59 zapisu dźwiękowego protokołu rozprawy z 20.11.2014 r., zeznania J. M. k. 74 odw. -75 odw.)

W okresie od 14 do 23 listopada 2011r. powód był ponownie hospitalizowany w Klinice (...) Medycznej – (...) Szpitala (...) w Ł., gdzie, w dniu 15 listopada 2011r., wykonano laparotomię, uwolnienie zrostów jamy brzusznej, resekcję esicy z zespoleniem koniec do końca szwem mechanicznym. Podczas operacji stwierdzono również niedokrwienie

wyrostka robaczkowego i przeprowadzono appendektomię. Przebieg około i pooperacyjny – bez komplikacji, chory został wypisany do domu w stanie dobrym z zaleceniami dalszej opieki w poradni chirurgicznej, zgłoszenie się w 14 dobie na zdjęcie szwów i odbiór wynik badania histopatologicznego za 21 dni oraz noszenie pasa przepuklinowego. Powód otrzymał zwolnienie lekarskie na 30 dni. Od tego czasu powód nie ma już problemów jelitowych, pojawiła się natomiast przepuklina. (karta informacyjna k. 86-87, zeznania powoda – k. 140 odw. -141 w zw. z 00:13:59 zapisu dźwiękowego protokołu rozprawy z 20.11.2014 r.)

Po tej operacji powód korzystał z prywatnych konsultacji medycznych u lekarzy specjalistów: dr C. i dr D. w przychodniach: (...) i Medal. Jedna wizyta u dr C. kosztowała 100 zł., u dr D. – 250 zł.

A. G. nie odzyskał formy sprzed zabiegu polipektomii, nadal czuje się źle, szybko się męczy. Obecnie przyjmuje leki na schorzenie kardiologiczne oraz psychotropowe (Lorafen) przepisane przez psychiatrę. Cały czas cierpi z powodu przepukliny, ponieważ podczas operacji nie udało się zespolić mięśni powięzi jelita. Powód musi uważać kiedy kaszle lub kicha, nie może dźwigać ciężarów większych niż 3 kg., ani jeździć na rowerze. Powód był kiedyś bardziej energiczny, obecnie jest podłamany psychicznie.

A. G. jest zatrudniony na tym samym stanowisku, które zajmował przed zabiegiem; na zwolnieniu lekarskim przebywał dwa razy po 3 miesiące, wówczas obawiał się, że straci pracę, przez zwolnienia nie otrzymał tzw. „trzynastki”, jego zarobki były niższe. (zeznania powoda – k. 140 odw. -141 w zw. z 00:13:59 zapisu dźwiękowego protokołu rozprawy z 20.11.2014 r., protokół rozprawy z 20.11.2014 r. – 00:13:59, 00:16:13, zeznania J. M. k. 74 odw. -75 odw.).

Postępowanie medyczne, podjęte przez personel medyczny wobec powoda w pozwanej placówce służby zdrowia, prowadzone było w sposób zgodny z wiedzą i sztuką lekarską. Zabieg polipektomii endoskopowej został przeprowadzony w sposób prawidłowy. Nie było przeciwwskazań do poddania A. G. przedmiotowemu zabiegowi, nie było także wskazań do ponadstandardowej procedury medycznej. Także postępowanie, zastosowane wobec powoda, po zabiegu było prawidłowe.

W dniu następnym po przeprowadzonym zabiegu polipektomii endoskopowej tj. 10.08.2010r. w godzinach popołudniowych wystąpiły u powoda objawy związane z perforacją jelita grubego, czego następstwem była konieczność leczenia chirurgicznego. Na skutek perforacji jelita grubego powód wymagał kilkukrotnego leczenia operacyjnego, co wiązało się z kolejnymi pobytami szpitalnymi, a tym samym – z potęgowaniem się stresu związanego ze stosowanym leczeniem.

Rozmiar cierpień psychicznych i fizycznych występujących u powoda w związku z przebytą perforacją jelita grubego i jej następstwami należy uznać za bardzo duży, szczególnie w okresach tzw. pooperacyjnych. Obecnie powód odczuwa przede wszystkim cierpienie psychiczne, które również można uznać za znaczne.

Następstwa o charakterze gastroenterologicznym nie skutkowały koniecznością ponoszenia kosztów leczenia, te ostatnie były związane z leczeniem chirurgicznym.

Powód ze względów gastroenterologicznych nie wymagał niezbędnej pomocy osób trzecich.

U powoda z przyczyn gastroenterologicznych występuje 10 % trwałego uszczerbku na zdrowiu (kwalifikowany z punktu 66 a załącznika do rozporządzenia). (pisemna opinia biegłego z zakresu gastroenterologii K. G. k. 100-103)

Skutek w postaci perforacji jelita grubego pozostaje w związku przyczynowym z przeprowadzonym dniem 9 sierpnia 2010 r. zabiegiem polipektomii endoskopowej. Opisany skutek nie należy do typowych tego typu procedury medycznej, gdyż typowym skutkiem wykonanego zabiegu polipektomii endoskopowej – jeżeli na to pozwalają warunki właściwego przygotowania chorego do badania oraz jego stan ogólny – jest usunięcie (najlepiej wszystkich) stwierdzonych w trakcie badań polipów i przesłanie ich do badania histopatologicznego, co związane jest z następczym, tj. po otrzymaniu wyniku tego badania, wdrożeniem dalszego toku postępowania terapeutycznego.

W przypadku A. G., badanie endoskopowe jelita grubego z polipektomią zostało przeprowadzone w sposób planowy, po wcześniejszym jego przyjęciu do oddziału chirurgicznego. Po wykonanym zabiegu powód czuł się dobrze (normalnie) – nie zgłaszał skarg i po rozmowie z lekarzem został zwolniony do domu.

Również po zabiegu częściowej resekcji jelita grubego z wyłonieniem stomii stan ogólny powoda był dobry i nie stwierdzono wskazań do dalszej hospitalizacji.

W przypadkach, w których, w wyniku polipektomii endoskopowej, doszło do perforacji jelita grubego i wiadome jest miejsce jej powstania, to następczym postępowaniem jest próba jej usunięcia drogą endoskopową lub (co jest stosowane w znakomitej większości tych przypadków) leczenie chirurgiczne (w różnych wariantach).

Po wykonanej endoskopowo polipektomii, w trakcie trwania badania rutynowo sprawdza się miejsce usunięcia polipów – dokonuje się miejscowej oceny pod względem doszczętności usunięcia polipa i ewentualnych następstw zabiegu. W konkretnym przypadku powoda, nie stwierdzono powikłań po polipektomii.

Podejrzenie wystąpienia podczas badania endoskopowego perforacji jelita grubego nakłada obowiązek podjęcia dalszych procedur (hospitalizacja z obserwacją chorego, badania laboratoryjne, badania obrazowe), zmierzających do opracowania i wdrożenia właściwego postępowania terapeutycznego. (pisemna uzupełniająca opinia biegłego z zakresu gastroenterologii K. G. k.117-118, k. 182, oryginał dokumentacji lekarskiej – koperta oznaczona jako k. 172)

Wielkość polipów nie ma znaczenia, przy ich usuwaniu. Polipy o wielkości powyżej 3 cm średnicy lub występujące gromadnie, raczej są usuwane chirurgicznie. Nie ma przeciwwskazań do usuwania ich również metodą endoskopową tzw. kęsową. Czasem zachodzi potrzeba zastosowania środka, który wypiętrzy polip, zwłaszcza jeśli polip jest duży, o szerokiej szypule. Decyzja zapada każdorazowo w trakcie zabiegu.

Nie ma ścisłych granic, jak długo pacjent, po zabiegu polipektomii endoskopowej, powinien być pod obserwacją lekarską. Każdorazowo określa to lekarz, który wykonywał zabieg. Po podaniu środków znieczulających, pacjent może różnie zareagować, może po zabiegu być krócej lub dłużej, mniej lub bardziej przytomny i w zależności od jego stanu podejmuje się decyzję o wypisaniu ze szpitala. Decyzja o pozostawieniu pacjenta w szpitalu nie zależy od ilości usuniętych polipów. To zależy od stanu pacjenta po zabiegu, od tzw. przeszłości chorobowej pacjenta i od trudności samego zabiegu.

Powikłania po zabiegu mogą wystąpić nawet w przypadku usuwania małego polipa, może wtedy też pojawić się krwawienie i wtedy zalecana jest obserwacja w szpitalu, po założeniu np. klipsa.

Powikłania, nawet w dużych ośrodkach medycznych, sięgają od 0,5 do 2 %. Nie jest normalnym skutkiem endoskopii częściowa resekcja esicy. Leczenie operacyjne było leczeniem ratunkowym dla pacjenta, wymuszonym na skutek powikłań po zabiegu polipektomii. Również powstanie nieszczelności w miejscu odtworzenia jelita- pasażu jelitowego, jest powikłaniem będącym w bezpośrednim związku z powikłaniem związanym z perforacją ściany jelita w trakcie polipektomii.

W trakcie endoskopii doszło do perforacji ściany jelita. Natomiast nie ma żadnych danych, że zabieg polipektomii został źle wykonany. Perforacja ściany jelita jest powikłaniem zabiegu polipektomii, który został przeprowadzony prawidłowo.

Perforacje się zdarzają częściej u lekarzy, którzy wykonują te badania nieumiejętnie, o małym doświadczeniu, ale zdarzają się też najlepszym fachowcom. Na ogół perforacje zdarzają się w trakcie samego zabiegu. Są znane również przypadki później perforacji, do której dochodzi już po zabiegu, w wyniku wzdęcia po jedzeniu, gdy w trakcie zabiegu doszło do osłabienia ściany jelita lub powstania mikrourazów i dopiero w momencie wzdęcia jelita ma miejsce perforacja. Przy wykonaniu usunięcia polipów metodą tradycyjną, czyli operacyjną, jest inne pole operacyjne, natomiast przy posłużeniu się endoskopem, następuje usunięcie polipów pętlą elektryczną, toteż jeżeli powstaje

mikrouszkodzenie na skutek oparzenia pętłą i występuje obrzęk, to tego nie widać w obrębie endoskopowym. Potem może dojść do powiększenia tego uszkodzenia.

Nie ma specjalnej diety zalecanej po zabiegu endoskopowym.

Zapalenie kałowe powstaje, kiedy następuje wyjście kału poza ścianę jelita i dochodzi do zakażenia otrzewnej. To, jak szybko pojawiają się objawy tego zakażenia u pacjenta, jest związane z ilością wyjścia kału, z odpornością pacjenta i jego ogólnym stanem. W przypadku powoda zapalenie otrzewnej było wynikiem perforacji jelita i wyjściem kału poza ścianę jelita do otrzewnej.

Po wykonaniu zabiegu każdy lekarz sprawdza, czy jest doszczętnie wykonana polipektomia, czy nie trzeba czegoś poprawić, czy nie ma krwawienia. W tym przypadku prawdopodobnie wystąpił mikrouraz, który nie był dostrzegalny w trakcie zabiegu. Jeżeli zachodziłoby podejrzenie, że powstało uszkodzenie, to lekarz założyłby klips i zostawił pacjenta na noc w szpitalu. W tym przypadku takiego podejrzenia nie było.

Można również podejrzewać, że polip u powoda był na tyle rozległy, że, aby go usunąć w całości trzeba było objąć większą część ściany jelita. Może wówczas wystąpić sytuacja, w której ściana jelita zachowuje swoją ciągłość, ale zostaje np. oparzona pętłą endoskopową i dopiero po jakimś czasie dochodzi do perforacji w tym miejscu oparzenia, nie ma natomiast możliwości weryfikacji, podczas zabiegu, że doszło do oparzenia.

Lekarz, który operował powoda, w 2011 roku, wykonał około 100 zabiegów polipektomii i ponad 300 zabiegów kolonoskopii. Przypadek powoda był jedynym w jego praktyce, kiedy wystąpiła późna perforacja po zabiegu, natomiast zdarzyły się 2 przypadki perforacji podczas zabiegu.

Zawsze po usunięciu polipa widać miejsce odcięcia (samo odcięcie polipa jest urazem), występuje obrzęk po oparzeniu pętłą, ale nie zawsze w takich sytuacjach stosuje się zabezpieczenie. W miejscu po odcięciu polipa tkanka jest biała.

Każde zapalenie otrzewnej zagraża życiu. Obecnie powód powinien znajdować pod opieką lekarzy gastrologów lub chirurgów, zajmujących się jelitami, w szczególności gastroenterologów. Nie można przewidzieć, czy u powoda mogą wystąpić kolejne powikłania np. zwężenie w miejscu zespolenia, może powstać zrost, takie są statystyki, ale należy się z nimi liczyć. (ustne uzupełniające opinie biegłego z zakresu gastroenterologii K. G. k. 139 odw.-140, k. 146 odw.-148, 148 odw.; zeznania świadka S. D. k. 98).

A. G. dokonał notyfikacji szkody stronie pozwanej w dniu 11 lipca 2011r., domagając się zapłaty kwoty 300.000 zł. tytułem zadośćuczynienia z ustawowymi odsetkami od dnia 9 sierpnia 2010 r. oraz kwoty 10.000 zł. tytułem odszkodowania z ustawowymi odsetkami od dnia 9 sierpnia 2010 r. (zgłoszenie szkody k. 2-4 załączonych akt likwidacji szkody nr (...))

W piśmie z dnia 16 września 2011r. pozwany ubezpieczyciel poinformował powoda o braku podstaw do przyjęcia odpowiedzialności (...) Zakładu (...) i wypłaty świadczenia z umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ZOZ MSWiA w Ł. (pismo k. 17).

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie powołanych dowodów z dokumentów w postaci dokumentacji medycznej oraz zeznań powoda i świadków, a przede wszystkim – na podstawie opinii biegłego sądowego z zakresu gastroenterologii K. G. rozumianej jako całokształt wypowiedzi- zarówno w formie pisemnej jak i ustnej na rozprawie.

Strona powodowa wносиła o powołanie biegłego spoza okręgu (...) wskazując na hermetyczny charakter środowiska lekarskiego.

Nie sposób zgodzić się ze stanowiskiem, że każdy biegły lekarz opiniujący w sprawie o błąd w sztuce dotyczący placówki służby zdrowia z Ł. podlega a priori wyłączeniu ze względu na potencjalną możliwość powiązania służbowego, czy towarzyskiego z lekarzami w niej zatrudnionymi. Do skutecznego zakwestionowania opinii wydanej w sprawie niniejszej strona powodowa musiałaby podnieść konkretne okoliczności wskazujące na brak obiektywizmu biegłego i

tendencyjność oceny przypadku, bądź argumenty pozwalające na stwierdzenie, że opinia jest niespójna, nielogiczna, zawiera nieścisłości, bądź została sporządzona niezgodnie z zasadami metodologii, przez podmiot nie posiadający odpowiedniej wiedzy fachowej. Dowód z opinii biegłych podlega bowiem ocenie przy zastosowaniu art. 233 § 1 k.p.c.- na podstawie właściwych dla jej przedmiotu kryteriów zgodności z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, poziomu wiedzy biegłego, podstaw teoretycznych opinii, a także sposobu motywowania oraz stopnia stanowczości wyrażonych w niej wniosków (por. postanowienie SN z dnia 7 listopada 2000 r., I CKN 1170/98, OSNC 4/2001, poz. 64). Mając powyższe na uwadze, Sąd doszedł do przekonania, że w przypadku biegłego K. G., nie zachodzi żaden z przytoczonych przypadków skutecznego zakwestionowania bezstronności biegłego lub przydatności, złożonej przez niego opinii, do celów dowodowych. Biegły wypowiedział się o przypadku powoda w sposób wyczerpujący, fachowy, odpowiedział na wszystkie pytania strony powodowej i przekonująco wyjaśnił nasuwające się wątpliwości. Wbrew zarzutom strony powodowej opinia podstawowa i opinie uzupełniające biegłego nie są wewnętrznie sprzeczne, a wręcz przeciwnie, są spójne i logiczne i jako takie prowadzą do wniosku, że bez wątpienia skutek w postaci perforacji jelita grubego pozostaje w związku przyczynowym z przeprowadzonym dniu 9 sierpnia 2010r. zabiegiem polipektomii endoskopowej, co jednak nie wyklucza oceny, że zabieg polipektomii endoskopowej u powoda został przeprowadzony w sposób prawidłowy, zaś późna perforacja, stanowiła powikłanie zabiegu, a nie błąd w technice jego przeprowadzenia lub procedury pooperacyjnego zaopatrzenia i opieki na pacjentem.

W tej sytuacji oddaleniu podlegał wniosek pełnomocnika powoda o dopuszczenie dowodu z kolejnej opinii innego biegłego sądowego, tej samej specjalności, spoza Ł.. W ocenie Sądu przeprowadzenie wnioskowanego dowodu zmierzałoby jedynie do zbędnego przedłużania procesu i zwiększania jego kosztów. Zaznaczyć przy tym należy, iż samo niezadowolenie strony z treści opinii lub rozbieżność jej wniosków z oczekiwaniami i roszczeniami strony nie uzasadnia dopuszczania dowodów z opinii kolejnych biegłych tej samej specjalności, bowiem rolą biegłego jest wydanie fachowej i niezależnej opinii zgodnie z zakreśloną tezą dowodową, przy wykorzystaniu wiadomości specjalnych, jakimi dysponuje, nie zaś bezkrytyczne potwierdzenie żądań pozwu. (por. wyrok SN z dnia 5 listopada 1974r. w sprawie o sygn. akt I CR 562/74, nie publikowane)

W świetle wyników postępowania dowodowego Sąd oddalił również wniosek powoda o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego lekarza chirurga tkanek miękkich na okoliczność przyczyn powstania, sposobu leczenia i skutków wystąpienia przepukliny u powoda (k. 205) jako zbędny dla rozstrzygnięcia i zmierzający do przewlekania postępowania, bowiem wobec ustalenia braku wystąpienia błędu medycznego podczas zabiegu polipektomii, nie ma również podstaw do przyjęcia odpowiedzialności strony pozwanej, za dalsze następstwa zabiegów operacyjnych jakim powód był poddawany w okresie późniejszym, skutkujących powstaniem u pacjenta przepukliny, co czyni bezprzedmiotowym przeprowadzenie wnioskowanego dowodu.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje :

Powództwo, jako bezzasadne podlegało oddaleniu.

W myśl art. 822 k.c. przez umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zakład ubezpieczeń zobowiązuje się do zapłacenia określonego w umowie odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim, względem których odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczający albo osoba, na której rzecz zostaje zawarta umowa ubezpieczenia .

Przyjęcie odpowiedzialności ubezpieczyciela wymaga uprzedniego ustalenia, że członek personelu Zakładu Opieki Zdrowotnej (...)w Ł. ponosi odpowiedzialność cywilną wobec powoda na podstawie art. 430 k.c.

Zgodnie z tym przepisem, 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. Powołany przepis statuuje odpowiedzialność z tytułu czynu niedozwolonego za szkody wyrządzone osobie trzeciej przez podwładnego z jego winy.

Między osobą powierzającą wykonanie czynności a tym, komu czynność powierzono, musi istnieć stosunek zwierzchnictwa i podporządkowania. Zwierzchnikiem jest ten, kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności

osobie, która przy jej wykonywaniu podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek. W doktrynie i judykaturze przyjmuje się, że chodzi o pojęcie podporządkowania tylko ogólnooorganizacyjne. W konsekwencji tego, stosunkiem podporządkowania, obejmuje się także działania zatrudnionych w zakładzie fachowców, którym przysługuje stosunkowo szeroki zakres samodzielności w podejmowaniu decyzji np., w odniesieniu do działania lekarzy, w zakresie diagnozy i terapii. Zakład opieki zdrowotnej (szpital) ponosi odpowiedzialność za błędy organizacyjne i zaniedbania personelu medycznego oraz za naruszenie standardów postępowania i procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, skutkiem czego są poważne szkody doznane przez pacjenta (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Rzeszowie z dnia 12 października 2006 roku, I ACa 377/06).

Konsekwencją tego, że odpowiedzialność zwierzchnika uzależniona jest od odpowiedzialności bezpośredniego sprawcy (wykonawcy), jest solidarna odpowiedzialność wobec poszkodowanego. Od tej ogólnej reguły istnieją odstępstwa, wśród których szczególne znaczenie ma art. 120 § 1 k.p. Zgodnie z tym przepisem w razie wyrządzenia, przez pracownika przy wykonywaniu przez niego obowiązków pracowniczych, szkody osobie trzeciej, zobowiązany do naprawienia szkody jest wyłącznie pracodawca. Jak to wyjaśnił Sąd Najwyższy w uchwale z dnia 12 czerwca 1976 roku, III CZP 5/76, art. 120 § 1 k.p. czyni „(...) wyłom w zasadach przejętych w kodeksie cywilnym przez odebranie osobie trzeciej (poszkodowanemu) czynnej legitymacji materialnoprawnej w stosunku do sprawcy szkody, gdyż do naprawienia szkody w takim układzie zobowiązany jest wyłącznie zakład pracy (...). Przepis art. 120 § 1 k.p. wychodzi poza ramy regulacji określonej art. 1 k.p. i wkracza tylko o tyle w unormowanie prawa cywilnego, o ile ustanawia wyłączną legitymację bierną zakładu pracy wobec poszkodowanej osoby trzeciej (...)”.

Przesłanką odpowiedzialności zwierzchnika jest zawsze wina podwładnego, użyta w tym samym znaczeniu, co w art. 415 k.c.

Wymaganie wyrządzenia szkody przy wykonywaniu powierzonej czynności oznacza, że między powierzeniem czynności a działaniem, w którego wyniku nastąpiła szkoda, powinien zachodzić związek przyczynowy w rozumieniu art. 361 § 1 k.c., ograniczający się do następstwa normalnych, tj. takich, jakie na podstawie doświadczenia życiowego należy uznać za stanowiące z reguły skutki danego rodzaju działań lub zaniechań.

Miernikiem właściwego zachowania odpowiedzialnego jest kryterium należytej staranności (art. 355 k.c.). Od lekarzy wymaga się staranności wyższej niż przeciętna z uwagi na przedmiot ich zabiegów, którym jest człowiek i skutki, które często są nieodwracalne (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 9 marca 2001 roku, I ACa 124/01).

W doktrynie i orzecznictwie przyjmuje się, że błędem lekarskim jest postępowanie sprzeczne z powszechnie uznanymi zasadami wiedzy medycznej. Sąd Najwyższy w orzeczeniu dnia 1 kwietnia 1955 roku, w sprawie sygn. akt IV CR 39/54 skonstatował, iż błędem w sztuce lekarskiej jest czynność lekarza w zakresie diagnozy i terapii, niezgodna z nauką medyczną w zakresie dla lekarza dostępnym.

Dla powstania odpowiedzialności na podstawie powołanych wyżej przepisów konieczne jest zatem ustalenie wyrządzenia szkody oraz normalnego związku przyczynowego pomiędzy działaniem lub zaniechaniem, a powstałą szkodą. Konieczne jest także ustalenie winy lekarza w znaczeniu subiektywnym, tj. podmiotowej zarzucalności działania lekarza. Błąd lekarski jest zawiniony subiektywnie, jeżeli stanowi następstwo niedbalstwa, tj. niedołożenia przez lekarza należytej staranności w działaniu. W celu oceny ewentualnej odpowiedzialności za wyrządzoną pacjentowi szkodę zbadać zatem należy, czy lekarzowi można postawić zarzut, że gdyby nie dopuścił się niedbalstwa (zachował wymaganą staranność i wykorzystał wszelkie dostępne w danym czasie i okolicznościach metody i środki działania), mógłby uniknąć błędu i tym samym nie doprowadzić do powstania negatywnych następstw na zdrowiu pacjenta.

Jak wynika z ugruntowanego piśmiennictwa lekarz może być uznany za podwładnego w pełnym zakresie, ponieważ podlega ogólnooorganizacyjnemu kierownictwu zakładu leczniczego, a czynności lecznicze wykonuje na rachunek zakładu. Dotyczy to zarówno publicznych zakładów opieki zdrowotnej, jak i niepublicznych, jeżeli lekarz działa na

rachunek zakładu. W tym przypadku personel medyczny był również pracownikami Szpitala, a zatem można odwołać się również do, powołanego wyżej, art. 120 k.p.

Przesłanką odpowiedzialności, jak zostało wyżej wywiedzione, jest wina podwładnego.

W świetle poczynionych w sprawie ustaleń faktycznych, w ocenie Sądu, nie zostało udowodnione, że szkoda w postaci perforacji jelita u powoda jak i dalszych jego następstw, powstała wskutek zawinionego działania lekarza prowadzącego proces leczniczy w jednostce za którą odpowiedzialność ponosi pozwany ubezpieczyciel.

Wręcz przeciwnie, zgromadzony w sprawie materiał dowodowy, w szczególności opinia biegłego sądowego lekarza specjalisty gastroenterologa dr K. G. wykazał, że podczas zabiegu polipektomii endoskopowej, jak opieki i zaleceń pooperacyjnych, nie doszło do błędu lekarskiego. Proces leczenia - procedury medycznej, jakiej powód został poddany w dniu 9 sierpnia 2010r., w Szpitalu (...) w Ł., przebiegał zgodnie ze wskazaniami wiedzy i sztuki medycznej. Ocena przebiegu badania endoskopowego z usunięciem polipów i podejmowanych działań lekarza operatora wskazuje, że leczenie (zabieg i postępowanie po jego wykonaniu) było prowadzone właściwe i adekwatne do stwierdzanych objawów, a raczej odnotowanego ich braku. Wystąpienie późnej perforacji (która sama w sobie nie stanowi błędu w sztuce, a powikłanie rozumiane, jako dopuszczalne ryzyko zabiegu) było niezależne od działań medycznych i wynikało w głównej mierze z charakteru schorzenia, które w początkowym okresie nie dawało żadnych objawów, umożliwiającymi wczesne rozpoznanie, toteż jego brak również nie stanowił błędu lekarskiego. Powyższa opinia nie została skutecznie zakwestionowana, ani podważona przez powoda.

Od błędu, jako odstępstwa od wzorca i zasad należytego postępowania z uwzględnieniem profesjonalnego charakteru działalności sprawcy szkody, odróżnić bowiem należy powikłanie, które stanowi określoną, niekiedy atypową, reakcję pacjenta na prawidłowo podjęty i przeprowadzony zespół czynności leczniczych.

Odnosząc się zatem do głównego zarzutu strony powodowej dotyczącego sposobu przeprowadzenia u A. G. w dniu 9 sierpnia 2010 roku polipektomii, należy raz jeszcze wskazać, że ustalenia faktyczne, poczynione w oparciu o zaoferowany materiał dowodowy, prowadzą do wniosku, iż przedmiotowy zabieg został przeprowadzony prawidłowo, zgodnie ze sztuką i wiedzą medyczną. Powyższe należy odnieść zarówno do procedury obejmującej samo badanie, jak i postępowania pooperacyjnego.

Możliwość uszkodzenia ściany jelita grubego podczas omawianego zabiegu istnieje zarówno w przypadku działania chirurga doświadczonego (jakim bez wątpienia był lekarz operator, który zajmował się przypadkiem powoda), jak i nowicjusza, ryzyko istnieje niezależnie od ilości wycinanych polipów i ich wielkości. U powoda nie doszło do perforacji w trakcie zabiegu, bowiem podczas polipektomii nie zaobserwowano krwawienia atypowego, innego niż naturalnie wywołanego użyciem pętli endoskopu. Z kolei normalnym następstwem użycia pętli endoskopowej jest obrzęk w miejscu odcięcia polipa, który może maskować mikrouraz ściany jelita, powstały na skutek oparzenia pętlą, lub znaczne osłabienie ściany jelita, które, w następstwie rozdymania jelita w okresie późniejszym, skutkuje krwawieniem i perforacją.

Twierdzenia powoda, w myśl których, widział on strużkę krwi i nie zaobserwował jej zmywania, nie mogą stanowić podstawy ustaleń przeciwnych, w szczególności dowodu na to, że w trakcie zabiegu doszło do krwawienia świadczącego o perforacji. Po pierwsze, powód – jak sam przyznał- nie spoglądał na monitor przez cały czas, nie widział też reakcji lekarza na, zaobserwowane przez siebie, krwawienie, po drugie – obraz widniejący na monitorze jest przekazywany zawsze w powiększeniu, co mogło stworzyć wrażenie masywnego krwawienia, które w istocie, przy odcięciu polipa przy użyciu pętli endoskopowej, zawsze się pojawia i nie świadczy o perforacji. Ponadto, jego obserwacje i wywiedzione na tej podstawie wnioski, sformułowane ex post, przez przyzmat wiedzy o zdarzeniach które wystąpiły później, jako pochodzące od osoby nie będącej specjalistą, nie są miarodajne dla oceny prawidłowości przeprowadzenia zabiegu, jako obarczone błędem braku wiedzy fachowej i doświadczenia zawodowego oraz oparte wyłącznie na własnych wrażeniach, z natury rzeczy subiektywnych.

Gdyby rzeczywiście miało miejsce krwawienie z uszkodzonej pętlą endoskopową tkanki, istotne z punktu widzenia przebiegu zabiegu i grożące powikłaniem (perforacją), a nie stanowiące wyłącznie naturalny objaw po użyciu pętli, pacjent nie tylko zaobserwowałby jakąś reakcję lekarza, ale i fakt ten znalazłby odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej, a nadto – powód z pewnością nie zostałby po tak krótkim czasie wypisany do domu, lecz zatrzymany w placówce na obserwację – z uwagi na możliwe negatywne konsekwencje zdrowotne.

Błędem w sztuce medycznej nie jest bowiem uszkodzenie ściany jelita, skutkujące perforacją, w trakcie zabiegu polipektomii endoskopowej, jak utrzymywał powód w uzasadnieniu pozwu, ale jego nierozpoznanie, w którym to kierunku ewoluowały twierdzenia strony powodowej w toku procesu.

Gdyby więc przyjąć, że uszkodzenie jelita (perforacja) nastąpiła w czasie zabiegu z dnia 9 sierpnia 2010r., to nierozpoznanie tego zdarzenia należałoby zakwalifikować do istotnego uchybienia w postępowaniu medycznym. Biorąc jednak pod uwagę brak objawów klinicznych towarzyszących perforacji (w tym zwłaszcza krwawienia) oraz dobry stan ogólny pacjenta po zabiegu (brak objawów bólowych), można przyjąć, że perforacja jelita w trakcie polipektomii endoskopowej nie miała miejsca. Z kolei mikrourazy (które mogą powstać po użyciu pętli endoskopu) są niedostrzegalne dla oka ludzkiego w polu operacyjnym widocznym przy zabiegu endoskopowym, tym bardziej zaś znaczne osłabienie ściany jelita, które powstaje w miejscu odcięcia polipa, a brak jakichkolwiek innych niepokojących symptomów u chorego uprawniał lekarza prowadzącego do zezwolenie mu na opuszczenie szpitala. Fakt, że perforacja nastąpiła późno, bo ok. 24 godziny po zabiegu, dowodzi tylko słuszności wniosku, że podczas zabiegu uszkodzenie nie mogło zostać rozpoznane, co również nie daje podstaw do uznania braku rozpoznania (jeśli takie miało miejsce) za błąd w sztuce lekarskiej.

W świetle powyższych ustaleń, zdaniem Sądu, nie można w rozpoznawanym przypadku zarzucić lekarzowi winy polegającej na nie dołożeniu należytej staranności w działaniu, tak podczas samego zabiegu, jak i w zakresie zaleceń i opieki pooperacyjnej. Zarówno sama perforacja jelita nie była następstwem nieprawidłowego i niezgodnego z zasadami sztuki lekarskiej postępowania lekarza wykonującego zabieg, a jedynie typowym powikłaniem, niezależnym od staranności personelu medycznego, jak również jej wystąpienie lub ujawnienie się w okresie późniejszym, po zabiegu. Brak jest bowiem dowodów na to, że do rzeczony perforacji doszło w trakcie samej polipektomii, zaś wystąpienie późnej perforacji, na skutek rozejścia się, osłabionej wycięciem tkanki lub mikrourazem, ściany jelita (nie możliwym do rozpoznania w trakcie zabiegu) również należy zakwalifikować wyłącznie, jako powikłanie, którego lekarz operator nie zawinił, jak również nie mógł mu zapobiec, pozostawiając pacjenta na obserwacji, gdyż, w trakcie i bezpośrednio po zabiegu, nie wystąpiły żadne wskazania do takich zaleceń.

Mając powyższe na uwadze, Sąd uznał, że przebieg działań podejmowanych wobec powoda przez lekarza operatora z (...) Publicznego Szpitala (...) (...) w Ł. nie daje żadnych podstaw do przyjęcia związku przyczynowego pomiędzy rozwojem choroby a zastosowaną procedurą medyczną.

W świetle powyższych rozważań, w ocenie Sądu, w przebiegu procesu leczniczego w przypadku powoda nie doszło do popełnienia błędu w sztuce lekarskiej. Z uwagi na powyższe Sąd uznał, że lekarz opiekujący się powodem podczas spornego zabiegu dołożył należytej staranności w opiece nad pacjentem. Lekarze obowiązani są do zachowania w postępowaniu leczniczym najwyższej staranności (art. 355 § 1 k.c.). Nie można jednak od nich wymagać, aby każde leczenie kończyło się wynikiem pozytywnym, bez względu na inne okoliczności przypadku (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 23 listopada 1976 roku, IV CR 442/76).

Reasumując zatem, w świetle poczynionych ustaleń, nie budzi wątpliwości Sądu, że perforacja jelita i jej skutki u powoda, nie wynikały z błędu w sztuce lekarskiej popełnionego czy to na etapie kwalifikacji pacjenta do zabiegu polipektomii endoskopowej, czy też podczas przedmiotowego zabiegu, czy w zaopatrzeniu pooperacyjnym.

Powyższe skutkuje oddaleniem powództwa w całości.

Powód przegrał sprawę w całości, jednakże Sąd uznał, że w niniejszej sprawie znajduje zastosowanie przepis art. 102 k.p.c. i przewidziana w nim zasada słuszności, zgodnie z którą w wypadkach szczególnie uzasadnionych Sąd może zasądzić od strony przegrywającej tylko część kosztów albo nie obciążać jej kosztami w ogóle. Powód dochodził swoich roszczeń w dobrej wierze, zmierzając do zaspokojenia swoich interesów w sposób przewidziany przez przepisy prawa. W momencie wystąpienia na drogę sądową powód mógł być subiektywnie przekonany o ich słuszności i na pewno nie można było określić ich mianem oczywiście bezpodstawnych, zaś rozstrzygnięcie procesu zależało w głównej mierze od treści opinii biegłych.

Wszystkie te okoliczności uzasadniały potraktowanie przypadku powoda, jako szczególnego. Z tych przyczyn Sąd orzekł o nieobciążaniu A. G. obowiązkiem zwrotu na rzecz strony pozwanej kosztów procesu.

Z/

Odpis wyroku wraz z uzasadnieniem doręczyć powodowi przez pełnomocnika.

2014/12/05