

Sygn. akt I C 618/11

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 25 marca 2014r.

Sąd Okręgowy w Lublinie I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący: **Sędzia Sądu Okręgowego Zofia Homa**

Protokolant: sekr. sądowy Małgorzata Siuda

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 11 marca 2014 r.

sprawy z powództwa Z. Z. (1)

przeciwko Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej w K.

o zapłatę

- 1) zasądza od pozwanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w K. na rzecz powódki Z. Z. (1) kwotę 100 000,00(sto tysięcy) złotych tytułem zadośćuczynienia wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 16 września 2011 do dnia zapłaty;
- 2) zasądza od pozwanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w K. na rzecz powódki Z. Z. (1) kwotę 680,00(sześćset osiemdziesiąt) złotych renty z tytułu zwiększonych potrzeb, płatnej miesięcznie do 10 - ego każdego miesiąca wraz z ustawowymi odsetkami w przypadku opóźnienia w płatności każdej z rat, począwszy od dnia 16 września 2011 roku;
- 3) ustala, że pozwany Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w K. będzie odpowiedzialny za dalsze szkody u powódki Z. Z. (1), które mogą ujawnić się w przyszłości jako następstwa leczenia w pozwanym Szpitalu;
- 4) w pozostałym zakresie powództwo oddala;
- 5) koszty procesu między stronami wzajemnie znosi;
- 6) nakazuje ściągnąć od pozwanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w K. na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Lublinie kwotę 10 207,00 (dziesięć tysięcy dwieście siedem) złotych tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych od których powódka była zwolniona, w pozostałym zakresie nieuiszczone koszty sądowe przejmuje na rachunek Skarbu Państwa.

I C 618/11

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 29 lipca 2011 roku (data wpływu) powódka Z. Z. (1) domagała się zasądzenia na jej rzecz od pozwanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w K. kwoty 200 000,00 złotych tytułem zadośćuczynienia wraz z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia następnego po doręczeniu pozwanemu odpisu pozwu do dnia faktycznej zapłaty oraz renty z tytułu zwiększonych potrzeb w kwocie 680 złotych płatnej miesięcznie do 10 – ego każdego miesiąca wraz z odsetkami ustawowymi w wypadku opóźnienia płatności począwszy od dnia 1 sierpnia 2011 roku. Powódka wносиła nadto o ustalenie, iż pozwany będzie odpowiedzialny za dalsze szkody, które mogą się ujawnić

w przyszłości jako następstwa przebiegu leczenia w pozwanym szpitalu i zasądzenia kosztów postępowania według norm przepisanych.

W uzasadnieniu pozwu powódka podniosła, iż w dniu 27 lipca 2008 roku po kilkakrotnych torsjach utraciła na krótko przytomność i upadła na podłogę w łazience. Upadek wywołał silny ból w odcinku szyjnym kręgosłupa. Po odzyskaniu świadomości z trudem doczołgała się do łóżka. Wezwane następnie pogotowie przewiozło ją do Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w K.. Po przyjęciu do jednostki stwierdzono: zwichnięcie, skręcenie i naderwanie stawów oraz więzadeł na poziomie szyi, ostatecznie stawiając rozpoznanie: artrozy stawów kręgosłupa szyjnego, dyskopatii C4-C5, C5-C6, C6-C7, podwichnięcia C5-C6.

Powódka w dalszej części podniosła, iż podczas pobytu w szpitalu zastosowano u niej leczenie zachowawcze zakładając kołnierz ortopedyczny oraz podjęto leczenie farmakologiczne. W dniu 29 lipca 2008 roku w szpitalu w L. wykonano badanie TK, podczas którego stwierdzono m.in. kyfotyczne ustawienie kręgosłupa szyjnego na poziomie C5-C6. Na poziomach C5-C6, C6-C7 osteofity na tylnych krawędziach trzonów powodujące ucisk struktury wewnątrzkanalowej. W stawie międzykręgowym C3-C4 po stronie lewej ujawniono ciężką artrozę z przerostem wyrostków stawowych. D. rozrzedzenia struktury kostnej kręgow szyjnych oraz osteofitozę na zarysach trzonów kręgow jako wyraz uogólnionych zmian zwyrodnieniowo – wytwórczych. W wykonanym badaniu struktury kostne odcinka szyjnego kręgosłupa uchwytnych zmian pourazowych nie wykazywały. Opisując przebieg leczenia powódka wskazała, iż transport na badanie do L. był dla niej niezwykle uciążliwy, a po powrocie do szpitala w K. została poinformowana o możliwości zastosowania leczenia zachowawczego za pomocą wyciągu czaszkowego lub podjęcia leczenia operacyjnego. W dniu 31 lipca 2008 roku po telefonicznej konsultacji z neurochirurgiem odstąpiono jednak od zastosowania leczenia operacyjnego i zalecono powódce założenie wyciągu czaszkowego na okres 7 dni, a następnie kołnierza ortopedycznego. Na założenie wyciągu czaszkowego powódka nie wyraziła zgody ale wielokrotnie za to nalegała na przeprowadzenie zabiegu operacyjnego. Ostatecznie została poinformowana przez lekarza, iż pozwany szpital nie dysponuje odpowiednim wyposażeniem technicznym m.in. odpowiednim stołem operacyjnym. W dniu 5 sierpnia 2008 roku ponownie wykonano badanie RTG kręgosłupa, a następnie przeprowadzono konsultację neurochirurgiczną z dr n. med. J. K., który stwierdził niestabilność C5, C6 i zaproponował leczenie operacyjne w Klinice (...). Powódka podniosła, że wyraziła zgodę na zaproponowane leczenie bez wahania. W dniu 22 sierpnia 2008 roku przeprowadzono jednak kolejne badanie RTG kręgosłupa, a w dniu 26 sierpnia 2008 roku wykonano natomiast badanie RM kręgosłupa szyjnego w którym stwierdzono: złagodzenie fizjologicznej lordozy szyjnej z jej odwróceniem na wysokości C5-C6, C6-C7, wysokość trzonów zachowana, na poziomach C4-C5, C5-C6, C6-C7, C7-Th1 oraz Th2/Th3 osteofity skierowane dokanalowo uciskają przestrzeń buforową worka oponowego. Na poziomach C5-C6 oraz C7-Th1 tarcze międzykręgowe o obniżonej intensywności sygnału w obrazach T2-zależnych. Na poziomie C4-C5 oraz C6-C7 o umiarkowanie podwyższonej intensywności sygnału w obrazach T2-zależnych. Na poziomie C4-C5 szerokopodstwana protruzja tarczy międzykręgowej z kompresją przestrzeni płynowej. W badanym odcinku morfologia sygnału rdzenia kręgowego w granicach prawidłowych.

Przez cały czas hospitalizacji powódka była unieruchomiona w pozycji leżącej, a podejmowane próby pionizacji nie przyniosły efektu, powódka nadal poruszała się przy pomocy balkonika i pod opieką rehabilitanta. Bardzo cierpiała z powodu stale utrzymującego się bólu w odcinku szyjnym kręgosłupa i ramionach. W dniu 1 września 2008 roku miała miejsce kolejna konsultacja neurochirurgiczna po której nie zaproponowano dalszego leczenia. W dniu 3 września 2008 roku Z. Z. (1) opuściła szpital w kołnierzu ortopedycznym, poruszając się przy pomocy dwóch kul w asyście rodziny. Cierpiała na znaczne dolegliwości bólowe, nie mogła poruszyć głową i traciła równowagę. Po dwóch tygodniach zgłosiła się na kontrolę do przychodni przyszpitalnej pozwanego i od lekarza otrzymała skierowanie na dwutygodniową rehabilitację tj. na 3 zabiegi 10 razy każdy oraz skierowanie na leczenie uzdrowiskowe. Zabiegi w przychodni przynosiły krótkotrwałą ulgę w bólu, potem jednak powróciły dolegliwości bólowe. Powódka zrezygnowała z sanatorium i rozpoczęła poszukiwania lekarzy specjalistów, który pomogliby jej ulżyć w cierpieniu. Zgłosiła się w tym celu na prywatną konsultację do dr n. med. J. K. i na konsultację u specjalisty medycyny niekonwencjonalnej. Ostatecznie powódka trafiła w dniu 3 grudnia 2008 roku do Centrum Rehabilitacji „(...)” w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w K., gdzie przebywała do 17 grudnia 2008 roku. Postawiono tam diagnozę zaniedbanego

zwichnięcia kręgu C5-C6 i zaproponowano powódce leczenie operacyjne, informując jednocześnie o bardzo dużym ryzyku operacji dla zdrowia i życia powódki na skutek wielomiesięcznego okresu po podwichnięciu kręgu oraz zaniedbaniu leczenia podwichnięcia kręgu bezpośrednio po urazie. Szanse powodzenia operacji lekarze centrum rehabilitacji określili na poziomie 10 %. Mimo to powódka zdecydowała się na leczenie operacyjne. W dniu 2 stycznia 2009 roku została planowo przyjęta do Centrum (...) w K., a w dniu 5 stycznia 2009 roku przeprowadzono u niej zabieg operacyjny repozycji zastarzałego zwichnięcia kręgu C5-C6 poprzez odbarczenie C5-C6 z dostępu tylnego i przedniego oraz stabilizacji C5-C6. Następnego dnia po operacji rozpoczęto pionizowanie powódki, która próbowała poruszać się samodzielnie wspierając się o poręcze na ścianach. W dniu 16 stycznia 2009 roku po niepowikłanym przebiegu okresu pooperacyjnego powódka została wypisana do domu, a następnie w dniu 12 marca 2009 roku zgłosiła się ponownie i została planowo przyjęta na leczenie usprawniające, które miało na celu wzmocnienie mięśni szyi. Po zakończonym leczeniu w dniu 10 kwietnia 2009 roku powódka została wypisana do domu.

W ocenie strony powodowej personel medyczny pozwanego szpitala dopuścił się błędu terapeutycznego poprzez podjęcie działań nieadekwatnych do postawionej diagnozy. Podniesiono, iż pozwany szpital zaniechał u powódki leczenia operacyjnego i zastosował leczenie zachowawcze za pomocą kołnierza ortopedycznego, pomimo nakazanego w tego typu okolicznościach oraz wymaganego normalnie przez praktykę lekarską postępowania. Skutkiem wyboru niewłaściwej metody leczenia było opóźnienie wykonania nieuniknionej operacji. Strona powodowa podniosła również zarzut zwłoki w udzieleniu świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej tak dalece, iż operacja stanowiła dla zdrowia i życia powódki znaczne zagrożenie. Ponadto strona powodowa podniosła zarzut naruszenia dobra osobistego powódki w postaci zdrowia wskazując, iż doszło do niego wskutek wyboru niewłaściwej metody leczenia i w konsekwencji opóźnienia we wdrożeniu świadczeń zdrowotnych.

Jako podstawę dochodzonych roszczeń strona powodowa wskazała art. 415 k.c. , zaś podstawą do zapłaty zadośćuczynienia jak podniesiono jest art. 445 § 1 k.c. i art. 19 a ust. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o Zakładach Opieki Zdrowotnej (Dz.U. Nr 9, poz. 408, ze zm.) w myśl, którego w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 k.c. Rozdzielenie zapłaty zadośćuczynienia strona powodowa określiła w następujący sposób: 150 000 złotych na podstawie art. 445 § 1 k.c. i 50 000 złotych na podstawie art. 19a ust 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o Zakładach Opieki Zdrowotnej.

Odnosząc się do żądania renty strona powodowa wskazała, iż ma ono swoją podstawę w art. 442 § 2 k.c. Zgodnie z graficznym zestawieniem wykazane potrzeby powódki obejmują opiekę w wymiarze 60 godzin miesięcznie x 8 zł/h, łącznie 480 złotych oraz koszty rehabilitacji i masaży 4 razy w miesiącu po 50 zł/ za zabieg łącznie 200 złotych. Wysokość miesięcznej renty z tytułu zwiększonych potrzeb określona została ostatecznie na kwotę 680 złotych.

Strona powodowa wniosła również o ustalenie odpowiedzialności pozwanego na przyszłość wskazując, iż nie można wskazać w sposób wyczerpujący ani przewidzieć jakie konsekwencje dla powódki spowodowało błędne leczenie i opóźnienie leczenia operacyjnego. Konieczne jest zatem ustalenie w wyroku zasądzającym świadczenie odpowiedzialności pozwanego szpitala za dalsze szkody powódki, które mogą ujawnić się w przyszłości jako następstwa przebiegu leczenia (pozew wraz z uzasadnieniem k. 2-19).

W odpowiedzi na pozew z dnia 26 września 2011 roku (data wpływu) pozwany Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w K. nie uznał powództwa i wniósł o jego oddalenie w całości oraz o zasądzenie od powódki na rzecz pozwanego kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

W uzasadnieniu wskazano, iż zastosowane u powódki leczenie w okresie od 27 lipca 2008 roku do dnia 30 września 2008 roku było prawidłowe. Pozwany zapewnił powódce pełne spectrum diagnostyczne – wszelkie badania i konsultacje konieczne w stanie stwierdzenia podwichnięcia kręgosłupa i najbardziej miarodajne dla ustalenia jaki sposób leczenia dla powódki będzie najlepszy. Podniesiono, że badania przeprowadzono na poziomie podstawowym, specjalistycznym i wysokospecjalistycznym, tak szybko jak to tylko było możliwe w oddziale gdzie przebywała powódka, a także poza szpitalem w K. oraz w Szpitalu (...) w L.. W przeprowadzonej w dniu 27 lipca 2008 roku

konsultacji neurologicznej nie stwierdzono stanu o cechach nieprawidłowości lub choroby neurologicznej. Pozwany wskazał, iż w dniu 28 lipca 2008 roku przeprowadzono badanie RTG kręgosłupa szyjnego i w pierwszej konsultacji neurochirurgicznej przeprowadzonej w oparciu o wynik wykonanego badania RTG, stwierdzono stan o cechach zwichnięcia kręgów C5 i C6 w odcinku kręgosłupa szyjnego, przy czym nasilenie tych cech uznano za mniejsze niż w dniu 27 lipca 2008 roku. W badaniu CT (tomografii komputerowej) przeprowadzonym w dniu 29 lipca 2008 roku na poziomie kręgów C5-C6 stwierdzono: kyfozę, uwypuklanie się krążków międzykręgowych do światła kanału i ich ucisk na worek oponowy oraz ucisk osteofitów na tylnych krawędziach trzonów na struktury wewnątrzkanalowe. Po wykonaniu tego badania postawiono diagnozę: artroza stawów kręgosłupa szyjnego, dyskropatia kręgów C4-C5, C5-C6, C6 i C7 i podwichnięcie kręgów C5 –C6. Zdiagnozowanie dyskropatii świadczyło o chorobie zwyrodnieniowej kręgosłupa. Z uwagi na to, że zdiagnozowanie tych chorób nie zagrażało życiu powódki zastosowano podstawową metodę terapeutyczną, a mianowicie leczenie zachowawcze. Opatrzono u powódki kręgosłup szyjny kołnierzem ortopedycznym, zalecano pozostawanie w pozycji leżącej, podawano leki przeciwbólowe i rozluźniające napięcie. Pozwany wskazał, iż leczenie zwichnięć kręgosłupa szyjnego jak i leczenie podwichnięć jest do siebie zbliżone. W zależności od stanu chorego i okoliczności, czy stwierdzony stan się pogłębia, w przypadku zwichnięcia kręgów kręgosłupa szyjnego podstawową metodą terapeutyczną jest leczenie nieoperacyjne. Dopiero w przypadku pogorszenia stanu zdrowia, aż do wystąpienia zagrożenia stanu życia znajdzie zastosowanie metoda operacyjna.

W dalszej części uzasadnienia odpowiedzi na pozew wskazano, iż metoda nieoperacyjna polega na założeniu wyciągu czaszkowego, do której przeciwwskazaniem są powikłania neurologiczne. Stan podwichnięcia jest uznawany za stan lżejszy do leczenia ale i w niektórych jego przypadkach zachodzą wskazania do zastosowania wyciągu. W przypadku lżejszego podwichnięcia prawidłowe jest zastosowanie leczenia zachowawczego w zależności od stanu chorobowego i jego pogarszania lub poprawy – polegające na zastosowaniu szyjnego kołnierza ortopedycznego usztywniającego kręgosłup w odcinku podwichniętym. Wskazano ponadto, iż w przypadku braku urazu - zastosowanie metody operacyjnej uzasadnia jedynie zaistnienie ostrych objawów neurologicznych zagrażających życiu pacjenta. Pozwany podał, iż powiadomiono powódkę o sposobie leczenia u niej podwichnięcia kręgosłupa szyjnego po uzyskaniu po uzyskaniu wyniku badania CT – kiedy stwierdzono już, że nie doznała urazu kręgosłupa i zaproponowano jej leczenie za pomocą wyciągu czaszkowego albo leczenie operacyjne. Ostatnią z metod jak podniósł pozwany zaproponowano „nieco na wyrost” w stanie braku wyraźnych i nieodpartych wskazań medycznych do zastosowania operacyjnej metody leczenia. Powódka odmówiła zgody na zastosowanie metody leczenia za pomocą wyciągu czaszkowego. Wobec poprawy stanu zdrowia pacjentki w dniu 31 lipca 2008 roku pozwany odstąpił od leczenia operacyjnego utrzymując, iż odpowiednim sposobem leczenia będzie zastosowanie wyciągu czaszkowego i kołnierza ortopedycznego po tym zabiegu. W trakcie hospitalizacji nie stwierdzono żadnych objawów neurologicznych. Mimo że nie zastosowano wyciągu ból w miejscu podwichnięcia szyi słabł, wobec stosowania środków farmakologicznych i z powodu pozostawania przez powódkę w pozycji leżącej oraz w stanie stosowania kołnierza ortopedycznego. Argumentowano ponadto iż w dokumentacji medycznej powódki nie ma zapisów świadczących o nasileniu dolegliwości bólowych, a istnieją jedynie zapisy świadczące o coraz mniejszych dolegliwościach. Kontynuowano zatem leczenie zachowawcze i monitorowano stan kręgosłupa powódki wykonując w dniu 5 sierpnia i 14 sierpnia 2008 roku badanie RTG, które ujawniło podwichnięcie w segmencie C5-C6. Przeprowadzono kolejną konsultację neurochirurgiczną i uznano, iż stan pacjentki uległ pogorszeniu, gdyż kręgi C5-C6 były niestabilne. Zaproponowano wówczas leczenie operacyjne kontynuując jednocześnie leczenie za pomocą kołnierza ortopedycznego. W dniu 22 sierpnia 2008 roku wykonano kolejne badania RTG, a wynik tego badania został oceniony przez specjalistę neurochirurga, który stwierdził, iż powódka nie wymaga natychmiastowego leczenia operacyjnego. Pozwany odroczył zatem leczenie operacyjne z możliwością odstąpienia od tej metody leczenia i kontynuował leczenie za pomocą kołnierza do czasu ostatecznego rozstrzygnięcia procesu leczenia. W dniu 26 sierpnia 2008 roku powódka została poddana badaniu rezonansu magnetycznego podczas którego nie stwierdzono pogorszenia stanu kręgosłupa w takim stopniu, aby wymagało to leczenia operacyjnego. Po konsultacji neurochirurgicznej wyniku tego badania pozwany ostatecznie zaniechał leczenia operacyjnego oraz podjął decyzję o zakończeniu hospitalizacji powódki w dniu 3 września 2008 roku.

Strona pozwana wskazała, iż nie może się obronić postawiony przez powódkę zarzut błędu w leczeniu, gdyż Z. Z. (1) nie doznałaby poprawy stanu zdrowia w takim stopniu, aby mogła opuścić szpital w pozycji pionowej. Wskazano również,

że gdyby stan powódki był tak ciężki jak to podnoszono w pozwie, to nie zwlekałaby z szukaniem pomocy do listopada 2008 roku, mimo niewątpliwie obecnych dolegliwości bólowych, które w ocenie pozwanego również nie były tak znaczne jak opisane. Z uwagi na to, że operacja powódki odbyła się dopiero w styczniu 2009 roku, to ciężki stan zdrowia powódki może budzić wątpliwości. Ostatecznie podniesiono, iż brak jest dowodu na istnienie związku przyczynowego pomiędzy leczeniem powódki w pozwanym szpitalu, a późniejszym pogorszeniem stanu zdrowia. Ponadto brak jest dowodu na zastosowanie niewłaściwej metody leczenia skutkującego opóźnieniem operacji i w konsekwencji utratą szansy na powrót do zdrowia z czasu przed hospitalizacją w pozwanym szpitalu (odpowiedź na pozew k. 133-137).

W dniu 15 listopada 2011 roku pozwany wniósł o wezwanie do wzięcia udziału w procesie (...) Spółka Akcyjna Centrum Operacyjne Likwidacji Szkód i Świadczeń Zespołu Likwidacji Szkód Medycznych i z siedzibą w Ł. oraz wezwanie przyzwanego do wzięcia udziału w sprawie. W uzasadnieniu pozwany wskazał, iż w dniu 17 marca 2008 roku zawarł z przyzwanym umowę obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej. Okres zawartej umowy obejmował okres od dnia 18 marca 2008 roku do dnia 17 marca 2009 roku /Polisa Seria (...) Nr (...), serii (...)nr (...)/. Pozwany podniósł, iż doręczył przyzwanemu odpis pozwu wraz z odpisami załączników, odpis zawiadomienia o rozprawie z dnia 15 listopada 2011 roku, odpis postanowienia w przedmiocie zwolnienia powódki z kosztów sądowych i odpowiedź na pozew oraz odpisy pism przygotowawczych powódki (wniosek k. 179-180).

Na zarządzenie z dnia 4 lipca 2013 roku o toczącym się postępowaniu powiadomiono (...) S.A. Centrum Operacyjne Likwidacji Szkód i Świadczeń Zespół (...) w Ł. (zarządzenie k. 303).

W toku postępowania stanowiska stron nie uległy zmianie.

Sąd Okręgowy ustalił, co następuje:

W dniu 27 lipca 2008 roku powódka Z. Z. (1) upadła w swoim domu i na pewien czas straciła świadomość. Upadek poprzedził okres złego samopoczucia, torsji oraz mdłości. Po odzyskaniu przytomności powódka poczuła silny ból w okolicy kręgosłupa szyjnego. Z trudem się poruszała i odczuwała znaczne dolegliwości bólowe. Wezwano pogotowie ratunkowe, którym Z. Z. (1) została przewieziona na Izbę Przyjęć Szpitala (...) w K.. Po przyjęciu w trybie nagłym o godz. 17:00 została skierowana na Oddział Chirurgii Urazowej z Pododdziałem Ortopedycznym, gdzie przebywała w okresie od 27 lipca 2008 roku do 3 września 2008 roku (dowód: karta informacyjna k. 23, 24,25-25v, zeznania P. Z. k. 187-188, zeznania J. Z. k. 188-189).

Na oddziale powódka została poddana konsultacji neurologicznej i zalecono wykonanie badań laboratoryjnych. W dniu 28 lipca 2008 roku Z. Z. (1) poddana została badaniu RTG i zastosowano u niej cewnikowanie pęcherza moczowego. W przeprowadzonej tego dnia konsultacji neurochirurgicznej w oparciu o wynik badania RTG stwierdzono cechy zwężenia C5/C6 jednak mniej nasilone niż dnia poprzedniego i zaproponowano przeprowadzenie badania CT kręgosłupa szyjnego oraz przeprowadzenie ewentualnie ponownej konsultacji neurochirurgicznej

W dniu 29 lipca 2008 roku w (...) Publicznym Szpitalu (...) w L. u powódki przeprowadzono badanie CT kręgosłupa szyjnego. Wykonano je w akwizycji spiralnej i oceniano z zastosowaniem rekonstrukcji wielopłaszczyznowych i trójwymiarowych. Stwierdzono w nim kyfotyczne ustawienie kręgosłupa szyjnego na poziomie C5-C6, a na poziomach C4-C5, C5-C6, C6-C7 widoczne uwypuklenie się krążków m- kręgowych do światła kanału z uciskiem na worek oponowy. Na poziomach C5-C6 i C6-C7 osteofity na tylnych krawędziach trzonów powodujące ucisk na struktury wewnątrzkanałowe. Stwierdzono również ciężką artrozę w stanie m- kręgowym C3-C4 po stronie lewej z przerostem wyrostków stawowych, drobnotorbielkowate rozrzedzenia struktury kostnej kręgów szyjnych oraz osteofitozę na zarysach trzonów kręgów jako wyraz uogólnionych zmian zwyrodnieniowo – wytwórczych. W wykonanym badaniu struktury kostne odcinka szyjnego kręgosłupa uchwytanych zmian pourazowych nie wykazywały. Utrzymano wówczas leczenie kołnierzem ortopedycznym.

W dniu 31 lipca 2008 roku w karcie gorączkowej ogólnej pacjentki Z. Z. (1) odnotowano, iż nie wyraża zgody na zabieg założenia wyciągu czaszkowego. Wskazano, iż poinformowano o zagrożeniu oraz o możliwości zadawania pytań. Adnotacja została poświadczona własnoręcznym podpisem powódki z dopiskiem „zrozumiałam”. Tego samego dnia w konsultacji telefonicznej z neurochirurgiem ustalono odstąpienie od zabiegu operacyjnego. Zalecono wyciąg czaszkowy na okres 7 dni, a następnie kołnierz ortopedyczny. W dalszym ciągu stosowano leczenie kołnierzem ortopedycznym.

Kontrola kręgosłupa szyjnego u powódki podczas badania RTG przeprowadzonego w dniu 4 sierpnia 2008 roku ujawniła podwichnięcie w segmencie C5-C6. Zalecono wówczas ponowną ocenę neurochirurgiczną, a w dniu 5 sierpnia 2008 roku wykonano kolejne badanie RTG tego odcinka szyjnego u powódki. Od 12 sierpnia 2008 roku rozpoczęto pionizację chorej. W dniu 14 sierpnia 2008 roku ponownie Z. Z. (1) poddano badaniu RTG kręgosłupa szyjnego w kołnierzu. Kolejnej konsultacji neurochirurgicznej powódka poddana została w dniu 18 sierpnia 2008 roku. W wyniku tej konsultacji stwierdzono pogorszenie stanu zdrowia pacjentki, niestabilność C5-C6. Przeprowadzający konsultację specjalista neurochirurg zaproponował leczenie operacyjne w Klinice Neurochirurgii w L.. Informacje o proponowanym przez neurochirurga leczeniu przekazał powódce lekarz oddziału pozwanego szpitala chirurg J. U., nie przedstawiając jednocześnie do podpisu oświadczenia o wyrażeniu bądź braku zgody na przeprowadzenie operacji. Powódka na temat proponowanego leczenia wypowiedziała się ustnie, wyrażając zgodę na operację.

Po ponownej cenie klinicznej i radiologicznej w dniu 22 sierpnia 2008 roku wykonanej przez neurochirurga odroczone jednak leczenie operacyjne Z. Z. (1) z jednoczesną możliwością odstąpienia od zabiegu operacyjnego i dalszego leczenia zaopatrzeniem ortopedycznym. W dniu 25 sierpnia 2008 roku chora zakwalifikowana została do rezonansu kręgosłupa szyjnego na dzień 26 sierpnia 2008 roku, po którym zaplanowano kolejną konsultację neurochirurgiczną.

Po tej kolejnej konsultacji w dniu 1 września 2008 roku nie zaproponowano powódce dalszego leczenia z uwagi na wskazanie, iż pacjentka może być wypisana do domu, a w razie nasilenia dolegliwości bólowych powinna otrzymać skierowanie do Poradni Neurochirurgicznej.

W dniu 3 września 2008 roku powódka została wypisana ze szpitala z rozpoznaniem: artrozy stawów kręgosłupa szyjnego, dyskopatii C4-C5, C5-C6, C6-C7 i podwichnięcia C5-C6 oraz z zaleceniami: oszczędzającego trybu życia, chodzenia w kołnierzu ortopedycznym i kontroli w poradni ortopedycznej za 2 tygodnie (dowód: karta informacyjna leczenia szpitalnego k. 25-25v, historia choroby k. 2630v, indywidualna karta zaleceń lekarskich k. 31-31v, karta gorączkowa ogólna k. 32-33v, karta badań laboratoryjnych k. 34, 35-35v, historia pielęgnowania k. 37-37v, karta wstrząsowa k. 38-38v, karta indywidualnej opieki pielęgniarskiej k. 39-42v, karta leczniczego usprawnienia k. 43-43v, wynik badania MRI k. 44, wynik badania KT k. 45, zeznania J. U. k. 218-219, 346-347v, zeznania F. M. k. 216v -217v, zeznania P. Z. k. 187-188, zeznania J. Z. k. 188-189).

W dniu 16 września 2008 roku zgodnie z zaleceniami wypisu ze szpitala powódka zgłosiła się do kontroli w poradni pozwanego szpitala. Tam od lekarza otrzymała skierowanie na leczenie uzdrowiskowe oraz na zabiegi do centrum rehabilitacji. Podczas wizyty zalecono powódce również dalszą konsultację neurochirurgiczną (dowód :historia choroby k. 196-196v, skierowanie do poradni specjalistycznej k. 197, zeznania świadka M. S. k. 217v-218).

Przed wizytą na konsultacji neurochirurgicznej powódka udała się do osoby zajmującej się medycyną niekonwencjonalną, która poinformowała Z. Z. (1) o konieczności poddania się operacji i odradzała jednocześnie poddanie się operacji w L., sugerując poszukiwanie innego ośrodka w kraju (dowód: zeznania powódki k. 219-220, 347v-349).

W dniu 13 października 2008 roku powódka zgłosiła się na konsultację do specjalisty neurochirurga dr n. med. J. K., który skierował pacjentkę na badanie tomografem komputerowym. Po wykonaniu badania powódka ponownie uzyskała informację o konieczności poddania się operacji (dowód: zeznania powódki k. 216, 347v-349, zeznania J. K. k. 214v-216v).

Powódka wówczas na własną rękę z pomocą rodziny rozpoczęła poszukiwania specjalisty, który przeprowadziłby zalecaną jej operację. W dniu 3 grudnia 2008 roku zgłosiła się do Centrum Rehabilitacji im. (...) w K. (dowód: zeznania powódki k. 216, 347v-349, zeznania P. Z. k. 187-188, zeznania J. Z. k. 188-189).

W epikryzie karty informacyjnej z pobytu w dniach od 3 grudnia do 17 grudnia 2008 roku ujawniono, iż pacjentka zgłosiła się do ośrodka po przebyciu w lipcu 2008 roku zwichnięciu C5/C6 leczonym zachowawczo w Oddziale Chirurgii Urazowej w K.. Przy przyjęciu pacjentka zgłaszała bóle odcinka szyjnego kręgosłupa, promieniujące do potylicy, okolicy między łopatkowej i kończyn górnych. Zlecono badanie RTG odcinka szyjnego kręgosłupa, które wykazało kyfotyczne ustawienie kręgosłupa szyjnego na poziomie C5/C6, znacznie przesunięcie C5 względem C6 w stosunku do zdjęć wykonywanych wkrótce po urazie i niestabilność C5/C6. Z. Z. (1) zaproponowano wówczas leczenie operacyjne informując powódkę o zwiększonym obecnie jego ryzyku w wyniku wielomiesięcznego okresu po podwichnięciu kręgu. Ponowne przyjęcie do Oddziału II celem podjęcia leczenia operacyjnego ustalono na dzień 2 stycznia 2009 roku (dowód: karta informacyjna k. 49, kwestionariusz badania bólu k. 50-50v, historia choroby ogólna k. 5153, karta choroby k. 54-54v, wyniki badań laboratoryjnych k. 55-56, karta gorączkowa ogólna k. 57-57v).

Ponownie powódka tym razem już na operację zgłosiła się do Centrum Rehabilitacji im. (...) w K. w planowo wyznaczonym terminie. W dniu 5 stycznia 2009 roku u Z. Z. (1) wykonano leczenie operacyjne poprzez odbarczenie C5-C6 z dostępu tylnego i przedniego, a nadto wykonano stabilizację przednią implantami SOLIS i płytą V.-L. C.-C6. Wykonano częściową laminektomię kręgu C5 i C6 uwalniając ściśnięty rdzeń kręgowy, uwolniono stawy ze zrostów, wykonano obustronnie kapsulotomię stawów, ranę zamknięto, założono kołnierz. Po przełożeniu chorej na plecy dotarto do kręgosłupa. Wielokrotnie monitorowano przestrzeń ze względu na słabą widoczność kręgosłupa, w monitorze uwidoczniła przestrzeń C5/C6, która okazała się niestabilna i zreponowana, usunięto dysk, włożono SOLIS 14x6, wypełniony calcibonem, dodatkowo do trzonów C5 i C6 wkręcono śruby. Po leczeniu operacyjnym podjęto rehabilitację.

W epikryzie karty informacyjnej z przebiegu leczenia w okresie od 2 stycznia do 16 stycznia 2009 roku ujawniono u powódki zaniedbane zwichnięcie C5-L6. W stwierdzonym rozpoznaniu wskazano również na: zestarzałe zwichnięcie C5-L6 i zaburzenia rytmu serca. Z. Z. (1) wypisano do domu w dniu 16 stycznia 2009 roku z zaleceniami chodzenia w kołnierzu do czasu ponownego zgłoszenia się od jednostki celem podjęcia leczenia usprawniającego w dniu 12 marca 2009 roku (dowód: karta informacyjna k. 9, karta choroby k. 60-64, karta indywidualna opisu operacji k. 65-66, 67, karta badania przedoperacyjnego k. 68, formularz świadomej zgody pacjenta k. 69-69v, karta znieczulenia k. 70-71, karta oddziału intensywnej terapii k. 72, indywidualna karta zaleceń lekarskich k. 73-76, wyniki badań laboratoryjnych k. 77-79).

W okresie od 12 marca 2009 roku do 10 kwietnia 2009 roku powódka Z. Z. (1) przebywała w Centrum Rehabilitacji (...) w K. na leczeniu usprawniającym (dowód: karta informacyjna k. 81, kwestionariusz badania bólu k. 82-82v, 83-83v, karta choroby k. 84-86, karta zabiegów Fizjoterapia k. 87-92, indywidualna karta zaleceń lekarskich k. 93, karta gorączkowa ogólna k. 94 -94 v).

Z wywołanej w toku postępowania opinii biegłych Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej (...) (...) w K. wynika, iż przedłożone badania obrazowe wykonane podczas hospitalizacji w pozwanym szpitalu wskazują na zwichnięcie kręgosłupa na poziomie C5/C6 z niestabilnością i dyskopatią na poziomie C4/C5, C5/C6, C6/C7. W badaniu neurologicznym nie stwierdzono deficytów. W wywiadzie od powódki odnotowano jedynie, iż doznała urazu kręgosłupa szyjnego i głowy, gdy omdlała i przewróciła się w łazience. W badaniu fizykalnym nie zamieszczono żadnych opisów obrażeń zewnętrznych. W opinii biegłych za świeżym charakterem urazu przemawia brak wtórnych wytwórczych zmian w obrazie MRI z sierpnia 2008 roku do których doszłoby jako odczyn na zastarzałą zmianę. Ponadto w obrazie MRI w ocenie biegłych nie stwierdza się dehydratacji tarcz międzykręgowych, co wskazuje na świeży pourazowy charakter zmian, a nie zwyrodnieniowy toczący się przez dłuższy czas. W ocenie biegłych zmiany pourazowe widoczne w neuroobrazowaniu oraz na klasycznych nośnikach rtg wskazują, iż najbardziej optymalnym sposobem leczenia dla powódki był zabieg operacyjny stabilizujący odcinek C5/C6 z usunięciem jądra miazdżystego i wstawieniem implantu. Wskazano, iż niestabilność widoczna na wymienionych obrazach nie rokowała

samoistnego wygojenia, a wręcz wskazywała na możliwość stopniowego pogarszania się stabilności w tym odcinku. Niestabilność ta pogłębiała się zawsze po spionizowaniu prowadząc do przesunięcia C5 względem C6 ku przodowi z nasileniem kyfozy, a w pozycji leżącej uległa częściowej repozycji. Niemniej jednak w opinii biegłych nasilone zmiany pourazowe jak u powódki na poziomie C5/C6 nie rokowały powodzenia w leczeniu zachowawczym. Wskazano, iż zarówno zdjęcia rtg jak i badania CT oraz MRI wykazywały, że najbardziej optymalną metodą leczenia Z. Z. (1) jest zabieg operacyjny, a leczenie wyciągiem czaszkowym może być obecnie traktowane wyłącznie jako postępowanie doraźne, przed planowanym leczeniem operacyjnym, ale jako metoda ostateczna nie rokowała szans na skuteczne wyleczenie powódki. W żadnym wypadku przeprowadzenie leczenia operacyjnego u Z. Z. (1) w ocenie biegłych nie wymagało stosowania poprzedzającego leczenia wyciągiem czaszkowym, które plasuje pacjenta jako długotrwale unieruchomionego w poziomym pozycji leżącej, co za sobą pociąga ryzyko rozwinięcia się zapalenia płuc oraz choroby zakrzepowo – zatorowej z ryzykiem zatorowości płuc włącznie. Odstąpienie od leczenia operacyjnego w trakcie pobytu w szpitalu pozwanego i wypisanie powódki ze zmianami, jak zobrazowane w przeprowadzonych badaniach radiologicznych, narażały ją w opinii biegłych na możliwe nieoczekiwane pogłębienie niestabilności na poziomie C5/C6 z ryzykiem - począwszy od niedowładu czterokończynowego aż po śmierć włącznie. Zaopiniowano ponadto, iż zaawansowanie zmian pourazowych u powódki nie rokowało poprawy w wyniku stosowania rehabilitacji i zabiegów fizykoterapii w ramach leczenia sanatoryjnego. Wykonanie natychmiastowej operacji zawsze jest wskazane w sytuacjach bezwzględnej ciasnoty w kanale kręgowym, co wiąże się z koniecznością jej natychmiastowego obarczenia i w przypadku powódki można przyjąć, iż okoliczność taka miała miejsce, a każdy zabieg operacyjny obarczający kanał w odcinku szyjnym niesie za sobą ryzyko porażień czterokończynowych. Wskazanie do pilnego leczenia operacyjnego zgodnie z powyższą opinią u powódki stanowiło ujawnione na zdjęciach wykonywanych w pozycji stojącej, w stosunku do obrazów uzyskiwanych w pozycji leżącej – nasilenie ustawienia kyfotycznego i przesunięcia C5 względem C6. Biegli zaopiniowali, iż leczenie operacyjne zmian zastarzałych zawsze zwiększa ryzyko powikłań okołoperacyjnych z uwagi na pojawienie się zmian wtórnych w tkankach sąsiednich miejsca dotkniętego urazem, odroczenie terminu operacji spowodowało zdecydowane poszerzenie zakresu interwencji chirurgicznej u powódki w tym wypadku w trybie odroczonym była niezbędna operacja z dostępu przedniego i tylnego, a opisy zdjęć rtg wskazują, iż w okresie kiedy Z. Z. (1) przebywała w K. wystarczyłoby tylko zabieg z zakresu przedniego. Zaopiniowano również, iż powodzenie leczenia operacyjnego zależy od doświadczenia operatora, posiadanego instrumentarium, preferowanej techniki operacyjnej. Paradoksalnie zgodnie z oceną biegłych możliwym jest, iż efekt uzyskany podczas leczenia operacyjnego w K. mimo, że był odroczony w czasie i mimo wszystkich negatywnych przeżyć powódki byłoby lepszy, niż uzyskano by w ośrodku, który ma mniejsze doświadczenie w tym zakresie i jest gorzej wyposażony. Biegli zaopiniowali ponadto, że obecnie u powódki stwierdza się ograniczenie ruchomości w odcinku szyjnym kręgosłupa z kyfotycznym jego ustawieniem, osłabienie odruchu z mięśnia dwugłowego oraz zanik mięśnia mostkowo – sutkowo – obojczykowego lewego. Nie jest jednak możliwym ustalenie na ile stan zdrowia powódki jest gorszy w związku z odroczeniem leczenia operacyjnego w czasie, niż gdyby wykonano jej niezwłocznie po przyjęciu do pozwanego. Podniesiono, że powódka wymaga pomocy i opieki osoby trzeciej w niektórych czynnościach życia codziennego i uzasadnionym jest wymiar tej pomocy w zakresie co najmniej dwóch godzin dziennie, we wszystkich czynnościach wymagających zaangażowania ruchomości kręgosłupa szyjnego w pełnym zakresie. Ponadto Z. Z. (1) w ocenie biegłych wymaga wszechstronnej rehabilitacji, która miałaby na celu wzmocnienie mięśni szyi i możliwą poprawę ruchomości kręgosłupa szyjnego. Biegli podali, iż nie jest możliwe ustalenie uszczerbku na zdrowiu w związku z nieuzasadnionym odroczeniem leczenia operacyjnego. Biegli podnieśli ponadto, że nie jest możliwym ustalenie uszczerbku na zdrowiu w związku z nieuzasadnionym odroczeniem leczenia operacyjnego z uwagi na brak możliwości czytelnego rozdzielenia możliwych następstw zabiegu wykonywanego bezpośrednio po urazie, od obserwowanych w chwili obecnej oraz możliwych następstw bezpośrednich urazu. Opiniując co do kwestii wyrażenia przez pacjenta świadomej zgody na zabieg operacyjny, a tym samym jego świadomego jej nieudzielenia (odmowy) biegli wskazali, iż winna mieć formę pisemną o czym jak wskazano jest mowa w art. 34 w zw. z art. 31 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry z 1996 roku. Nakłada ona obowiązek udzielenia pacjentowi pisemnej informacji na temat jego stanu zdrowia, rozpoznania, możliwych metod diagnostycznych i leczniczych, związanych z nimi powikłań, rokowania oraz skutków ich nie podjęcia. W dokumentacji pozwanego takiego dokumentu zawierającego własnoręczny podpis powódki nie odnaleziono (dowód: pisemna opinia biegłych Katedry Medycyny Sądowej UJ CM k. 245-251).

Z przedstawionej uzupełniającej pisemnej opinii powołanych biegłych wynika ponadto, iż pozwany szpital niewątpliwie nie miał możliwości wykonania u powódki leczenia operacyjnego, miał jednak obowiązek zwrócić się do ośrodka referencyjnego w którym wykonano by u powódki konieczne leczenie operacyjne. Mimo to była hospitalizowana przez 30 dni i została wypisana do domu bez jakichkolwiek objawów neurologicznych ale również nie zastosowano u niej metody leczniczej operacyjnej stosowanej w takich przypadkach. W związku z brakiem leczenia zmierzającego do repozycji stabilizacji doszło u powódki do wtórnych następstw w postaci porażenia nerwu dodatkowego po stronie lewej prowadzącego do zaniku mięśnia mostkowo – obojczykowo-sutkowego, który częściowo powstaje z włókien wywodzących się z odcinka szyjnego rdzenia na poziomie C5 do C7, osłabienia odruchu z mięśnia dwugłowego przy zachowanej ruchomości czynnej oraz pogłębienia zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa na tle nie zreponowanego i nieustabilizowanego podwichnięcia. Gdyby zastosowano u powódki leczenie operacyjne w okresie bezpośrednio po urazie w ośrodku referencyjnym, to powódka mogłaby uniknąć porażenia nerwu dodatkowego lewego oraz mieć lepszą ruchomość i oś kręgosłupa szyjnego.

Z tego punktu widzenia można się pokusić w ocenie biegłych na ustalenie uszczerbku na zdrowiu z powodu opisywanych nieprawidłowości postępowania, który wynosi odpowiednio: z tytułu uszkodzenia nerwu dodatkowego z porażeniem mięśnia mostkowo – obojczykowo – sutkowo lewego -15%, z tytułu zeszywnienia kręgosłupa szyjnego w ustawieniu niekorzystnym, gdzie przy prawidłowym leczeniu byłoby możliwe ograniczenie ruchomości z zakresie zginania – 50 % odjąć 15% =35%, z tytułu zespołu szyjnego czuciowego w okolicy kręgosłupa szyjnego – 10 %. Łącznie w opinii biegłych trwały uszczerbek na zdrowiu powódki w związku z następstwami nieprawidłowego leczenia u pozwanego wynosi 60 % wg. Odsetek o których mowa w załączniku do Rozp. Min. Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18.12.2002 r., Dz. U. 2002.234.1974. Rozważania na temat szczegółów pola operacyjnego ograniczono do wskazania, iż w trakcie zabiegu wykonanego bezpośrednio po urazie nie byłoby koniecznym usuwanie zrostów ze stawów, obrót na plecy usunięcie dysku i założenie implantu. Ponadto odpowiadając na pismo pozwanego zaopiniowali, iż podwichnięcie C5/C6 z niestabilnością i postępującą kyfozą było stanem wymagającym leczenia operacyjnego, ale stan kliniczny chorej był możliwy do ustalenia w stopniu ograniczonym ponieważ pozwany zaniechał obowiązku badania ortopedycznego powódki w czym mieści się między innymi ocena kręgosłupa szyjnego, a jedyny zapis mieści się w konsultacji neurochirurgicznej. Wynik badania CT kręgosłupa powódki w ocenie biegłych stanowił wskazanie do wykonania badania MRI kręgosłupa szyjnego w trybie pilnym. Opis obrazu MRI z dnia 26 sierpnia 2008 roku w opinii biegłych wskazywał na redukcję przestrzeni płynowej co w całości obrazu klinicznego przemawiało za optymalnym wówczas stanem powódki do leczenia operacyjnego. O osiągnięciu stanu bezwzględnej ciasnoty w kanale kręgowym świadczy opis zabiegu operacyjnego wykonanego w Centrum Rehabilitacji w K. (dowód: pisemna uzupełniająca opinia biegłych Katedry Medycyny Sądowej UJ CM k. 281-283).

Z wywołanej w toku postępowania opinii biegłego psychologa wynika, iż w wyniku upadku z dnia 27 lipca 2008 roku i komplikacji z nim związanych u powódki Z. Z. (1) wystąpiły zaburzenia funkcjonowania o charakterze adaptacyjnym. Zaburzenia tego typu to stan subiektywnego dyskomfortu i zaburzeń emocjonalnych, co wpływa destabilizująco na społeczne funkcjonowanie osoby i na jej aktywność. Zaburzenia adaptacyjne rozpoczynają się zwykle w ciągu jednego miesiąca od zaistnienia sytuacji wyzwalającej – stresującego wydarzenia lub istotnej zmiany życiowej. W przypadku trwania objawów ponad 6 miesięcy mówi się o przedłużonej reakcji depresyjnej. Biegła zaopiniowała, iż do takich zaburzeń adaptacyjnych doszło u powódki. Objawiało się to obniżeniem nastroju, lękiem, myślami depresyjnymi, zaburzeniami snu, apetytu, wzmożoną drażliwością. Skutki w postaci powyższych zaburzeń trwają ze zmiennym natężeniem do dnia dzisiejszego. Z uwagi na czas trwania objawów (powyżej 6 miesięcy) należy w ocenie biegłego u powódki diagnozować należy przedłużoną reakcję depresyjną. W ocenie biegłego dla opiniowanej korzystna byłaby pomoc psychologiczna możliwa do uzyskania bezpłatnie w ramach usług finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (dowód: pisemna opinia biegłego psychologa k. 312-314v).

W momencie, kiedy powódka znalazła się w pozwanym szpitalu miała 62 lata, od czerwca 2006 roku Z. Z. (1) przebywała na rencie strukturalnej. Przed upadkiem z dnia 27 lipca 2008 roku stan zdrowia powódki był dobry, pracowała i pomagała w gospodarstwie, była w pełni samodzielna, nie potrzebowała pomocy innych osób przy żadnych czynnościach dnia codziennego, prowadziła aktywny tryb życia. Po powrocie z pozwanego szpitala powódka cierpiała

na znaczne dolegliwości bólowe, nie mogła samodzielnie wykonywać czynności. Fakt ten sprawiał, iż powódka stała się drażliwa, często się denerwowała, czuła się niepotrzebna i niezaradna, a nadto uzależniona od pomocy innych (dowód: decyzja k. 99, zeznania P. Z. k. 187-188, zeznania J. Z. k. 188-189).

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił w oparciu o wskazane dowody, które nie budziły zastrzeżeń i nie były przez strony kwestionowane. Dokumentacja leczenia Z. Z. (1) nie budzi zastrzeżeń co do jej prawdziwości ani autentyczności. Zeznania przesłuchanych w sprawie świadków oraz zeznania przesłuchanej w charakterze strony powódki nie budziły również większych zastrzeżeń Sądu. Wiarygodność tych zeznań została ponadto zweryfikowana w oparciu o inne dowody zgromadzone w sprawie.

Wywołane w niniejszej sprawie opinie biegłych – dr med. P. K. – internisty, specjalisty chorób zakaźnych, specjalisty medycyny sądowej, dr. med. G. Z. – specjalisty neurologa i dr med. R. C. – specjalisty neurochirurga, chirurga ortopedy oraz biegłej z zakresu psychologii – B. O. nie budziły wątpliwości. Zastrzeżenia zgłoszone przez strony zostały przez biegłych wyjaśnione w opiniach uzupełniających. Przedmiotowe opinie zostały sporządzone przez biegłych posiadających niekwestionowane wysokie kwalifikacje i doświadczenie w opiniowaniu w podobnych sprawach. Zdaniem Sądu biegli szczegółowo odnieśli się do wszystkich istotnych kwestii i odpowiedzieli na stawiane im pytania. W ocenie Sądu opinie są rzetelne i jednoznaczne, a wnioski w nich zawarte zbieżne i stanowcze. Z tych względów opinie okazały się przydatne dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy i posłużyły za pełnowartościową podstawę dokonanych ustaleń faktycznych.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Powództwo co do zasady zasługuje na uwzględnienie, korekcie natomiast podlegała wysokość zgłoszonego roszczenia w zakresie zadośćuczynienia.

Materialna podstawa odpowiedzialności pozwanego Szpitala odnosi się do treści art. 430 k.c. (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 maja 2005 r. w sprawie I CK 662/04). Art. 430 k.c. wskazuje, że kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności. Komentowany art. 430 k.c. jest przepisem szczególnym wobec regulacji prawnej zawartej w art. 429 k.c., znajdując zastosowanie do przypadków wyrządzenia szkody przy wykonywaniu powierzonej czynności, jednak wyłącznie wówczas, jeżeli powierzający, działając na własny rachunek, powierzył wykonanie czynności swemu podwładnemu, a ten wyrządził szkodę czynem zawinionym. Zwierzchnik ponosi wówczas niezależną od winy odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przez podwładnego. Uzasadnieniem dla tej szczególnej, zaostrzonej odpowiedzialności są władcze uprawnienia, z których może korzystać przełożony, aby w jego interesie podwładny wykonał powierzoną mu czynność (por. W. Czachórski (w:) System prawa cywilnego, t. III, cz. 1, s. 570 i n.; P. Machnikowski (w:) System prawa prywatnego, t. 6, s. 434 i n.; A. Rembieniński, Odpowiedzialność cywilna..., s. 53 i n.; A. Szpunar, Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przez podwładnego (w:) Rozprawy z polskiego i europejskiego prawa prywatnego. Księga pamiątkowa ofiarowana Profesorowi Józefowi Skąpskiemu, pod red. A. Mączyńskiego, M. Pazdana, A. Szpunara, Kraków 1994, s. 466 i n.).

Za szkodę wyrządzoną przez podwładnego powierzający odpowiada na zasadzie ryzyka. Wina powierzającego jest prawnie nieistotna dla kwalifikacji jego odpowiedzialności na podstawie art. 430 k.c. (odmiennie A. Rembieniński, Odpowiedzialność cywilna..., s. 41 i n., wskazując na mieszany, subiektywny i obiektywny charakter tej odpowiedzialności). Komentowany przepis nie określa także żadnych okoliczności egzoneracyjnych, uchylających odpowiedzialność zwierzchnika. Wskazuje jednak dodatkową przesłankę odpowiedzialności powierzającego, w postaci winy podwładnego.

W odniesieniu do odpowiedzialności przełożonego szczególnie szerokie zastosowanie ma koncepcja tzw. winy anonimowej, czyli ustaleniu zawinionego sprawstwa jakiejś niezindywidualizowanej osoby spośród danej grupy. Ustalenie takie jest wystarczające do przypisania komuś odpowiedzialności. Jeżeli bowiem wykonanie czynności powierzono dwóm lub większej liczbie osób, dla dochodzenia roszczenia od przełożonego wystarczające jest

wykazanie, że szkodę wyrządziła w sposób zawiniony jedna z nich, jednak indywidualne ustalenie sprawcy nie jest konieczne. Ma to zastosowanie zwłaszcza w przypadku szkód wyrządzonych przez zespół lekarzy i osób personelu pomocniczego, grupę pracowników jakiejś jednostki itp. Stosowanie tej koncepcji niesie jednak ze sobą obiektywizację odpowiedzialności, ponieważ tak ustalana „wina” nie ma cech indywidualnej (osobistej) oceny postępowania sprawcy (zob. A. Szpunar, Czyny, s. 66; tenże, Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przez podwładnego, s. 473; J. Dąbrowa, Odpowiedzialność, s. 36 i n. A. Rembieliński, Odpowiedzialność cywilna za szkodę wyrządzoną przez podwładnego, s. 152 i n.; W. Czachórski, w: System, t. III, cz. 1, s. 574 i n). W tzw. "procesach lekarskich" ustalenie w sposób pewny związku przyczynowego pomiędzy postępowaniem lekarza, a powstałą szkodą jest najczęściej niemożliwe, gdyż w świetle wiedzy medycznej w większości wypadków można mówić tylko o prawdopodobieństwie wysokiego stopnia, a rzadko o pewności, czy wyłączności przyczyny (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 października 2007 r. w sprawie II CSK 285/07).

Odnośnie podstawy prawnej roszczeń strony powodowej z tytułu zadośćuczynienia, należy wskazać, iż wynika ona z treści art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 444 § 1 k.c. W razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wynikiłe z tego powodu koszty. Przepis art. 445 § 1 k.c. stanowi: W wypadkach przewidzianych w artykule poprzedzającym sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.

W każdym razie dla powstania odszkodowawczej odpowiedzialności cywilnej muszą zostać spełnione następujące przesłanki, a mianowicie zdarzenie wyrządzające szkodę, za które prawo czyni dłużnika odpowiedzialnym (niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania albo czyn niedozwolony), szkoda mająca charakter majątkowy (na osobie lub mieniu) lub niemajątkowy (doznana krzywda) i związek przyczynowy pomiędzy tymi zdarzeniem, a szkodą.

Ustalenie zaistnienia błędu w sztuce lekarskiej zależy zatem głównie od odpowiedzi na pytanie, czy postępowanie lekarza w konkretnej sytuacji i z uwzględnieniem całokształtu okoliczności istniejących w chwili badania, a zwłaszcza tych danych, którymi wówczas dysponował albo mógł dysponować, zgodne było z wymaganiami aktualnej wiedzy i nauki medycznej oraz powszechnie przyjętej praktyki lekarskiej. W piśmiennictwie prawniczym i lekarskim wprowadza się różne podziały błędów lekarskich. Najczęściej spotykany to podział na:

1. błąd diagnostyczny (rozpoznanie),
2. błąd terapeutyczny (błąd w leczeniu),
3. błąd rokowania (prognozy).

Pełnomocnik powódki w niniejszym procesie powołał się na błąd określany w terminologii lekarskiej, jako błąd terapeutyczny. Wspomnieć w tym miejscu należy krótko, iż może on mieć charakter samoistny – wówczas występuje pomimo prawidłowo postawionej diagnozy, jak również może być kontynuacją błędu diagnostycznego. Polega on na stosowaniu metod niezgodnych z obowiązującą wiedzą i praktyką medyczną oraz na stosowaniu, w trakcie terapii, wadliwych metod leczenia. W procesie leczenia lekarz nie może się zasłaniać nieznajomością zasad, które w okresie jego studiów nie były jeszcze powszechnie uznane lub w ogóle nie były znane. Obowiązują zatem aktualne „wiadomości podręcznikowe”, które posiadać musi każdy lekarz, niezależnie od swych indywidualnych uzdolnień i niezależnie od czasu ukończenia studiów. Kryterium błędu lekarskiego nie mogą zatem stanowić wiadomości i umiejętności dostępne tylko wybitnym specjalistom i naukowcom lub zasady i metody, odnośnie do których istnieją daleko idące różnice zapatrywań, będące przedmiotem nie zakończonej dyskusji naukowej albo stosowane tylko przez niektóre szkoły. Jeżeli wynik działania lekarza jest ujemny, tj. jeżeli lekarz nie osiąga pożądanego celu, np. prawidłowego rozpoznania, skutecznego leczenia, stawiane jest pytanie, czy działanie to było prawidłowe, a więc zgodne z zasadami wiedzy lekarskiej, "czy też nieprawidłowe. Oczywiście, nie każdy ujemny wynik, np. nieprawidłowe rozpoznanie, nieskuteczne leczenie, jest następstwem popełnionych przez lekarza nieprawidłowości. Nierzadko nawet najbardziej prawidłowe

postępowanie kończy się ujemnym wynikiem, który jednak jest następstwem innych przyczyn, nie mających związku z postępowaniem lekarskim.

W przypadku stwierdzenia, że przyczyną ujemnego wyniku jest nieprawidłowe postępowanie lekarza, powstaje zasadnicze dla odpowiedzialności pytanie, czy nieprawidłowość ta nastąpiła z winy lekarza, czy też jest przez niego niezawiniona. Zagadnienie winy ma decydujące znaczenie w odpowiedzialności karnej („nullum crimen sine culpa”) i cywilnej („kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia” – art. 415 k.c). Są to podstawowe zasady wymiaru sprawiedliwości. Nie każdy błąd popełniony przez lekarza jest następstwem jego winy. Lekarz może popełnić błąd postępując nawet całkowicie prawidłowo i zgodnie z zasadami wiedzy lekarskiej. W takich przypadkach błąd lekarski jest wynikiem okoliczności niezależnych od lekarza. Niezawinione błędy lekarskie mogą być popełniane np. przy zabiegach lekarskich w szczególnie trudnych i nieprawidłowych warunkach anatomicznych, pomimo należytej ostrożności ze strony operatora. Przypadki te zalicza się wówczas do nieszczęśliwych wypadków w których nikt nie ponosi winy.

Błąd terapeutyczny (lecniczy) jest natomiast popełniony w razie wyboru przez lekarza metody leczenia obiektywnie nieodpowiedniej dla danego przypadku z punktu widzenia medycznego. Błąd lekarski, chociażby zawiniony, ale nie powodujący ujemnych skutków przewidzianych w artykułach kodeksu karnego lub cywilnego nie staje się przestępstwem i tym samym nie podlega karze, w postępowaniu cywilnym zaś nie zobowiązuje do odszkodowania. Nie uwalnia to jednak od odpowiedzialności etyczno-deontologicznej. Na błąd lekarski powodujący odpowiedzialność prawną składają się zatem następujące elementy: postępowanie (działanie lub zaniechanie) niezgodne ze współczesnymi i obowiązującymi powszechnie podstawowymi zasadami wiedzy lekarskiej, wina lekarza, ujemny skutek. W realiach przedmiotowej sprawy pozwany może zatem ponosić odpowiedzialność w przypadku wykazania, że powódka poniosła szkodę w wyniku tzw. błędu terapeutycznego i zastosowaniu niewłaściwej metody leczenia.

Powódka w niniejszym procesie powoływała się na błąd terapeutyczny i jako przyczynę powstania szkody wskazywała zawiniony błąd w sztuce medycznej, jakiego miał się dopuścić zespół medyczny zakładu opieki zdrowotnej w K.. Błąd ten miał polegać na podjęciu nieadekwatnych działań do postawionej diagnozy. Ponadto pozwanej powódka zarzuciła również zwłokę w udzieleniu świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej polegającą na opóźnieniu nieuniknionej operacji tak dalece, iż stanowiła ona dla zdrowia i życia powódki znaczne zagrożenie. Ostatecznie podniosła również zarzut naruszenia dobra osobistego w postaci zdrowia, do którego doszło w konsekwencji opóźnienia we wdrożeniu świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej. Argumentując powyższe podniosła, że podczas hospitalizacji w pozwanym szpitalu doszło do pogorszenia, a nie polepszenia stanu jej zdrowia.

W ocenie Sądu zarzuty stawiane przez powódkę świetle zgromadzonego materiału dowodowego jawią się jako słuszne. Nie ulega bowiem wątpliwości, że w niniejszej sprawie doszło do błędu w sztuce lekarskiej o charakterze terapeutycznym, który pociągnął za sobą skutki w postaci narażenia powódki na możliwie nieoczekiwane pogłębienie niestabilności na poziomie C5/C6 z ryzykiem począwszy od niedowładu czterokończynowego, aż po śmierć włącznie.

Dokonując oceny popełnionych nieprawidłowości Sąd Okręgowy oparł się na wiadomościach specjalnych i wywołanej w toku postępowania opinii biegłych z różnych specjalności. Zasygnalizować w tym miejscu należy, iż rzadko zdarza się tak, aby w ocenie danego przypadku opinie biegłych były tak jednoznacznie niekorzystne dla postępowania personelu medycznego pozwanego szpitala, jak w niniejszej sprawie. Rozstrzygające zatem znacznie dla oceny kwestii jakie leczenie było optymalne dla powódki Z. Z. (2) i czy nieprzeprowadzenie leczenia operacyjnego bezpośrednio po upadku z dnia 27 lipca 2008 roku miało jakiegokolwiek konsekwencje zdrowotne i jaki niesło zagrożenie, miała w tym wypadku opinia biegłych sądowych Katedry i Medycyny Sądowej Uniwersytetu (...)w K. sporządzona przy udziale biegłych: -dr med. P. K. specjalisty medycyny rodzinnej, internisty i specjalisty chorób zakaźnych, dr med. R. C. specjalisty neurochirurga i chirurga ortopedy, a nadto dr med. G. Z. specjalisty neurologa.

Poza oceną ryzyka jakim obarczone zostało nieprzeprowadzenie operacji u powódki zaraz po urazie – przytoczona na wstępie tych rozważań biegli wskazali na szereg nieprawidłowości w postępowaniu personelu medycznego pozwanego

szpitala. W opozycji do diagnozy postawionej przez lekarzy tej jednostki oraz konsultującego przypadek powódki specjalisty neurochirurga, biegli zaopiniowali, że za świeżym charakterem urazu (a nie uznaniem zmian stwierdzonych u powódki za zwyrodnieniowe) przemawia brak wtórnych wytwórczych zmian w obrazie MRI z sierpnia 2008 roku – do których doszłoby jako odczyn na zastarzałą zmianę, ponadto jak podniesiono w przywoływanej opinii w obrazie MRI nie stwierdza się dehydratacji tarcz międzykręgowych, co również przemawia za świeżym, pourazowym ich charakterem. W przeciwieństwie do postawionej diagnozy biegli zaopiniowali, iz leczenie operacyjne powódki było najbardziej optymalnym sposobem leczenia, gdyż niestabilność odcinka C5/C6 widoczna na obrazach RTG nie rokowała samoistnego wygojenia, a wykazywała możliwość stopniowego pogarszania się stabilności w tym odcinku. Za przeprowadzeniem leczenia operacyjnego jako metodą najbardziej optymalną przemawiały również wyniki badań CT i MRI przeprowadzone u Z. Z. (1). Biegli zakwestionowali podejmowane przez lekarzy decyzje o proponowanym powódce leczeniu wskazując, iż przeprowadzenie leczenia operacyjnego w żadnym wypadku nie wymagało u powódki zastosowania wyciągu czaszkowego, który zaproponowano Z. Z. (1) w pozwanym szpitalu. Zaawansowanie zmian pourazowych nie rokowało również poprawy w wyniku rehabilitacji i zabiegów fizykoterapii w ramach leczenia sanatoryjnego. Biegli podkreślili w sporządzonej opinii okoliczność, iż wykonanie natychmiastowej operacji zawsze wskazane jest w sytuacjach bezwzględnej ciasnoty w kanale kręgowym, co wiąże się z koniecznością jego natychmiastowego odbarczenia- a w przypadku powódki można przyjąć, iż taka sytuacja miała miejsce. Na zdjęciach wykonywanych u powódki w pozycji stojącej w stosunku do obrazów wykonywanych w pozycji leżącej – dochodziło do nasilenia ustawienia kyfotycznego i przesunięcia C5 względem C6, to przemawiało za niestabilnością w tym odcinku i stanowiło wskazanie pilnego leczenia operacyjnego. W uzupełniającej opinii biegli odpowiadając na poruszone przez strony zagadnienia wskazali, że to, iż pozwany nie miał możliwości wykonania leczenia operacyjnego podwichnięcia na poziomie C5/C6 z następową kompresją na rdzeń nie ulega wątpliwości. Tym niemniej był obowiązany zwrócić się do ośrodka referencyjnego w którym by wykonano u powódki konieczne leczenie operacyjne. Tymczasem powódka była hospitalizowana przez ponad 30 dni i została wypisana bez jakichkolwiek objawów neurologicznych ale i nie zastosowano u niej również metody leczniczej operacyjnej stosowanej w tym wypadku. W związku z brakiem leczenia u powódki doszło do wtórnych następstw w postaci porażenia nerwu dodatkowego po stronie lewej prowadzącego do zaniku mięśnia mostkowo – obojczykowo – sutkowego, który częściowo powstaje z włókien wywodzących się z odcinka szyjnego rdzenia na poziomie C5-C7, osłabienia odruchu z mięśnia dwugłowego przy zachowanej ruchomości czynnej oraz pogłębienia zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa na tle niezreponowanego i nieustabilizowanego podwichnięcia. Gdyby przeprowadzono leczenie operacyjne w okresie bezpośrednio po urazie w ośrodku referencyjnym to powódka mogłaby uniknąć porażenia nerwu dodatkowego lewego oraz mieć lepszą ruchomość i oś kręgosłupa szyjnego. Opisywane nieprawidłowości postępowania doprowadziły do powstania 60% uszczerbku na zdrowiu powódki. Zgodnie z powyższą opinią podczas zabiegu operacyjnego przeprowadzonego w terminie do 14 dni od chwili urazu nie byłoby zrostów, ucisku na rdzeń, tak znacznej niestabilności oraz przemieszczenia kyfotycznego. W trakcie zabiegu wykonanego bezpośrednio o urazie nie byłoby koniecznym usuwanie zrostów ze stawów, obrót na plecy usunięcie dysku i założenie implantu. Biegli zaopiniowali ponadto, że podwichnięcie C5/C6 z niestabilnością i postępującą kyfozą – wynik konsultacji neurochirurgicznej bez wpisu daty - znajdującej się w historii choroby powódki prowadzonej przez pozwanego było stanem wymagającym leczenia operacyjnego, ale stan kliniczny chorej był możliwy do ustalenia stopniu ograniczonym ponieważ pozwany zaniechał obowiązku badania stanu ortopedycznego powódki w czym mieści się między innymi ocena kręgosłupa szyjnego, a jedynie zapis znajduje się w konsultacji neurochirurgicznej. Biegli wskazali, iż o pogłębieniu się kyfotycznego ustawienia kręgosłupa poinformował pozwanego konsultujący neurochirurg z czego zapis znajduje się w historii choroby wytworzonej przez pozwanego.

W wywołanej opinii biegłych odzwierciedlenie również znalazła kwestia świadomej zgody pacjenta na zabieg operacyjny, a tym samym świadomego jej nieudzielenia (odmowy)w opinii biegłych winna mieć formę pisemną o czym mowa w art. 34 w zw. z art. 31 ust.1 ustawy o zawodzie lekarza o lekarza dentystry z 1996 roku. Biegli zaopiniowali, iż w dokumentacji medycznej pochodzącej od pozwanego takiego dokumentu opatrzonego własnoręcznym podpisem powódki nie odnaleziono.

Okoliczność braku tego dokumentu, a tym samym pisemnej zgody lub odmowy na przeprowadzenie zabiegu operacyjnego powódki potwierdził w swoich zeznaniach świadek J. U. podnosząc, iż lekarze pozwanej jednostki nie widzieli bezwzględnych wskazań do operacji, istniały jedynie wskazania względne. Brak zgody na operację zgodnie z zeznaniami świadka był wypowiedziany ustnie (vide: k. 346-347v).

Rozważając podnoszoną przez pozwanego zbędność takiego dokumentu i zgłoszone przez powódkę ustnie oświadczenie o braku zgody na operację należy się zastanowić nad słusznością obu stanowisk. W ocenie Sądu Okręgowego od każdego kto podejmuje się określonego działania, wymagana jest należyta staranność w rozumieniu art. 355 k.c. Tym bardziej, że obowiązek należytej staranności, uregulowany w tym przepisie, dotyczy wszystkich momentów wykonywania zobowiązania, tj. fazy przygotowawczej, zasadniczej i końcowej, czyli w tym przypadku od chwili zgłoszenia się pacjentki do szpitala ze schorzeniem, aż do chwili wypisania ze szpitala. Oznacza to, że przez ten cały czas lekarz powinien zachowywać „staranność dobrego lekarza”, wymaganą w związku z wykonywaniem zawodu. Zachowanie lekarza można uznać za bezprawne, jeżeli pozostaje w sprzeczności z obowiązującym porządkiem prawnym, przez który należy rozumieć nie tylko obowiązujące ustawodawstwo, ale także obowiązujące w społeczeństwie zasady współżycia społecznego oraz zasady obowiązujące w konkretnych zawodach. Wśród tych zasad, w przypadku lekarzy, niewątpliwie mieści się szczegółowe informowanie pacjenta o jego schorzeniach, proponowanej metodzie leczenia i ryzyku jakie ona niesie celem umożliwienia pacjentowi wyrażenie zgody na zabieg operacyjny. Ryzyko, jakie bowiem bierze na siebie pacjent, musi być świadome i swobodne. Zgodnie z art. 9 obowiązującej obecnie ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia (ust. 1). Ma także prawo do uzyskania od lekarza przystępnej informacji o swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu (ust. 2). Bezsprzecznie również ta norma prawna funkcjonowała w polskim systemie prawnym już wcześniej i była wyrażona m.in. w art. 31 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodzie lekarza i lekarza dentystry oraz w art. 13 Kodeksu Etyki Lekarskiej.

Jest to zatem ustawowy zakres przedmiotowy prawa do informacji, w zasadzie wyczerpujący, zatem nie podlega swobodnemu uznaniu przez lekarza. Obowiązek udzielania informacji jest etycznym obowiązkiem lekarza. Kodeks Etyki Lekarskiej w art. 13 ust. 1 stanowi, że "obowiązkiem lekarza jest respektowanie prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia". Zgodnie z art. 13 ust. 3 KEL lekarz powinien poinformować o: – stopniu ewentualnego ryzyka zabiegów diagnostycznych i leczniczych, – spodziewanych korzyściach związanych z wykonywaniem tych zabiegów, – możliwościach zastosowania innego postępowania medycznego. Ważną częścią przekazywanej informacji dotyczącą następstw i konieczności podjęcia czy kontynuowania leczenia musi być objaśnienie w kwestii ewentualnej potrzeby pilnego dokonania interwencji medycznej. Pacjent ma prawo znać alternatywne metody postępowania, o ile w jego przypadku zachodzi możliwość wyboru np. pomiędzy metodą inwazyjną a nieinwazyjną. Obowiązkiem lekarza jest dochowanie należytej staranności, **by przekonać pacjenta do wyboru optymalnej metody medycznej (art. 4 u.z.l.)**. To pacjent ostatecznie decyduje, jakie działania względem jego osoby będą podejmowane, ale aby był to świadomy wybór, którego ryzyko jest przez pacjenta akceptowane, musi uzyskać od lekarza wyczerpujące informacje. W myśl z kolei art. 34 ustawy o zawodzie lekarza, lekarz może wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą ryzyko dla pacjenta, dopiero po uzyskaniu jego pisemnej zgody (ust. 1). Przed wyrażeniem zgody przez pacjenta w sytuacji, o której mowa w ust. 1, lekarz ma obowiązek udzielenia mu informacji zgodnie z art. 31 ustawy (ust. 2). Lekarz ma obowiązek przedstawić pacjentowi informacje o: 1) stanie zdrowia, 2) rozpoznaniu, 3) proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, 4) dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, 5) wynikach leczenia, 6) rokowaniu na przyszłość (Komentarz do art. 31 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry. M. Kapko – za pośrednictwem Systemu Informacji Prawnej Lex).

Należy zauważyć, iż lekarz odpowiada nie tylko za winę w samym procesie leczenia, lecz także za każdą winę nie dotyczącą techniki medycznej, a więc i za niedoinformowanie pacjenta o ryzyku i skutkach zabiegu. Pacjent musi znać przedmiot zgody, musi wiedzieć o proponowanej metodzie leczenia, ryzyku zabiegu i jego następstwach.

W realiach rozpoznawanej sprawy powódka nie podpisała dokumentu w którym oświadczałaby, iż nie wyraża zgody na wykonanie proponowanego zabiegu operacyjnego. Kwestia powyższa między stronami jest bezsporna. Tym niemniej pozwany kwestionując konieczność odebrania takiego oświadczenia od powódki w formie pisemnej, nie zdołał udowodnić, iż faktycznie na ten typ leczenia powódka zgody nie wyraziła, ani tego, iż poinformowano powódkę o konieczności przeprowadzenia operacji oraz o ewentualnych konsekwencjach braku zgody.

W ocenie Sądu Okręgowego po analizie zebranego materiału dowodowego a w szczególności zeznań powódki i świadków P. Z. i J. Z., a nadto zeznań świadka J. U. w konfrontacji z zeznaniami powódki zasadnym jest uznanie, iż Z. Z. (1) nigdy wprost nie zaproponowano operacji. Przyjęcie takiej oceny uzasadnia również analiza dokumentacji medycznej dostarczonej przez pozwanego dotyczącej przebiegu leczenia powódki.

Widoczne jest bowiem, iż proponowany zabieg operacyjny po konsultacji neurochirurgicznej odsuwany jest w czasie, do kolejnych konsultacji neurochirurgicznych i uzyskania następnych wyników badań, aż w ostateczności pozwany odstępował od jego wykonania. Niewątpliwie wpływ na powyższe miał brak możliwości technicznych wykonania takiej operacji w warunkach pozwanego szpitala, tym niemniej nic nie zwalniało lekarzy sprawujących opiekę medyczną nad powódką z obowiązku zwrócenia się do ośrodka, który taki zabieg operacyjny mógłby w krótkim czasie przeprowadzić. Nie wychodząc poza ramy przyjęte w opinii biegłych, uwzględniając jednakże odmienną interpretację wyników badań powódki oraz wskazania do tego rodzaju leczenia reasumując uznano, iż powyższe argumenty obciążają pozwanego, którego to pracownicy nie dopełnili wynikających z przepisów prawa obowiązków.

Konkludując w ocenie Sądu Okręgowego w realiach przedmiotowej sprawy wystąpiły wszystkie konieczne elementy niezbędne dla przyjęcia odpowiedzialności pozwanego, a mianowicie: szkoda – przejawiająca się w pogorszeniu stanu zdrowia powódki po ponad 30 dniowym pobycie w pozwanym szpitalu, które to pogorszenie miało swoje dalsze konsekwencje skutkujące uznaniem 60 % uszczerbku na zdrowiu, wina – przejawiająca się w podjęciu niewłaściwej metody leczenia, przy zbagatelizowaniu pilnej potrzeby wykonania zabiegu operacyjnego, co skutkowało narażeniem powódki na możliwe, nieoczekiwane pogłębienie niestabilności na poziomie C5/C6 z ryzykiem od niedowładu czterościerńcowego – po śmierci, poszerzeniem zakresu interwencji chirurgicznej, możliwością uniknięcia przez powódkę porażenia nerwu dodatkowego lewego, lepszą ruchomością i posiadaniem osi kręgosłupa szyjnego, związek przyczynowy – powstała u Z. Z. (1) szkoda niewątpliwie jest normalnym następstwem wyborów niewłaściwej metody leczenia i w konsekwencji opóźnienia nieuniknionego leczenia, co znacznie potęgowało ryzyko oraz szanse powodzenia operacji przeprowadzonej w Centrum (...) w K..

Stosownie do art. 445 k.c. w zw. z art. 444 k.c., w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia Sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.

Należy przypomnieć, że krzywda mieści w sobie wszelkie ujemne następstwa uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia. Chodzi tu o krzywdę ujmowaną jako cierpienia fizyczne – ból i inne dolegliwości oraz cierpienie psychiczne – ujemne uczucia przeżywane w związku z cierpieniami fizycznymi lub następstwami uszkodzenia ciała albo rozstroju zdrowia. Celem zadośćuczynienia jest złagodzenie doznanej krzywdy i obejmuje ono cierpienia mające charakter trwały jak i przemijający. Zadośćuczynienie powinno być odpowiednie i służyć złagodzeniu doznanej krzywdy. W orzecznictwie ugruntował się aprobowany przez piśmiennictwo pogląd opowiadający się za kompensacyjnym charakterem przewidzianego w art. 445 § 1 k.c. zadośćuczynienia pieniężnego, to jest uznający je za sposób naprawienia szkody niemajątkowej, wyrażającej się krzywdą w postaci doznanych cierpień fizycznych i psychicznych (por. w szczególności wyrok Sądu Najwyższego z dnia 4 czerwca 1968 r., I PR 175/68, OSNCP 1969, nr 2, poz. 37; oraz uchwałę pełnego składu Izby Cywilnej Sądu Najwyższego z dnia 8 grudnia 1973 r., III CZP 37/73, OSNCP 1974, nr 9, poz. 145).

O rozmiarze należnego zadośćuczynienia pieniężnego powinien zatem decydować w zasadzie rozmiar doznanej krzywdy, a zatem stopień cierpień fizycznych i psychicznych, ich intensywność, czas trwania, nieodwracalność następstw wypadku i inne podobne okoliczności. Niewymierny w pełni charakter tych okoliczności sprawia, że sąd przy ustalaniu rozmiaru krzywdy i tym samym wysokości zadośćuczynienia ma pewną swobodę. Podkreśla się,

że ocena sądu w tym względzie powinna opierać się na całokształcie okoliczności sprawy, nie wyłączając takich czynników, jak przede wszystkim rozmiar doznanej krzywdy, a zwłaszcza stopień, czas trwania cierpień fizycznych i psychicznych, trwałość skutków czynu niedozwolonego, czy też wiek poszkodowanego jak również ewentualne jego przyczynienie się do powstania lub zwiększenia rozmiaru doznanej szkody. Nadto zadośćuczynienie z jednej strony ma służyć złagodzeniu doznanej krzywdy i jednocześnie nie prowadzić do nadmiernego wzbogacenia osoby uprawnionej do otrzymania zadośćuczynienia (zob.: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 lutego 2000 roku, III CKN 58/98, niepublikowany). Podnieść także należy, iż zadośćuczynienie zgodnie z poglądami tak doktryny, jak i judykatury winno mieć charakter całościowy i obejmować wszelkie cierpienia fizyczne, jak i cierpienia psychiczne, również te możliwe do wystąpienia w przyszłości (kompleksowo wyjaśnił to Sąd Najwyższy w uzasadnieniu wyroku z dnia 3 lutego 2000 roku, opublikowanym w bazie Lex pod Nr 50824).

Wysokość odpowiedniej sumy, której przyznanie przewiduje art. 445 § 1 k.c., zależy więc przede wszystkim od rozmiaru doznanej przez poszkodowanego krzywdy, ustalonej przez sąd przy uwzględnieniu całokształtu okoliczności sprawy. Jednocześnie, na co zwrócił uwagę Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 30 stycznia 2004 r. I CK 131/03 (OSNC 2005/2/40), powołanie się przez sąd przy ustalaniu zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na potrzebę utrzymania wysokości zadośćuczynienia w rozsądnych granicach, odpowiadających aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa, nie może prowadzić do podważenia kompensacyjnej funkcji zadośćuczynienia.

Odnosząc powyższe wskazówki do wagi cierpień powódki Z. Z. (1) wskazać należy, iż były one znaczne. Oceniając ich rozmiar Sąd Okręgowy oparł swoje ustalenia poza przywoływanymi powyżej zeznaniami powódki, P. Z. i J. Z. również na wywołanej w toku postępowania opinii biegłego z zakresu psychologii. Wynika z niej, iż powódka trafiła do szpitala w sposób nagły i nieoczekiwany. Dotychczas jedynie sporadycznie korzystała z pomocy lekarskiej, gdyż nie miała takich potrzeb. Była samodzielną i aktywną osobą. Sytuacja utraty sprawności, konieczność hospitalizacji, towarzyszące uczucie bólu i cierpienia fizycznego, a następnie konieczność funkcjonowania pod opieką była dla powódki sytuacją traumatyczną. Jako osoba aktywna Z. Z. (1) cierpiała podczas przymusowej bezczynności, czuła się niepotrzebna, odizolowana i odrzucona. Brakowało jej pewności co do tego czy uda się jej wrócić do danego życia. Niepewność co do przyszłości spowodowała nasilenie napięcia emocjonalnego i dodatkowo u powódki pojawił się lęk, problemy ze snem, poczucie krzywdy i nerwowość. Objawy te utrzymują się nadal chociaż w mniejszym nasileniu. Niebagatelne znaczenie ma fakt, iż powódka wciąż wymaga pomocy innych osób. Konkludując biegła zaopiniowała, że w wyniku upadku z dnia 27 lipca 2008 roku i komplikacji z nim związanych u powódki Z. Z. (1) wystąpiły zaburzenia funkcjonowania o charakterze adaptacyjnym. Objawiało się to obniżeniem nastroju, lękiem, myślami depresyjnymi, zaburzeniami snu, apetytu, wzmożoną drażliwością. Skutki w postaci powyższych zaburzeń trwają ze zmiennym natężeniem do dnia dzisiejszego. Z uwagi na czas trwania objawów (powyżej 6 miesięcy) należy w ocenie biegłego diagnozować przedłużoną reakcję depresyjną (vide: k. 312-314v).

Oprócz cierpień psychicznych powódka doznała też cierpień czysto fizycznych. Na wysokość zadośćuczynienia wpływ ma również stwierdzony procentowy uszczerbek na zdrowiu ustalony przez biegłych w wywołanej opinii Katedry Medycyny Sądowej (...) (...)w K., który ustalony został na poziomie 60 % (vide: k. 280v).

Wszystkie te okoliczności powodują, że kwota łącznie 100 000 złotych tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, oceniona musi zostać w realiach tej sprawy, jako roszczenie utrzymane w rozsądnych, niewygórowanych granicach.

Określając wysokość zadośćuczynienia, Sąd Okręgowy wziął pod uwagę nie tylko wymienione powyżej okoliczności ale przede wszystkim konsekwencje, jakie proces leczenia w pozwanym szpitalu miał na dalsze życie powódki. Przed pobytem w pozwanym szpitalu powódka nie potrzebowała pomocy osób trzecich, ani nie wymagała interwencji lekarskich. Pomagała w gospodarstwie, była w pełni samodzielna, sama wychowywała siedmioro dzieci po tragicznej śmierci męża. Po powrocie ze szpitala w K. powódka była niesprawna, wymagała pomocy przy ubieraniu, przygotowywaniu posiłków, przy sprzątaniu domu. Stała się niedołączna i niezaradna, a dodatkowo cierpiała na znaczne dolegliwości ze strony szyi i głowy, które zmusiły ją niejako do dalszego poszukiwania pomocy. Powódka po opuszczeniu pozwanego szpitala musiała leżeć, poruszała się za pomocą dwóch kul, nie była w stanie

prowadzić gospodarstwa domowego. Skutkowało to koniecznością wyzbycia się zwierząt, które dotychczas powódka hodowała. Powyższa kwota w ocenie Sądu uwzględnia zatem zarówno charakter jak i zakres uszkodzeń, intensywność dolegliwości bólowych, długotrwałość pobytu w pozwanym szpitalu, konieczność dalszego leczenia, zmiany w życiu rodzinnym. Powódka ponadto wskutek zaniechania podjęcia koniecznego i natychmiastowego leczenia operacyjnego przez personel medyczny pozwanego szpitala, nie tylko musiała przejść operację w szerszym zakresie (odbarczenie z dostępu tylnego i przedniego, przy wystarczającym w okresie pobytu w pozwanym szpitalu zabiegiem z dostępu przedniego), co wiązało się z nieprzyjemnymi dla każdego człowieka pobytami w szpitalu oraz zwiększonymi dolegliwościami bólowymi, ale nadal narażona jest na niedogodności związane z rehabilitacją szyi. Poza tym krzywda powódki w związku z zaistniałym leczeniem w pozwanym szpitalu przejawia się nie tylko w wyliczonych przez biegłych uszczerbkach w stanie jej zdrowia, ale przede wszystkim związana jest z koniecznością znoszenia licznych niedogodności i to jeszcze w okresie dojrzałym, w którym procesy gojenia się są wolniejsze niż u człowieka młodego, a dojście do pełnej sprawności, nawet przy wyteżonej rehabilitacji jest w zasadzie niemożliwe. Natomiast zdrowie i życie są najistotniejszymi dobrami każdego człowieka. Z zasad doświadczenia życiowego niewątpliwym jest fakt, że pobyt w pozwanym szpitalu i podjęcie niewłaściwej metody leczenia stwierdzonych u powódki schorzeń spowodowało, że życie powódki różni się od tego, jakie mogłaby prowadzić gdyby nie wyrządzono jej szkody. Powódka nie jest już osobą całkowicie samodzielną w stosunku do stanu przed wypadkiem i wymaga pomocy innych osób przy czynnościach życia codziennego, takich jak sprzątanie, ubieranie się czy zakupy. Nie bez znaczenia pozostaje także okoliczność, że przed pobytym w pozwanym szpitalu powódka nie cierpiała na żadne schorzenia, a zatem zdarzenie będące źródłem odpowiedzialności pozwanego spowodowało konieczność częstego kontaktu z służbą zdrowia, co w warunkach polskiego systemu opieki zdrowotnej, jest zawsze zjawiskiem nieprzyjemnym dla osoby nieprzystosowanej.

Sąd oddalił roszczenie powódki w pozostałym zakresie uznając, że żądana pozwem kwota jest nadmierna i niesprawiedliwiona okolicznościami niniejszej sprawy. Uwzględniono okoliczność, iż szkoda powstała u powódki w dojrzałym wieku (62 lata), a zakres doznanych przez nią obrażeń które ujawniały się stopniowo, stanowi istotne utrudnienie w codziennym funkcjonowaniu. Nie uwzględnił również stanowiska w którym wskazano jako podstawę do zadośćuczynienia w wysokości 50 000 złotych za krzywdę doznaną w związku z zawinionym naruszeniem praw pacjenta - art. 19 ust. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o Zakładach Opieki Zdrowotnej. Należy bowiem zauważyć, iż dniu 1 lipca 2011 roku - zatem jeszcze przed złożeniem pozwu, akt ten został uchylony i zastąpiony ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2011 nr 112 poz. 654).

Sąd zasądził odsetki od kwoty zadośćuczynienia za doznaną krzywdę od dnia 16 września 2011 roku tj. od dnia następnego po dniu doręczenia pozwanemu odpisu pozwu zgodnie z żądaniem. Jak wynika z akt sprawy (vide: k. 177 v) odpis pozwu został doręczony pozwanemu w dniu 15 września 2011 roku. Zasądzenie odsetek od dnia następnego jest zatem żądaniem w pełni uzasadnionym.

Żądanie powódki ustalenia odpowiedzialności pozwanego na przyszłość jako następstwa przebiegu leczenia w pozwanym szpitalu znajduje podstawę prawną w przepisie art. 189 k.p.c. Powództwo o ustalenie odpowiedzialności pozwanego na przyszłość za dalsze szkody jakie mogą się ujawniać u powódki w przyszłości jako następstwa leczenia w pozwanym szpitalu wymaga jednak wyjaśnienia, czy w przyszłości stan zdrowia powódki może ulec pogorszeniu oraz czy może to być źródłem dalszej szkody (wyrok Sądu Najwyższego z 3 lutego 2005 r., II CK 402/04, niepubl.). W ocenie Sądu okoliczność ta została w sprawie pozytywnie ustalona za pomocą opinii biegłych. W opinii biegłych Katedry i Medycyny Sądowej (...) (...)proces leczenia powódki nie został zakończony, Z. Z. (1) wymaga wszechstronnej rehabilitacji, która miałaby na celu wzmocnienie mięśni szyi i możliwą poprawę ruchomości kręgosłupa szyjnego. Zatem jest prawdopodobne to, iż w przyszłości dalsze następstwa nieprawidłowego procesu leczenia w pozwanym szpitalu zostaną ujawnione. Sąd uwzględnił zatem powództwo w tym zakresie.

Za zasadne, co do swej istoty uznała również roszczenie o zasądzenie od pozwanego na rzecz powódki miesięcznej renty z tytułu zwiększonych potrzeb, uznając iż w toku niniejszego postępowania strona powodowa nie tylko udowodniła ich istnienie, ale również fakt, iż stanowiły następstwo czynu niedozwolonego.

Podstawą prawną powyższego żądania jest treść art. 444 § 2 k.c., w świetle którego, jeżeli poszkodowany utracił całkowicie lub częściowo zdolność do pracy zarobkowej, albo jeżeli zwiększyły się jego potrzeby lub zmniejszyły widoki powodzenia na przyszłość, może on żądać od zobowiązanego do naprawienia szkody odpowiedniej renty. Zatem roszczenie o rentę przysługuje poszkodowanemu w razie: całkowitej lub częściowej utraty przez niego zdolności do pracy zarobkowej; zwiększenia się jego potrzeb, zmniejszenia się jego widoków powodzenia na przyszłość. Wymienione następstwa powinny mieć charakter trwały (co nie oznacza, że nieodwracalny), a każda z tych okoliczności może stanowić samodzielną podstawę zasądzenia renty, jednakże zawsze konieczną przesłanką jest powstanie szkody, bądź to w postaci zwiększenia wydatków, bądź to zmniejszenia dochodów. Renta ma na celu wynagrodzenie szkody, polegającej na konieczności ponoszenia stałych wydatków (na pomoc ze strony osoby trzeciej, lepsze odżywianie, odpowiednie leczenie, korzystanie ze szczególnych środków komunikacji itp.).

W przedmiotowej sprawie strona powodowa domagała się zasądzenia kwoty 680 złotych tytułem miesięcznej renty z tytułu zwiększonych potrzeb powódki Z. Z. (1). Żądana kwota obejmowała następujące sumy: 480 złotych tytułem kosztów opieki nad powódką, przy przyjęciu, 2 godzin opieki dziennie po 8 złotych za godzinę sprawowania opieki, 200 złotych tytułem kosztów związanych z przeprowadzeniem rehabilitacji i masaży, przy przyjęciu 4 wizyt w miesiąca po 50 złotych/ za zabieg.

Postępowanie dowodowe wykazało, że z uwagi na stan zdrowia powódka powinna być objęta opieką osoby trzeciej i korzystać z wszechstronnej rehabilitacji (vide k. 250 v opinii). Strona powodowa w ocenie Sądu prawidłowo przyjęła stawkę godzinową za opiekę, która co do zasady nie była przedmiotem sporu stron i nie wymaga szczegółowych rozważań, gdyż nie jest to kwota odbiegająca od przeciętnie przyjmowanej stawki godzinowej za opiekę sprawowanej przez specjalizujące się w tego rodzaju usługach instytucje. Ponadto w ocenie Sądu nie jest wygórowana również kwota 200 złotych miesięcznie wskazana przez stronę powodową jako ponoszona z tytułu rehabilitacji i masaży powódki. Sąd uwzględnił zatem zeznania powódki, która wskazała, iż uczęszcza na rehabilitację wodną do J. w ramach NFZ. Z doświadczenia życiowego Sądu wynika, iż jeśli powódka uczęszcza na rehabilitację poza własną miejscowością, pod opieką osoby trzeciej, to nawet w przypadku, jeśli same zabiegi są refundowane, powódka ponosi inne koszty np. związane z dojazdem, kosztem zakupu paliwa, wynajęciem środka transportu czy opłaty biletów na przejazd. Uwzględniając przywoływaną opinię biegłych i wskazania co do konieczności prowadzenia wszechstronnej rehabilitacji uznać należy, iż wskazana przez stronę powodową kwota 200 złotych jest ustalona w rozsądnych granicach. Powyższe rozważania przemawiają za uznaniem żadanego przez powódkę roszczenia w całości, co odzwierciedlenie znalazło w pkt. II wyroku.

Odsetki od tego świadczenia ustalono od dnia 16 września 2011 roku, tj dnia następnego od dnia doręczenia odpisu pozwu, uznając żądanie zasądzenia renty od dnia 1 sierpnia 2008 roku jako nieuzasadnione i nieudowodnione.

O kosztach procesu Sąd orzekł na podstawie art. 100 k.p.c., stanowiącego, iż w razie częściowego tylko uwzględnienia żądań, koszty będą wzajemnie zniesione lub stosunkowo rozdzielone. (...). Mając na uwadze fakt, iż powódka Z. Z. (1) utrzymała się z roszczeniem w 52 %, pozwany zakład ubezpieczeń zaś w 48 %, należy wskazać, iż istniała zatem podstawa do wzajemnego zniesienia kosztów procesu między stronami.

Sąd, na podstawie art. 113 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 roku „o kosztach sądowych w sprawach cywilnych” (Dz. U. z 2005 roku, Nr 167, poz. 1398 ze zm.), nakazał ściągnąć od pozwanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w K. na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Lublinie kwotę 10 207 złotych. Na wysokość tej kwoty składają się: nieuiszczona opłata od pozwu od której powódka był zwolniona oraz koszty opinii biegłych lekarzy i koszty świadków. Łącznie poniesione koszty wyniosły 19 628,20 złotych, pozwany przegrał niniejszy proces w 52 % zatem w takiej części powinien zostać obciążony kosztami procesu.

Mając wszystko powyższe na uwadze oraz w oparciu o powołane wyżej przepisy, Sąd orzekł jak w wyroku.