

Sygnatura akt XI C 133/20

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

W., dnia 14 grudnia 2023 r.

Sąd Rejonowy dla Wrocławia-Fabrycznej we Wrocławiu XI Wydział Cywilny w następującym składzie:

Przewodniczący: SSR Anna Małecka

Protokolant: Agnieszka Ryndak

po rozpoznaniu w dniu 14 grudnia 2023 r. we Wrocławiu

na rozprawie

sprawy z powództwa A. Z.

przeciwko szpitalu (...) we W.

o zapłatę

I. zasądza od strony pozwanej (...) Szpitala (...) we W. na rzecz powódki A. Z. kwotę 40.380 zł (czterdzieści tysięcy trzysta osiemdziesiąt złotych) wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie liczonymi od dnia 8 stycznia 2020 r. do dnia zapłaty;

II. oddala powództwo w pozostałym zakresie;

III. zasądza od strony pozwanej na rzecz powódki kwotę 6.668 zł (sześć tysięcy sześćset sześćdziesiąt osiem złotych) tytułem zwrotu kosztów procesu wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie liczonymi od dnia uprawomocnienia się niniejszego orzeczenia do dnia zapłaty;

IV. nakazuje stronie pozwanej, aby uiściła na rzecz Skarbu Państwa (Sądu Rejonowego dla Wrocławia-Fabrycznej we Wrocławiu) kwotę 5.156,86 zł tytułem wydatków poniesionych przez Skarb Państwa na poczet wynagrodzenia biegłego sądowego;

V. oddala wniosek interwenienta ubocznego P. R. (1) o zasądzenie od powódki kosztów procesu.

Sygn. akt XI C 133/20

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 10 stycznia 2020 r. powódka A. Z. wniosła o zasądzenie od strony pozwanej (...) Szpitala (...) we W. kwoty 41.020 zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 8 stycznia 2020 r. do dnia zapłaty, w tym kwoty 40.000 zł tytułem zadośćuczynienia za ból i cierpienia spowodowane błędami medycznymi oraz kwoty 1.020 zł tytułem odszkodowania za koszty dodatkowych wizyt u specjalistów. Nadto powódka domagała się zasądzenia od pozwanego na rzecz jej rzecz kosztów procesu.

W uzasadnieniu wskazano, iż po wypadku komunikacyjnym z dnia 3 stycznia 2017 r. powódka była hospitalizowana u strony pozwanej dwukrotnie i wykonano u niej cztery operacje. Powódka zarzuciła stronie pozwanej postępowanie niezgodne z obowiązującymi procedurami i ze sztuką oraz aktualną wiedzą medyczną tzw. błąd medyczny, przejawiające się w szczególności w: nieprawidłowej i opóźnionej diagnostyce, braku wykonania niezbędnych badań

np. tomografii po zabiegach operacyjnych, czy rentgenów śródoperacyjnych, zastosowaniu zbyt długich śrub podczas operacji, pozostawieniu w jej organizmie nakładki celującej, dodatkowych zabiegach operacyjnych spowodowanych kilkukrotną, nieskuteczną wymianą zbyt długich śrub, a także braku adekwatnych, przejrzystych i pełnych informacji o stanie jej zdrowia. Powódka zaznaczyła, iż na skutek powyższego mimo złego stanu zdrowia i bólu musiała korzystać prywatnie z licznych dodatkowych konsultacji lekarskich oraz była narażona na silny ból, stres, dodatkowe ryzyko i obciążenie organizmu związane z kolejnymi zabiegami operacyjnymi oraz wstrzymanie rehabilitacji i opóźnienie powrotu do zdrowia. Odnośnie roszczenia w zakresie odszkodowania powódka wskazała, że obejmuje ono koszty dodatkowych wizyt lekarskich, spowodowanych pozostawieniem w ciele nakładki celującej oraz zastosowania zbyt długich śrub i wynosi łącznie 1.020 zł, na którą to kwotę składają się następujące należności: 250 zł koszt konsultacji lekarskiej w P. w dn. 22.03.2017 r., 230 zł koszt badania TK w dn. 17.03.2017 r., 180 zł koszt konsultacji lekarskiej we W. w dn. 20.03.2017 r., 150 zł koszt konsultacji lekarskiej we W. z dn. 16.03.2017 r., 210 zł koszt konsultacji w zakresie braku gojenia się rany u specjalisty w K. z dn. 26.04.2017 r. Pełnomocnik powódki wezwał stronę pozwaną do zapłaty pismem z dnia 27.12.2019 r., lecz żądanie pozostało bezskuteczne.

W odpowiedzi na pozew (k. 103-105) strona pozwana (...) Szpitala (...) we W. wniosła o oddalenie powództwa w całości, zasądzenie od powódki na rzecz strony pozwanej kosztów procesu.

Strona pozwana przyznała, że powódka z powodu urazu wielomiejscowego była hospitalizowana w szpitalu (...) we W., lecz zaprzeczyła by w jej leczeniu doszło do błędu medycznego. Strona pozwana wyjaśniła, że pierwszy zabieg operacyjny powódki wykonany w dniu 10 stycznia 2017 r. obejmował zaopatrzenie złamania talerza kości biodrowej oraz szyjki anatomicznej kości ramiennej prawej, bez rewizji stawu łokciowego z uwagi na fakt, że mogłoby to być dla pacjentki zbyt obciążające (zbyt szeroki zakres jednorazowego zabiegu), zaś lekarz operator uznał za zasadne poszerzenie diagnostyki w tym zakresie. W czasie drugiego zabiegu wykonanego w dniu 16 stycznia 2017 r. dokonano rewizji stawu łokciowego i rewizji zespolenia części bliższej kości ramiennej z uwagi na stwierdzone złe położenie części zespolenia. Strona pozwana zaprzeczyła by celem drugiego zabiegu było usunięcie pozostawionej nakładki celującej w organizmie powódki. Kolejne zabiegi wykonane w dniach 28 oraz 30 marca 2017 r. miały na celu usunięcie konfliktu biomechanicznego. W ich trakcie dokonano wymiany śrub użytych przy wykonaniu zespolenia na krótsze. Pozwana wskazała, iż w trakcie obu zabiegów dokonano kontroli zespolenia i konflikt na tym etapie nie występował, nie jest jasne z jakiego powodu wystąpił po zakończeniu zabiegu. W ocenie strony pozwanej leczenie powódki było zgodne z zasadami wiedzy medycznej. Wszelkie skutki zdrowotne, jakie odczuwa powódka, są następstwami urazów doznanych w wypadku i strona pozwana nie ponosi za nie odpowiedzialności, a koszty leczenia powódki związane są z urazami. Z ostrożności procesowej strona pozwana wniosła o nieobciążanie jej kosztami procesu.

Pismem z dnia 31 maja 2022 r. (k. 485) P. R. (1) zgłosił swe przystąpienie do sprawy po stronie pozwanej w charakterze interwenienta ubocznego wnosząc o oddalenie powództwa, zasądzenie od powódki na rzecz interwenienta ubocznego kosztów procesu.

(...) S.A. z siedzibą w W. Oddział Klienta Kluczowego prawidłowo zawiadomiony o toczącym się postępowaniu nie przystąpił do sprawy.

Sąd ustalił, co następuje:

A. Z. (poprzednio W.) została poszkodowana w wypadku komunikacyjnym w dniu 3 stycznia 2017 r. po którym została zabrana przez karetkę pogotowia na (...) (...) Szpitala (...) we W., gdzie przebywała od 3 do 4 stycznia 2017 r. Po przyjęciu do szpitala wykonano u powódki badania rtg barku, kości ramiennej, nadgarstka, stawu łokciowego, TK głowy, jamy brzusznej, kręgosłupa piersiowego oraz badania krwi.

Od 4 do 23 stycznia 2017 r. pacjentka była leczona na Oddziale (...) Ogólnej z Pododdziałem (...) Urazowo-Ortopedycznej, Metabolicznej, Endokrynologicznej; rozpoznano u niej liczne złamania kości biodrowej, wieloodłamowe talerza kości biodrowej prawej, nasady bliższej kości ramiennej, wieloodłamowe głowy i skośne wieloodłamowe szyjki anatomicznej kości ramiennej prawej, nasady dalszej kości ramiennej, wieloodłamowe skośne części dalszej nasady kości ramiennej prawej, a nadto uraz nerwu łokciowego na poziomie ramienia, przemijające

pourazowe czucia z obszaru nerwu łokciowego. W wykonanym w dniu przyjęcia TK głowy wykazano złamanie obu kości nosowych, zaś w TK kręgosłupa szyjnego nie uwidoczniiono złamań ani też przemieszczeń kręgów. Lekarzem prowadzącym i wykonującym operacje był ortopeda P. R. (1).

Przed pierwszą operacją w dniu 10 stycznia 2017 r. lekarze przy układaniu A. Z. na stole operacyjnym kazali jej podnieść rękę, wtedy to poczuła silny ból w łokciu. Lekarz operator palpacyjnie zbadał rękę i stwierdził złamanie łokcia. Wobec A. Z. tego dnia zastosowano leczenie operacyjne polegające na otwartym nastawieniu i stabilizacji wewnętrznej płytką i śrubami blokowanymi w płycie oraz systemem SacralBar. Operacja ta odbyła się z kilkudniowym opóźnieniem z uwagi na urlop lekarza prowadzącego.

W trakcie zabiegu pozostawiono nakładkę celującą (ciało obce) w obrębie stawu barkowego.

W dniu 11 stycznia 2017 r. zlecono wykonanie TK stawu łokciowego. Dnia 12 stycznia 2017 r. pacjentkę zakwalifikowano do kolejnego leczenia operacyjnego. W dniu 13 stycznia 2017 r. u A. Z. wystąpiło krwawienie miesiączkowe, co skutkowało odroczeniem planowanego drugiego zabiegu.

W dniu 16 stycznia 2017 r. w dokumentacji lekarskiej odnotowano stwierdzenie złego położenia części zespolenia części bliższej kości ramiennej oraz zgodę chorej na początkowe wykonanie reoperacji okolicy barku, a następnie okolicy łokcia. Następnie tego dnia poszkodowana została poddana leczeniu operacyjnemu. W dokumentach odnotowano wykonanie otwartego nastawienia i stabilizacji wewnętrzną płytką P. oraz śrubami złamania części bliższej kości ramiennej – rekonstrukcję dalszego końca kości ramiennej i stabilizację wewnętrzną płytką i śrubami złamania. Śruby umieszczone w stawie ramiennym prawym były zbyt długie i doszło do penetracji śrub poza powierzchnię zewnętrzną kości ramiennej prawej (powierzchnię chrzęstną kości).

Po opuszczeniu szpitala (...) na zdjęcie szwów dojeżdżała do placówki medycznej w O.. Ostatnie szwy mimo tego, że były ściągane w zalecany terminie zdążyły już wrosnąć a ich usuwanie było bardzo bolesne.

A. Z. w dniu 10 lutego 2017 r. odbyła kontrolną prywatną wizytę ortopedyczną u lekarza P. R. (1), który stwierdził iż pacjentka znajduje się w stanie dobrym.

W dniu 12 marca 2017 r. A. Z. z powodu nasilenia dolegliwości bólowych barku prawego zgłosiła się na (...) 4 (...) Szpitala (...) z Polikliniką SPZOZ we W., gdzie po wykonanym badaniu rtg rozpoznano następstwa złamania kończyny górnej oraz zniesienie ruchomości czynnej stawu barkowo-ramiennego prawego. Po przejrzeniu dokumentacji medycznej lekarz przyjmujący J. S. zasugerował pacjentce, iż winna się ona leczyć w szpitalu o wyższej referencji, niż tam gdzie się leczyła dotychczas. Stwierdził, że na zdjęciach okazanych przez A. Z., były nieprawidłowości co do sposobu nastawienia złamania i osadzenia zespolenia oraz że na jednym ze zdjęć widać, że do płyty metalowej jest przymocowany blok cerowniczy tj. element metalowy 3x5 cm, który winien zostać zdjęty po zespoleniu, a dopiero w dalszej kolejności zamyka się ranę. Lekarz stwierdził, iż jego usunięcie wymagało kolejnej operacji. Śruby umieszczone w kości ramiennej penetrowały do jamy stawu. Po wykonaniu niezbędnej diagnostyki poszkodowanej został wystawione skierowanie do dalszego leczenia w szpitalu leczącym pierwotnie.

A. Z. dnia 22 marca 2017 r. zasięgała także porady prof. L. R. z Katedry i Kliniki (...), Ortopedii i (...) Ręki (...) w P., który zaproponował jej leczenie operacyjne.

Przyjęcie powódki do (...) Szpitala (...) nastąpiło w dniu 28 marca 2017 r. w trybie ostrym „w celu usunięcia śrubki po zabiegu ortopedycznym z kości ramiennej” po rozmowie poszkodowanej i jej męża z dyrektorem szpitala. W dokumentacji odnotowano, że „ze względu na możliwość przebicia skóry przez łącznik w okolicy stawu łokciowego oraz zagrożenie potencjalną infekcją chorą zakwalifikowano do operacji”. A. Z. poinformowała, że od 2-4 tygodni nie ćwiczy stawu barkowego ze względu na wysteczający szczyt śruby poza obrys głowy kości ramiennej stwierdzony podczas kontrolnego badania rtg, który jest przyczyną bólów stawu i ograniczenia jego ruchomości. Chorej zaproponowano operację rewizyjną stawu ramiennieo-łopatkowego. Po wykonanych badaniach obrazowych, podczas których po raz pierwszy udało się wykonać projekcję AP w znacznej rotacji wewnętrznej stwierdzono wysterczenie szczytu jednej

śruby w obrazie RTG poza obrys głowy, zaproponowano pacjentce ponowną operację rewizyjną, którą wykonano w dniu 28 marca 2017 r. dokonując usunięcia 1 z 5 śrub blokowych z głowy oraz wymiany 4 pozostałych śrub na krótsze. Następnie, w dniu 30 marca 2017 r. pacjentka została poddana kolejnej operacji skracającej śruby z uwagi na wykazanie w badaniu RTG iż śruby w dalszym ciągu wystają poza obrys kostny. Operacje te zostały wykonane przez lekarza P. R. (1).

W zabiegu operacyjnym w dniu 30 marca 2017 r. zrewidowano także okolicę dalszej nasady kości ramiennej i pod strupem na powierzchni przyśrodkowej kłykcia kości ramiennej stwierdzono ognisko martwicze, w którym tkwił łeb śruby zespalającej złamanie.

Karta informacyjna z leczenia została wydana A. Z. w dniu 13 kwietnia 2017 r.

W okresie od 27 lutego do 11 maja 2017 r. powódka odbyła 4 wizyty ortopedyczne w (...) Urazowo-Ortopedycznej S. w O.. W dniu 16 marca 2017 r. A. Z. był konsultowana także przez ortopedę A. S., zaś w dniu 4 maja 2017 r. przez ortopedę A. F..

A. Z. była operowana w (...) sp. z o.o. w P. w 22 sierpnia 2017 r., gdzie wykonano częściowe usunięcie materiału zespalającego, artrolizę stawu łokciowego oraz stabilizację przyśrodkowej części kłykcia z powodu braku zrostu. Po operacji stosowano unieruchomienie, intensywną rehabilitację celem przywrócenia zakresu ruchu. Uzyskano zrost kości, zakres ruchu, który w wyproście jest funkcjonalny, natomiast nadal występowało ograniczenie zakresu ruchu mimo poprawy. Leczenie ortopedyczne zostało zakończone.

W dniu 24 kwietnia 2019 r. powódka odbyła konsultację u ortopedy P. R. (2).

A. Z. nadal poddaje się zabiegom rehabilitacyjnym w zakresie barku i łokcia.

/dowód:

1. odpis skrócony aktu małżeństwa k. 97,
2. dokumentacja lekarska k. 17-75, 110-309, 360-362, 385, 404, 410,
3. badania na płytach CD k. 98,
4. przesłuchanie powódki A. Z., protokół rozprawy z 8.10.2020 r., 01:02-02:15,
5. zeznania świadka Ł. Z., protokół rozprawy z 30.07.2020 r., 00:16-01:11,
6. zeznania świadka J. S., protokół rozprawy z 8.10.2020 r., 00:11-01:00,
7. przesłuchanie interwenienta P. R. (1), protokół rozprawy z 30.07.2020 r., 01:24-03:21./

W czasie pierwszego pobytu powódki w szpitalu jej, narzeczony Ł. Z. podejmował próby kontaktu z lekarzem prowadzącym, lecz były one utrudnione. A. Z. nie była informowana jakich urazów doznała, jaki jest plan leczenia, jakie badania zostaną jej wykonane. Pielęgniarki nie chciały udzielać żadnych informacji, rozmowy z lekarzem prowadzącym były krótkie, zawsze się spieszył i odbywały się one na korytarzu szpitala.

W czasie obchodów lekarskich nie było możliwości rozmowy z lekarzem, były one przeprowadzane pośpiesznie. Nie wyjaśniano powódce z jakiego powodu wydłuża się termin oczekiwania na operację i jakiej części ciała będzie ona dotyczyła. Personel placówki nie informował także, że lekarz jest na urlopie. Ł. Z. dowiedział się, iż zabieg operacyjny będzie dotyczył ramienia i biodra.

Przez pierwszy tydzień pobytu w szpitalu (...) miała silne dolegliwości bólowe. Ł. Z. cały czas się nią opiekował, pomagał także innym pacjentkom, gdyż wzywane pielęgniarki nie przychodziły.

Po wyjściu ze szpitala (...) w dokumentacji medycznej znalazła informację, że na skutek wypadku miała złamany nos. Skierowanie do lekarza laryngologa uzyskała w późniejszym terminie od lekarza rodzinnego.

Po drugiej operacji, gdy A. Z. wyszła ze szpitala, była bardzo osłabiona. Przez pierwszy tydzień pobytu w domu partner asekurował poszkodowaną w różnych wykonywanych przez nią czynnościach.

A. Z. była wielokrotnie rehabilitowana. W dalszym ciągu odczuwa ból prawej ręki, który jest niezależny od ruchu, czy też pogody. Ma wrażenie jakby w ramieniu coś „przeskakiwało”. W dalszym ciągu ma ograniczenia ruchomości barku. Obawia się ewentualnego pobytu w szpitalu.

/dowód:

1. zeznania świadka Ł. Z., protokół rozprawy z 30.07.2020 r., 00:16-01:11,
2. zeznania świadka M. Ł., protokół rozprawy z 30.07.2020 r., 01:11-01:24,
3. przesłuchanie powódki A. Z., protokół rozprawy z 8.10.2020 r., 01:02-02:15./

P. R. (1) jest lekarzem ortopedą z kilkunastoletnim stażem, był zatrudniony w szpitalu (...) w 2017 r. jako samodzielny konsultant ortopeda, służbowo podlegał dyrektorowi szpitala. W tym czasie zgodnie przyjętymi w szpitalu zasadami, zabiegi operacyjne P. R. (1) wykonywał w asyście jednego lekarza rezydenta.

/dowód: przesłuchanie interwenienta P. R. (1), protokół rozprawy z 30.07.2020 r., 01:24-03:21/

Diagnostyka i leczenie wdrożone wobec A. Z. w szpitalu (...) we W. w okresie od dnia 3 stycznia 2017 r. do dnia 31 marca 2017 r. nie było w pełni zgodne z zasadami wiedzy medycznej.

Nie wykonano badania TK w opcji tzw. trauma scan (badania TK przeglądowego całego ciała), nie zalecono konsultacji neurologa i laryngologa wobec stwierdzenia złamań w zakresie twarzoczaszki (kości nosowe i podejrzenia przez lekarza prowadzącego powódkę wstrząśnienia mózgu). W. złamania dalszej nasady kości ramiennej prawej dopiero podczas pierwszego zabiegu. Dopiero czwarty zabieg operacyjny (w dacie 16 stycznia 2017 r.) dotyczył leczenia z powodu złamania dalszej części kości ramiennej prawej.

Przyczyną przeprowadzenia kolejnych zabiegów operacyjnych były powtarzające się nieprawidłowości w ich wykonaniu wynikające z niedbałości operatora oraz błędów organizacyjnych (brak toru wizyjnego RTG „ramienia C” lub wadliwe jego użytkowanie). Konieczność kolejnych operacji zwielokrotniła czasokres odczuwania dolegliwości bólowych a także utrudnień w życiu codziennym, które wyjściowo warunkowane były rodzajem i charakterem doznanych obrażeń. Błędy w (...) spowodowały opóźnienie rehabilitacji kończyny górnej prawej powódki.

Sumaryczna wysokość trwałego uszczerbku na zdrowiu A. Z. w związku z następstwami wypadku komunikacyjnego z dnia 3 stycznia 2017 r. bez możliwości wydzielenia udziału błędów medycznych i nieprawidłowości jakie wystąpiły podczas leczenia w szpitalu (...) we W. w 2017 r. wynosi 54 %, w tym złamanie obydwu kości nosowych z przemieszczeniem 4%, stłuczeniem płuc 10%, izolowane złamanie talerza kości biodrowej prawej 5%, złamanie wyrostka kruczego łopatkki prawej 5%, złamanie bliższego końca kości ramiennej prawej 15%, złamanie dalszego końca kości ramiennej prawej 15%. Około 1/3 aktualnie stwierdzanego uszczerbku na zdrowiu w zakresie stawu ramiennego prawego A. Z. i zależy bezpośrednio od sposobu i przebiegu jej leczenia w szpitalu. Wobec stwierdzonej w zakresie stawu ramiennego prawego wysokości uszczerbku na 15%, wartość 5% związana jest z procesem leczenia prowadzonym wobec A. Z. w Szpitalu, a pozostałe 10% to bezpośrednie następstwa wypadku. Analogiczny uszczerbek występuje w zakresie stawu łokciowego prawego poszkodowanej. Tym samym około 1/3 działań personelu Szpitala wpływa na negatywne rokowania zdrowotne A. Z. w związku z przedmiotowym wypadkiem.

Leczenie następstw wypadku u powódki trwało co najmniej do czerwca 2018 r.

Nadal występuje ograniczenie zakresu ruchu stawu łokciowego (11-115 stopni); uszkodzenie łokcia na trwały charakter. Pacjentka nadal stosuje rehabilitację w zakresie barku i łokcia.

Powódka odczuwa dolegliwości bólowe.

Skutki błędów medycznych popełnionych w leczeniu A. Z. w szpitalu (...) we W. w 2017 r. mogą ujawnić się w przyszłości w postaci przyśpieszenia (zdynamiczowania) procesów zwyrodnieniowych w zakresie stawu ramiennego i łokciowego prawego poszkodowanej. Rokowania co do stanu zdrowia w związku z następstwami przedmiotowego wypadku, ale i błędów medycznych popełnionych w leczeniu A. Z. w szpitalu (...) we W. w 2017 r. (nie da się ich oddzielić) są negatywne: nie jest możliwe całkowite wyleczenie następstw błędów medycznych. W przyszłości A. Z. będzie odczuwała ból i dyskomfort przede wszystkim w związku z następstwami wypadku. Następstwa błędów medycznych potencjalnie mogą zwiększyć zakres odczuwanego przez nią bólu i dyskomfortu, nie da się jednak określić w jakim stopniu w odniesieniu do następstw wynikających z samego wypadku i jego następstw.

/dowód:

1. opinia biegłego sądowego z zakresu ortopedii i traumatologii z 31.10.2021 r. k. 438-455,
2. opinia uzupełniająca biegłego sądowego z zakresu ortopedii i traumatologii z 5.04.2022 r. k. 473-475,
3. opinia uzupełniająca biegłego sądowego z zakresu ortopedii i traumatologii z 23.09.2022 r. k. 502-504/

(...) Szpitala (...) we W. zawarł z (...) S.A. z siedzibą w W. umowę obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą na terytorium RP za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, wyrządzone działaniem lub zaniechaniem ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej tj. od 1 stycznia 2016 r. do 31 grudnia 2018 r.

/fakt bezsporny, a nadto dowód:

1. polisa nr (...) k. 310-313,
2. polisa nr (...) k. 314-319./

Na podstawie wniosku A. R. Praw Pacjenta wszczął postępowanie wyjaśniające, które zakończyło się stwierdzeniem naruszenia praw pacjentki do świadczeń zdrowotnych i informacji, o których mowa w art. 8 i art. 9 ust. 1 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, przez podmiot leczniczy (...) Szpitala (...) w W..

/dowód: pismo Rzecznika Praw Pacjenta z dnia 20.08.2019 r. k. 74-86/

Wezwaniem do zapłaty z dnia 27 grudnia 2019 r. A. Z. reprezentowana przez pełnomocnika domagała się od (...) Szpitala (...) we W. SPZOZ zapłaty w terminie 5 dni kwoty 40.000 zł tytułem zadośćuczynienia oraz kwoty 1.020 zł tytułem odszkodowania za koszty dodatkowych wizyt u specjalistów.

W odpowiedzi, szpital odmówił zapłaty kwot objętych wezwaniem wskazując, iż nie doszło do popełnienia błędu medycznego lub diagnostycznego.

W toku postępowania likwidacyjnego (...) S.A. w maju 2020 r. poinformowało A. Z., że nie mógł uzyskać dokumentacji medycznej ze szpitala. Następnie, w piśmie z dnia 6 października 2020 r. ubezpieczyciel wskazał, iż nie może przyznać świadczenia, gdyż zgodnie z wyjaśnieniami ubezpieczonego szpitala nie jest znana przyczyna wystąpienia komplikacji po zabiegu, zatem brak jest podstaw do stwierdzenia by w trakcie leczenia popełniono błąd, nie dołożono należytej staranności.

/dowód:

1. wezwanie do zapłaty z dnia 27.12.2019 r. z dowodem nadania k. 88-93,
2. pismo pozwanej z dnia 7.01.2020 r. k. 336-337,
3. pismo (...) z dnia 5.05.2020 r. k. 338,
4. pismo (...) z dnia 19.05.2020 r. k. 339-340,
5. pismo (...) z dnia 6.10.2020 r. k. 405-406/

W związku z następstwami leczenia w szpitalu (...) we W. A. Z. poniosła koszty leczenia w wysokości 380 zł, w tym: 50 zł koszt konsultacji ortopedycznej z dnia 16 marca 2017 r. i 230 zł badania TK wykonanego w (...) O. w dniu 17 marca 2017 r.

/dowód:

1. badanie TK k. 63,
2. paragon fiskalny z dnia 17.03.2017 r. k. 87,
3. opinia biegłego sądowego z zakresu ortopedii i traumatologii z 23.06.2023 r. k. 522./

Sąd zważył, co następuje:

Powództwo zasługiwało na uwzględnienie w części.

Powódka A. Z. domagała się zasądzenia od (...) Szpitala (...) we W. kwoty 40.000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę oraz kwoty 1.020 zł tytułem jednorazowego odszkodowania za poniesione przez nią koszty leczenia związane z błędami medycznymi pozwanej. Powódka przypisywała przy tym prowadzącemu ją lekarzowi zatrudnionemu w czasie jej leczenia w pozwanej placówce leczniczej odpowiedzialność za nieprawidłowe działania diagnostyczne i lecznicze poprzez nieprawidłową i opóźnioną diagnostykę, brak wykonania niezbędnych badań np. tomografii po zabiegach operacyjnych, czy rentgenów śródoperacyjnych, zastosowaniu zbyt długich śrub w jej ramieniu, pozostawieniu w organizmie pacjentki nakładki celującej, dodatkowe zabiegi operacyjne spowodowane kilkukrotną, nieskuteczną wymianą zbyt długich śrub, a także braku adekwatnych, przejrzystych i pełnych informacji o stanie zdrowia pacjentki, co w konsekwencji zwiększyło cierpienia psychiczne i fizyczne powódki.

Dla oceny zasadności podnoszonych przez powódkę roszczeń koniecznym było ustalenie, czy w istocie spełnione zostały wszelkie wymagane prawem przesłanki warunkujące odpowiedzialność odszkodowawczą pozwanego, a tym samym zasadność żądania zapłaty zadośćuczynienia za doznaną krzywdę i odszkodowania. Strona pozwana nie kwestionując faktu powypadkowej hospitalizacji powódki, zarzuciła iż brak jest podstaw prawnych uzasadniających podnoszone przez nią roszczenia, albowiem proces diagnostyki i leczenia został przeprowadzony zgodnie z wszelkimi kanonami medycznymi obowiązującymi w tej dziedzinie i nie uchybiał prawdom sztuki medycznej. Powódka nie tyle miała wykazać winę strony pozwanej, a winę jej podwładnego – zatrudnionego przez pozwaną lekarza, który przeprowadzał proces diagnozy i leczenia powypadkowego powódki.

Stan faktyczny sąd ustalił na podstawie materiału dowodowego zaoferowanego przez strony. Istotną podstawę czynionych ustaleń faktycznych stanowiła dokumentacja medyczna dołączona do akt. Dokumentacja ta została sporządzona przez uprawnione podmioty w zakresie ich kompetencji, wobec czego brak było podstaw, aby podważać jej autentyczność i moc dowodową. Ustalając stan faktyczny sprawy Sąd bazował także na zeznaniach powódki A. Z. oraz świadków Ł. Z., M. Ł., J. S. oraz lekarza prowadzącego powódkę - P. R. (1). Oczywiście same zeznania miały charakter subiektywny, niemniej jednak możliwa była ich konfrontacja ze zgromadzoną w aktach sprawy

dokumentacją medyczną oraz opiniami biegłego sporządzonymi w sprawie. Powódka przy tym szczegółowo opisała przebieg leczenia, w tym stawiane diagnozy.

Podstawę żądań odszkodowawczych powódki stanowił przepis art. 430 k.c. Zgodnie z tym przepisem 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. Jest to przepis szczególny wobec regulacji prawnej zawartej w art. 429 k.c., a w konsekwencji odpowiedzialność jednostki służby zdrowia za szkodę wyrządzoną przez lekarza nie jest oparta na zasadzie ryzyka, lecz winy. Jednostka medyczna nie ponosi bowiem odpowiedzialności za samo nieosiągnięcie zamierzonego rezultatu, lecz za zawinione przez lekarza zachowanie, które doprowadziło do wyrządzenia szkody. 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, podwładnym zaś jest osoba podlegająca temu kierownictwu i mająca obowiązek stosowania się do poleceń danych jej przez zwierzchnika – podwładny wykonuje czynność powierzoną mu przez zwierzchnika na rachunek tego ostatniego. Stosunkiem podporządkowania obejmuje się działania zatrudnionych w zakładzie pracy fachowców, którym przysługuje stosunkowo szeroki zakres samodzielności w podejmowaniu decyzji, np. w odniesieniu do działania lekarzy w zakresie diagnozy i terapii. Pomimo samodzielności lekarzy dokonujących czynności diagnostycznych i terapeutycznych, przyjmuje się na podstawie art. 430 k.c. odpowiedzialność jednostek organizacyjnych, na rachunek których lekarze wykonują te czynności (wyrok SN z 8.01.1965 r., II CR 2/65, opubl. OSP 1967/9/22). W niniejszej sprawie niewątpliwie jest, iż lekarz diagnozujący powódkę oraz biorący udział w 4 zabiegach operacyjnych powódki był pracownikiem strony pozwanej, w czasie gdy podejmowane względem niej były działania diagnostyczne i lecznicze, więc w okresie od 3 stycznia 2017 r. do 30 marca 2017 r. pomiędzy lekarzem udzielającym powódce świadczeń medycznych a stroną pozwaną istniał stosunek zwierzchnictwa.

Kolejną przesłanką odpowiedzialności zwierzchnika jest wina podwładnego, której następstwem jest szkoda wyrządzona przez tego podwładnego osobie trzeciej. Zwierzchnik podwładnego nie ponosiłby odpowiedzialności, jeżeli szkoda nastąpiła wskutek przypadku, czy działania siły wyższej. Ciężar dowodu winy podwładnego, powstania szkody i jej wysokości obciąża poszkodowanego. Dla zastosowania art. 430 k.c. nie jest natomiast wymagana jakakolwiek wina po stronie zwierzchnika, gdyż odpowiedzialność ta oparta jest na zasadzie ryzyka, wyłączającej możliwość egzoneracji, np. brakiem winy w nadzorze (art. 427 k.c.) lub w wyborze (art. 429 k.c.).

W tym miejscu wymaga podkreślenia, że szkoda której rekompensaty domagała się powódka miała wynikać z podjęcia przez lekarza zatrudnionego w pozwanej jednostce leczniczej nieprawidłowych działań medycznych. Analiza materiału dowodowego pozwalała – zdaniem sądu – na przyjęcie, że w procesie diagnostyki powódki doszło do błędów diagnostycznych i leczniczych (o których będzie mowa poniżej), a nadto w wyniku których doznała ona krzywdy, a przeprowadzone kolejne zabiegi operacyjne spowodowały negatywne następstwa na jej zdrowiu. Zachodzą zatem podstawy do uznania, że w przedmiotowej sprawie doszło do popełnienia błędu medycznego uzasadniającego odpowiedzialność odszkodowawczą strony pozwanej.

Jak wyżej wskazano, warunkiem odpowiedzialności jednostki leczniczej w myśl art. 430 k.c. jest powstanie szkody, przesłankowe przypisanie winy lekarzowi, który miał dopuścić się błędu w procesie diagnozy, bądź leczenia oraz związek między jednym a drugim. Winę można przypisać tylko w wypadku wystąpienia elementu obiektywnej i subiektywnej niewłaściwości postępowania konkretnego lekarza, który przy wykonywaniu działań diagnostycznych lub leczniczych podlegał kierownictwu danej jednostki leczniczej. Element obiektywny występuje w wypadku naruszenia zasad wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii, zaś element subiektywny wiąże się z zachowaniem przez lekarza staranności, ocenianej przy przyjęciu kryterium wysokiego poziomu przeciętnej staranności zawodowej (wyrok SN z 18.01.2013 r., sygn. IV CSK 431/12).

Podkreślić przy tym należy, że nie każdy błąd lekarski, ale tylko błąd zawiniony, może powodować odpowiedzialność lekarza za wynikłą dla pacjenta szkodę (art. 415 k.c.). Poszukując definicji błędu medycznego należy sięgnąć do przepisów ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta (t.j. Dz. U. z

2022 r., poz. 1876). W przepisie art. 67a ustawa ta definiuje pojęcie zdarzenia medycznego, za które uważa się zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta albo śmierć pacjenta będące następstwem niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną: diagnozą, jeżeli spowodowała ona niewłaściwe leczenie albo opóźniła właściwe leczenie, przyczyniając się do rozwoju choroby; leczeniem, w tym wykonaniem zabiegu operacyjnego; zastosowaniem produktu leczniczego lub wyrobu medycznego. Ustawa ta wprawdzie nie używa sformułowania „błąd medyczny”, jednakże treść tego przepisu w sposób jednoznaczny wskazuje, jakie zdarzenia muszą wystąpić, aby uznać, iż doszło do powstania zdarzenia medycznego tożsamego z pojęciem błędu medycznego. Zatem błąd lekarski stanowi naruszenie obowiązujących lekarza reguł postępowania, wypracowanych na podstawie nauki i praktyki medycznej, lecz jednocześnie podkreślenia wymaga fakt, iż błąd lekarski sam przez się nigdy nie pociąga za sobą odpowiedzialności, a jego stwierdzenie nie decyduje jeszcze automatycznie o powstaniu odpowiedzialności cywilnej. W razie uznania, że postępowanie lekarza było niezgodne ze sztuką lekarską, należy bowiem dokonać oceny, czy błąd w sztuce lekarskiej był zawiniony, tzn. czy stanowił on następstwo niedołożenia należytej staranności. Zasadą jest, że tylko błąd zawiniony subiektywnie przez lekarza pociąga za sobą odpowiedzialność cywilną przy spełnieniu się pozostałych przesłanek tej odpowiedzialności. Aby natomiast stwierdzić, czy lekarzowi można postawić zarzut, że gdyby zachował wymaganą w danych warunkach staranność, wykorzystując wszelkie dostępne mu metody i środki, mógł błędowi uniknąć i tym samym nie dopuścić do wyrządzenia szkody, konieczne jest porównanie jego postępowania z przyjętym dla niego standardem powinno go działania. Jeśli porównanie to doprowadzi do wniosku, że wzorcowy dobry lekarz w identycznych okolicznościach uniknąłby popełnienia błędu w sztuce lekarskiej i wyrządzenia pacjentowi szkody, oznacza to, że błąd był zawiniony. Ocena postępowania lekarza z punktu widzenia możliwości postawienia mu zarzutu winy wymaga uwzględnienia stanu wiedzy medycznej istniejącego w chwili, w której konkretny lekarz podjął decyzję co do konkretnego sposobu postępowania. Pojęcie błędu w sztuce lekarskiej odnosi się nie tylko do błędu terapeutycznego (błąd w leczeniu, w tym błędu operacyjnego), ale również do błędu diagnostycznego (błąd rozpoznania). W wypadku konieczności poprzedzenia zabiegu operacyjnego specjalistycznymi badaniami błąd diagnostyczny może się odnosić do etapu tych badań, a jego konsekwencją może być błędna diagnoza schorzenia prowadząca do błędnej decyzji o zabiegu operacyjnym, lub o zakresie takiego zabiegu.

Zaznaczyć należy w tym miejscu, że samo ustalenie, iż działanie lub zaniechanie lekarza może zostać zakwalifikowane jako błąd medyczny, nie warunkuje jeszcze jednak odpowiedzialności za poniesioną przez pacjenta szkodę, leżącą u podstaw roszczeń o odszkodowanie bądź zadośćuczynienie. Konieczne jest bowiem wystąpienie związku przyczynowego pomiędzy zachowaniem lekarza a szkodą. Nie jest jednak wymagane, aby związek ten został ustalony w sposób pewny - w świetle wiedzy medycznej w większości wypadków można mówić tylko o prawdopodobieństwie wysokiego stopnia, a nie o pewności. Jeżeli występuje prawdopodobieństwo wysokiego stopnia, wskazujące, że działanie lub zaniechanie lekarza było przyczyną szkody, można uznać związek przyczynowy za ustalony. Nie jest tu konieczne wykazanie związku przyczynowego o charakterze bezpośrednim, pewnym i stanowczym, lecz wystarczy przyjęcie wystąpienia związku o odpowiednim stopniu prawdopodobieństwa. Istnienie takiego związku, gdy chodzi o zdrowie ludzkie, z reguły nie może być bowiem absolutnie pewne, toteż wystarcza, gdy jest on ustalony z dostateczną dozą prawdopodobieństwa (wyroki SN: z 17.06.1969 r., sygn. II CR 165/69, z 12.01.1977 r., sygn. II CR 571/76, z 21.10.1998 r., sygn. III CKN 589/97 i z 5.04.2012 r., sygn. II CSK 402/11).

Wszystkie wymienione powyżej etapy ustalania zawinionego działania lekarza warunkujące możliwość przypisania odpowiedzialności szpitalowi lub innemu podmiotowi leczniczemu, w którym dany lekarz jest zatrudniony, wymagały wiadomości specjalnych, wobec czego sąd dopuścił w sprawie dowód z opinii biegłego sądowego z zakresu ortopedii i traumatologii, rehabilitacji medycznej, medycyny sportowej dr n. med. J. J.. Biegły wykorzystując posiadane wiadomości specjalne, dokonał kompetentnej i wszechstronnej oceny prawidłowości procesu diagnostycznego i leczniczego powódki podczas jej pobytu w szpitalu (...) we W. w 2017 r., w tym także zgodności postępowania personelu medycznego z zasadami wiedzy medycznej podczas wykonywanych zabiegów operacyjnych. Biegły należycie umotywiował swoje stanowisko, w sposób rzetelny i przekonujący uzasadniając wnioski opinii, dlatego też sąd nie znalazł żadnych racjonalnych podstaw, aby wnioskom tym odmówić wiarygodności i mocy dowodowej. I

tak, biegły wskazał, że w leczeniu powódki miały miejsce następujące błędy medyczne: organizacyjny w zakresie diagnostyki wstępnej, w zakresie techniki operacyjnej, jak i błąd diagnostyki pooperacyjnej, terapeutyczny.

Zgodnie z twierdzeniami biegłego, które sąd przyjmuje za własne, już na początku pobytu w szpitalu (...) wystąpił błąd medyczny o charakterze diagnostycznym: brak konsultacji neurologa i laryngologa wobec stwierdzenia złamań w zakresie twarzoczaszki (kości nosowe i podejrzenia przez lekarza prowadzącego powódkę wstrząśnienia mózgu). Nadto zaniechano przeprowadzenia badania TK w opcji tzw. trauma scan (badania TK przeglądowego całego ciała), co było wskazane wobec rodzaju doznanych przez powódkę obrażeń, a szpital o referencji szpitala wojewódzkiego miał możliwość wykonania takiego badania.

Operator wykonujący zabiegi operacyjne u powódki był przygotowany (co najmniej teoretycznie) do ich przeprowadzenia, jednak podczas realizacji zadania wystąpiły uchybienia i błędy, które miały istotny wpływ na dalszy proces terapeutyczny (wymóg kolejnych operacji w tym samym miejscu).

Od przyjęcia A. Z. do oddziału ortopedyczno-urazowego do wykonania pierwszego zabiegu operacyjnego upłynęło 6 dni, w tym czasie winna być dokonana szczegółowa diagnostyka obrażeń w zakresie głowy, stawu łokciowego prawego (KT z rekonstrukcją 3D), konsultacja neurologiczna oraz laryngologiczna.

Jako błąd diagnostyczny należy ocenić wykrycie złamania dalszej nasady kości ramiennej prawej podczas pierwszego zabiegu operacyjnego (a nie w toku wcześniejszej diagnostyki), czego następstwem było wykonanie operacji dalszej nasady kości ramiennej prawej w czwartej kolejności, (choć, jak wynika to z protokołu operacyjnego, odbyło się to podczas drugiej sesji operacyjnej).

Biegły wskazał, że samo odroczenie zabiegu, który nie ma charakteru operacji ratującej życie, o 6 dni nie jest postępowaniem błędnym, lecz w tym okresie można było przeprowadzić szczegółową diagnostykę, zgromadzić odpowiednią ilość krwi, przeczekać okres niedyspozycji fizjologicznej powódki. Biegły wyjaśnił przy tym, iż operacje planowe nie powinny być wykonywane podczas menstruacji ze względu na zwiększone ryzyko powikłań krwotocznych.

Obrażenia układu kostno-stawowego kończyny górnej prawej jakich doznała powódka były ciężkie. Biegły zauważył, iż w dokumentacji medycznej brak jest informacji o tym, by w trakcie pierwszego zabiegu operacyjnego przeprowadzonego w dniu 10 stycznia 2017 r. korzystano z toru wizyjnego RTG (tzw. ramię C), co w przypadku obrażeń jakie wystąpiły u powódki było wręcz niezbędne. Z wyjaśnień złożonych przez operatora wynika wprost, że ramienia C podczas tej operacji nie było. Takie zaniedbanie uznać należy za błąd medyczny organizacyjny, z protokołu operacyjnego nie wynika by zlecono wykonanie RTG kontrolne pooperacyjne.

Sama operacja została przeprowadzona wadliwie: nie uzyskano zadowalającego nastawienia złamania (niepowodzenie terapeutyczne) a nadto pozostawiono w ranie ciało obce w postaci nakładki celującej do płytki P., a same śruby zarówno w głowie, jak i trzonie kości ramiennej były zbyt długie, co stanowi błąd medyczny w zakresie techniki operacyjnej. W czasie kolejnej operacji w dniu 16 stycznia 2017 r. wymieniono zbyt długie śruby w głowie kości ramiennej, a także usunięto nakładkę celującą, co nie wynika jednak wprost z protokołu operacyjnego, a z zeznań operatora.

Pozostawienie nakładki celującej (ciała obcego) w obrębie stawu barkowego po operacji z 10 stycznia 2017 r., choć niewątpliwie wadliwe, stało się bezskutkowe dla zdrowia powódki, jako że wystąpiła konieczność przeprowadzenia reoperacji z innych przyczyn; jednakże obecność ciała obcego w takiej lokalizacji jak u powódki miałyby negatywny wpływ na możliwości rehabilitacji.

Błędem w leczeniu było umieszczenie śruby wykraczającej poza obręb głowy kości ramiennej. Prawidłowo osadzona śruba nie powinna mieć przekraczać powierzchni chrząstki; tymczasem użyta w leczeniu powódki śruba przekroczyła granicę chrząstki stawowej i znalazła się w bezpośrednim styku z wydrążeniem stawowym łopatki (panewką). Pozostawienie śrub utrudniałoby w przyszłości rehabilitację powódki (stanowiąc mechaniczną przeszkodę ruchu), a każdy ruch w stawie skutkowałby uszkodzeniem powierzchni stawowej, przyczyniając się do destrukcji chrząstki stawowej i następowych wtórnych zmian zwyrodnieniowych stawu.

Podjęta przez lekarza operującego próba wyeliminowania szkodliwego penetrowana śrub do jamy stawu poprzez skrócenia śruby wysterczającej do pachy i usunięcie śruby sąsiedniej, zakończyła się niepowodzeniem: po operacji przeprowadzonej dnia 16 stycznia 2017 r. doszło do penetracji śrub umieszczonych w stawie ramiennym prawym poza powierzchnię zewnętrzną kości ramiennej prawej, co dokumentują zdjęcia RTG z 12 marca 2017 r. i KT stawu ramiennego z 17 marca 2017 r. W dniu 30 marca 2017 r. przeprowadzono kolejną operację, która miała na celu usunięcia śruby z kości ramiennej; wykryto przy tym ognisko martwicze, w którym tkwił łeb śruby zespalającej złamanie.

Zaniechanie wykonania badań (obrazowych) śródoperacyjnych w czasie operacji, którym poddana była powódka w szpitalu (...) we W. było działaniem nieprawidłowym, wpłynęło na wydłużenie procesu terapeutycznego poprzez konieczność wykonywania kolejnych operacji rewizyjnych w tej samej okolicy anatomicznej.

Nie można uznać, by było wadliwe rozdzielanie leczenia operacyjnego na 2 zabiegi: przeprowadzony 10 stycznia 2017 r. i 16 stycznia 2017 r., jednakże nie można przy tym uznać, że organizacja pracy szpitala (praca do godz. 15.00) uzasadnia rozdzielanie wykonania operacji u powódki na dwa zabiegi wykonywane w inne dni.

Stwierdzić należy, że zgromadzony w sprawie materiał dowodowy dał podstawy do przyjęcia, iż błędy popełnione w leczeniu powódki w szpitalu (...) we W. w 2017 r. najpewniej wpłynęły na wysokość aktualnie stwierdzanego uszczerbku na zdrowiu. Ustalenie, wydzielenie z całości możliwej do ustalenia wysokości uszczerbku na zdrowiu związanego z wypadkiem komponenty związanej z wadliwościami (błędami medycznymi) popełnionymi w leczeniu powódki w szpitalu (...) we W. w 2017 r. nie jest możliwe. Błędy medyczne (nieprawidłowości) podczas leczenia powódki w przedmiotowej placówce w 2017 r. skutkowały zwiększeniem stałego (trwałego) uszczerbku powódki na zdrowiu. Skutki błędów medycznych popełnionych w leczeniu powódki w szpitalu (...) we W. w 2017 r. mogą ujawnić się w przyszłości w postaci przyśpieszenia (zdynamizowania) procesów zwyrodnieniowych w zakresie stawu ramiennego i łokciowego prawego powódki.

Nie jest możliwe całkowite wyleczenie następstw błędów medycznych, co wynika wprost z fizjologii mięśni i chrząstki: tkanki te nie mają zdolności regeneracji do stanu pierwotnego. Następstwa błędów medycznych potencjalnie mogą zwiększyć zakres odczuwanego przez powódkę bólu i dyskomfortu, nie da się jednak określić w jakim stopniu w odniesieniu do następstw wynikających z samego wypadku i jego następstw.

W ocenie sądu w stanie dowodów jakie w sprawie zostały przeprowadzone, w szczególności stanowczych i precyzyjnych wypowiedzi biegłego sądowego przyjąć należało, iż przyczyną szkody na zdrowiu powódki skutkującej zwiększeniem doznanego przez nią uszczerbku powypadkowego na zdrowiu w sferze psychicznej i fizycznej są zaniechania i błędy lekarza, za którego odpowiedzialność ponosi strona pozwana. Bezspornie proces leczenia w pozwanym szpitalu zmierzał do poprawy stanu zdrowia A. Z., a zastosowanie wobec powódki leczenie operacyjne i zachowawcze zmierzało do stworzenia optymalnych warunków do gojenia się obrażeń, co potwierdził biegły sądowy w swych opiniach. W przeważającej części proces ten przebiegał prawidłowo, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i współczesnymi możliwościami leczenia obrażeń wielomiejscowych i wielonarządowych, z korzyścią dla aktualnego stanu zdrowia powódki. Błędy w procesie leczenia (opisane szczegółowo wyżej) wpłynęły jednak negatywnie na proces leczenia obrażeń bliższej nasady kości ramiennej prawej powódki poprzez jego wydłużenie i pogorszenie wyniku końcowego. Wydłużenie procesu leczenia i pogorszenie wyniku końcowego było następstwem konieczności kilkukrotnej interwencji chirurgicznej w okolicę bliższej nasady kości ramiennej prawej, co w sposób nieuchronny wiązało się z nieodwracalnym uszkodzeniem tkanek miękkich (mięśni, więzadeł, torebki stawowej), uszkodzeniem naczyń, krwionośnych w operowanej okolicy, co utrudniało procesy gojenia, uszkadzało powierzchnie stawowe stawu ramiennego przez penetrujące do stawu elementy zespolenia metalicznego co miało również charakter nieodwracalny.

Konieczność kolejnych operacji wielokrotniła czasokres odczuwania dolegliwości bólowych o wskazywanych wyżej natężeniach, a także utrudnień w życiu codziennym, które wyjściowo warunkowane były rodzajem i charakterem doznanych obrażeń.

Sąd uznał, że po stronie pozwanej istnieje zatem odpowiedzialność za błąd medyczny, wynikająca z ogólnej zasady odpowiedzialności deliktowej, sformułowanej w art. 415 k.c.

Nie da się oddzielić skutków błędów diagnostycznych od naturalnych konsekwencji urazów jakich doznała powódka w wypadku z dnia 3 stycznia 2017 r. Mając na uwadze treść opinii biegłego i przepis art. 322 k.p.c. sąd przyjął, że około 1/3 (5%) aktualnie stwierdzanego uszczerbku na zdrowiu w zakresie stawu ramiennego prawego (w wysokości 15%) powódki zależy bezpośrednio od sposobu i przebiegu jej leczenia w pozwanym Szpitalu; analogiczny uszczerbek występuje w zakresie stawu łokciowego prawego powódki.

Przyjąc tym samym należy, iż zaistniały wszystkie przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanego określone w art. 430 k.c., wobec czego powódka mogła domagać się od niego zapłaty odszkodowania oraz zadośćuczynienia za doznaną krzywdę na podstawie art. 444 § 1 k.c. i 445 § 1 k.c. Z tych też przyczyn roszczenie powódki jest uzasadnione co do zasady, tym samym należało przejść do ustalenia wysokości należnego powódce zadośćuczynienia.

Stosownie do treści art. 445 § 1 k.c. zadośćuczynienie stanowi formę rekompensaty z tytułu szkody niemajątkowej. Podstawą żądania jest doznana krzywda niemajątkowa w postaci ujemnych przeżyć związanych z cierpieniami psychicznymi i fizycznymi pokrzywdzonego, wynikająca z naruszenia dóbr osobistych wskazanych w tym przepisie. Chodzi więc o krzywdę ujmowaną jako cierpienie fizyczne, a więc ból i inne dolegliwości oraz cierpienia psychiczne, czyli negatywne uczucia przeżywane w związku z cierpieniami fizycznymi lub następstwami uszkodzenia ciała, czy rozstroju zdrowia w postaci np. zeszpecenia, wyłączenia z normalnego życia itp. Celem zadośćuczynienia jest przede wszystkim złagodzenie tych cierpień. Winno ono mieć charakter całościowy i obejmować wszystkie cierpienia fizyczne i psychiczne, zarówno już doznane, jak i te, które zapewne wystąpią w przyszłości. Zadośćuczynienie ma przede wszystkim charakter kompensacyjny, nie może być więc symboliczne, ani też nadmierne w stosunku do doznanej krzywdy. Tym samym zasądzona kwota musi przedstawiać dla poszkodowanego jakąś ekonomicznie odczuwalną wartość.

W świetle powyższych rozważań sąd orzekając o zadośćuczynieniu w niniejszej sprawie wziął pod uwagę wszystkie okoliczności mające wpływ na rozmiar doznanej przez powódkę krzywdy, zarówno w zakresie bólu i cierpień psychicznych, jak i silnego stresu związanego błędami medycznymi za które odpowiedzialność ponosi pozwana. Przede wszystkim miał na uwadze stopień i czas trwania cierpień fizycznych i psychicznych, długość leczenia, trwale następstwa wypadku, jak również wiek powódki, utrudnienia w wykonywaniu zwykłych czynności życia codziennego, konieczność zmiany trybu życia, korzystania z pomocy partnera w wykonywaniu wszelkich czynności życia, ogólne pogorszenie się stanu zdrowia powódki, a także subiektywne poczucie krzywdy. Dokonując oceny trwałości następstw zdarzenia, rozmiaru cierpień fizycznych i psychicznych ponoszonych przez powódkę oraz biorąc pod uwagę, że zadośćuczynienie ma stanowić dla osoby poszkodowanej ekonomicznie adekwatną wartość, sąd uznał, iż zasądzona na podstawie art. 445 k.c. kwota 30.000 zł tytułem zadośćuczynienia zdecydowanie nie będzie wygórowana. Sąd brał pod uwagę iż wysokość doznanego uszczerbku na zdrowiu jest jedynie pomocniczym środkiem ustalania rozmiaru odpowiedniego zadośćuczynienia.

Powódce w dalszym ciągu towarzyszą dolegliwości bólowe ze strony operowanego 4-krotnie ramienia. Sąd dostrzegł również okoliczność, iż na skutek nieprawidłowości w leczeniu powódki przebyła ona w tym zakresie długotrwałe leczenie, zaś jej rekonwalescencja uległa zdecydowanemu wydłużeniu.

Mając te wszystkie okoliczności na uwadze, sąd przyznał powódce zadośćuczynienie w kwocie 30.000 zł jako adekwatne do rozmiarów krzywdy, jak i odpowiadające aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa. Sąd miał także na uwadze okoliczność, że strona pozwana nie ponosi odpowiedzialności za skutki wypadku komunikacyjnego, któremu uległa powódka w dniu 3 stycznia 2017 r., lecz jedynie za negatywne następstwa urazu dla zdrowia powódki powstałe na skutek błędów terapeutycznych i diagnostycznych w związku z tym urazem. Z tych też przyczyn zasądzono kwotę 30.000 zł tytułem zadośćuczynienia, co znalazło wyraz w punkcie I wyroku.

Jak wskazał Sąd Najwyższy w wyroku Izby Cywilnej z 4 listopada 2016 roku (I CSK 739/15) w ramach roszczenia o zadośćuczynienie pieniężne za naruszenie praw pacjenta wystarczające jest wykazanie zawinionego zachowania personelu leczniczego jednostki medycznej, które naruszyło określone prawa pacjenta.

Jak wynikało z przesłuchania powódki oraz korespondujących z nimi zeznań świadka Ł. Z. oraz M. Ł., w czasie pierwszego pobytu w szpitalu, ówczesny partner poszkodowanej Ł. Z. podejmował próby kontaktu z lekarzem prowadzącym, lecz były one utrudnione. A. Z. nie była informowana jakich urazów doznała, jaki jest plan leczenia, jakie badania zostaną jej wykonane. Pielęgniarki nie chciały udzielać żadnych informacji, rozmowy z lekarzem były krótkie, gdyż zawsze się spieszył i odbywały się one na korytarzu szpitala. W czasie obchodów lekarskich nie było możliwości rozmowy z lekarzem, były one przeprowadzane pośpiesznie. Nikt A. Z. nie wskazywał z jakiego powodu wydłuża się termin oczekiwania na operację i jakiej części ciała będzie ona dotyczyła. Personel placówki nie informował także, że lekarz jest na urlopie. Ł. Z. dowiedział się, iż zabieg operacyjny będzie dotyczył ramienia i biodra. Wzywane do pomocy pielęgniarki nie przychodziły. Wskazywane wyżej okoliczności pozwalają na uznanie, iż pacjentka odczuwała tym samym uzasadniony niepokój związany z niepewnością co do swojego stanu zdrowia, utraciła w końcu zaufanie do szpitali jako takich, zmuszona była poszukiwać pomocy lekarskiej w innym miejscu. Korzystanie z pomocy innych lekarzy zostało wykazane także przy pomocy zeznań świadka J. S..

Zdaniem sądu doszło do naruszenia art. 9 ust. 1 i 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Zgodnie z tym przepisem pacjent ma prawo do uzyskania od osoby wykonującej zawód medyczny przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, w zakresie udzielanych przez tę osobę świadczeń zdrowotnych oraz zgodnie z posiadanymi przez nią uprawnieniami. Tymczasem powódka nie była informowana ani o wynikach badań, ani o planowanym leczeniu, możliwych i występujących powikłaniach. Taka sytuacja wzmagala jej niepokój, ujemnie oddziaływała na stan emocjonalny (z doświadczenia życiowego wynika, że niewiedza wywołuje może uruchomienie projekcji najbardziej niekorzystnych sytuacji, co wydatnie wzmagala lęk). Nadto powódka zmuszona była interweniować u władz szpitala celem uzyskania właściwych świadczeń medycznych.

Ponadto z art. 8 ustawy o prawach pacjenta wynika, iż pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych osoby wykonujące zawód medyczny kierują się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorządy zawodów medycznych.

W związku z powyższym w oparciu o art. 4 ust. 1 ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta sąd zasądził na rzecz powódki kwotę 10.000 zł, uznając, że doszło do rażącego naruszenia praw pacjenta w postaci: prawa do uzyskania świadczeń zdrowotnych świadczonych z należytą starannością i prawa do informacji o swoim stanie zdrowia.

Zgodnie z art. 444 § 1 k.c. w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszystkie wyniki z tego powodu koszty. Przepis ten przewiduje odszkodowanie za szkodę majątkową pozostającą w związku przyczynowym z danym zdarzeniem. Naprawienie szkody obejmuje zatem w szczególności zwrot wszelkich wydatków poniesionych przez poszkodowanego zarówno w związku z samym leczeniem i rehabilitacją (lekarstwa, konsultacje medyczne, protezy itp.), jak i koszty opieki niezbędnej w czasie procesu leczenia oraz inne dodatkowe koszty związane z uszczerbkiem na zdrowiu.

A. Z. domagała się zapłaty łącznej kwoty 1.020 zł tytułem zwrotu kosztów leczenia, w tym kwoty 250 zł konsultacji lekarskiej w P. w dniu 22 marca 2017 r., 230 zł badania TK w dniu 17 marca 2017 r., 180 zł konsultacji lekarskiej we W. z dnia 20 marca 2017 r., 150 zł tytułem kosztów konsultacji lekarskiej we W. z dnia 16 marca 2017 r i 210 zł – kosztów konsultacji w zakresie braku gojenia się rany u specjalisty w K. w dniu 26 kwietnia 2017 r.

Żądanie to podlegało uwzględnieniu jedynie w zakresie kwoty 380 zł, w tym: 150 zł koszt konsultacji ortopedycznej z dnia 16 marca 2017 r. i 230 zł badania TK wykonanego w (...) O. w dniu 17 marca 2017 r. jako pozostałymi w związku przyczynowym z następstwami leczenia powódki u strony pozwanej i popełnionych w jego trakcie błędów medycznych. W pozostałym zakresie mimo iż powódka przedstawiła paragony związane z kosztami leczenia we wskazanej wysokości, nie zdołała wykazać by w istocie za ich poniesienie odpowiadała strona pozwana. W szczególności nie przedłożyła jakichkolwiek dokumentów medycznych z wizyt lekarskich w P. w dniu 22 marca 2017 r., we W. dnia 20 marca 2017 r. oraz w K. dnia 26 kwietnia 2017 r.

Z tych też przyczyn sąd oddalił powództwo w tym zakresie jako nieudowodnione, o czym orzekł w punkcie II sentencji wyroku.

O odsetkach należnych od kwoty zasądzonej w punkcie I wyroku sąd orzekł w oparciu o przepis art. 481 k.c. w zw. z art. 455 k.c., zgodnie z którym jeżeli termin spełnienia świadczenia nie jest oznaczony ani nie wynika z właściwości zobowiązania, świadczenie powinno być spełnione niezwłocznie po wezwaniu dłużnika do wykonania.

W rozpoznawanej sprawie powódka skierowała do strony pozwanej wezwanie do zapłaty, które zostało nadane w dniu 27 grudnia 2019 r., gdzie zakreślono termin 5 dni od dnia doręczenia wezwania na spełnienie świadczenia. Powódka żądała odsetek ustawowych od dnia 8 stycznia 2020 r. i takie też żądanie zasługiwało na uwzględnienie w całości (w zakresie zasądzonej kwoty). Strona pozwana już w piśmie z dnia 7 stycznia 2020 r. zajęła stanowisko co do sformułowanych żądań zarówno w zakresie kwoty zadośćuczynienia, jak i odszkodowania. W toku postępowania pozwana nie kwestionowała zadania odsetkowego w zakresie początkowej daty odsetek, tym samym sąd uznał je zasadne w całości.

Orzeczenie o kosztach procesu zawarte w punkcie III sentencji wyroku zostało oparte o treść art. 100 zd. 2 k.p.c. w związku z tym iż powódka uległa w nieznacznej części. Na koszty procesu złożyła się opłata od pozwu w kwocie 2.051 zł, opłata skarbową od pełnomocnictwa w kwocie 17 zł oraz kwota 3.600 zł koszty zastępstwa procesowego (§ 2 pkt 5 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie), zaliczka na poczet wynagrodzenia biegłego 1.000 zł tj. łącznie 6.668 zł. Na podstawie art. 98 § 1¹ k.p.c. sąd zasądził także od kwoty zasądzonej tytułem zwrotu kosztów procesu odsetki w wysokości odsetek ustawowych za opóźnienie za czas od dnia uprawomocnienia się orzeczenia do dnia zapłaty.

Rozstrzygnięcie zawarte w punkcie IV wyroku ma podstawę w art. 100 zd. 2 k.p.c. w zw. z art. 113 ust. 1 i 2 u.k.s.c. Brakujące wydatki związane z przeprowadzeniem dowodu z opinii biegłego wyniosły 5.156,86 zł. Sąd, mając na uwadze wynik postępowania, nakazał stronie pozwanej, aby uiściła na rzecz Skarbu Państwa kwotę 5.156,86 zł tytułem brakujących wydatków związanych z opiniami biegłego sądowego.

W punkcie V sentencji wyroku sąd nie obciążył powódki obowiązkiem zwrotu kosztów procesu na rzecz interwenienta ubocznego P. R. (1). Zgodnie z art. 107 k.p.c. interwenient uboczny, do którego nie mają zastosowania przepisy o współuczestnictwie jednolitym, nie zwraca kosztów przeciwnikowi strony, do której przystąpił. Sąd może jednak przyznać od interwenienta na rzecz wygrywającego sprawę przeciwnika strony, do której interwenient przystąpił, zwrot kosztów wywołanych samoistnymi czynnościami procesowymi interwenienta. Z przepisu art. 107 z. 3 k.p.c. wynika, że sąd może przyznać interwenientowi koszty interwencji od przeciwnika obowiązującego do zwrotu kosztów. Przepis art. 107 k.p.c. nie obliguje do zasądzenia kosztów w każdym przypadku, w którym istnieją podstawy do obciążenia kosztami przeciwnika procesowego. W takiej sytuacji zasadne jest odwołanie się przez sąd do ogólniejszych kryteriów w postaci potrzeby rzeczywistej obrony interesów interwenienta ubocznego w określonych okolicznościach rozpoznawanej sprawy. Sąd może przyznać koszty interwencji od przeciwnika zobowiązanego do zwrotu kosztów na rzecz interwenienta ubocznego, jeżeli przyczynił się on do rozpoznania i rozstrzygnięcia sprawy (postanowienie SN z 23.02.2012 r., sygn. V CZ 141/11, publ. Legalis 480442). Jedynie wygranie procesu przez stronę, do której przystąpił interwenient (tj. stronę pozwaną) uzasadniałoby obciążenie drugiej strony (powódki) obowiązkiem zwrotu interwenientowi kosztów przez niego poniesionych, a związanymi z kosztami interwencji, czy kosztami wniesionego przez interwenienta środka odwoławczego, co nie miało miejsca w sprawie. W niniejszej sprawie powódka wygrała

sprawę w znacznej części i należał jej się zwrot kosztów procesu w całości w myśl art. 100 zd. 2 k.p.c., tym samym za niezasadne należało uznać żądanie interwenienta ubocznego występującego po stronie pozwanej o zasądzenie od powódki kosztów postępowania.

Mając powyższe na uwadze orzeczono jak sentencji wyroku.

Opublikowanie niniejszego dokumentu w Portalu Informacyjnym stanowi doręczenie go adwokatowi, radcy prawnemu, rzecznikowi patentowemu lub Prokuraturii Generalnej Rzeczypospolitej Polskiej ustanowionym w sprawie.