

Sygn. akt V ACa 150/18

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 1 kwietnia 2019 r.

Sąd Apelacyjny w Warszawie V Wydział Cywilny w składzie następującym:

Przewodniczący: SSA Ewa Kaniok (spr.)

Sędziowie: SA Bogdan Świerczakowski

SA Marcin Strobel

Protokolant: Aleksandra Napiórkowska

po rozpoznaniu w dniu 26 lutego 2019 r. w Warszawie

na rozprawie

sprawy z powództwa E. P.

przeciwko Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej - Szpital im. (...) J. D. w K. i (...) spółce akcyjnej z siedzibą w W.

o zapłatę

na skutek apelacji powódki

od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie

z dnia 12 grudnia 2017 r., sygn. akt II C 95/15

I. zmienia zaskarżony wyrok w części w ten sposób, że :

a. w punkcie IV (czwartym) zasądza od Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej - Szpital im. (...) J. D. w K. i (...) spółki akcyjnej z siedzibą w W. na rzecz E. P. dalszą kwotę 40.000 (czterdzieści tysięcy) złotych wraz z:

- odsetkami należnymi od (...) spółki akcyjnej z siedzibą w W. tj. odsetkami ustawowymi od dnia 27 marca 2015 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. i odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty,

- odsetkami należnymi od Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej - Szpital im. (...). J. D. w K.

tj. odsetkami ustawowymi od dnia 21 marca 2015 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. i odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty z zastrzeżeniem, że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego oraz z zastrzeżeniem, że (...) spółka akcyjna z siedzibą w W. ponosi odpowiedzialność do wysokości sumy gwarancyjnej tj. kwoty 446.400 (czteryście czterdzieści sześć tysięcy czterysta) złotych;

b. w punkcie V (piątym) ustala, że powódka winna ponieść koszty procesu w 31,72 %, zaś pozwani powinni ponieść koszty procesu solidarnie w 68,28 %;

II. oddala apelację w pozostałej części;

III. zasądza od Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej - Szpital im. (...) J. D. w K. i (...) spółki akcyjnej z siedzibą w W. solidarnie na rzecz E. P. kwotę 4.050 (cztery tysiące pięćdziesiąt) złotych tytułem zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego;

IV. nakazuje pobrać solidarnie od Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej - Szpital im. (...) J. D. w K.

i (...) spółki akcyjnej z siedzibą

w W. na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Warszawie kwotę 2.000 (dwa tysiące) złotych tytułem części opłaty od apelacji, od uiszczenia której powódka była zwolniona;

V. odstępuje od obciążenia E. P. pozostałą częścią nieuiszczonej opłaty od apelacji.

Marcin Strobel Ewa Kaniok Bogdan Świerczakowski

Sygn. akt: V ACa 150/18

UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 12 grudnia 2017 roku Sąd Okręgowy w Warszawie w punkcie pierwszym zasądził od Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej - Szpitala im. (...) J. D. w K. i (...) spółki akcyjnej w W. na rzecz E. P. kwotę 137.923,06 zł wraz z: # odsetkami należnymi od (...) spółki akcyjnej w W. tj. odsetkami ustawowymi od dnia 27 marca 2015 roku do dnia 31 grudnia 2015 roku i odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 roku do dnia zapłaty, # odsetkami należnymi od Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej - Szpitala im. (...) J. D. w K. tj. odsetkami ustawowymi od dnia 21 marca 2015 roku do dnia 31 grudnia 2015 roku i odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 roku do dnia zapłaty z zastrzeżeniem, że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego oraz z zastrzeżeniem, że (...) spółka akcyjna w W. ponosi odpowiedzialności do wysokości sumy gwarancyjnej tj. kwoty 446.400 zł;

w punkcie drugim zasądził od Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej - (...) J. D. w K. i (...) spółki akcyjnej w W. na rzecz E. P. rentę w wysokości 465 zł płatną miesięcznie do dziesiątego dnia każdego miesiąca, począwszy od lutego 2015 roku, wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie w przypadku każdorazowego opóźnienia w zapłacie, przy czym renta ze miesiące luty i marzec 2015 roku płatna jest wraz z: # odsetkami należnymi od (...) spółki akcyjnej w W. tj. odsetkami ustawowymi od dnia 27 marca 2015 roku do dnia 31 grudnia 2015 roku i odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 roku do dnia zapłaty, # odsetkami należnymi od Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej - (...) J. D. w K. tj. odsetkami ustawowymi od dnia 21 marca 2015 roku do dnia 31 grudnia 2015 roku i odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 roku do dnia zapłaty, z zastrzeżeniem, że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego, oraz z zastrzeżeniem, że (...) spółka akcyjna w W. ponosi odpowiedzialności do wysokości sumy gwarancyjnej tj. kwoty 446.400 zł; w punkcie trzecim ustalił na przyszłość odpowiedzialność Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej - Szpitala im. (...) J. D. w K. i (...) spółki akcyjnej w W. w stosunku do E. P. za skutki zabiegu przeprowadzonego w dniu 21 maja 2013 roku; w punkcie czwartym oddalił powództwo w pozostałym zakresie; w punkcie piątym rozdzielił stosunkowo koszty procesu pomiędzy stronami, ustalając, że powódka winna ponieść koszty procesu w 47%, zaś pozwani winni ponieść koszty procesu solidarnie w 53%, pozostawiając ich szczegółowe wyliczenie referendarzowi sądowemu.

Z ustaleń faktycznych jakie legły u podstaw tego rozstrzygnięcia wynika, że E. P. w dniu 20 maja 2013 roku została planowo przyjęta do Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) J. D. w K., z rozpoznaniem lekarza

kierującego kamicy żółciowej. Lekarzem przyjmujący był lek. T. F., który rozpoznał wstępnie przewlekłe zapalenie pęcherzyka żółciowego. W opisie badania przedmiotowego wskazano: stan ogólny dobry, budowa prawidłowa, tkanka podskórna bardzo dobrze rozwinięta, skóra czysta, głowa i szyja bez zmian. Klatka piersiowa symetryczna ruchoma, osłuchowo szmer pęcherzykowy, akcja serca miarowa, tony czyste. Brzuch: powłoki wysklepione powyżej mostka, bez oporów patologicznych, objawy otrzewnowe (-) objaw Goldflama (-), Objaw Chelmońskiego (+/-). Żyłki kończyn dolnych bez cech zapalnych. Po wykonaniu powyższych badań oraz po konsultacji anestezjologa powódka została zakwalifikowana do leczenia operacyjnego – laparoskopowego usunięcia pęcherzyka żółciowego (historia choroby k. 37).

Powódka w dniu przyjęcia do szpitala złożyła podpisy pod oświadczeniami o: wyrażeniu zgody na przyjęcie do szpitala – została poinformowana o prawie do informacji o stanie zdrowia, wyrażenia zgody lub odmowy na określone świadczenia zdrowotne po uzyskaniu odpowiedniej informacji; poinformowaniu jej o charakterze i celu zabiegu, przewidywanych następstwach i ryzyku oraz o możliwościach zastosowania innego postępowania medycznego; poinformowaniu jej o celu i skutkach zabiegu cholecystektomii laparoskopowej jak również możliwych powikłaniach, wyrażeniu zgody na wykonanie planowanej operacji oraz innych procedur medycznych, które mogą być konieczne do wykonania w trakcie procesu diagnostycznego i zabiegu operacyjnego oraz na wykonaniu znieczulenia. Lekarz prowadzący złożył natomiast podpis pod oświadczeniem, że chory został poinformowany o planowanym leczeniu, zabiegu operacyjnym i powikłaniach mogących powstać w wyniku wykonanej operacji. Lekarz prowadzący nie poinformował powódki o możliwych komplikacjach i powikłaniach związanych z planowanym zabiegiem operacyjnym, a uzyskanie zgody sprowadzało się jedynie do podpisania ww. oświadczeń.

Następnie w dniu 21 maja 2013 roku o godz. 12:30 w znieczuleniu ogólnym, dotchawicznym – przystąpiono do zaplanowanej operacji. Z opisu zabiegu operacyjnego wynika, że operacja przebiegła bez żadnych trudności technicznych. Pod kontrolą optyki wprowadzono w miejscach typowych troakary 1x10mm u 1x5mm przez, które wprowadzono narzędzia. Stwierdzono mały marski obkurczony na złogu średnicy 1,5cm pęcherzyk żółciowy. Wypreparowano trójkąt Calota, tętnicę pęcherzykową oraz przewód pęcherzykowy, zaklipsowano i przecięto między klipsami. Następnie z pomocą ELCO (haczyka) wypreparowano pęcherzyk żółciowy wraz z zawartością przez poszerzony otwór w okolicy pępka. Wykonano kontrolę hemostazy. złożono dren do okolicy usuniętego pęcherzyka żółciowego. Założono szwy warstwowe i opatrunek jałowy. Operację zakończono o godz. 13:25. Operacja została przeprowadzona bez asysty operatora, z udziałem pielęgniarki.

Po wykonaniu zabiegu operacyjnego, powódka początkowo nie wskazywała na istotne dolegliwości. Stwierdzono, że brzuch jest miękki a perystaltyka słyszalna. W dniu 22 maja 2013 roku o godzinie 11:52 powódka czuła się osłabiona, czuła kołatania – przyspieszonej pracy serca. Stwierdzono brzuch miękki, niewielka bolesność palpacyjna całego nad- i sródbrzusza – bez objawów otrzewnowych. Zlecono wykonanie EKG. Po porozumieniu z lekarzem, przeniesiono pacjentkę do dalszego leczenia na oddziale wewnętrznym. Tam wykonano USG jamy brzusznej – płyn w okolicy śledziony, w jamie Douglasa, pod wątrobą. Podjęto decyzję o wykonaniu zabiegu operacyjnego laparotomii.

Następnie w znieczuleniu ogólnym dotchawicznym w dniu 22 maja 2013 roku o godzinie 15:10 wykonano relaparoskopię jamy brzusznej po wprowadzeniu optyki stwierdzono skrzepy krwi w okolicy podwątrobowej oraz całej jamie brzusznej. Po wykonaniu konwersji do laparotomii otwartej usunięto skrzepy krwi z jamy otrzewnowej. Kontrola łożyska po usunięciu pęcherzyka żółciowym oraz kontrola jamy brzusznej nie skutkowały znalezieniem ewidentnego źródła krwawienia. Skoagulowano drobne sączenia w zakresie łożyska. Jamę brzuszną zdrenowano. Założono szwy warstwowe powłok, szwy na skórę i opatrunek. W rozpoznaniu pooperacyjnym wskazano: krwawienie do jamy brzusznej po cholecystektomii laparoskopowej.

Po operacji stwierdzono spadki ciśnienia krwi CTK (ciśnienie tętnicze krwi) 50/30, 60/40. Powódka została przekazana do dalszego leczenia na oddziale intensywnej terapii. W godzinach nocnych pojawiła się tachykardia do 150/min. Z drenu uzyskano 450ml krwi.

23 maja 2013 roku stwierdzono stan ogólny średni, powódka przytomna w logicznym kontakcie. Około godziny 20:00 epizod migotania przedsionków – umiarawianie farmakologiczne. Następnego dnia od godzin porannych stwierdzono podkrwawianie z drenów pooperacyjnych. Wykonano badanie USG, które wykazało brak cech czynnego krwawienia. Założono sondę do żołądka.

24 maja 2013 roku u powódki utrzymywało się migotanie przedsionków. Uzyskano zwolnienie akcji serca do ok. 90/min przez podanie leków antyarytmicznych. W godzinach nocnych wystąpił jednorazowy epizod bradykardii do 30/min, który ustąpił samoistnie. Powódka nie gorączkowała, obniżył się u niej poziom prokalcytoniny.

26 maja 2013 roku stwierdzono poprawę stanu powódki – stabilna oddechowo i krążeniowo. Odstąpiono od kardiowersji. Akcja serca ok. 110/min. Brzuch wzdęty, miękki, niebolesny, po hegarze skutek dość obfity. Z drenu uzyskano treść żółciową 800ml.

28 maja 2013 roku określono stan pacjentki jako zadawalający. Z drenu utrzymywał się wyciek treści żółciowej w ilości ok. 600ml. Brzuch w badaniu palpacyjnym wykazywał bolesność zlokalizowaną w okolicy nadbrzusza bez objawów otrzewnowych.

31 maja 2013 roku nadal utrzymywał się wyciek z drenu oraz bolesność miernego stopnia w okolicy podżebrowej. Zalecono odstawienie antybiotyku w dniu 1 czerwca 2013r.

4 czerwca 2013 roku stwierdzono utrzymujący się wyciek treści żółciowej z drenu w ilości około 800ml. Wykonano USG jamy brzusznej, które wykazało ograniczoną przestrzeń płynową w okolicy łożyska i częściowo podwątrobowo. Wzdęte pętle jelitowe utrudniające badanie.

7 czerwca 2013 roku utrzymywała się przetoka żółciowa. Brzuch palpacyjnie miękki bez objawów otrzewnowych. Wskazano, że ordynator konsultuje przypadek z kliniką w W. na B.. W tym zakresie skierowano pisemne zapytanie. 10 czerwca potwierdzono możliwość przyjęcia powódki w ww. placówce.

W karcie informacyjnej w epikryzie wskazano, że pacjentka zostaje przeniesiona z powodu przetoki z dróg żółciowych poprzez dren założony do okolicy łożyska podczas laparotomii w dniu 22 maja 2013r. z powodu krwawienia po cholecystektomii laparoskopowej wykonanej w dniu 21 maja 2013r. z powodu kamicy pęcherzyka żółciowego ze zrostami około-pęcherzykowymi. Wskazano, że z drenu wyciek około 900ml dziennie.

Powódka została przyjęta do Katedry i Kliniki i (...), (...) (...) w dniu 11 czerwca 2013r.

17 czerwca 2013 r. w badaniu cholangiografii, po podaniu hepatotropowego środka kontrastowego (...) w fazach opóźnionych uwidocznił się wyciek zakontrastowanej żółci z prawego i z lewego przewodu wątrobowego, nie jest widoczne połączenie obu przewodów. Obraz MRC odpowiadał uszkodzeniu dróg żółciowych nad splotem.

25 czerwca 2013 roku wykonano otwarcie jamy brzusznej, zabieg operacyjny cholangiografii śródoperacyjnej – zespolenia przewodowo-jelitowego na pętli R.-Y. Zabieg wykonano przy znieczuleniu ogólnym. Stwierdzono całkowite odcięcie prawego przewodu wątrobowego. Lewy przewód wątrobowy na skrawku tylnej ściany łączył się z rozciętym przewodem wątrobowym wspólnym. Rozpoznano kalectwo dróg żółciowych w trakcie laparoskopowej cholecystektomii w dniu 25 maja 2013r.

Powódka została wypisana 5 lipca 2013 r. w stanie ogólnym dobrym.

Ponownie powódka zgłosiła się do szpitala w K. w dniu 24 sierpnia 2013 roku. Rozpoznano wówczas wyciek z rany po operacji na drogach żółciowych, stan po zespoleniu przewodowo-jelitowym na pętli R.-Y, stan po cholecystektomii. Założono opatrunek i podano antybiotyk. Podjęto leczenie zachowawcze. Powódka została w dniu 27 sierpnia 2013 roku wypisana w stanie ogólnym dobrym. Zalecono dietę według pouczenia, zmianę opatrunków, kontrolę w poradni

chirurgicznej, okresową kontrolę parametrów wątrobowych i USG jamy brzusznej, a także leczenie internistyczne według dotychczasowych zaleceń.

Ponowna hospitalizacja miała miejsce również w szpitalu w K. w dniach 11 października - 15 października 2013 roku. 11 października 2013 roku wykonano gastroskopię u powódki. Stwierdzono: przełyk bez zmian. Wypust poszerzony z widocznym miernego stopnia wpukleniem się śluzówki żołądka do przełyku. Ściany żołądka podatne na rozdymanie. Jeziorko śluzowe czyste. Żołądek w całości bez zmian. Odźwiernik kształtny, ziejący, mało sprawny. Opuszka dwunastnicy i część poza opuszkowa na długim odcinku bez zmian. Wynik H-P ujemny.

Rozpoznano zapalenie dróg żółciowych, refluks żołądkowo-przełykowy, stan po jatrogennym uszkodzeniu dróg żółciowych, nadciśnienie tętnicze. Zastosowano leczenie zachowawcze. Wykonano gastroskopię oraz wstrzyknięto antybiotyk. Uzyskano poprawę stanu ogólnego.

W okresie od 21 października do 24 października 2014 roku powódka trafiła na Oddział Chorób Wewnętrznych, gdzie trafiła z rozpoznaniem napadowego migotania przedsionków, nadciśnienia tętniczego, refluks-żołądkowo-przełykowy, stan po zapaleniu dróg żółciowych, stan po jatrogennym uszkodzeniu dróg żółciowych. Włączono leczenie przeciwkrzepliwie jako profilaktykę udaru mózgu oraz celem przygotowania do ewentualnej kardiowersji elektrycznej. Zastosowano leczenie farmakologiczne. Wypisana w stanie ogólnym dość dobrym.

E. P. ponownie trafiła do Szpitala w W. przy ul. (...) w dniu 4 maja 2014 roku z rozpoznaniem kalectwa dróg – stan po zespoleniu przewodowo jelitowym na pętli R.-Y, nawracające zapalenia dróg żółciowych. Przepuklina pępkowa i w bliźnie pooperacyjnej. Zalecono dalszą kontrolę ambulatoryjną i wypisano w dniu 15 maja 2014 roku w stanie ogólnym dobrym.

W badaniach 24-godzinnej holtera EKG wykonywanych kolejno w dniu 3 września 2014 roku stwierdzono migotanie przedsionków, opisano 1 pauzę (kryterium 2 sekund niespełnione), w dniu 8 grudnia 2014 roku – pojedyncze pobudzenia przedwczesne komorowe i nadkomorowe, epizod bloku przedsionkowo-komorowego II stopnia typu M., w dniu 8 stycznia 2015 roku – pojedyncze pobudzenia przedwczesne komorowe i nadkomorowe, epizod bloku przedsionkowo-komorowego II stopnia typu W. i w dniu 9 lutego 2016 roku – pojedyncze pobudzenia przedwczesne komorowe i nadkomorowe.

Sąd I instancji ustalił, że przyczyną uszkodzenia dróg żółciowych jakich E. P. doznała podczas operacji wykonanej w dniu 21 maja 2013 roku w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej (...) J. D. w K. było niezachowanie należytej ostrożności operacyjnej związanej z niedokładną orientacją pola operacyjnego – w zakresie anatomii dróg żółciowych. Skutkowało to jatrogennym uszkodzeniem dróg żółciowych (kalectwem dróg żółciowych). Powstałe uszkodzenia wymagały odtworzenia niefizjologicznego dróg żółciowych.

Tryb pierwotnego przyjęcia powódki do szpitala w K. oraz wstępne rozpoznanie pozwala na uznanie, że powódka miała względne wskazania do zabiegu operacyjnego. Nie istniała bezwzględna konieczność wykonania cholecystektomii metodą klasyczną.

Powódka śródoperacyjnie miała stwierdzone rozpoznanie przewlekłego kamiczego zapalenia pęcherzyka żółciowego. Rozpoznanie przedoperacyjne było ustalone prawidłowo.

Sąd ustalił, że brak w dokumentacji medycznej wyniku wykonanego badania obrazowego, które potwierdzałyby, że postawione rozpoznanie było poprzedzone prawidłowym kompletowaniem badań potrzebnych do wykonania operacji, jednak nie skutkowało to błędem diagnostycznym.

Prawidłowy skład zespołu operacyjnego wyznaczonego do operacji cholecystektomii laparoskopowej powinien być taki, aby zagwarantować możliwie bezpieczne i prawidłowe przeprowadzenie zabiegu. Druga asysta, której zadaniem jest prawidłowe obrazowanie miejsca operacji powinna być pełniona przez osobę, która jest zorientowana jaką ma

pełnić rolę i jest przeszkolona do pełnienia takiej roli. Może to być chirurg, ale nie można wykluczyć innej przeszkolonej osoby z personelu medycznego.

Czas operacji laparoskopowej, możliwość bezpiecznego przeprowadzenia zabiegu spoczywa w rękach chirurga operatora. Od jego doświadczenia, jak też przewidywanego przebiegu operacji jest zależne jaka osoba z personelu medycznego powinna pełnić rolę I asysty. Nie ma bezwzględnych przeciwwskazań, aby pierwszą asystą do operacji laparoskopowej usunięcia pęcherzyka żółciowego była zorientowana w operacji pielęgniarka lub student medycyny.

Brak jest podstaw do przyjęcia, iż w trakcie zabiegu lekarz operujący napotkał nieokreślone bliżej problemy związane z nieprawidłową anatomią oraz nieokreślonymi trudnościami technicznymi.

Typowa cholecystektomia laparoskopowa, w warunkach prawidłowej anatomii dróg żółciowych nie obejmuje manewrów chirurgicznych w obrębie lewego i prawego przewodu wątrobowego. W omawianym przypadku, rozcięcie przewodu żółciowego wspólnego było wynikiem pomyłki lub nieuwagi. Przyczyną powstałego kalectwa dróg żółciowych była nieostrożność, dekoncentracja operatora, ewentualnie brak prawidłowej orientacji operatora w polu operacyjnym.

W okresie pooperacyjnym, wczesny problem w postaci nasilającego się krwawienia do jamy brzusznej był przeciwwskazaniem do przeniesienia powódki – do czasu opanowania krwawienia.

Powódka ma olbrzymią przepuklinę pooperacyjną nadbrzusza i przepuklinę pępkową.

Jeśli chodzi o obecne rokowania stanu zdrowia powódki to Sąd ustalił, że są dobre, ale ostrożne. Powódka na skutek popełnionego błędu medycznego jest zmuszona do wykonywania badań obrazowych przynajmniej raz w roku, konsultacji gastroenterologicznej (dwa razy w roku) oraz badań laboratoryjnych – w zależności od potrzeb – przez okres minimum 5 lat, tj. do stycznia 2021 roku. W tym okresie powódka jest nadal zagrożona możliwością wystąpienia powikłań pooperacyjnych. Po tym okresie zagrożenie znacznie zmaleje, ale nie ustąpi całkowicie.

Powódka wymagała pomocy osób trzecich, szczególnie przy zmianach opatrunków, codziennych czynnościach domowych, zakupach, kąpeli – przez 5 godzin dziennie w okresie 2-3 miesięcy. W zakresie dolegliwości z dziedziny chirurgii doznała 55% uszczerbku na zdrowiu i uszczerbek ten ma charakter stały.

Sąd I instancji wskazał, że E. P. w 2008 roku miała wykonaną endoprotezoplastykę totalną stawu kolanowego lewego, a w 2010 operacyjną endoprotezoplastykę stawu kolanowego prawego. Przed 2008 rokiem poruszała się o dwóch kulach łokciowych, po przebytych zabiegach czuła poprawę, zaczęła się poruszać bez kul. Narzekała na ból stopy.

12 września 2014 roku u powódki wykonano zabieg scyntygrafii, po którym stwierdzono widoczną podwyższoną aktywność znacznika w topografii trzpienia protezy elementu piszczelowego prawego stawu kolanowego z cechami przekrwienia biernego w badaniu dynamicznym, obraz jak w obłuzowaniu z odczynem zapalnym, do weryfikacji znakowanymi leukocytami. Stwierdzono także podwyższoną aktywność w okolicy bliższego odcinka elementu piszczelowego protezy lewego stawu kolanowego bez cech przekrwienia w badaniu dynamicznym, oraz podwyższoną aktywność w okolicy prawej rzepki bez cech przekrwienia w badaniu dynamicznym, typowo do ostrej i podostrej fazy zapalenia, niejednorodnie zwiększone gromadzenie znacznika w topografii odcinka piersiowego i lędźwiowego kręgosłupa – na tle zmian zwyrodnieniowych. Nadto, zwiększona aktywność znacznika w rzucie śródstopia obu stóp – najpewniej na tle zwyrodnieniowym.

18 września 2014 roku wykonana u powódki kolejna scyntygrafia wykazała нефизjologiczną aktywność leukocytów w topografii prawej rzepki, wzdłuż trzpieni elementów piszczelowych obu protez stawów kolanowych z nasileniem po stronie prawej oraz нефизjologiczną aktywność w okolicy elementu udowego z nasileniem zaburzeń w topografii kłykcia bocznego protezy lewego stawu kolanowego. Obraz scyntograficzny przy zgodności z obrazem klinicznym mógł odpowiadać procesowi zapalnemu w zakresie kolana prawego oraz zmianom odczynowym lewego stawu kolanowego na tle obłuzowania elementu piszczelowego protezy.

Po przeprowadzonym w dniu 14 marca 2016 roku badaniu ortopedycznym, u powódki stwierdzono: kontakt dobry, logiczny, zorientowana prawidłowo. Porusza się z dyskretnym utykaniem na lewą kończynę dolną, bez zaopatrzenia ortopedycznego. Siada, wstaje z niewielkim podparciem. Rozbiera się samodzielnie, na siedząco. W pozycji stojącej nieco spłycone krzyżowizny kręgosłupa. Napięcie mięśni około kręgosłupowych zupełnie niewzmożone, niebolesne przy palpacji. W momencie badania nie zgłasza bólesności kręgosłupa przy ruchach. Ruchy kręgosłupa pełne, adekwatne do wieku, swobodne we wszystkich płaszczyznach i odcinkach, tj. w odcinku szyjnym rotacja po 60° i pochylenie boczne po 35°, rotacja tułowia po 30°, pochylenie boczne po 30°. Skłon palce 20cm do podłogi, gibkość prawidłowa. L. obustronnie 90° zupełnie swobodny.

Kończyny górne równe, symetryczne, prawidłowo zbudowane. Stawy niebolesne, bez wysięku i obrzęku. Ruchy w stawach symetryczne, swobodne, bez ograniczeń. Bez ruchów patologicznych. Zakłada ręce za głowę i dotyka kciukiem dolnego kąta łopatki. Siła mięśniowa symetryczna, adekwatna do wieku, bez zaników mięśniowych. Chwył sprawny.

Wydłużenie lewej kończyny dolnej 1 cm. Zgłasza bólesność obu stawów kolanowych. Poza tym stawy niebolesne, bez wysięku.

Sąd Okręgowy ustalił, że przeprowadzona u E. P. operacja cholecystektomii w 2013 roku nie spowodowała powstania uszkodzeń w obrębie narządu ruchu. Nie doszło do obluźniania elementów protez. W wypadku występowania stanów zapalnych organizmu, powódka może odczuwać zwiększone dolegliwości bólowe stawów (w tym kolanowych), co jest związane z przekrwieniem błony maziowej. Jednak takie dotychczasowe dolegliwości nie doprowadziły do destrukcji stawów. Reasumując, przeprowadzone w maju 2013 roku leczenie operacyjne, laparoskopowe, jamy brzusznej, nie doprowadziło do powstania jakichkolwiek, w szczególności negatywnych następstw w zakresie narządu ruchu.

W badaniu powódki przez lekarza z zakresu gastroenterologii w dniu 6 września 2016 roku stwierdzono: powódka w stanie ogólnym dobrym, w pełnym kontakcie słowno-logicznym, otyła (III stopień otyłości). Brzuch wysklepiony ponad poziom klatki piersiowej na skórze brzucha widoczne blizny po przebytych zabiegach operacyjnych, duża odprowadzalna przepuklina pępkowa oraz duże odprowadzalne przepukliny w bliznach operacyjnych. Brzuch miękki, nieznacznie tkliwy w nadbrzuszu, bez oporów patologicznych. Wątroba palpacyjnie niepowiększona, śledziona niebadalna. Perystaltyka prawidłowa, objawy otrzewnowe nieobecne. Obrzęków obwodowych nie stwierdzono. Zmiany żyłne na podudziach.

W czasie trwania hospitalizacji powódka wymagała regularnego stosowania leków C. (3x dziennie po 1 tabl.) oraz P. przez pierwszy rok po zabiegu (3x dziennie po 1 tabl.), a następnie do bieżącego okresu po 1 tabletkę wieczorem.

Powódka ze względu na przebyte zabiegi operacyjne i zespolenie przewodowo-jelitowe R.-Y jest do końca życia narażona na nawracające zapalenie dróg żółciowych, które kilkakrotnie w ciągu roku wymaga antybiotykoterapii, a w przypadku cięższego przebiegu może także wymagać hospitalizacji. Powinna przewlekłe stosować doustnie kwas ursodezokycholowy w celu zmniejszenia częstości nawrotów zapalenia dróg żółciowych. Cena 1 opakowania wystarczającego na 50 dni leczenia wynosi 150 zł.

W okresach zapalenia dróg żółciowych powódka zmuszona jest stosować antybiotykoterapię, której koszt może wynosić od 30 do 50 zł. Wymaga diety lekkostrawnej, która nie generuje dodatkowych kosztów.

Z powodu powikłań cholecystektomii doszło do trwałego uszkodzenia dróg żółciowych z zaburzeniami czynności, co spowodowało 30% trwałą uszczerbek na zdrowiu, a z powodu powstania przepuklin wysiłkowych – 10% (łącznie 40%).

Powódka wymaga stałego leczenia i nadzoru w poradni gastroenterologicznej. Nie powinna wykonywać cięższych prac domowych, musi unikać dźwigania cięższych przedmiotów.

Przed zabiegiem laparoskopowym w 2013 roku, powódka leczyła się na nadciśnienie tętnicze, hypercholesterolemię i żyłki podudzia, wcześniej miała wykonywaną endoprotezoplastykę stawów kolanowych.

U E. P. w okresie okołoperacyjnym doszło do wstrząsu hipowolemicznego, który jest bardzo poważnym stanem zagrożenia życia i wymaga intensywnej i szczegółowo kontrolowanej terapii. Została przeniesiona z oddziału chirurgii na oddział wewnętrzny na salę intensywnego nadzoru a następnie na oddział anestezjologii i intensywnej terapii przeznaczoną do terapii najcięższych stanów, co jest jak najbardziej uzasadnionym postępowaniem umożliwiającym najbardziej kwalifikowaną pomoc. Z uwagi na bardzo niskie wartości ciśnienia tętniczego krwi towarzyszące wstrząsowi, powódce podawano aminy presyjne (D., L.), co jest najczęściej jedynym możliwym postępowaniem, pomimo towarzyszącej tej terapii tachykardii (szybkiej czynności serca). Utrzymanie ciśnienia tętniczego, umożliwiające wypełnienie łożyska naczyniowego jest w takiej sytuacji priorytetowe. Z uwagi na tachykardię oraz epizody migotania przedsionków włączono leki antyarytmiczne w tym lek o największej w takiej sytuacji skuteczności jakim jest A.. Powódka była konsultowana przez kardiologa w celu podjęcia decyzji dotyczącej ewentualnej kardiowersji elektrycznej migotania przedsionków. Zgodnie z obowiązującymi standardami po upływie 48 godzin, a w tym przypadku czas ten wynosił ponad 72 godziny, od rozpoczęcia napadu migotania przedsionków, odstąpiono od kardiowersji, planując jej wykonanie po 4 tygodniowym przygotowaniu pacjentki lekami przeciwkrzepliwymi, zwiększającymi bezpieczeństwo wykonania zabiegu. W tym samym czasie kontynuowano terapię farmakologiczną A. i beta-blokerem stosując tzw. kardiowersję farmakologiczną, co doprowadziło do spodziewanego efektu, czyli ustąpienia arytmii i powrotu rytmu zatokowego (prawidłowego).

U powódki nadal występują epizody migotania przedsionków, oraz komorowe i nadkomorowe zaburzenia rytmu serca. Ponadto występują krótkie epizody bloku przedsionkowo-komorowego II stopnia typu W. i M. w nocy. Występowanie bloku przedsionkowo-komorowego II stopnia typu W. i bardziej zaawansowanego typu M. wymaga dalszej kontroli, szczególnie przy występowaniu objawów klinicznych (zawroty głowy, omdlenia). Zaburzenia te mogą być również przemijające i ustąpić po zmniejszeniu dawki leku antyarytmicznego, przyjmowanego z powodu napadowego migotania przedsionków.

Ciężki stan powódki po zabiegu laparoskopowym wywołał zaburzenia rytmu serca, ale najprawdopodobniej przy istniejącym już wcześniej substracie arytmii wynikającym także z czynników ryzyka (nadciśnienie tętnicze, otyłość). Występujące nadal epizody migotania przedsionków, inne zaburzenia rytmu serca oraz obraz echokardiograficzny na to wskazują. Wstrząs hipowolemiczny był wielkim obciążeniem dla serca i nie można wykluczyć jego odległych następstw w postaci obserwowanych zaburzeń rytmu serca i zaburzeń przewodzenia przy istniejących już wcześniej czynnikach ryzyka ich wystąpienia.

Nie można jednoznacznie stwierdzić czy obserwowane od czasu zabiegu zaburzenia rytmu serca są następstwem ciężkiego stanu powódki i obciążenia układu krążenia. Dostępne badania diagnostyczne oraz dalszy przebieg choroby wskazują na to, że wstrząs hipowolemiczny ujawnił istniejący już wcześniej substrat arytmii. W czynnikach ryzyka wystąpienia tego typu zaburzeń rytmu serca nie wymienia się operacji niekardiologicznych z ciężkimi powikłaniami jako skutek odległy jeśli nie towarzyszy temu np. niewydolność serca. Zgromadzona dokumentacja nie potwierdza takiego rozpoznania. Nie-diagnostyczny test wysiłkowy dowodzi bardzo słabej tolerancji wysiłku.

Postępowanie związane z leczeniem wstrząsu hipowolemicznego oraz zaburzeń rytmu serca było prowadzone zgodnie z przyjętymi standardami. Po reoperacji i stwierdzeniu ciężkiego stanu klinicznego, powódka została przeniesiona na Oddział Wewnętrzny na salę intensywnego nadzoru a następnie na Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii w celu prowadzenia dalszego leczenia w warunkach ciągłego nadzoru. W trakcie leczenia wstrząsu podawano leki zwiększające kurczliwość i pojemność minutową serca, utrzymujące ciśnienie tętnicze krwi zapewniające perfuzję ważnych życiowo narządów. Towarzysząca tej terapii tachykardia oraz zaburzenia rytmu serca były kontrolowane stosowanymi w takich przypadkach lekami anty arytmicznymi. Powódka była konsultowana kardiologicznie, rozważano wykonanie kardiowersji elektrycznej migotania przedsionków, ale z uwagi na duże ryzyko wystąpienia zakrzepicy i czas, który upłynął od początku pojawienia się arytmii zdecydowano o przygotowaniu powódki do tego zabiegu lekami przeciwkrzepliwymi stosowanymi w profilaktyce udaru, zgodnie z obowiązującymi standardami postępowania.

Dla powódki konfrontacja z faktem jatrogennego uszkodzenia dróg żółciowych stanowiła silny czynnik stresowy. Sytuacje kolejnych hospitalizacji oraz zabiegów, związanych z występującymi powikłaniami należy interpretować jako kompleks silnych czynników stresowych, oddziałujących na powódkę, które występowały w sposób przewlekły, za sprawą ich rozpiętości w czasie. Istotnym czynnikiem stresowym dla powódki były niejednoznaczne rokowania dotyczące jej stanu zdrowia. Proces hospitalizacji znacząco i globalnie obniżył jakość życia powódki. Negatywne oddziaływanie wskazanych czynników wymiennie ograniczyło funkcjonowanie powódki zarówno w życiu codziennym jak i pełnienia przez nią ról społecznych. Powódka ujawnia cechy obniżonej samooceny oraz poczucia własnej wartości, związane z estetycznymi konsekwencjami kolejnych zabiegów chirurgicznych. W aktualnym stanie psychicznym E. P. nie manifestuje objawów choroby psychicznej, nie wykazuje cech zaburzeń psychicznych.

Powódka lecząc się w szpitalu w W. początkowo dojeżdżała do rodziny zamieszkałej w R., a później się przeprowadziła.

W czasie trwania hospitalizacji wymagała zmiany opatrunków i kilkakrotnie zmuszona była w tym celu udać się do szpitala na B. w W.. Obecnie powódka korzysta z płatnej pomocy przy sprzątnięciu (100 zł miesięcznie) oraz przy zakupach (50-60 zł miesięcznie). Pozostaje pod opieką lekarzy specjalistów hematologa i gastroenterologa.

Powódka od momentu zabiegów cierpi na zapalenia dróg żółciowych. Podczas zapalenia dostaje silnych dreszczy i gorączki, po każdym ataku czuje się osłabiona. W związku z leczeniem następstw zabiegu z dnia 21 maja 2013 roku powódka przeprowadziła się do R., gdzie ma lepszy dostęp do specjalistów oraz warunki mieszkaniowe, które nie utrudniają jej poruszania się. Po przedmiotowym zabiegu, życie powódki uległo drastycznej zmianie. Do chwili obecnej boryka się z dolegliwościami bólowymi. Ryzyko kolejnych zapaleń dróg żółciowych uniemożliwia jej poczynienie planów życiowych, żyje w ciągłej obawie o swoje zdrowie.

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej (...) J. D. w K. zawarł z (...) spółką akcyjną w W. umowę ubezpieczenia, która obowiązywała w dacie 21 maja 2013 roku. Ochroną ubezpieczeniową objęta była działalność pozwanego Szpitala polegająca na udzielaniu świadczeń zdrowotnych w przypadku zaistnienia zdarzeń, w następstwie których ubezpieczony jest zobowiązany do naprawienia szkody na osobie lub szkody rzeczowej wyrządzonej osobie trzeciej. Suma gwarancyjna za jedno zdarzenie została ograniczona do kwoty 100.000 Euro, która w dniu zawarcia umowy stanowiła równowartość 446.400 zł.

Przed wytoczeniem powództwa, powódka nie wystąpiła z roszczeniami bezpośrednio do pozwanych.

E. P. domagała się zasądzenia od (...) spółki akcyjnej w W. oraz od Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej - (...) J. D. w K. zadośćuczynienia, odszkodowania oraz renty a także ustalenia odpowiedzialności na przyszłość, w związku z popełnieniem przez lekarzy Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) J. D. w K. medycznych błędów w sztuce lekarskiej. Odpowiedzialność za działania wskazanej placówki medycznej, spoczywa także na pozwanym zakładzie ubezpieczeń wskutek łączącej wskazaną placówkę i pozwanego umowy ubezpieczenia.

Stosownie do treści art. 430 k.c., 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.

Zgodnie z treścią art. 822 k.c. przez umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, zakład ubezpieczeń zobowiązuje się do zapłacenia określonego w umowie odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim, wobec których odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczający albo osoba, na rzecz której została zawarta umowa ubezpieczenia. Świadczenie ubezpieczyciela obejmuje zapłatę sumy pieniężnej.

Powódka zarzuciła pozwanemu dopuszczenie się błędu medycznego, jak również naruszenie jej praw pacjenta.

Kwestię wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych albo odmowy takiej zgody, regulują dwa akty prawne ustawa z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (Dz.U. 1997 Nr 28, poz. 152 z dalszymi zm.) oraz ustawa z 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Prawa Pacjenta (Dz. U. 2009 nr 52 poz. 417).

Analizując zgromadzony w sprawie materiał dowodowy, w tym przede wszystkim oświadczenia o wyrażeniu zgody załączone do odpowiedzi na pozew, a także zeznania świadka T. F. wykonującego przedmiotowy zabieg u powódki, Sąd doszedł do przekonania, iż pozwana placówka medyczna nie wywiązała się należycie z obowiązku poinformowania E. P. o możliwości wystąpienia wszystkich ewentualnych powikłań i komplikacji w związku z zabiegiem operacyjnym w pozwanej placówce. Na lekarzu spoczywał ciężar wykazania, iż doszło do wyrażenia niewadliwej zgody na wykonanie zabiegu. Pozwana placówka medyczna przedłożyła do akt sprawy podpisane przez powódkę oświadczenia, a także został przesłuchany lekarz T. F., który bezpośrednio nadzorował i wykonywał przedmiotowy zabieg medyczny. Powyższy dokument nie był wystarczającym dowodem, który przesądzałby ostatecznie o tym, iż powódka wyraziła w pełni świadomą zgodę na wykonanie operacji. Strona pozwana nie wykazała bowiem, ażeby - poza uzyskaniem tzw. formalnej zgody od E. P., pracownicy placówki medycznej poinformowali powódkę o wszystkich możliwych skutkach planowanego zabiegu. Przesłuchany świadek wprost wskazał, iż nie pamięta, by takiego pouczenia udzielał, a materiał dowodowy nie obejmował dowodu z zeznań innych świadków z personelu medycznego pozwanego, którzy ewentualnie byli uprawnieni do udzielenia takiego pouczenia. Powódka w swoich zeznaniach wprost podała, że nikt nie udzielił jej informacji o żadnych negatywnych następstwach czy ryzyku związanym z przeprowadzaniem zabiegiem. Otrzymała do podpisu oświadczenie, natomiast w formie ustnej nie udzielono jej żadnych dodatkowych wyjaśnień czy pouczeń. Powyższe rozważania prowadzą do jednoznacznej konstatacji, iż zgoda wyrażona przez powódkę była jedynie zgodą formalną, a ta nie może zostać przez Sąd uznana za zgodę wyrażoną w sposób niewadliwy. Skuteczność jej wyrażenia jest bowiem pozorna, gdyż treść pod którą powódka złożyła podpisy nie odpowiada zdarzeniom faktycznym, które poprzedzały wykonany zabieg operacyjny. Konkludując, zgoda wyrażona przez powódkę nie była zgodą w pełni świadomą i dobrowolną.

Sąd Okręgowy wskazał, że błędem w sztuce lekarskiej jest czynność (zaniechanie) lekarza w zakresie diagnozy i terapii, niezgodna z nauką medycyny w zakresie dla lekarza dostępnym (wyrok Sądu Najwyższego dnia 01 kwietnia 1955 r., IV CR 39/54, OSNCK 1957/1/7).

Sąd uznał, że przyjęcie odpowiedzialności placówki medycznej, a jednocześnie pozwanego ubezpieczyciela na podstawie powołanego wcześniej przepisu art. 430 k.c. wymaga uprzedniego stwierdzenia, iż jej pracownik wyrządził szkodę w sposób zawiniony i odpowiada z tego tytułu na zasadach ogólnych (art. 415 k.c.) (wyrok SN z dnia 26 stycznia 2011 r. IV CSK 308/10, OSNC z 2011 r. Nr 10, poz. 116).

Wśród praw pacjenta, o których mowa w art. 6 i 9 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w kontekście podstawy faktycznej powództwa, na pierwszy plan należy wysunąć prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej. Z prawem tym skorelowany jest obowiązek lekarza wynikający z art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry polegający na wykonywaniu zawodu zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. Błąd lekarski staje się zawiniony, jeżeli wynika z niedbalstwa albo z braku ostrożności lekarza, ponieważ działając z wymaganą przezornością mógłby błędu tego uniknąć.

Sąd Okręgowy wskazał, że podstawowe dyrektywy postępowania lekarza wyznacza art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Pod ich kątem następuje badanie bezprawności oraz zawinienia lekarza w każdym wypadku powstania tzw. szkody medycznej. Jeżeli więc zachowanie lekarza odbiega na niekorzyść od przyjętego, abstrakcyjnego wzorca postępowania, przemawia to za jego winą w razie wyrządzenia szkody.

W sprawie został przeprowadzony dowód z opinii biegłych posiadających wiadomości specjalne w różnych dziedzinach medycyny.

Wnioski płynące z opinii były jednoznaczne, nie budziły wątpliwości i nie pozostawiały, w zakresie przyczyn powstania komplikacji u powódki, żadnego pola na odmienną interpretację. Wyraźnie wskazano, iż zabieg wykonany u powódki w dniu 21 maja 2013 roku został wykonany bez zachowania należytej ostrożności, co było związane z niedokładną orientacją pola operacyjnego. Zgromadzona dokumentacja medyczna wykluczała przyjęcie innych

przyczyn. Wskutek tych działań, które należy traktować jako niedochowanie należytej staranności przez lekarza wykonującego przedmiotowy zabieg, powódka doznała uszkodzeń dróg żółciowych, które wymagały niefizjologicznego odtworzenia. Uszkodzenie dróg żółciowych polegało zaś na przecięciu prawego przewodu wątrobowego, prawie pełnym przecięciem przewodu lewego oraz na rozcięciu przewodu wspólnego.

O nieprawidłowościach w procesie leczenia powódki świadczą również spostrzeżenia biegłego dotyczące braku badania obrazowego, które należało wykonać przed planowanym zabiegiem. Dokumentacja medyczna nie zawiera bowiem takiego opisu. Wobec powyższych ustaleń, Sąd nie miał wątpliwości, iż w pozwanej placówce w trakcie wykonywania zabiegu operacyjnego u powódki lekarz prowadzący dopuścił się popełnienia błędu medycznego w sztuce lekarskiej polegającego na niezachowaniu należytej ostrożności przy wykonywaniu operacji, co aktualizuje odpowiedzialność tak po stronie pozwanej placówki medycznej jak i zakładu ubezpieczeń.

W pierwszej kolejności Sąd odniósł się do żądania zasądzenia kwoty 30.000 zł tytułem zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta. Przepis art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r. (Dz.U. 2009 nr 52, poz. 417 ze zm.) mówi, iż w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 Kodeksu cywilnego.

Powódka wskazywała przy tym na naruszenie prawa do informacji, brak świadomej zgody na operację, przeprowadzenie niedostatecznej diagnostyki przedoperacyjnej oraz niewłaściwy dobór zespołu operacyjnego. Na uwzględnienie zasługiwała tylko część podniesionych zarzutów.

Z przepisu art. 6 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta wynika, że pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej. Z kolei art. 8 zd. pierwsze mówi, 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. Należyta staranność polega na działaniu świadczącym, że ktoś dobrze wykonał swoje zadania.

Zgodzić się należy ze stanowiskiem powódki, iż w ramach prowadzonego procesu leczenia w pozwanej placówce, w szczególności w trakcie procesu diagnostycznego, pracownicy szpitala w K. nie wykonali wszystkich niezbędnych badań, których wykonanie było konieczne przed przystąpieniem do zabiegu operacyjnego. Potwierdza to opinia biegłego z zakresu chirurgii. Zdaniem Sądu powyższe zaniechanie stanowiło przejaw tak niedochowania należytej staranności przy wykonywaniu obowiązków zawodowych przez pracowników pozwanego jak i udzielenia świadczenia zdrowotnego nieodpowiadającego wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej. Niewykonanie badania obrazowego, a przynajmniej brak takiego wyniku badania w dokumentacji medycznej świadczy również o nieprawidłowym prowadzeniu owej dokumentacji. Lekarze czy inni pracownicy pozwanego, przy uwzględnieniu posiadanej wiedzy specjalistycznej, winni wykonać przedmiotowe badanie u powódki, co powinno znaleźć odzwierciedlenie w dokumentacji powódki prowadzonej przez szpital. Strona pozwana nie wykazała w toku procesu, by któreś z tych czynności zostały wykonane. Powyższe nie skutkowało błędem diagnostycznym, na co wskazuje opinia chirurgiczna, jednak niewątpliwie stanowiło naruszenie praw opisanych powyżej i przysługujących powódce.

Sąd wskazał, że działania personelu medycznego w tym zakresie, pomimo niewykonania ww. badania, nie doprowadziły do postawienia błędnej diagnozy, gdyż jak wskazał biegły z zakresu chirurgii – powódka miała względne wskazania do zabiegu operacyjnego, przy czym nie była to konieczność bezwzględna, tj. zabieg nie musiał zostać wykonany z uwagi na zagrożenie życia powódki, jednak był dopuszczalny. Faktem pozostaje, iż diagnoza postawiona przez lekarzy pozwanego była prawidłowa, a zdarzenia i okoliczności, które poprzedziły podjęcie prawidłowej decyzji o przeprowadzeniu zabiegu pozostają irrelevantne w kwestii przypisania jakiegokolwiek odpowiedzialności z tego powodu. Skoro bowiem w ostateczności rozpoznanie okazało się trafne, to nie sposób przypisać odpowiedzialności personelowi medycznemu za błędną diagnozę.

Sąd nie podzielił również zarzutów dotyczących niewłaściwego doboru zespołu operacyjnego. Przedmiotowy zabieg został wykonany przy asyście pielęgniarki, a zatem osoby posiadającej wiedzę z zakresu medycyny. Biegły wskazał,

że nie ma obowiązku, by rolę asystenta pełniła osoba będąca chirurgiem, a wymagane jest jedynie, by była to osoba z personelu medycznego, przeszkolona do pełnienia takiej roli. W toku procesu nie zostało wykazane, by pielęgniarka, która asystowała przy wykonywaniu zabiegu u powódki nie posiadała wymaganej wiedzy i doświadczenia.

Brak pouczenia powódki o ryzyku związanym z przedmiotowym zabiegiem oraz niestaranność lekarza przy przeprowadzaniu zabiegu stanowiła również naruszenie prawa powódki jako pacjentki.

Opinie biegłych nie potwierdziły natomiast twierdzeń pozwu w zakresie spóźnionego przetransportowania powódki do szpitala o wyższym stopniu referencyjności oraz wskazały na prawidłowość podjętych czynności dotyczących leczenia kardiologicznego.

Powyższe ustalenia i rozważania doprowadziły Sąd Okręgowy do przekonania, iż roszczenie o zadośćuczynienie za naruszenie praw pacjenta, wobec ich naruszenia, jest co do zasady uzasadnione, jednak wysokość żądania była w ocenie Sądu zawyżona w stosunku do stopnia tegoż naruszenia. Brak odpowiedniego pouczenia powódki, a tym samym uzyskanie wadliwej zgody od E. P. nie mogło uzasadniać zasądzenia żądanej kwoty pieniężnej. Ryzyko jakie bierze na siebie pacjent przed wykonaniem zabiegu operacyjnego poprzez wyrażenie zgody na jego przeprowadzenie dotyczy następstw, które mogą wystąpić pomimo prawidłowego wykonania operacji. W niniejszym przypadku nie mamy do czynienia z taką sytuacją, gdyż przebieg operacji cholecystektomii laparoskopowej u powódki został obarczony błędem medycznym polegającym na przecięciu dróg żółciowych, a taki skutek nie jest normalnym następstwem planowanego zabiegu. Tym samym odpowiedzialność szpitala zaktualizowałaby się nawet w przypadku wyrażenia niewadliwej zgody. Istotnego znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy nie miała kwestia pouczenia powódki o alternatywnych metodach leczenia, gdyż w przypadku powódki właściwą metodą był przeprowadzony zabieg.

Sąd podkreślił, że placówki medyczne i ich personel, pełnią w społeczeństwie szczególną rolę. Osoba trafiająca do szpitala z określonymi dolegliwościami oczekuje, że zostanie objęta opieką i działa w pełnym zaufaniu do pracujących tam osób. Powódka zgłaszając się na planowany zabieg operacyjny miała prawo spodziewać się, że jej leczenie zostanie przeprowadzone z należytą starannością i wysokimi standardami, których należy oczekiwać od pracowników służby zdrowia, w tym przede wszystkim lekarzy, którzy mają bezpośredni kontakt z pacjentem.

Mając powyższe na uwadze, Sąd Okręgowy doszedł do przekonania, że kwotą adekwatną do stopnia naruszenia praw powódki jako pacjentki jest kwotą 5.000 zł. W pozostałym zakresie powództwo o zasądzenie zadośćuczynienia z tego tytułu oddalił.

Powódka dochodziła zadośćuczynienia w kwocie 220.000 zł za doznaną krzywdę na skutek błędu medycznego.

Sąd I instancji wyjaśnił odrębność i samodzielność roszczeń o zadośćuczynienie z tytułu naruszenia praw pacjenta oraz zadośćuczynienia za skutki tego naruszenia w postaci rozstroju zdrowia. Każde z tych roszczeń opiera się o inny reżim odpowiedzialności oraz inny jest zakres ochrony, jak również zespół przesłanek, które muszą zostać wykazane, aby roszczenie mogło być uwzględnione, tj. roszczenie oparte o art. 445 § 1 k.c. i art. 444 § 2 k.c. może być dochodzone w ramach tzw. odpowiedzialności deliktowej, dotyczy rozstroju zdrowia, zaś przepisy o odpowiedzialności deliktowej nie znajdują uzasadnienia przy udzieleniu świadczenia zdrowotnego bez zgody pacjenta, gdzie właściwym reżimem odpowiedzialności są przepisy o ochronie dóbr osobistych.

Zadośćuczynienie przewidziane w art. 445 § 1 k.c. ma charakter kompensacyjny; stanowi sposób naprawienia krzywdy w postaci doznanych cierpień fizycznych i psychicznych. Powinno uwzględniać nie tylko krzywdę istniejącą w chwili orzekania, ale również taką, którą poszkodowany będzie w przyszłości na pewno odczuwać, oraz krzywdę dającą się z dużym stopniem prawdopodobieństwa przewidzieć.

Sąd Okręgowy wyjaśnił, że przy ustalaniu wysokości zadośćuczynienia Sąd bierze pod uwagę przede wszystkim przesłanki obiektywne, w tym skutki zdarzenia, jak ograniczyło normalne funkcjonowanie w życiu codziennym, planach życiowych, w sferze zawodowej, możliwości funkcjonowania w rodzinie i w dotychczasowym środowisku

W ocenie Sądu I instancji w związku z popełnionym błędem w sztuce lekarskiej, powódka doznała krzywdy, która winna zostać zrekomensowana odpowiednim zadośćuczynieniem. Niewłaściwe postępowanie personelu medycznego pozwanego skutkowało jatrogennym uszkodzeniem dróg żółciowych. Powódka w związku z popełnionymi błędami była zmuszona poddać się dodatkowej operacji polegającej na rekonstrukcji dróg żółciowych, która byłaby zbędna, gdyby pierwotny zabieg został wykonany prawidłowo. Powyższe wiązało się z dodatkowymi dolegliwościami bólowymi, których można było uniknąć. Powikłania były na tyle poważne, iż pozwany szpital nie był w stanie zapewnić powódce należytej opieki, a konieczne stało się przeniesienie powódki do szpitala w W. o wyższym stopniu referencyjności, oddalonego jednocześnie od miejsca zamieszkania E. P. o kilkaset kilometrów. Sąd miał przy tym na uwadze, że okres pomiędzy dwiema operacjami wiązał się dla powódki z pobytem w szpitalu, dolegliwościami bólowymi, osłabieniem organizmu oraz skutkowało stanem niepewności powódki co jej zdrowia.

W ocenie Sądu Okręgowego na szczególne podkreślenie zasługuje okoliczności, że pomimo przeprowadzenia operacji naprawczej, powódka nadal boryka się z negatywnymi następstwami przedmiotowego zabiegu. Regularnie doznaje zapalenia dróg żółciowych, co na kilka dni uniemożliwia jej normalne funkcjonowanie i wiąże się z leczeniem antybiotykami. Tylko w 2017 roku zapalenie miało miejsce aż sześciokrotnie. Powódka nadal pozostaje pod opieką lekarzy specjalistów i kontynuuje leczenie farmakologiczne. Zmiana sposobu życia (powódka nie może się męczyć, dźwigać, wykonywać cięższych prac) i konieczność stałej opieki lekarskiej skutkowało zmianą miejsca zamieszkania (powódka przeprowadziła się do R.). Błędnie wykonany zabieg operacyjny ma dla powódki również konsekwencje na innych płaszczyznach. E. P. wymaga bowiem stosowania diety lekkostrawnej, a dodatkowo musi przewlekle stosować doustnie kwas ursodezokycholowy. Powódka w związku z błędnie przeprowadzoną operacją doznała uszczerbku na zdrowiu, który biegły chirurg określił na poziomie 55% i zakwalifikował jako uszczerbek stały. Trwały uszczerbek na zdrowiu został również stwierdzony przez biegłego gastroenterologa i wynosi 40%.

Sąd miał również na uwadze skutki, jakie zabieg miał dla psychiki powódki. Z opinii biegłego psychologa wynika, że po zabiegu obniżyła się jakość życia powódki, jej samoocena oraz poczucie własnej wartości. Zabieg pozostawił widoczne zmiany w wyglądzie w postaci blizn i powiększonego brzucha. Zabieg przeprowadzony w pozwanym szpitalu, a przede wszystkim uzyskanie wiedzy o powstałych komplikacjach, stanowiły dla powódki silny czynnik stresowy, który oddziaływał w sposób przewlekły i trwa do dnia dzisiejszego.

Powracające zapalenia dróg żółciowych, niepewność co do rokowań na przyszłość, powodują że powódka żyje w strachu o własne zdrowie i nie ma możliwości poczynienia planów na przyszłość, gdyż te mogą zostać przekreślone jej stanem zdrowia.

Sąd miał na uwadze również fakt, iż nie wszystkie dolegliwości zdrowotne, które wskazywała powódka w podstawie faktycznej powództwa są następstwem działań pozwanej placówki medycznej. Jeśli chodzi o obluźowanie protez, biegły wskazał, iż powódka w zakresie tej dziedziny nie doznała żadnych negatywnych następstw w związku z leczeniem w szpitalu w K.. Tym samym uwzględnienie tych dolegliwości nie mogło być brane pod uwagę przy ustalaniu wysokości zadośćuczynienia. Podobnie sąd ocenił zarzuty dotyczące dolegliwości z zakresu kardiologii. Biegła potwierdziła, iż poważne zaburzenia rytmu serca zostały wywołane zabiegiem laparoskopowym, jednak było to związane z istniejącym już wcześniej substratem arytmii wynikającym z czynników ryzyka – nadciśnienia tętniczego i otyłości, a zatem okoliczności, za które pozwana placówka nie ponosi odpowiedzialności. Wystąpienie wstrząsu hipowolemicznego ujawniło istniejący już substrat arytmii. Dodatkowo proces leczniczy powódki w zakresie problemów na tle kardiologicznym został przeprowadzony prawidłowo, zgodnie z przyjętymi standardami, na co wyraźnie wskazują wywody zawarte w opinii biegłego. Tym samym miarkując wysokość zadośćuczynienia Sąd nie uwzględnił dolegliwości zdrowotnych z zakresu ortopedii i kardiologii, gdyż ich występowanie nie było spowodowane działaniami pozwanego szpitala.

Sąd miał również na uwadze rażący charakter popełnionych błędów oraz pozostałe, wymienione wcześniej skutki, które negatywnie wpływają do dnia dzisiejszego na codzienne funkcjonowanie powódki, a jej stan zdrowia nie rokuje znaczącej poprawy. Mając powyższe na uwadze, Sąd Okręgowy doszedł do przekonania, iż kwotą, która w pełni zrekomensuje krzywdy spowodowane błędnym działaniem pozwanego będzie kwota 130.000 zł. Zadośćuczynienie

w tej wysokości w ocenie Sądu zrekompensuje fizyczne i psychiczne skutki błędów medycznych, a to przede wszystkim rodzaj zagrożonego dobra (zdrowie), zakres i rodzaj rozstroju zdrowia, charakter zaniechań personelu medycznego oraz intensywność ujemnych doznań fizycznych i psychicznych. Powyższa kwota stanowi przy tym wymierną wartość ekonomiczną, a jednocześnie nie można uznać jej za wygórowaną, zważywszy na konsekwentnie rosnącą stopę życiową w kraju oraz aktualne warunki ekonomiczne.

Sąd tym samym doszedł do przekonania, że żądanie zasądzenia zadośćuczynienia w kwocie 220000 zł jest wygórowane i nie pozostaje w stosunku adekwatności do rozmiarów doznanej przez powódkę krzywdy.

Następnie Sąd I instancji odniósł się do roszczenia powódki zasądzenia odszkodowania i uznał za zasadne żądanie zasądzenia odszkodowania w kwocie 2923,06 zł.

O odsetkach należnych zarówno od zasądzonych kwot zadośćuczynienia, jak i odszkodowania orzeczono na podstawie art. 481 k.c. Powódka wносиła o zasądzenie odsetek ustawowych od dnia następującego po dniu doręczenia pozwu stronie pozwanej. W związku z tym, że powódka zaniechała dochodzenia swoich roszczeń na drodze postępowania likwidacyjnego, co do zasady żądanie odsetek po doręczeniu odpisu pozwu należało uznać za uzasadnione, jednak terminy wskazane w pozwie były przedwczesne. Roszczenia skierowane w stosunku do pozwanego Szpitala stanowią roszczenia odszkodowawcze bezterminowe, do których znajdzie zastosowanie art. 455 k.c. stanowiący, że jeżeli termin spełnienia świadczenia nie jest oznaczony i nie wynika z właściwości zobowiązania, świadczenie powinno być spełnione niezwłocznie po wezwaniu dłużnika do wykonania. W przypadku roszczeń wynikających z umowy ubezpieczenia pod uwagę należy brać również normatywną treść art. 817 § 1 i 2 k.c., która statuuje, iż ubezpieczyciel obowiązany jest spełnić świadczenie w terminie trzydziestu dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.

Sąd Okręgowy uznał, iż w stosunku do zakładu ubezpieczeń roszczenie stało się wymagalne w dniu następującym po upływie 30 dni od dnia doręczenia pozwu, a zatem w dniu 27 marca 2015 roku i od tej daty należne były odsetki od tego podmiotu. Co się zaś tyczy żądania odsetkowego w stosunku do pozwanej placówki medycznej to Sąd przyjął, iż pozwany był zobowiązany spełnić świadczenie niezwłocznie, tj. w ciągu 21 dni, co uzasadniało zasądzenie odsetek od dnia 21 marca 2015 roku. Termin 21 dni na niezwłoczne spełnienie świadczenia w ocenie Sądu jest uzasadniony w okolicznościach niniejszej sprawy. Przed doręzeniem pozwu, pozwany Szpital nie miał wiedzy o zgłaszanych przez powódkę roszczeniach. Charakter tychże roszczeń wymagał zaś co najmniej zapoznania się z dokumentacją medyczną oraz zweryfikowania jej. Nadto pozwanemu został wyznaczony przez Sąd termin 21 dni na ustosunkowanie się do pozwu. W ocenie Sądu w tym terminie pozwany miał możliwość uznać roszczenia i dokonać zapłaty na rzecz powódki. Po upływie tego terminu popadł zaś w opóźnienie, co uzasadniało zasądzenie odsetek ustawowych.

Jednocześnie w związku z nowelizacją kodeksu cywilnego dotyczącą rodzaju obowiązujących odsetek od dnia 1 stycznia 2016 roku, Sąd określił odpowiednio należne odsetki tj. do 31 grudnia 2015 roku, jako odsetki ustawowe, zaś od 1 stycznia 2016 roku, jako odsetki ustawowe za opóźnienie.

Powódka domagała się również zasądzenia na jej rzecz renty z tytułu zwiększonych potrzeb. Sąd ustalił, iż powódka w wyniku błędu popełnionego podczas operacji w dniu 21 maja 2013 roku w pozwanej placówce medycznej, zmuszona jest ponosić dodatkowe koszty opieki lekarskiej, a także koszty pomocy osób trzecich. Zdaniem Sądu I instancji przyznanie renty zasadne było co do kwoty 465 zł miesięcznie (200 zł wizyty lekarskie, 160 zł pomoc, 105 zł leki), co znalazło odzwierciedlenie w punkcie II wyroku.

Uznane za uzasadnione kwoty tytułem zadośćuczynienia, odszkodowania i renty zostały zasądzone od pozwanych z zastrzeżeniem ich odpowiedzialności in solidum tj. z zastrzeżeniem, że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego. Nadto Sąd zastrzegł, że (...) spółka akcyjna w W. ponosi odpowiedzialności do wysokości sumy gwarancyjnej tj. kwoty 446400 zł. Ograniczenie odpowiedzialności ubezpieczyciela znajduje swoje oparcie w treści art. 824 § 1 k.c.

Sąd I instancji uwzględnił także żądanie ustalenia odpowiedzialności pozwanych na przyszłość za skutki przedmiotowego błędu medycznego.

O kosztach procesu Sąd rozstrzygnął na podstawie art. 100 k.p.c. stosując zasadę stosunkowego rozdzielenia kosztów procesu pomiędzy stronami.

Apelację od powyższego wyroku wniosła powódka zaskarżając go w części tj. pkt IV w zakresie w jakim Sąd oddalił powództwo o zadośćuczynienie przekraczające kwotę 135.000,00 zł - do kwoty 190.000,00 zł, a zatem co do kwoty 55.000,00 zł wraz z odsetkami należnymi od (...) SA w W. tj. odsetkami ustawowymi od dnia 27 marca 2015 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. i odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty oraz odsetkami należnymi od Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej -(...) J. D. w K. tj. odsetkami ustawowymi od dnia 21 marca 2015 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. i odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty oraz pkt V w zakresie w jakim Sąd ustalił, że powódka winna ponieść koszty procesu w 47%, i zarzuciła naruszenie:

1. art. 233 § 1 k.p.c. poprzez niedokonanie wszechstronnego rozważenia okoliczności sprawy wynikających z zebranego materiału dowodowego, w tym poprzez dokonanie nieprawidłowej i niepełnej oceny dowodu z opinii biegłych z zakresu gastroenterologii i kardiologii - a w konsekwencji poczynienie niepełnych ustaleń w przedmiocie rozmiaru krzywdy powódki, co skutkowało zasądzeniem na rzecz powódki rażąco zaniżonego zadośćuczynienia;

2. art. 100 zd. 2 k.p.c. poprzez jego niezastosowanie i stosunkowe rozdzielenie między stronami kosztów procesu, w sytuacji, gdy powództwo zostało co do zasady uwzględnione, a określenie wysokości należnego powódce roszczenia zależało w znacznej części od oceny Sądu - z ostrożności zarzuciła również naruszenie art. 102 k.p.c. - poprzez jego niezastosowanie i obciążenie powódki kosztami procesu w wysokości 47%, podczas gdy niniejsza sprawa stanowi szczególnie uzasadniony przypadek, a w związku z tym orzeczenie o kosztach procesu powinno opierać się na zasadzie słuszności, co winno prowadzić do odstąpienia od obciążenia powódki kosztami procesu;

3. art. 445 § 1 k.c. poprzez rażące zaniżenie należnego zadośćuczynienia za spowodowanie uszkodzenia ciała i rozstroju zdrowia w wyniku niedostatecznego rozważenia rozmiaru krzywdy powódki z tym związanej;

4. art. 361 § 1 k.c. poprzez jego niewłaściwą wykładnię i w konsekwencji uznanie, że poważne zaburzenia pracy serca występujące u powódki od czasu operacji w pozwanym Szpitalu nie pozostają w związku przyczynowym z wadliwym wykonaniem operacji, mimo że zdaniem biegłego kardiologa „ciężki stan powódki po zabiegu laparoskopowym wywołał zaburzenia rytmu serca” [był ich przyczyną] - przy istniejącym wcześniej w organizmie powódki „substracie arytmii”, który jednak Sąd niesłusznie uznaje za czynnik prowadzący do przerwania związku przyczynowego;

5. art. 448 k.c. w zw. z art. 4 § 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r. poprzez ich niewłaściwą wykładnię i uznanie, że wieloaspektowe naruszenie praw powódki jako pacjentki, a to: prawa do informacji, prawa do wyrażenia świadomej zgody na operację i prawa do uzyskania świadczeń zgodnych z aktualną wiedzą medyczną (w niniejszej sprawie szczególnie: w zakresie diagnostyki przedoperacyjnej) zasługuje na symboliczną tylko rekompensatę, przy przyjęciu równocześnie przez Sąd niewłaściwych przesłanek redukcji tej rekompensaty. Do przesłanek tych należało między innymi wskazanie, że w przypadku powódki naruszenie praw pacjenta nie przełożyło się na uszczerbek na zdrowiu - chociaż równocześnie w uzasadnieniu zaskarżonego orzeczenia stwierdzono, że szkoda, w tym szkoda na osobie, nie należy do przesłanek odpowiedzialności na gruncie powołanego przepisu;

6. art. 8 zd. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w zw. z art. 4 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej oraz § 1 ust. 3 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego - poprzez ich niezastosowanie, a w konsekwencji

uznanie, że asystowanie przez pielęgniarkę do zabiegu operacyjnego i pełnienie przez nią funkcji tzw. II operatora nie stanowi naruszenia prawa pacjenta do uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych z należytą starannością.

W konkluzji skarżąca wniosła o zmianę wyroku w części poprzez zasądzenie na jej rzecz od (...) S.A. w W. oraz Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej -(...) J. D. w K. dodatkowo kwoty 40.000,00 złotych tytułem zadośćuczynienia za krzywdę doznaną w związku z uszkodzeniem ciała i rozstrojem zdrowia i 15.000,00 złotych tytułem zadośćuczynienia za krzywdę doznaną w związku z zawinionym naruszeniem praw powódki jako pacjenta wraz z odsetkami należnymi od (...) SA w W. tj. odsetkami ustawowymi od dnia 27 marca 2015 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. i odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 roku do dnia zapłaty oraz odsetkami należnymi od Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej - (...) J. D. w K. tj. odsetkami ustawowymi od dnia 21 marca 2015 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. i odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty; z zastrzeżeniem, że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego oraz z zastrzeżeniem, że (...) SA w W. ponosi odpowiedzialność do wysokości sumy gwarancyjnej tj. kwoty 446.400,00 zł. Nadto wniosła o zasądzenie kosztów procesu za I instancję, według norm przepisanych, oraz o zasądzenie kosztów postępowania apelacyjnego.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

apelacja powódki jest uzasadniona w części.

Ustalenia faktyczne poczynione przez sąd I instancji są w przeważającej części niekwestionowane przez apelującą i w tym zakresie Sąd Apelacyjny przyjmuje je za własne.

Zarzut naruszenia art. 233 par. 1 k.p.c. jest częściowo uzasadniony. Jeśli chodzi o stwierdzone u powódki dolegliwości kardiologiczne, z opinii biegłego wynika, że „ciężki stan powódki po zabiegu laparoskopowym wywołał zaburzenia rytmu serca ale najprawdopodobniej przy istniejącym już wcześniej substracie arytmii wynikającym także z czynników ryzyka (nadciśnienie tętnicze, otyłość)” k.784-785. „Wstrząs hipowolemiczny był wielkim obciążeniem dla serca i nie można wykluczyć jego odległych następstw w postaci obserwowanych zaburzeń rytmu serca i zaburzeń przewodzenia przy istniejących już wcześniej ryzykach ich wystąpienia” (biegły k.785). Niewątpliwie zatem powódka jest obciążona schorzeniami kardiologicznymi, które w części uwarunkowane są czynnikami niezależnymi od wadliwie przeprowadzonej operacji takimi jak nadciśnienie tętnicze, otyłość, (przed zabiegiem powódka leczyła się na nadciśnienie tętnicze, hypercholesterolemię i żylaki podudzi) ale w części, wbrew stanowisku sądu I instancji, pozostają w związku przyczynowym z tą operacją. Z opinii biegłego wynika bowiem, że gdyby nie ciężki stan powódki po zabiegu, do wstrząsu hipowolemicznego nie doszłoby. Wynika z niej także, że zastosowane leczenie było prawidłowe a poważne zaburzenia rytmu serca, w tym migotanie przedsionków występujące w okresie około operacyjnym mogą całkowicie ustąpić po wyleczeniu, jeśli nie ma substratów arytmii. W przypadku powódki epizody migotania przedsionków, oraz komorowe i nadkomorowe zaburzenia rytmu serca nadal występują (k.784-785 biegły) i nie można stwierdzić jednoznacznie czy są jedynie następstwem istniejącego wcześniej substratu arytmii czy również obciążenia układu krążenia związanego z wadliwie przeprowadzonym zabiegiem cholecystektomii. Powyższe okoliczności mają wpływ na określenie należnej powódce sumy zadośćuczynienia za krzywdę i przemawiają za jej zwiększeniem.

Sąd I instancji niedostatecznie uwzględnił fakt, że u powódki w okresie okołooperacyjnym doszło do wstrząsu hipowolemicznego, który jest bardzo poważnym stanem zagrażającym życiu i wymaga intensywnej i szczegółowo kontrolowanej terapii (biegły J. S. opinia k.783). Powódka doznała w związku z powyższym poważnego stresu a jej obawa o życie była uzasadniona.

Sąd I instancji nie uwzględnił także, iż zgodnie z opinią biegłego ortopedy, wprawdzie leczenie operacyjne powódki w maju 2013r. nie doprowadziło do negatywnych następstw w zakresie narządu ruchu, jednak w wypadku występowania stanów zapalnych organizmu, powódka może odczuwać zwiększone dolegliwości bólowe stawów, co jest związane z przekrwieniem błony maziowej (biegły M. G. k.704). Niesporne jest przy tym, że powódka dość często doznaje zapalenia dróg żółciowych, np. w 2017r. zapalenia takie wystąpiły 6 razy.

Sąd Apelacyjny dopuścił dowód z wyniku badania powódki z 12.12.2018r. i na jego podstawie ustalił, że stwierdzono zwężenie lub niedrożność części zespolenia przewodowo-jelitowego. Wielokątne złogi nad zespoleniem i w spływie dróg żółciowych płata prawego (do 8-10 mm w osi długiej). Drogi żółciowe wewnątrzwartrobowe płata prawego poszerzone. Pośrednie cechy zachowanego odpływu żółci z płata lewego; drogi żółciowe w jego obrębie nieposzerzone. Atrofia naczynio- i żółciopochodna płata prawego; lewy płąt odpowiednio przerośnięty. Układ wrotny drożny. Szerokie wrota przepukliny na dolnym skraju badania (k.1027).

Jak wynika z przedmiotowego badania, powódka nadal boryka się z negatywnymi następstwami wadliwie przeprowadzonej operacji z 2013r. Wobec zwężenia lub niedrożności części zespolenia przewodowo-jelitowego zmuszona jest do kontynuowania leczenia. Zgodnie z opinią biegłego chirurga J. P., po każdej operacji naprawczej wymagającej zastosowania zespolenia przewodowo - jelitowego istnieje realne ryzyko wytworzenia się zwężenia. Powstanie takiego pooperacyjnego powikłania wymaga udrożnienia zwężonych dróg żółciowych. Sposób leczenia jest zależny od stopnia zaistniałego zwężenia. Najczęściej wykonuje się operację ponownej operacji zespoleniowej (k.673 opinia).

Mając na uwadze powyższe ustalenia jak również okoliczność, że w związku z uszkodzeniem dróg żółciowych powódka doznała 55% stałego uszczerbku na zdrowiu (stwierdzone u powódki jatrogenne uszkodzenia górnego odcinka dróg żółciowych określane są mianem kalectwa dróg żółciowych – biegły k.672), że poddana została trzykrotnej operacji w znieczuleniu ogólnym, oraz wielokrotnym zabiegom związanym z zaistniałymi powikłaniami i nadal wymaga leczenia, Sąd Apelacyjny uznał, iż zasądzona kwota zadośćuczynienia jest rażąco zaniżona. W ocenie Sądu Apelacyjnego żądanie zasądzenia tytułem zadośćuczynienia dalszej kwoty 40.000 zł. za krzywdę związaną z uszkodzeniem ciała i rozstrojem zdrowia jest uzasadnione i spełnia kryteria określone w art. 445 par. 1 k.c. albowiem rozmiar krzywdy doznanej przez powódkę jest znaczny. Powódka nadal odczuwa dolegliwości fizyczne i psychiczne, nie wróciła do pełni zdrowia a rokowania na przyszłość są niepewne. W tym zakresie apelacja uległa uwzględnieniu co spowodowało zmianę zaskarżonego wyroku na podstawie art. 386 par. 1 k.p.c.

W pozostałej części (odnośnie zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta) apelacja nie jest zasadna i podlega oddaleniu na podstawie art. 385 k.p.c.

Apelująca nie wykazała, że jej prawa jako pacjenta naruszone zostały również przez fakt niewłaściwego doboru zespołu operacyjnego. Z opinii biegłego J. P. wynika, że z medycznego punktu widzenia nie ma przeszkód aby pielęgniarka pełniła rolę drugiej asysty (opinia k.664-665). Wbrew zarzutom apelacji przepisy ustawy z 15.07.2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej nie stanowią przeszkody do pełnienia asysty przez przeszkoloną pielęgniarkę. Wyliczenie czynności pielęgniarstwa zawarte w art. 4 ust. 1 u.n.z.p. ma charakter przykładowy (nie jest to zamknięty katalog czynności). Generalnie wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez osobę mającą odpowiednie kwalifikacje i prawo wykonywania zawodu. Ogólne pojęcie świadczeń zdrowotnych zdefiniowane zostało w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Zgodnie z powyższą ustawą działalność lecznicza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, a świadczenia zdrowotne są to działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania.

Sąd I instancji ustalając wysokość zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta, wziął pod uwagę okoliczności faktyczne, które wystąpiły w sprawie a zwłaszcza stopień krzywdy doznanej przez powódkę z tego tytułu. Powódka łączy krzywdę doznaną na skutek błędu w sztuce lekarskiej, która uległa kompensacie na podstawie art. 445 par. 1 k.c. w zw. z art. 444 par. 1 k.c. z naruszeniem jej dóbr osobistych polegającym na naruszeniu praw pacjenta w postaci nienależytego poinformowania jej o możliwości wystąpienia wszystkich ewentualnych powikłań, nie wykonania wszystkich niezbędnych badań, niestaranności lekarza przy przeprowadzaniu zabiegu, tymczasem obie krzywdy podlegają kompensacie na podstawie różnych przepisów prawa materialnego jako dwa samodzielne i niezależne roszczenia.

Trafnie wskazał sąd I instancji, że diagnoza postawiona przez lekarza nie była błędna mimo nie wykonania wszystkich niezbędnych badań, że poinformowanie powódki o możliwych powikłaniach nie miało wpływu na rozkład ryzyka związanego z tymi powikłaniami albowiem szkoda na osobie wyniknęła z błędu w sztuce lekarskiej. Co do zasady powódce udzielno świadczeń zgodnych z aktualną wiedzą medyczną, ale świadczenia te nie zostały udzielone z należytą starannością wskutek czego doszło do uszczerbku na zdrowiu powódki. Uszczerbek ten nie może jednak wpływać na wysokość zadośćuczynienia przyznanego na podstawie art. 448 k.c. ponieważ wyrównany został na podstawie art. 445 par. 1 k.c. w zw. z art. 444 par. 1 k.c. Zgodnie z art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta, zadośćuczynienie przysługuje za samo naruszenie praw pacjenta a nie za skutek jaki powstał w wyniku tego naruszenia i ma być odpowiednie do doznanej z tego tytułu krzywdy.

W ocenie Sądu Apelacyjnego kwota przyzna przez sąd I instancji nie jest rażąco zaniżona i przedstawia wartość współmierną do krzywdy doznanej z tytułu naruszenia praw pacjenta, spełniając tym samym cel jakim jest złagodzenie doznanych przez powódkę cierpień w postaci ujemnych doznań psychicznych. W apelacji powódka koncentruje się przede wszystkim na wyliczeniu jakie prawa pacjenta zostały w jej przypadku naruszone nie wskazując przy tym jakich cierpień doznała na skutek naruszenia tych praw i jak długo trwały te cierpienia, nie wykazuje zatem, że przyznana kwota nie jest współmierna do zakresu owych cierpień.

Zmiana zaskarżonego wyroku pociągnęła za sobą zmianę rozstrzygnięcia o kosztach procesu za I instancję. Powódka wygrała proces w 68,28% a pozwany w 31,72 %. Zgodnie z art. 100 k.p.c. strony powinny ponieść koszty procesu w takim zakresie w jakim ich żądania nie zostały uwzględnione. Sąd Apelacyjny nie znalazł podstaw do zastosowania art. 102 k.p.c. W treści apelacji nie przytoczono żadnych okoliczności, które mogłyby przemawiać za zastosowaniem art. 102 k.p.c. Fakty, że powództwo zostało uwzględnione co do zasady i że określenie należnej powódce kwoty zależało w znacznej części od oceny sądu, nie są wystarczające do odstąpienia od zasady odpowiedzialności za wynik sporu, gdyby tak było, ustawodawca wprowadziłby przepis zwalniający powoda w tego typu sprawach od obowiązku zwrotu pozwanemu kosztów procesu w razie uwzględnienia powództwa co do zasady.

O kosztach procesu za II instancję Sąd Apelacyjny orzekł na podstawie art. 100 k.p.c., mając na względzie, że w postępowaniu apelacyjnym powódka uległa tylko co do nieznacznej części swego żądania (wygrała w 72,73%), zatem pozwany powinien zwrócić powódce poniesione przez nią koszty zastępstwa procesowego w kwocie 4050 zł., zgodnie z par. 2 pkt 6 i par. 10 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z 22.10.2015r. w sprawie opłat za czynności adwokackie.

Na podstawie art. 113 ust. 1 ustawy z 28.07.2005r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych, pozwanych obciążono obowiązkiem uiszczenia opłaty od apelacji, od uiszczenia której powódka była zwolniona, w zakresie roszczenia uwzględnionego w II instancji.

Bogdan Świerczakowski Ewa Kaniok Marcin Strobel