

Sygn. akt I C 1773/13

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 23 czerwca 2016 r.

Sąd Okręgowy w Płocku, Wydział I Cywilny

w składzie :

Przewodniczący : SSO Radosław Jeznach

Protokolant : prot. sąd. Monika Grapatyn

po rozpoznaniu w dniu 14 czerwca 2016 r. w Płocku

na rozprawie

sprawy z powództwa J. Z. (1)

przeciwko (...)Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w P.

o zadośćuczynienie

1. zasądza na rzecz powoda J. Z. (1) od pozwanego (...) Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w P. kwotę 80 000,00 zł (osiemdziesiąt tysięcy złotych) oraz kwotę 2 880 zł tytułem zwrotu kosztów procesu;
2. w pozostałym zakresie oddala powództwo;
3. nakazuje ściągnąć od pozwanego (...)Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w P. na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Płocku kwotę 7 010,71 zł (siedem tysięcy dziesięć złotych siedemdziesiąt jeden groszy) tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych;
4. nakazuje ściągnąć od powoda J. Z. (1) na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Płocku z roszczenia zasądzonego w punkcie 1. wyroku kwotę 602,68 zł (sześćset dwa złote sześćdziesiąt osiem groszy) tytułem części nieuiszczonych kosztów sądowych.

Sygn. akt I C 1773/13

## UZASADNIENIE

W pozwie z dnia 22 lipca 2013 r. J. Z. (1) wniósł o zasądzenie na jego rzecz od pozwanego (...)Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w P. kwoty 77 000 zł – w tym kwoty 65 000 zł tytułem zadośćuczynienia na podstawie art. 445 § 1 kc oraz art. 448 w zw. z art. 24 kc i kwoty 12 000 zł tytułem naruszenia jego praw jako pacjenta wynikających z art. 448 kc w zw. z art. 4 ust. 1 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, a także zasądzenie kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych oraz opłaty skarbowej od pełnomocnictwa. W uzasadnieniu pozwu wskazano, iż powód był pacjentem pozwanego w grudniu 2009 r., kiedy to zgłosił się do poradni lekarskiej z bólem nadgarstka i drętwieniem palców prawej ręki; po przeprowadzeniu badań, na które został skierowany, zdiagnozowano podejrzenie zespołu cieśni nadgarstka – w poradni pozwanego lekarz P. N. (1) zakwalifikował pacjenta do zabiegu operacyjnego uwolnienia kanału nadgarstka ręki prawej, przy czym informował pacjenta, że zabieg jest standardowy, nie informując o możliwych powikłaniach ani nie przeprowadzając innych badań, opierając się wyłącznie o wynik badania elektromiograficznego ( (...)). W placówce pozwanego przeprowadzono zabieg operacyjny w dniu 05 sierpnia 2010 r. – po wypisaniu do domu następnego dnia powód zaczął

odczuwać dolegliwości bólowe operowanej ręki o znacznym nasileniu, występowała opuchlizna i obrzęk. Podczas ponownej wizyty lekarskiej lekarz P. N. stwierdził, iż występując u powoda objawy nie są niepokojące, wskazane jest natomiast przeprowadzenie analogicznego zabiegu w stosunku do lewej ręki, co do której powód nie zgłaszał żadnych dolegliwości bólowych; w dniu 02 września 2010 r. przeprowadzono zabieg uwolnienia kanału nadgarstka lewej ręki – również w tym wypadku po zabiegu wystąpiły znaczne dolegliwości bólowe, przy czym stale utrzymywał się ból i obrzęk również ręki prawej. Po pewnym czasie opuchlizna obu rąk częściowo ustąpiła, utrzymywał się jednak znaczny ból uniemożliwiający wykonywanie przez powoda najprostszych czynności – takich jak utrzymywanie higieny osobistej, czy samodzielne jedzenie. Po wizycie w dniu 05 stycznia 2011 r. w prywatnym gabinecie lekarskim lekarz stwierdził, że stan powoda jest poważny i w trybie pilnym skierował go do Kliniki (...) w P. – gdzie powód przeszedł trzy kolejne operacje (w czerwcu i wrześniu 2011 r. oraz w lutym 2012 r.) w celu odwrócenia skutków zabiegów przeprowadzonych w szpitalu w P. w sierpniu i wrześniu 2010 r. Poddawanie kolejnym zabiegom medycznym i rehabilitacyjnym powód odbierał jako wiążące się z dolegliwościami bólowymi, powodującymi również stres; sprawność kończyn nie została w pełni przywrócona do stanu sprzed operacji z 2010 r. – niesprawność prawej ręki polega na niepełnej sile ucisku, braku pełnej manewrowości, zaś stan ręki lewej jest dużo gorszy, powód nie jest w stanie utrzymać jej w prostej pozycji, jak również w pełni kontrolować, traci w niej czucie od nadgarstka do łokcia. Według powoda okoliczności faktyczne sprawy wskazują na to, że zabiegi przeprowadzone w placówce pozwanej przez lekarza P. N. (1) nie były wykonane w sposób zgodny z wymaganiami wiedzy medycznej – nie były uzasadnione (w szczególności w stosunku do ręki, co do której powód nie zgłaszał żadnych dolegliwości), nie zostały poprzedzone niezbędnymi badaniami (USG); lekarz popełnił błąd diagnostyczny podejmując decyzję o operacji bez właściwego rozpoznania i przeprowadzenia niezbędnych badań, nadto operacje przeprowadzone były nieprawidłowo i doprowadziły do uszkodzenia nerwów i ścięgien obu rąk pacjenta. Jako podstawę roszczenia o zadośćuczynienie powód wskazał art. 27 ust. 7 Ustawy o działalności leczniczej, art. 430 kc oraz art. 445 § 1 w zw. z art. 444 kc a także art. 448 kc w zw. z art. 24 kc – zdaniem powoda doszło bowiem również do naruszenia jego dóbr osobistych takich jak zdrowie i godność. Zdaniem powoda dochodzona pozew kwota pozostaje adekwatną do rozmiaru i długotrwałości doznanych cierpień fizycznych i psychicznych, a także utrzymujących się następstw popełnionych błędów medycznych. Powód dochodząc roszczeń w oparciu o art. 4 ust. 1 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wskazał, że w trakcie jego leczenia doszło do naruszenia szeregu jego praw jako pacjenta – w szczególności nie został poinformowany o innych możliwościach leczenia niż operacja, a także o możliwych jej skutkach.

W odpowiedzi na pozew z dnia 06 września 2013 r. pozwany wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie na jego rzecz kosztów procesu według norm przepisanych. W uzasadnieniu odpowiedzi na pozew podniesiono, że zabiegi operacyjne przeprowadzone w szpitalu (...) Sp. z o.o. w P. wykonane zostały prawidłowo i zgodnie z zasadami wiedzy medycznej, zaś opisywane przez powoda w pozwie dolegliwości z okresu pooperacyjnego mogły wynikać ze stwierdzonej u pacjenta polineuropatii – nie świadczyły o złym prowadzeniu procesu leczenia ani o konieczności przeprowadzenia ponownych zabiegów operacyjnych. Pozwany podniósł, iż u powoda przed zabiegiem występowały różnego rodzaju schorzenia – m. in. niedokrwienie serca, nadciśnienie tętnicze, stan pozawałowy, zespół bólowy barku z ograniczeniem wielokierunkowym ruchomości czy polineuropatia, które mogły stanowić przyczynę braku ustąpienia dolegliwości pooperacyjnych; według pozwanej powód był informowany o możliwości ewentualnych powikłań związanych z chorobami, na które cierpi. Pozwany przyznał, że w toku leczenia, jakiemu powód był poddawany w klinice w P., potwierdzono istnienie polineuropatii i konieczność operacyjnego leczenia tego schorzenia; według pozwanej dokumentacja medyczna z kliniki w P. w żadnym stopniu nie wskazuje na rzekome błędy popełnione przez szpital w P. – w szczególności że doszło do uszkodzenia ścięgien i nerwów (uszkodzeń jatrogennych). W przypadku powoda zgłaszane przez niego problemy zdrowotne miały charakter zadawniony, współistniały z neuropatią – zmianami w nerwach o charakterze nieodwracalnym, zaś zgłaszane dolegliwości takie jak obrzęk przy przeczulica nie musiały być związane z zabiegiem operacyjnym. Pozwany podkreślił, że wysokie wymagania stawiane lekarzowi nie oznaczają jego odpowiedzialności za wynik leczenia, ani odpowiedzialności na zasadzie ryzyka – lekarz odpowiada na zasadzie winy, którą można mu przypisać tylko w wypadku wystąpienia jednocześnie elementu obiektywnej i subiektywnej niewłaściwości postępowania. Według powoda nie doszło do popełnienia błędów w sztuce lekarskiej, zabiegi były przeprowadzone zgodnie z zasadami wiedzy medycznej i przyjętym wzorcem i procedurami postępowania w tego typu przypadkach, oraz z zachowaniem należytej staranności. Pozwany zaprzeczył również, aby

doszło do naruszenia praw powoda jako pacjenta podkreślając, iż nigdy do końca nie jest możliwe zagwarantowanie pacjentowi pozytywnego efektu czynności medycznej; pacjent był informowany o stanie jego zdrowia, proponowanych i możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia i rokowaniu na przyszłość; pacjent podpisał stosowne dokumenty w zakresie zgody na zabiegi. Z ostrożności procesowej pozwany zakwestionował wysokość dochodzonej przez powoda kwoty uznając ją za rażąco wygórowaną

Na rozprawie w dniu 14 czerwca 2016 r. powód rozszerzył powództwo wnosząc o zasądzenie na jego rzecz tytułem zadośćuczynienia kwoty 100 000 zł.

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

J. Z. (1) w grudniu 2009 r. zgłosił się do szpitala prowadzonego przez (...) Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w P. (potocznie nazywany Szpitalem (...)) z występującym nocą bólem nadgarstka i drętwieniem palców ręki prawej oraz niewielką niesprawnością ręki i osłabienia czucia palców; otrzymał skierowanie na badanie EMG, które przeprowadzono w dniu 23 lipca 2010 r. w Instytucie (...) w W. – w badaniu stwierdzono ciężkie uszkodzenie pnia nerwu pośrodkowego prawego w odcinku dystalnym z brakiem odpowiedzi ze stymulacji włókien czuciowych i elektrofizjologicznymi objawami aktywnego odnerwienia na skutek ubytku czynnych włókien czuciowych; badanie potwierdziło podejrzenie prawostronnego zespołu cieśni nadgarstka; zgodnie z uwagą lekarza kierującego (dr K.) wskazana była konsultacja chirurga ręki celem kwalifikacji pacjenta do zabiegu odbarczenia nerwu w kanale nadgarstka. Lekarz prowadzący P. N. (1) w wywiadzie ustalił, iż u J. Z. występowały choroby współistniejące : stan po przebytych zawale serca, choroba niedokrwienna serca i nadciśnienie tętnicze (k. 110). J. Z. (1) w dniach 05 i 06 sierpnia 2010 r. przebywał na Oddziale Ortopedii w/w szpitala z rozpoznaniem zespołu kanału nadgarstka ręki prawej – w dniu 05 sierpnia 2010 r. wykonano zabieg operacyjny – uwolnienie kanału nadgarstka; przebieg pooperacyjny był niepowikłany, po zmianie opatrunku pacjenta wypisano do domu w stanie ogólnym i miejscowym dobrym, z zaleceniem oszczędzania operowanej kończyny, elewacji, chłodzenia, stosowania leków, kontroli i zmiany opatrunków. Po opuszczeniu szpitala pojawiły się nasilone objawy bólowe operowanej kończyny i przedramienia oraz wystąpił obrzęk, ręka była niesprawna; lekarz prowadzący nie stwierdził, aby objawy były niepokojące. Kolejny pobyt J. Z. w w/w szpitalu miał miejsce we wrześniu 2010 r. – w dniu 02 września 2010 r. przeprowadzony został analogiczny zabieg operacyjny na nadgarstku ręki lewej; przebieg pooperacyjny podobnie jak poprzednio był niepowikłany, stan pacjenta i zalecenia były takie jak poprzednio – znowu po opuszczeniu szpitala wystąpiły dolegliwości bólowe, obrzęk i niesprawność operowanej ręki. Pacjent korzystał z konsultacji w szpitalu, był poddawany fizykoterapii i rehabilitacji, lecz dolegliwości nie ustępowały – J. Z. nie był w stanie samodzielnie funkcjonować mając obie niesprawne ręce, wymagał pełnej obsługi ze strony członków rodziny (mycie, pomoc w jedzeniu); sytuacja tak utrzymywała się przez kilka miesięcy, opuchlizna rąk występowała przez około 3 miesiące.

J. Z. (1) podpisał wymagane formularze dotyczące wyrażenia zgody ogólnej na przeprowadzenie zabiegu – w oświadczeniu wskazano między innymi, że pacjent jest świadomy, że z postępowaniem medycznym łączy się ryzyko powikłań mogących wpłynąć na stan zdrowia, oraz że udzielono mu pełnej informacji odnośnie rozpoznania, proponowanych metod diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstw i rokowań (oświadczenie k. 74-75, 107-109).

W związku z utrzymującymi się dolegliwościami J. Z. (1) w grudniu 2010 r. udał się na prywatną wizytę do konsultanta na oddziale ortopedycznym szpitala (...) w P. dr. P. B.; otrzymał skierowanie na badanie USG. W dniu 20 grudnia 2010 r. wykonane zostało badanie USG stawu kanału nadgarstka lewego, stwierdzono nerw pośrodkowy o niskim echu z widocznym dużym wysiękiem wkoło nerwu, zatarty obraz nerwu w odcinku dystalnym, widocznej poniżej troczka zginaczy ognisko hyperechogeniczne, w odcinku proxymalnym od troczka widoczne przeskakiwanie nerwu pośrodkowego na bliżnie ścięgna zginacza. Lekarz P. B. w związku z wynikiem badania USG i stanem miejscowym skierował pacjenta do Ortopedyczno-Rehabilitacyjnego Szpitala (...) w P., ustalając, iż stan pacjenta wymaga pilnej specjalistycznej ingerencji medycznej.

Po raz pierwszy J. Z. (1) trafił do Ortopedyczno-Rehabilitacyjnego Szpitala (...) w P. w dniu 02 maja 2011 r. – rozpoznano wielopoziomową neuropatię nerwu łokciowego i pośrodkowego obu kończyn górnych; ustalono plan leczenia operacyjnego, pacjent zdyskwalifikowany został z leczenia z przyczyn internistycznych – zalecono ponowne przyjęcie do Kliniki celem zaplanowania leczenia operacyjnego konsultacji kardiologicznej. J. Z. (1) w dniach od 06 do 10 czerwca 2011 r. przebywał w Ortopedyczno-Rehabilitacyjnym Szpitalu (...) w P. z rozpoznaniem wielopoziomowej neuropatii nerwu łokciowego i pośrodkowego obu kończyn górnych; został zakwalifikowany do leczenia etapowego w obrębie obu kończyn górnych. W dniu 08 czerwca 2011 r. pacjent poddany został zabiegowi na LKG z przebiegiem niepowikłanym – neurolizie, odbarczeniu nerwu łokciowego na poziomie rowka nerwu łokciowego i dalszej części ramienia i bliższej części przedramienia oraz kanału Guyona oraz neurolizie i odbarczeniu nerwu pośrodkowego na poziomie kanału nadgarstka.

W międzyczasie J. Z. poddawany był rehabilitacji i fizykoterapii w miejscu zamieszkania – dolegliwości bólowe stopniowo ustępowały, powracała część zaburzonych sprawności.

Następnie J. Z. przebywał w Klinice w P. od 19 do 23 września 2011 r. – realizując plan leczenia został zakwalifikowany do zabiegu w obrębie PKG; zabieg wykonano w dniu 21 września 2011 r. z przebiegiem niepowikłanym. W dniu 03 listopada 2011 r. przeprowadzono badanie USG ręki lewej – stwierdzono zwiększoną ilość płynu wokoło nerwu pośrodkowego ze znacznym obniżeniem jego echogenności, obniżenie napięcia zginacza głębokiego palca II-III-IV, widoczną na tym poziomie zwiększoną ilość płynu, zaciąganie ścięgna zginacza głębokiego przez ścięgno zginacza krótkiego palca II, III, zwiększoną na tym poziomie ilość maziówki o podwyższonym echu.

W styczniu 2012 r. J. Z. hospitalizowany był na Oddziale Kardiologicznym (...)Szpitala (...)w P..

Kolejny pobyt w Klinice w P. miał miejsce w dniach od 20 do 27 lutego 2012 r. z rozpoznaniem neuropatii nerwu pośrodkowego na poziomie nadgarstków obu rąk i zakleszczającego zapalenia pochewek ścięgien zginaczy palca serdecznego i długiego ręki lewej – w dniu 24 lutego 2012 r. dokonano rewizji, uwolnienia ze zrostów oraz nekrolizy nerwu pośrodkowego na poziomie kanału nadgarstka lewej kończyny górnej, przecięcia troczków A1 palca długiego i serdecznego.

W późniejszym okresie (2013-2014) J. Z. hospitalizowany był w związku z polipami jelita grubego oraz trzykrotnie na Oddziale Kardiologicznym (...) w P..

Aktualnie prawa ręka J. Z. jest niemal w pełni sprawna, lewa zaś ma duży niedobór sprawności i jest nadwrażliwa na bodźce zewnętrzne; niesprawność rąk oraz niewielkie zaburzenia czynności nerwów pośrodkowych i łokciowych są wynikiem schorzenia podstawowego (polineuropatia, zakleszczające zapalenie pochewek ścięgien zginacza palca serdecznego i długiego ręki lewej) i czynności zabiegowych. W wyniku nieprawidłowych działań lekarza z (...) w P. oraz prawidłowych działań naprawczych podjętych w Klinice w P. powstał u J. Z. (1) uszczerbek na zdrowiu (ograniczenia ruchomości nadgarstków, zaburzenia czynności nerwów pośrodkowych i łokciowych) w wymiarze 40% sprowadzający się do miernego stopnia niesprawności obu rąk mierzonej ubytkami zakresu ruchów oraz zaburzeniami czucia i obrzękaniem rąk.

J. Z. (1) ma aktualnie 70 lat; pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z żoną – oboje utrzymują się ze świadczeń emerytalnych, J. Z. jest na emeryturze od 2011 r., wcześniej od 1984 r. był na rencie; otrzymuje emeryturę w wysokości około 1 700 zł miesięcznie; w 2007 r. przeszedł zawał serca, przyjmuje na stałe leki w związku z nadciśnieniem tętniczym. J. Z. (1) jest osobą praworęczną, nadal ma trudności z samodzielnym wykonywaniem podstawowych czynności samoobsługowych wymagających sprawności manualnej.

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił w oparciu o następujące dowody: opinię pisemną biegłego chirurga ortopedy M. R. (1) (k. 407-414, 449-453), opinię pisemną i częściowo ustną biegłego neurochirurga M. R. (2) (k. 515-522, 571-573, 00:02-46 rozprawy z 14.06.2016), załączoną dokumentację medyczną (k. 12-25, 58-132, 164-173, 214-311, 328-371, 375-388), zeznania powoda (00:03-37 rozprawy z dnia 29.11.2013 i 01:33-50 rozprawy z 04.02.2014) oraz zeznania

świadków : P. B. (00:07-23 rozprawy z 04.02.2014), P. N. (1) (00:23-54 rozprawy z 04.02.2014), M. Z. (1) (00:54-01:13 rozprawy z 04.02.2014) i T. Z. (01:13-28 rozprawy z 04.02.2014)

Biegły chirurg ortopeda stwierdził, iż decyzja lekarza P. N. o dokonaniu zabiegów operacyjnych obu rąk nie została poprzedzona właściwymi badaniami diagnostycznymi – odnośnie pierwszej operacji wbrew wyraźnemu zaleceniu wydanemu po badaniu EMG nie przeprowadzono konsultacji z chirurgiem ręki, przy jedynie podejrzeniu zespołu cieśni nadgarstka (rozpoznanie schorzenia nie było stanowcze, wymagało dalszych konsultacji); co do operacji ręki lewej, to w świetle opinii biegłego nie została ona poprzedzona żadnym badaniem obrazowym i czynnościowym, przy czym pacjent nie zgłaszał żadnych dolegliwości w zakresie tejże kończyny. Biegły stwierdził stanowczo, że w świetle przebiegu dalszego leczenia powoda w Klinice w P., powikłania, jakie pojawiły się u powoda po zabiegach przeprowadzonych w P., związane były właśnie z niewłaściwie postawioną diagnozą – w przypadku powoda nie chodziło bowiem o zwykły zespół cieśni nadgarstka, ale układowe schorzenie neurologiczne, wielomiejscowe i wielonerwowe, które najpierw należało rozpoznać, leczyć zachowawczo i obserwować jego skutki, dodatkowo korzystając z konsultacji neurologa lub neurochirurga. Biegły nie stwierdził, aby inne przyczyny – w szczególności sam proces leczniczy – wywołały u powoda ciąg powikłań; lekarz P. N. same zabiegi operacyjne wykonał tym samym prawidłowo i zgodnie ze sztuką medyczną. Zdaniem Sądu opinia biegłego stanowi pełnoprawny materiał dowodowy, jest rzetelna i wyczerpująca; zarzuty i uwagi do opinii formułowane przez stronę pozwaną uznać należy za polemikę z przekonywującymi argumentami i twierdzeniami przedstawionymi przez biegłego, nie popartą specjalistyczną i praktyczną wiedzą z zakresu medycyny; nie wydaje się w szczególności słuszne już tylko z punktu widzenia osoby nieposiadającej wiedzy medycznej, aby rzeczywiście podstawą zadecydowania o inwazyjnym zabiegu operacyjnym miało być jedynie badanie kliniczne i wywiad; długi okres oczekiwania na stosowne badanie nie jest wystarczającym powodem, aby podejmować ryzyko operacji bez przeprowadzenia tego badania; biegły stanowczo wskazał w opinii uzupełniającej, że przy diagnozowaniu zespołu kanału nadgarstka rutynowo przeprowadza się właśnie badania obrazowe i elektrofizjologiczne, a także stosownie do przypadku inne badania uzupełniające (które biegły szczegółowo przytoczył) – badanie kliniczne i wywiad są jedynie podstawą do zlecenia dalszych niezbędnych badań. Biegły podkreślił, że właściwy przebieg miało leczenie przeprowadzone w Klinice w P. – gdzie leczeniem objęto nie tylko nerwy pośrodkowe w kanale nadgarstka, ale również nerwy łokciowe poza tym kanałem; zauważył, że rozpoznanie postawione w placówce (...) było niepełne, nie mogło tym samym prowadzić do zastosowania właściwego procesu leczenia nakierowanego na usunięcie dolegliwości bólowych i niesprawności. Biegły podkreślił również, że ostatecznie zdiagnozowana w P. wielopoziomowa polineuropatia skutkowałą występującymi u powoda objawami zespołu cieśni nadgarstka – schorzenie podstawowe nie zostało wychwycone w związku z brakiem odpowiedniej diagnostyki; pobieżne badanie skutkowało pochopną decyzją o terapii chirurgicznej. Biegły wyjaśnił, że jakkolwiek w jakimś stopniu obecny stan zdrowia i sprawności powoda determinowany jest również zabiegami przeprowadzonymi w P., to konieczność tych zabiegów spowodowana została błędami popełnionymi w placówce (...), a zatem przyczyna obecnych dolegliwości powoda obciąża przede wszystkim pozwanego. Wnioski wynikające z opinii biegłego zdaniem Sądu wyciągnięte zostały w sposób poprawny logicznie – oceny tej nie zmienia brak możliwości pełnego odczytania dokumentacji medycznej pochodzącej z (...) placówki : dostępna dokumentacja pozwalała na wydanie rzetelnej opinii, strona pozwana kwestionująca opinię nie wskazała, jakie nieodczytane przez biegłego zapisy w dokumentacji miałyby wpływ na jej treść, i czego faktycznie dotyczyły.

Opinia biegłego neurochirurga potwierdza ustalenia poczynione przez ortopedę, biegły neurochirurg podzielił tezy postawione przez chirurga ortopedę – biegły wskazał na brak właściwych badań w zakresie lewej ręki oraz nieuzasadnioną pilność przeprowadzenia drugiej operacji przy niesprawności kończyny zoperowanej wcześniej; biegły podkreślił, iż niczym nieuzasadniony był brak badania EMG oraz pośpiech w przeprowadzeniu drugiej operacji. Biegły wskazał jednak, że w jego ocenie zastosowane leczenie operacyjne dotyczące ręki prawej było słuszne i metodą zalecaną na całym świecie; biegły stwierdził również, że nie ma co do zasady konieczności wykonywania przy diagnostyce ZCN badań innych, niż EMG – jednak wskazał, że takie badania są pożądane w wypadku podejrzenia występowania innych współistniejących schorzeń.

Zeznania świadka P. B. potwierdzają twierdzenia powoda o konsultacjach w związku z utrzymującymi się dolegliwościami pooperacyjnymi oraz skierowaniu powoda do Kliniki w P..

Zeznania świadka P. N. (1) – lekarza, który przeprowadzał kwestionowane przez powoda zabiegi operacyjne – w zasadzie nie budzą zastrzeżeń co do wiarygodności w zakresie podawanych przez świadka faktów z zastrzeżeniem, iż świadek zdiagnozował u pacjenta polineuropatię : zeznanie w tej mierze nie znajduje potwierdzenia w zgromadzonej dokumentacji medycznej; oczywistym pozostaje, iż wypowiedzi o charakterze ocennym formułowane przez świadka nie mogą być uznane za obiektywne.

Świadkowie M. Z. (1) i T. Z. potwierdzili, iż po operacjach przeprowadzonych w szpitalu w P. powód doznawał dolegliwości bólowych o znacznym natężeniu, wymagał stałej pomocy w czynnościach samoobsługowych. Świadek M. Z. stwierdziła, iż niesprawność ręki występowała również przed zabiegami, operacje nie spowodowały ustania dolegliwości bólowych.

### **Sąd zważył co następuje:**

Powództwo należało uznać za usprawiedliwione co do zasady w zakresie żądania zasądzenia odpowiedniej kwoty tytułem zadośćuczynienia – przy czym Sąd uznał za adekwatną do doznanego rozmiaru cierpień i zakresu uszczerbku na zdrowiu kwotę 80 000 zł.

Podstawą roszczenia o zadośćuczynienie w sprawie niniejszej były normy prawne zawarte w art. 23 kc, 24 kc, 415 kc w zw. z art. 430 kc w zw. z art. 444 § 1 kc i art. 445 § 1 kc a także art. 448 kc.

Ogólną podstawą prawną ochrony dóbr osobistych są normy prawnej zawarte w art. 23 kc i art. 24 kc - dobra osobiste człowieka, jak w szczególności zdrowie (...) pozostają pod ochroną prawa cywilnego niezależnie od ochrony przewidzianej w innych przepisach; ten, czyje dobro osobiste zostaje zagrożone cudzym działaniem, może żądać zaniechania tego działania, chyba że nie jest ono bezprawne, zaś w razie dokonanego naruszenia może on także żądać, ażeby osoba, która dopuściła się naruszenia, dopełniła czynności potrzebnych do usunięcia jego skutków, w szczególności ażeby złożyła oświadczenie odpowiedniej treści i w odpowiedniej formie oraz na zasadach przewidzianych w kodeksie może on również żądać zadośćuczynienia pieniężnego lub zapłaty odpowiedniej sumy pieniężnej na wskazany cel społeczny.

Zgodnie z art. 430 kc 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. Szczególnie istotne znaczenie społeczne ma interpretacja stosunku podległości w sprawach o naprawienie szkody wyrządzonej przy świadczeniu usług leczniczych - mimo samodzielności lekarzy, dokonujących czynności diagnostycznych i terapeutycznych, powszechnie przyjmuje się na podstawie art. 430 kc odpowiedzialność jednostek organizacyjnych, na rachunek których lekarze wykonują te czynności (komentarz do art. 430 kc A. Olejniczaka w Kodeks cywilny. Komentarz. Tom III. Zobowiązania - część ogólna, pod red. A. Kidyby, wyd. LEX 2014; por. np. wyrok SN z dnia 26 stycznia 2011 r., IV CSK 308/10, LEX nr 738127, wyrok SN z dnia 8 stycznia 1965 r., II CR 2/65, OSP 1967, z. 9, poz. 220). W sprawie niniejszej pozwany odpowiada na zasadzie ryzyka, przy czym warunkiem odpowiedzialności jest stwierdzenie również odpowiedzialności deliktowej bezpośredniego sprawcy szkody (lekarza) na zasadach ogólnych, tj. w oparciu o dyspozycję art. 415 kc. Zdaniem Sądu w świetle zgromadzonego materiału dowodowego – w szczególności w związku z treścią opinii biegłych, ustalić należało, iż lekarz wykonujący zabiegi operacyjne postępował wbrew zasadom sztuki lekarskiej – działania jego były bezprawne i zawinione, albowiem od osoby profesjonalnie wykonującej określony zawód wymagać należy zarówno posiadania niezbędnej wiedzy, jak też i staranności w jej praktycznym wykorzystywaniu. Biegły chirurg wskazał na określone zaniedbania ze strony lekarza operującego, które niewątpliwie były źródłem cierpień powoda, jak też i faktycznego uszczerbku na zdrowiu rozumianego również jako nieosiągnięcie założonego celu leczenia pomimo, iż zachodziły podstawy do oczekiwania, że dolegliwości występujące przed zabiegami zostaną całkowicie usunięte przy właściwym zastosowaniu wiedzy i procedur medycznych. Kwestia związku

przyczynowego między działaniami lekarza a krzywdą doznaną przez powoda jawi się jako oczywista – w świetle opinii biegłego chirurga skutkiem obecnego stanu zdrowia i braku sprawności u powoda, jak również cierpienia i dyskomfortu związanych z koniecznym leczeniem naprawczym oraz nieusunięciem dolegliwości bólowych po operacjach w szpitalu w P., były błędy popełnione przez lekarza P. N. (1) – w szczególności polegające na niewłaściwym zdiagnozowaniu schorzenia powoda wskutek zaniechania przeprowadzenia stosownej procedury diagnostycznej. Zauważyć przy tym należy, iż nie potwierdziły się tezy stawiane przez powoda, jakoby podczas zabiegów wykonywanych przez P. N. doszło do jatrogennego uszkodzenia ścięgien czy nerwów – sama technika wykonania kwestionowanych zabiegów nie została podważona w toku postępowania rozpoznawczego; nie zostały popełnione błędy „wykonawcze”, które wpływałyby na obecny stan zdrowia pacjenta czy też jego stan pooperacyjny. Nie jest żadnym usprawiedliwieniem, iż odstąpiono od właściwej diagnostyki z uwagi na kosztowność badań, czy też długi okres czasu oczekiwania na ich przeprowadzenie – okoliczności faktyczne w sprawie niniejszej (w szczególności przystąpienie do operacji drugiej ręki) wskazywać mogą, iż na podejmowaniu decyzji o przeprowadzeniu przez podmiot działający w formie spółki prawa handlowego refundowanych zabiegów ważyły nie tylko wyłącznie względy medyczne.

Zgodnie z wyrokiem Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 09 września 2015 r. (sygn. akt I ACa 321/15, LEX nr 1808681) warunkiem przyjęcia, że doszło do błędu medycznego, a w konsekwencji, że istnieją podstawy do uzyskania zadośćuczynienia, jest ustalenie, że postępowanie personelu medycznego było obiektywnie niezgodne ze wskazaniami współczesnej wiedzy medycznej oraz miało charakter zawiniony, tj. że postępowanie to w danych okolicznościach sprawy może być przedmiotem zarzutu, że było nieprawidłowe, przy uwzględnieniu surowych wymagań stawianych lekarzom w zakresie profesjonalizmu postępowania, co nakazuje szczególnie rygorystycznie oceniać wszelkie nieprawidłowości, oraz tego, że w podobnych przypadkach o winie przesądza najmniejszy nawet stopień zawinienia, w tym nie tylko wina umyślna, ale także najmniejsza nawet lekkomyślność lub niedbalstwo. W świetle powyższego orzeczenia odpowiedzialność za błąd w sztuce powstanie przy przeprowadzeniu zabiegu niezgodnie z zasadami wiedzy medycznej, jeżeli był to błąd zawiniony, czyli polegający na zachowaniu odbiegającym od ustalonego wzorca - przy ocenie postępowania lekarza należy też mieć na względzie uzasadnione oczekiwanie nienarażenia pacjenta na pogorszenie stanu zdrowia, przydatny może być również test oparty na pytaniu, czy niekorzystnego skutku można było uniknąć oraz czy lekarz w danym przypadku powinien był i mógł zrobić więcej (lepiej). W sprawie niniejszej zdaniem Sądu nie może budzić wątpliwości, że lekarz niewątpliwie mógł i powinien zrobić więcej, co pozwoliłoby na uniknięcie skutku w postaci narażenia pacjenta na pogorszenie jego stanu zdrowia. Podkreślenia wymaga przy tym, że lekarz podejmując decyzję o operacji posiadał wiedzę o współistniejących schorzeniach powoda – nie uznał, aby ich rodzaj dyskwalifikował pacjenta z przeprowadzenia zabiegu w kontekście możliwych niepożądanych dla zdrowia powoda skutków; brak dowodów, aby powód był poinformowany o zwiększeniu się ryzyka powikłań w związku z dolegliwościami współistniejącymi. Tym samym zdaniem Sądu bez znaczenia pozostawała ewentualna okoliczność, iż ogólny stan zdrowia powoda był współprzyczyną komplikacji pooperacyjnych – kwestia ta nie była wskazywana w opinii biegłych jako przyczyna komplikacji.

Wskutek zaniedbań osoby, za której działania ponosi odpowiedzialność pozwany, doszło do wywołania rozstroju zdrowia powoda – co uzasadnia odwołanie się do dyspozycji art. 444 § 1 kc w zw. z art. 445 § 1 kc : w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Jak już wskazano wyżej, biegły chirurg ustalił, iż błędy medyczne spowodowały istniejący u powoda uszczerbek na zdrowiu (uszkodzenia nerwów, niepełna sprawność rąk), oceniony na poziomie 40%.

Zasadnym było w kontekście ustalania podstawy prawnej roszczeń powoda odwołanie się do dyspozycji art. 448 kc, zgodnie z którym w razie naruszenia dobra osobistego sąd może przyznać temu, czyje dobro osobiste zostało naruszone, odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę lub na jego żądanie zasądzić odpowiednią sumę pieniężną na wskazany przez niego cel społeczny, niezależnie od innych środków potrzebnych do usunięcia skutków naruszenia. Sąd stoi na stanowisku, iż skutek bezprawnych i zawinionych działań bezpośredniego sprawcy szkody naruszone zostały dobra osobiste powoda – w szczególności doznawał on cierpienia fizycznych związanych z kolejnymi zabiegami operacyjnymi, cierpienia psychicznych związanych ze stresem

wynikającym z przebiegu i długotrwałości procesu leczenia, a także związanych z koniecznością korzystania z pomocy innych osób przy czynnościach samoobsługowych oraz uciążliwościami związanymi z kolejnymi konsultacjami i zabiegami medycznymi. Podstawa faktyczna roszczeń zgłaszanych przez powoda nie wyczerpuje się tym samym jedynie w doznanym uszczerbku na zdrowiu (art. 444 § 1 kc w zw. z art. 445 § 1 kc).

Sąd nie podzielił stanowiska powoda, iż autonomiczną podstawą jego roszczeń powinien być przepis art. 4 ust. 1 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2016 r., poz. 186), zgodnie z którym w razie zawinonego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 kc. Zdaniem Sądu podstawy faktyczne roszczeń zgłaszanych przez powoda w istocie pokrywają się w zakresie wskazywanych podstaw prawnych tych roszczeń – okoliczności, które mogłyby stanowić podstawy zasądzenia świadczenia w oparciu o art. 4 Uoppirpp uwzględnione zostały w ramach przytoczonych wyżej przepisów kodeksu cywilnego. W doktrynie i orzecznictwie wskazuje się, że zachodzi w istocie zbieg roszczeń z art. 448 kc i art. 4 Uoppirpp (por. komentarz do art. 4 Ustawy Doroty Karkowskiej, SIP Lex Omega 2015) – możliwe jest formułowanie roszczeń w oparciu o obie podstawy faktyczne, przy czym art. 4 Uoppirpp w sposób szczególny dotyczy podlegających ochronie praw wyartykułowanych w Ustawie. Powód nie wykazał w szczególności, aby naruszono jego prawa pacjenta określone w art. 6 Ustawy (prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej), art. 9 Ustawy (prawo do uzyskania informacji o stanie zdrowia) oraz art. 11 Ustawy (prawo do informacji o prawach pacjenta); twierdzenia powoda w tym zakresie są dowolne i sprzeczne ze zgromadzoną dokumentacją. Zabiegi, jakim powód był poddawany, w samym ich „technicznym” wymiarze były zgodne z aktualną wiedzą medyczną i sztuką lekarską – ich błędne podjęcie wynikało zaś z pochopnych decyzji i błędów diagnostycznych, co nie ma nic wspólnego z naruszeniem prawa pacjenta do korzystania z opieki medycznej zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej. W aktach zgromadzono dokumenty wskazujące na udzielanie powodowi niezbędnych standardowych informacji związanych z procesem leczenia.

Oceniając, jaka suma jest odpowiednia tytułem zadośćuczynienia za krzywdę spowodowaną doznaniem przez powoda rozstroju zdrowia, cierpieniami fizycznymi i psychicznymi należy mieć na uwadze, iż kompensata majątkowa ma na celu przezwyciężenie przykrych doznań - służyć temu ma nie tylko udzielenie pokrzywdzonemu należynej satysfakcji moralnej w postaci uznania jego krzywdy na przykład wyrokiem sądu, ale także zobowiązanie do świadczenia pieniężnego, które umożliwi pełniejsze zaspokojenie potrzeb i pragnień pokrzywdzonego. Zadośćuczynienie ma przede wszystkim charakter kompensacyjny i tym samym jego wysokość musi przedstawiać pewną ekonomicznie odczuwalną wartość – wysokość ta jednak nie może być jednak nadmierna w stosunku do doznanej krzywdy i aktualnych stosunków majątkowych społeczeństwa, a więc powinna być utrzymana w rozsądnych granicach. Jednocześnie jednak powołanie się na potrzebę utrzymania wysokości zadośćuczynienia w rozsądnych granicach, odpowiadających aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa, nie może prowadzić do podważenia kompensacyjnej funkcji zadośćuczynienia (por. wyrok SA we Wrocławiu z dnia 22 lutego 2012 r., I ACa 65/12); kryterium „przeciętnej stopy życiowej społeczeństwa” ma charakter pomocniczy w aspekcie realizacji zasady sprawiedliwości społecznej (tak wyrok SN z 14 stycznia 2011 r., I PK 145/10, OSNP 2012/5-6/66). W żadnym razie ustalony stopień utraty zdrowia nie jest równoznaczny z rozmiarem krzywdy i wielkością należnego zadośćuczynienia (por. wyrok SN z 5 października 2005 r., I PK 47/05, Mon. Pr. Pr. 2006, nr 4, s. 208); przy oznaczeniu zakresu wyrządzonej krzywdy za konieczne uważa się uwzględnienie : rodzaju naruszonego dobra, zakresu (natężenie i czas trwania) naruszenia, trwałości skutków naruszenia i stopnia ich uciążliwości (por. np. wyrok SN z 20 kwietnia 2006 r., IV CSK 99/05, LEX nr 198509). Również okoliczności indywidualne, związane z pokrzywdzonym, powinny zostać uwzględnione przy zastosowaniu zobiektywizowanych kryteriów oceny (np. sytuacja rodzinna, wiek pokrzywdzonego - por. np. wyrok SN z 22 czerwca 2005 r., III CK 392/04, LEX nr 177203; wyrok SN z 22 sierpnia 1977 r., II CR 266/77, LEX nr 7980). Wpływ na odczuwanie dyskomfortu, zwłaszcza związanego z uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia, może mieć sytuacja majątkowa pokrzywdzonego, wyznaczając poziom wydatków konsumpcyjnych, mogących zrównoważyć mu doznane cierpienia (por. wyrok SN z 22 czerwca 2005 r., III CK 392/04, LEX nr 177203). Stwierdzenie krzywdy w konkretnym przypadku powinno uwzględniać obiektywne kryteria oceny fizycznych i psychicznych następstw danego zdarzenia (por. wyrok SN z 14 kwietnia 1990 r., II CR 42/80, LEX nr 8225).



Uwzględniając wyżej przytoczone kryteria przy poszanowaniu kompensacyjnego charakteru roszczenia opartego o art. 445 § 1 kc i dyrektywy utrzymania zadośćuczynienia w rozsądnych granicach, Sąd w sprawie niniejszej ocenił, iż kwota 80 000 zł tytułem zadośćuczynienia będzie adekwatną do rozmiaru doznanej przez powoda krzywdy; kwota taka przedstawia dla powoda ekonomicznie odczuwalną wartość, nie jest również rażąco wygórowana i nie prowadzi do nieuzasadnionego przysporzenia w jego majątku – jak się zdaje uwzględnia również przesłankę przeciętnej stopy życiowej społeczeństwa w konkretnych uwarunkowaniach dotyczących J. Z. (1); jak wskazano wyżej, zindywidualizowana sytuacja życiowa i majątkowa osoby dochodzącej roszczeń z tytułu zadośćuczynienia powinna być brana pod uwagę przez sąd jako prawnie relewantna dla ustalenia wysokości pieniężnej kompensaty doznanych krzywd. W świetle opinii biegłego, łączny uszczerbek na zdrowiu powoda wynosi 40%; bezspornym pozostaje, iż powód przeżywał cierpienia fizyczne, odczuwając ból oraz dyskomfort związany z przebywaniem w placówkach medycznych oraz faktycznym (po operacjach początkowo całkowitym, później częściowym) uzależnieniem od opieki rodziny. Powód doświadczył cierpienia fizycznego w postaci bólu po operacjach – który w zasadzie nie powinien występować ani w takim rozmiarze, ani w tak długim okresie czasu. Sąd ustalając zakres zadośćuczynienia miał na uwadze fakt, iż wskutek zabiegów medycznych nie tylko nie osiągnięto poprawy sprawności powoda, ale przez pewien czas sprawność ta była na poziomie wymagającym stałej pomocy osób trzecich; wbrew formułowanym w orzecznictwie tezom, iż to młody wiek poszkodowanego rzutować winien na zwiększenie zakresu kompensaty szkody niemajątkowej związanej z uszczerbkiem na zdrowiu, Sąd stoi na stanowisku, że właśnie zaawansowanie wiekowe oraz występujące schorzenia i dysfunkcje współistniejące, mogą wpływać na wysokość należnego zadośćuczynienia; powód ma niewielkie szanse na poprawę sprawności także na określone okoliczności faktycznie uniemożliwiające poddawanie go dalszym zabiegom naprawczym, nie ma innej możliwości skompensowania doznanych cierpień, jak poprzez przyznanie sumy pieniężnej, która będzie odbierana przez niego jako adekwatna do ich rozmiaru. Ustalając wysokości należnego powodowi zadośćuczynienia Sąd uwzględnił przede wszystkim długotrwałość leczenia powoda, odczuwany ból, zakres skutków dla życia i funkcjonowania powoda, wiek, konieczność korzystania z pomocy osób trzecich oraz zakres trwałego uszczerbku na zdrowiu, określony przez biegłego na 40%; zaznaczenia w tym miejscu wymaga, iż ustalenie procentowego uszczerbku na zdrowiu u osoby pokrzywdzonej stanowi jedynie pomocnicze kryterium przy ustalaniu wymiaru należnego zadośćuczynienia – w szczególności nieuprawnionym jest ściśle i automatyczne korelowanie wymiaru zadośćuczynienia z zakresem procentowego uszczerbku na zdrowia, aczkolwiek nie można ukrywać, iż zakres uszczerbku na zdrowiu jest pewnym obiektywnym i mierzalnym kryterium pomocnym przy ustalaniu niewymiernej faktycznie szkody niemajątkowej.

O kosztach procesu Sąd orzekł zgodnie z art. 100 kpc. Powód wygrał sprawę w 80 % - zasadnym było zatem zasądzenie na jego rzecz części poniesionych kosztów zastępstwa prawnego w odniesieniu do wysokości stawki minimalnej, co daje kwotę 2 880 zł.

O kosztach sądowych Sąd orzekł zgodnie z art. 113 § 1 i 2 ustawy z dn. 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz. U. 2014 r. poz. 1025) i nakazał ściągnąć od pozwanego kwotę 7 010,71 zł (w tym część opłaty sądowej ustalonej w odniesieniu do wartości zasądzzonego roszczenia, tj. 4 000 zł), zaś od powoda 602,68 zł tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych, po uwzględnieniu kwot wpłaconych przez strony zaliczek. Łącznie wydatki w sprawie wyniosły 5 513,39 zł (opinie biegłych, koszty uzyskania dokumentacji medycznej), z czego na pozwanego przypada proporcjonalnie kwota 4 410,71 zł, zaś na powoda 1 102,68 zł; pozwany uiścił zaliczki na łączną kwotę 1 400 zł, zaś powód 500 zł – tym samym z tytułu wydatków należało ściągnąć od stron odpowiednio 3 010,71 zł oraz 602,68 zł.