

Sygn. akt **IC 467/13**

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 23 listopada 2015 r.

Sąd Okręgowy w Płocku Wydział I Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący – SSO Małgorzata Tetkowska

Protokolant: sekretarz sądowy Izabela Bendig

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 9 listopada 2015r.

z powództwa Z. P.

przeciwko Wojewódzkiemu Szpitalowi (...) w P. i (...) S.A w W.

o zadośćuczynienie i odszkodowanie

1. zasądza od pozwanych Wojewódzkiego Szpitala (...) w P. i (...) S.A w W. kwotę 20.000zł (dwadzieścia tysięcy złotych) z ustawowymi odsetkami od 21 lutego 2013r. do dnia zapłaty z tym, że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego pozwanego do wysokości spełnionego świadczenia ;
2. oddala powództwo w pozostałej części;
3. nakazuje pobrać od pozwanych Wojewódzkiego Szpitala (...) w P. i (...) S.A w W. na rzecz S. (...) kwotę 908zł (dziewięćset osiem złotych) tytułem zwrotu części kosztów procesu, z tym, że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego pozwanego do wysokości spełnionego świadczenia;
4. odstępuje od obciążania powódki kosztami procesu ponad dotychczas przez nią poniesione, w tym kosztami zastępstwa procesowego.

Sygn. akt IC 467/13

UZASADNIENIE

W dniu 21 lutego 2013r. Z. P. wniosła pozew przeciwko Wojewódzkiemu Szpitalowi (...) w P. i (...) S.A w W. o zasądzenie na jej rzecz :

- od pozwanego (...) S.A w W. kwoty 8.844zł z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty tytułem naprawienia szkody- art. 444§ 1kc w zw. z art. 415 kc;
- od pozwanego (...) S.A w W. kwoty 80.000 zł z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia powództwa do dnia zapłaty tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę- art. 445§ 1kc w zw. z art. 415 kc;
- zasądzenia kosztów procesu wg norm przepisanych

Pismem procesowym z dnia 21 lipca 2014r. k. 241-242 i pismem z dnia 10 października 2014r. pełnomocnik powódki zmodyfikował pozew wnosząc o zasądzenie od każdego z pozwanych :

- kwoty po 8.844zł z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty tytułem naprawienia szkody w postaci kosztów leczenia z zastrzeżeniem, że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego – art. 444 § 1 kc w zw. z art. 415 kc i 430 kc oraz

- kwoty po 40.000zł z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty tytułem zadośćuczynienia za krzywdę wywołaną rozstrojem zdrowia na skutek nienależytego wykonania operacji zespolenia złamania co doprowadziło do reoperacji z zastrzeżeniem, że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego – art. 445 § 1 kc w zw. z art. 415 kc i art. 430 kc i

- kwoty po 40.000zł z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty tytułem zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta – art. 448 kc w zw. z art. 4 ust.1 ustawy z dnia 8 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku praw pacjenta (Dz.U. 09, nr 52, poz. 417 ze zmianami) z zastrzeżeniem, że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych z nich zwalnia drugiego oraz

- zasądzenia na rzecz powódki zwrotu kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego wskazując dotychczasowe podstawy prawne dochodzonych roszczeń (k. 284- 285).

Na rozprawie w dniu 9 listopada 2015r. pełnomocnik sprecyzował powództwo i ostatecznie wniósł o zasądzenie od pozwanych na rzecz powódki , z zastrzeżeniem , że odpowiedzialność pozwanych ma charakter in solidum:

- kwoty 8.844zł z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty

- kwoty 40.000zł z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty tytułem zadośćuczynienia za krzywdę wywołaną rozstrojem zdrowia na skutek nienależytego wykonania operacji zespolenia złamania co doprowadziło do reoperacji

- kwoty po 40.000zł z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty tytułem zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta

- zasądzenia na rzecz powódki zwrotu kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego, wskazując na dotychczas powoływane podstawy prawne dochodzonych roszczeń(k. 345v).

Pozwany Wojewódzki Szpital (...) wniósł o oddalenie powództwa podnosząc jego niezasadność, a z ostrożności procesowej wskazując na zbyt wygórowane żądanie w zakresie wysokości zadośćuczynienia i zasądzenie od powódki na jego rzecz kosztów procesu wg norm przepisanych (k. 55 – 61).

Pozwany (...) S.A w W. domagał się oddalenia powództwa podnosząc brak podstaw do wystąpienia powódki z przedmiotowymi roszczeniami , jak i wskazując na nadmierną wysokość dochodzonego zadośćuczynienia (k. 68).

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 29 czerwca 2010 r. powódka wychodząc z domu potknęła się na schodach. W wyniku obrażeń jakich doznała podczas upadku została przewieziona przez pogotowie ratunkowe do Wojewódzkiego Szpitala (...) w P./ bezsporne/.

Powódka została przyjęta do szpitala o godz. 19.06. wyraziła zgodę na hospitalizację.

Dowód: historia choroby k. 91

Do Oddziału (...) Urazowego pozwanego szpitala powódka została przyjęta przez lekarza ortopedę W. Ż.. Na oddziale tym dokonano rozpoznania w postaci złamania otwartego wieloodłamowego obu kości goleni w 1/3 obwodowej z przemieszczeniem / bezsporne/. Powódka została zakwalifikowana w trybie ostro dyżurowym do operacji, która miała miejsce tego samego dnia o godzinie 21.00. Wykonano niezbędne badania diagnostyczne do bezpiecznego przeprowadzenia zabiegu operacyjnego. Powódkę operował specjalista ortopeda lekarz W. Ż.. Zabieg odbył się bez

powikłań. Zespolono odłamek dystalny z odłamek pośrednim / stanowił 1/2 obwodu koła/, zdeponowano z odłamek dogłowym, zespolono szwem kostnym, założono (...) przez skórnie O-O, kontrola stabilności i hemostazy, założono dren R, gąbkę Garmacynową do okolic przelomu i szew, założono opatrunek.

Dowód: opinia ortopedyczna k. 199, historia choroby k.94 v

Powódka wyraziła zgodę na zabieg operacyjny i na znieczulenie do zabiegu. Powódka nie pamięta zdarzeń z przed operacji.

Dowód: zgoda powódki na zabieg i znieczulenie k. 103 i k. 104, przesłuchanie powódki k. 111

Następnego dnia po zabiegu powódka została poinformowana przez lekarza o tym, że doznała „wieloodłamowego złamania nogi” i była operowana. Nie poinformowano powódkę o konieczności przeprowadzenia korekty.

Dowód: przesłuchanie powódki k. 346, 111

30 czerwca 2010r. pobrano posiew z rany operacyjnej. Wynik badania uzyskano w dniu 2 lipca 2010r.. W badaniu stwierdzono obecność bakterii staphylococcus koagulazo - ujemny z oznaczoną lekoodpornością i wrażliwością na antybiotyki.

Dowód: opinia biegłego ortopedy k. 250

7 lipca 2010r. podczas obchodu wieczornego powódka usłyszała rozmowę lekarzy, którzy stwierdzili, że jest „stan zapalny operowanej nogi i konieczna jest korekta”. Powódka poprosiła lekarza dyżurującego, którym okazał się lekarz wykonujący u niej przedmiotowy zabieg. Lekarz przyszedł na salę, na której leżała powódka i stwierdził, że „czasami tak bywa, że trzeba czasami coś poprawić”. Nie udzielił jej żadnych innych informacji. Powódka była bardzo zaniepokojona, że czeka ją kolejna operacja. Skontaktowała się wówczas ze swoim mężem, który następnego dnia był u ordynatora oddziału. Tam uzyskał informację, że konieczna jest reoperacja.

Dowód: przesłuchanie powódki k.111-112, 346, zeznania świadka M. P. k. 190 00.09.43, karta obserwacji lekarskiej k. 108v

8 lipca 2010r. powódka na własną prośbę została wypisana z pozwanego szpitala w stanie ogólnie dobrym, bez gorączki, bez podawania dolegliwości bólowych. W karcie informacyjnej wpisano „rana chirurgiczna czysta, cechy gojenia przez rychłozrost”. W karcie informacyjnej widnieje także zapis, iż poinformowano pacjentkę o konieczności reoperacji.

Dowód: karta obserwacji lekarskiej k. 108, karta informacyjna k. 13

8 lipca 2010r o godz. 9.00 powódka została przyjęta (...). Wstępne rozpoznanie to, stwierdzenie „przy śróbowowkrętach wycieku surowiczego, obrzękniętej skóry, mocno zaczerwienionej, bolesności przy dotyku, cechy infekcji. . Podjęto decyzję o oczyszczeniu rany pooperacyjnej. Zabieg przeprowadzono tego samego dnia, na co powódka wyraziła zgodę.

Dowód: opinia biegłego ortopedy k. 200, zeznania powódki k.346v, historia choroby z C.

W dniu 9 lipca 2010r. pobrano u powódki materiał z rany do badania bakteriologicznego. Uzyskano wynik ujemny.

W dniu 10 lipca 2010r. powódka została z zaleceniami zwolniona do domu. Kontrolę gojenia przeprowadzono w ambulatorium C. W dniu 30 lipca 2010r. powódkę przyjęto do oddziału chirurgii ogólnej C., gdzie przeprowadzono reoperację.

Dowód: karta informacyjna leczenia szpitalnego k. 15

Powódka zapłaciła za zabieg operacyjny oczyszczenia otwartego złamania kwotę 1.930zł, a za zabieg operacyjny-zespolenia kości piszczelowej 5.940zł.

Dowód: faktury k. 24

W sierpniu 2010 r. powódce zdjęto szwy , a następnie powódka podjęła leczenie rehabilitacyjne, w trybie ambulatoryjnym, które zakończyło się w listopadzie 2011r.

Dowód: karta informacyjna leczenia k. 15, zaświadczenie lekarskie k. 16

Powódka kilkakrotnie była na wizytach kontrolnych w C.. Powódka zapłaciła za te konsultacje łącznie 150zł.

Dowód: faktury k. 27

Powódka wykonała , na zlecenie lekarza konsultującego, zdjęcia rentgenowskie , za które zapłaciła 174zł

Dowód: faktury k. 26-27

Powódka ma 77 lat, choruje, utrzymuje się z emerytury w wysokości 1.946zł netto.

Dowód: oświadczenie majątkowe k. 42-43

Pozwany szpital podpisał z pozwanym ubezpieczycielem umowę obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej.

Dowód : umowa k.17

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił w oparciu o:

opinię z zakresu ortopedii – traumatologii k. 198- 203i 229 -250- 252, 261 – 262, 304 – 307 i opinię z zakresu bakteriologii i zakażeń szpitalnych i procedur medycznych k. 346 -349, przesłuchania powódki (k. 111 – 114 i k.346-347), zeznań świadków :A. G. k. 143v – 144v , W. Ż. k. 144v - 146a, M. P. (2) k. 190v – 191v od 00.05.34 do 00.35.49 oraz powołane wyżej dokumenty.

Do opinii biegłego ortopedy traumatologa zastrzeżenia złożył pełnomocnik powoda k. 215, wskazując na konieczność sporządzenia opinii uzupełniającej w celu jednoznacznej odpowiedzi na pytanie czy jednoosobowa obsada chirurgiczna podczas zabiegu operacyjnego w pozwanym szpitalu wpłynęła na sposób przeprowadzenia zabiegu i jego powodzenia u powódki.

Strona pozwana Wojewódzki Szpital (...) także zgłosiła zarzuty co do tej opinii podnosząc , iż biegły nie wypowiedział się jednoznacznie czy u powódki doszło do zakażenia rany i czy było to zakażenie pierwotne czy wtórne oraz nie określił, czy jednoosobowa obsada chirurgiczna podczas operacji w trybie ostro dyżurowym stanowiła naruszenie obowiązujących procedur w tym zakresie, jeżeli tak to wnosił o ich wskazanie . Podniósł również fakt, że biegły bezpodstawnie stwierdził, że dokumentacja medyczna powódki sporządzona w szpitalu była niezgodna z rzeczywistym stanem faktycznym i zapisami sporządzonymi w klinice (...) k. 221- 223 i k. 245-247, k. 271 - 275.

W ocenie biegłego w każdej sytuacji leczenia chirurgicznego przewidziane są standardy przeprowadzenia każdej procedury medycznej. Niezbędna obsada przy operacji tego typu jak u powódki tj. rekonstrukcja złamanych odłamów kości podudzia i ich zespolenie wymaga obsady lekarza operatora, lekarza asystenta(w przypadkach skomplikowanych nawet dwóch), lekarza anestezjologa, pielęgniarki instrumentariuszki, pielęgniarki anestezjologicznej oraz personelu pomocniczego (salowa).

Każde ograniczenie osobowe takiego zespołu jest nieproceduralne i może powodować utrudnienia przeprowadzenia , w sposób możliwie , optymalny , założeń przedoperacyjnych. Wyznaczone standardy dotyczące obsady personalnej

zespołu operacyjnego zostały określone przez wykwalifikowane i bardzo dobrze zorientowane fachowo zespoły konsultantów chirurgicznych znających problemy praktyczne przeprowadzania zabiegów chirurgicznych. Biegły stwierdził, że w przedmiotowej sprawie został osiągnięty zakładany efekt operacyjny. U powódki zaszła konieczność rekonstrukcji na skutek zbiegu następujących okoliczności : skomplikowanego charakteru złamania, jednoosobowej obsady podczas zabiegu i zakażenia rany – opinia k. 305.

Biegły nie był w stanie określić jednoznacznie na ile niekompletna , jego zdaniem obsada zespołu operacyjnego, uniemożliwiła uzyskanie pełnego ustawieniu odłamów, a tym samym powodowała konieczność rekonstrukcji- opinia k. 229.

Biegły w opiniach uzupełniających także bardzo szczegółowo wyjaśnił dlaczego, w jego ocenie większą wiarygodnością , sprawdzoną empirycznie podczas zabiegu operacyjnego, są zapisy dotyczące stanu zapalnego odnotowane w dokumentacji C., podkreślając przy tym fakt , że powódka została przyjęta do C. bezpośrednio po wyjściu z pozwanego szpitala, który zaproponował powódce także leczenie korekcyjne - opinia k. 261-262 i k. 306-307. Biegły wskazuje , iż przyczynami tych rozbieżności mogły być niestaranne zapisy pozwanego, gdyż stan zapalny musiał mieć miejsce już w pozwanym szpitalu – opinia k. 262.

W ocenie Sadu sposób rozumowania biegłego w tym zakresie jest poprawny i daje się zweryfikować w sposób logiczny.

Wystąpienie procesu zapalnego zostało w odpowiednim czasie poddane prawidłowemu leczeniu. Nie wystąpiły w związku z tym żadne dodatkowe negatywne okoliczności, które mogłyby miałyby wpływ na przedłużenie leczenia , liczbę niezbędnych operacji, odczuwanie dolegliwości oraz zaburzyć proces leczenia złamania powódki. Proces leczenia był kontynuowany w C. i zakończył się zrostem odłamów kończyny i powrotem funkcji kończyny – opinia k. 203

Opinia z zakresu bakteriologii i zakażeń szpitalnych nie była kwestionowana przez żadną ze stron. Biegli stwierdzili iż postępowanie personelu pozwanego było prawidłowe i zgodne ze sztuką lekarską.

Wskazali, iż zakażenie rany miało charakter zakażenia pierwotnego, a nie wtórnego. Podobną opinię w tym zakresie wyraził także biegły ortopeda (który określił rodzaj zakażenia z dużą prawdopodobnością- opinia k. . 250).

Opinie sporządzone w niniejszej sprawie nie nasuwają żadnych zastrzeżeń zarówno co do sfery logicznej jak i motywacyjnej, dlatego stanowią wartościowy materiał dowodowy. Wszelkie zgłaszane zarzuty co do opinii biegłego ortopedy zostały wyczerpująco i logicznie wyjaśnione w opiniach uzupełniających. Nie podlega także najmniejszej wątpliwości poziom fachowości biegłego potwierdzony wieloletnią praktyką lekarza tej specjalności..

Z tych powodów Sąd oparł się na nich wydając niniejsze rozstrzygnięcie .

Sąd dał wiarę zeznaniom powódki w całości, a zwłaszcza w zakresie tego, iż nie została poinformowana o możliwości reoperacji następnego dnia po operacji, tylko dopiero 7 lipca 2010r. podczas obchodu wieczornego lekarzy W karcie obserwacji lekarskiej istnieje zapis , iż pacjentka została poinformowana o konieczności korekcji ustawienia. Mało logicznym wydaje się ,że powódka wiedziała o korekcji przed obchodem w dniu 7 lipca. Uzyskując świadomie wiedzę o konieczności reoperacji podjęła natychmiast decyzję o zmianie placówki leczenia . Zeznania powódki są , w ocenie Sądu, spójne i logiczne.

Sąd oddalił wniosek pełnomocnika powódki o dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego ortopedy jako spóźniony, bo zgłoszony na rozprawie poprzedzającej wydanie wyroku. Sad oddalił także wniosek pełnomocnika pozwanego szpitala o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego konsultanta medycznego w zakresie procedur medycznych uznając go za zbędny dla rozstrzygnięcia sprawy.

Sąd zważył, co następuje:

Podstawę odpowiedzialności pozwanego szpitala stanowi art. 430 kc. który stanowi, że kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności. Odpowiedzialność za szkody wyrządzone pacjentom w toku leczenia powstaje zatem, jeśli szkoda zaistniała z winy personelu medycznego szpitala, czy to umyślnej, czy nieumyślnej i pozostaje w normalnym związku przyczynowym z działaniem lub zaniechaniem personelu medycznego szpitala (art. 361 § 1 k.c.). W takim przypadku podmiot odpowiedzialny zobowiązany jest do naprawienia szkody pacjenta poprzez przyznanie mu odpowiedniego zadośćuczynienia za krzywdę (art. 445 k.c.).

Odpowiedzialność szpitala, jako osoby prawnej jest więc odpowiedzialnością na zasadzie ryzyka, ale za zawinione działania personelu medycznego - art. 415 k.c.,

Odpowiedzialność zakładów opieki zdrowotnej opiera się więc głównie na zasadzie winy, którą polski ustawodawca statuuje jako fundamentalną zasadę odpowiedzialności cywilnej. Może to być wina lekarza, personelu medycznego lub wina organizacyjna. Dla odpowiedzialności placówki medycznej wystarczy tzw. wina anonimowa, gdy zostanie dowiedzione, że popełniono zaniedbanie, na skutek którego pacjent doznał szkody, chociaż nie można ustalić, który z lekarzy leczących pacjenta lub kto z personelu medycznego dopuścił się winy.

Przesłankami odpowiedzialności deliktowej jest łączne spełnienie następujących przesłanek: powstanie szkody rozumianej jako uszczerbek w dobrach prawnie chronionych o charakterze majątkowym, a w przypadkach określonych w ustawie - także o charakterze niemajątkowym, wyrządzenia szkody czynem niedozwolonym, polegającym na bezprawnym i zawinionym zachowaniu sprawcy szkody, związku przyczynowy pomiędzy czynem niedozwolonym a powstaniem szkody. Ciężar dowodu zaistnienia wymienionych wyżej przesłanek spoczywa zgodnie z dyspozycją art. 6 k.c. na poszkodowanej, albowiem ona wywodzi z tych okoliczności skutki prawne.

Między szkodą a zawinionymi działaniami, zaniechaniami pozwanego musi zachodzić adekwatny związek przyczynowy w rozumieniu art. 361 § 1 k.c. W procesach lekarskich nie jest konieczne wykazanie związku przyczynowego o charakterze bezpośrednim i stanowczym, lecz wystarczy ustalenie odpowiedniego stopnia prawdopodobieństwa wystąpienia następstw typowych. Jednak nawet tak rozumiany związek określony w art. 361 § 1 k.c. musi zachodzić pomiędzy nieprofesjonalnym i niestarannym, a więc zawinionym zachowaniem strony pozwanej, a szkodą na zdrowiu powstałą u pacjenta (por. W. N.z dnia 20 marca 2014 r., II CSK 296/2013). Nie jest zatem wystarczające istnienie jakiegokolwiek prawdopodobieństwa, że w płaszczyźnie przyczynowości jedno zdarzenie jest następstwem innego, ale wymagane jest istnienie odpowiednio wysokiego stopnia prawdopodobieństwa.

Kwestią podstawową w tej sprawie było zatem ustalenie, czy postępowanie pracowników pozwanego Szpitala w zakresie diagnostyki i wykonanego zabiegu operacyjnego powódki wykonane podczas jej pobytu w tymże szpitalu było prawidłowe w świetle zasad wiedzy i sztuki medycznej i czy skutkiem tego postępowania był stan zapalny powódki i konieczność przeprowadzenia zabiegu rekonstrukcyjnego .

Ponieważ ustalenie tych faktów wymagało wiedzy specjalistycznej z zakresu medycyny, sąd posiłkował się opiniami biegłych

Analiza materiału dowodowego prowadzi do wniosku, że taki stopień prawdopodobieństwa nie występuje w sprawie będącej przedmiotem rozpoznania. Biegły ortopeda traumatolog, ocenił, iż decyzja o jak najszybszym przeprowadzeniu operacji w pozwanym szpitalu była ze wszech miar prawidłowa. Powódka doznała złamania kości lewego podudzia . To złamanie miało charakter złamania bardzo skomplikowanego i bardzo trudnego technicznie do prawidłowego zaopatrzenia chirurgicznego. Decydował o tym jego wieloodłamowy charakter, duże obrażenia tkanek miękkich w znaczny sposób pozbawiający ukrwienia odłamy kostne, trudności w uzyskaniu stabilnej repozycji odłamów . Dodatkowym , bardzo znaczącym powikłaniem , w tym przypadku był fakt, że złamanie było złamaniem otwartym. Postępowanie diagnostyczne oraz wdrożone leczenie od momentu przyjęcia powódki do szpitala do czasu wypisu z tej placówki, było zgodne z wiedzą i sztuką lekarską (opinia k. 201).

Mankamentem w postępowaniu, jak to wskazał biegły, była jednoosobowa obsada chirurgiczna podczas zabiegu operacyjnego (opinia k. 201). W ocenie biegłego w przedmiotowej sprawie lekarz operujący nie mógł uzyskać pełnego odtworzenia uszkodzonych struktur i zapewnić im warunków do ich wygojenia. Zabieg operacyjny spełnił mimo wszystko swoje założenia przedoperacyjne, ale nie uzyskano pełnej repozycji odłamów i ich pełnej stabilizacji. Te warunki miała spełnić druga operacja o charakterze korekcyjnym, przeprowadzona w drugim terminie, zaproponowana zresztą przez pozwany szpital (opinia k. 201)

Biegły nie był w stanie określić jednoznacznie, w jaki sposób jednoosobowa obsada chirurgiczna, przy tak skomplikowanym złamaniu, miała wpływ na przebieg i rezultat zabiegu. Jednoosobowa obsada zespołu operacyjnego stanowiła znaczne utrudnienie w prawidłowym wykonaniu zabiegu, nie dawała jednak pełnej gwarancji prawidłowego przeprowadzenia zabiegu (opinia k. 229, 304).

U powódki , jak wynika z dokumentacji (...), stwierdzono stan zapalny o dość dużym natężeniu zmian patologicznych (opinia k. 203, protokół operacji w prywatnej placówce). Brak jednak w dokumentacji lekarskiej szpitala informacji o tym. Brak jest jakichkolwiek informacji o objawach zapalnych tj. ewentualnym obrzęku tkanek, zaczerwienieniu, nadmiernej bolesności, podwyższeniu temperatury (opinia k. 201). Z karty informacyjnej wynika, że rana goi się bez powikłań (k. 13) . Pamiętać należy, iż powódka opuściła pozwany szpital i udała się bezpośrednio do wskazanej placówki.

Zaczerwienie rany, obrzęk to o objawy zaobserwowane przez powódkę . Powódka także konsekwentnie w toku całego procesu podnosiła, że lekarze podczas obchodu wieczornego 6 lipca stwierdzili u niej stan zapalny i konieczność reoperacji.

Z analizy przebiegu procesu leczenia(obecność bakterii w wymazie z rany, ponowne leczenie operacyjne/ na korektę ustawienia odłamów kostnych termin stanowczo zbyt wczesny/ również wywodzić można, że problem wystąpienia stanu zapalnego u powódki był analizowany przez lekarzy pozwanego szpitala (opinia k. 251), ale zapisów w dokumentacji w tym zakresie nie ma.

Z opinii biegłych wynika, że w przedmiotowym wypadku nie doszło do zakażenia szpitalnego . Infekcja nastąpiła w momencie urazu . Postępowanie okołoperacyjne z zastosowaniem antybiotyku augmentinu i implantowanacją gąbki z gentamycyną miejscowo było prawidłowe , stanowiło zgodną z rekomendacjami oraz skuteczną profilaktykę rozwoju infekcji rany (opinia k. 349)/.

Na pierwotny charakter zakażenia rany u powódki z dużym prawdopodobieństwem wskazywał także biegły ortopeda.

Reasumując nie można, zdaniem Sadu, przypisać więc odpowiedzialności pozwanemu szpitalowi z tytułu powstania stanu zapalnego.

Podnieść należy , iż biegły ortopeda wskazał, że stwierdzone zaniedbania szpitala opisane powyżej nie spowodowały pogorszenia możliwości co do wyleczenia powódki.

Wystąpienie procesu zapalnego zostało w odpowiednim czasie poddane prawidłowemu leczeniu. Leczenie stanu zapalnego nastąpiło w nowej placówce. Pamiętać należy jednak, że powódka na własne żądanie, mimo zaproponowanego dalszego leczenia , opuściła szpital.

Zdaniem biegłego, nie wystąpiły w związku z leczeniem stanu zapalnego żadne dodatkowe negatywne okoliczności, które mogłyby miałyby wpływ na przedłużenie leczenia , liczbę niezbędnych operacji, odczuwanie dolegliwości oraz zaburzyć proces leczenia złamania u powódki, rehabilitację. Proces leczenia był kontynuowany w C. i zakończył się wzrostem odłamów kończyny i powrotem funkcji kończyny. (opinia k. 203).

Wnioski opinii nakazują wykluczenie koniecznej przesłanki związku przyczynowego między nieprawidłowym działaniem pozwanego szpitala a uszczerbkiem na zdrowiu poszkodowanej. Podstawy odpowiedzialności pozwanego

nie może więc stanowić art. 430 kc w zw. art. 415kc. Stąd zasądzenie zadośćuczynienia w oparciu o przywołany w uzasadnieniu zaskarżonego orzeczenia przepis art. 445 § 1 k.c. nie było możliwe. Podobnie jak zasądzenie odszkodowania obejmującego koszty leczenia w C. na podstawie art. i 444 §1 k.c.

Nie oznacza to jednak, że roszczenie o zapłatę zadośćuczynienia w niniejszej sprawie jest nieuzasadnione.

W podstawie faktycznej przytoczonej powódce mieścił się niewłaściwy przebieg procesu leczniczego oraz zaniebdania, jakich dopuścili się lekarze pracujący w pozwanym szpitalu. Tak skonstruowana podstawa powództwa pozwala na uwzględnienie żądania powódki w oparciu o przepisy ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn.: Dz. U. 2012.159, dalej określana jako ustawa o prawach pacjenta). Zgodnie z art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 kc.

W orzecznictwie S. dotyczącym zadośćuczynienia przewidzianego w art. art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta j wyrażono pogląd, że roszczenie o zadośćuczynienie uregulowane w art. 445 § 1 k.c. oraz roszczenie o zadośćuczynienie uregulowane w art. 4 ust.1 w/w ustawy będące następstwem zawinionego naruszenia praw pacjenta mają odrębny charakter, określając zasady odpowiedzialności sprawców za odrębne czyny bezprawne. Ten pogląd wyraził S. w wyroku z dnia 29 maja 2007 r. (sygn. akt V CSK 76/07, OSNC 2008/7-8/91). Samodzielność obu roszczeń potwierdza rodzaj podmiotu uprawnionego do świadczenia pieniężnego, którym jest "pacjent", a zakres tego pojęcia jest węższy od użytego w kodeksie cywilnym terminu "poszkodowany". Innym ważnym elementem odróżniającym oba roszczenia o zadośćuczynienie jest przedmiot ochrony. Dopuszczalne według art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 444 § 1 k.c. zadośćuczynienie pieniężne obejmuje krzywdy będące rezultatem uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia. Przedmiotem ochrony na podstawie art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta nie jest zdrowie pacjenta, ale jak podkreśla się w literaturze, jego autonomia rozumiana, jako swoboda decyzji o niepoddawaniu się interwencji medycznej, nawet wtedy, gdy wydaje się ona w pełni racjonalna, zgodna z zasadami wiedzy medycznej i dobrze rokująca, co do swych rezultatów. Jak wskazał S. (...) w wyroku z dnia 3 grudnia 2009 r., II CSK 337/09, LEX nr 686364) można przyjąć, że w pierwszym przypadku czyn bezprawny polega na spowodowaniu uszkodzenia ciała lub wywołaniu rozstroju zdrowia, w drugim zaś na naruszeniu prawa pacjenta, co należy odnieść do naruszeń innych skatalogowanych w tej ustawie praw, niezależnie od ostatecznej skuteczności przeprowadzonego zabiegu (leczenia). Ochrona prawna na podstawie art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta obejmuje, poza naruszeniem dóbr osobistych objętych powyższym wyczeniem, także naruszenie prawa do właściwego standardu opieki medycznej mogące wywoływać u pacjenta ujemne doznania psychiczne, dyskomfort, utratę zaufania do leczących, nawet jeśli nie spowodowało szkód medycznych. Do przyznania zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta nie jest konieczne spełnienie przesłanki szkody na osobie, może być ono przyznane za sam fakt naruszenia i nie jest zależne od jednoczesnego wystąpienia takiej szkody. (WyrokS. z dnia 27 kwietnia 2012 r. V CSK 142/1, LEX nr 1222168).

Ustawa o prawach pacjenta konstruuje katalog praw pacjenta, których naruszenie może skutkować przyznaniem zadośćuczynienia. Zdaniem Sądu w działaniach lekarzy w stosunku do powódki można dopatrzeć się naruszenia:, prawa do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym (art. 6 ust.1 i 8 ustawy), prawa do godności (art. 20) i prawa do informacji (art. 9 ust.1)

Pacjent ma prawo oczekiwać, że jego indywidualny przypadek będzie potraktowany z najwyższą, należytą starannością. Udzielane mu świadczenia zdrowotne powinny odpowiadać zasadom wiedzy medycznej oraz uwzględniać aktualny jej poziom w zakresie diagnostyki i leczenia. Do obowiązków lekarzy należy podjęcie takiego sposobu postępowania (leczenia), które gwarantować powinno, przy zachowaniu aktualnego stanu wiedzy i zasad staranności, przewidywalny efekt w postaci wyleczenia, a przede wszystkim nie narażenie pacjentów na pogorszenie stanu zdrowia. Wzorzec zachowania lekarza jest budowany według obiektywnych kryteriów takiego poziomu fachowości, poniżej którego postępowanie danego lekarza należy ocenić negatywnie.

Przyjęcie zawinionego naruszenia praw pacjenta będzie uzasadnione w przypadku nieuzasadnionego i powstałego z przyczyny niedbalstwa pozwanego, które jednocześnie nie mieści się w kategorii błędu medycznego .

Biegły ortopeda podkreśla w swojej opinii, że dokonanie operacji w składzie jednoosobowym, bez zapewnienia co najmniej w przypadku tak skomplikowanego złamania jak u powódki, drugiego chirurga stanowi naruszenie standartów obowiązujących w tym zakresie, wynikających z doświadczenia lekarzy zajmujących się podobnymi przypadkami.

W ocenie Sądu placówka , która podejmuje się świadczenia usług lekarskich powinna być w pełni przygotowana zarówno lokalowo sprzętowo, jak i personalnie do świadczenia tych usług. Podkreślić należy iż pozwanym jest szpital wojewódzki. Mimo , że w chwili obecnej nie obowiązują już przepisy określające stopień referencyjności, to jednak od takiego rodzaju placówki, jaką jest pozwany szpital pacjent ma prawo wymagać świadczenia usług w sposób kompleksowy i o określonym standardzie .

Art.9.1. ustawy o prawach pacjenta stanowi, że pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia. Ust 2. tego przepisu wskazuje ,że pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do uzyskania od lekarza przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.

Zgodnie z treścią art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jedn.: Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634), lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. W orzecznictwie powszechnie przyjmuje się, że zaniechanie przez lekarza obowiązku poinformowania pacjenta o wszystkich konsekwencjach wynikających z zastosowanej metody leczenia (lub diagnostyki) w tym o stopniu i możliwym zakresie powikłań narusza dyspozycje wyżej wskazanych przepisów (wyrok S.z dnia 7 listopada 2008 r., sygn. akt I CSK 259/08, LEX nr 577166, wyrokS. z dnia 17 grudnia 2004 r., sygn. akt II CK 303/04, OSP 2005/11/131, wyrok S. (...) z dnia 26 lutego 2010 r., sygn. akt I ACa 51/10, POSAG 2010/3/22-34).

Podkreśla się, że zasada autonomii woli pacjenta jest jedną z podstawowych zasad prawa medycznego i wyrazem odejścia od paternalistycznego modelu relacji pomiędzy lekarzem i pacjentem, a także stanowi wyraz poszanowania podmiotowości pacjenta w procesie leczenia. Podstawowym przejawem prawa pacjenta do samostanowienia jest możliwość swobodnego wyrażania lub odmowy zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Prawo do informacji - jest jednym z najistotniejszych elementów relacji między osobą wykonującą zawód medyczny, a pacjentem. W doktrynie podkreśla się także, że zakres informacji, co do której pacjent ma prawo obejmuje proponowaną procedurę medyczną, dane na temat ryzyka związanego z procedurą, informacje na temat możliwych skutków zabiegu, wiadomości o możliwości odmowy poddania się zabiegowi, a także o implikacjach z tego płynących (wyrok S. (1) z dnia 11 marca 2008 r., sygn. akt I ACa 846/07, PS 2009/11-12/220-225). Tak szerokie ujęcie zakresu informacji wynika z faktu, że zgoda pacjenta na świadczenia zdrowotne musi być efektem świadomego wyboru.

W przedmiotowej sprawie lekarz prowadzący , jak wykazało postępowanie dowodowe, nie poinformował pacjentki niezwłocznie po przeprowadzeniu operacji w sposób dla niej zrozumiały , o konieczności ponownego zabiegu operacyjnego, ani też o stanie zapalnym, co więcej nie wpisał informacji o stanie zapalnym w dokumentacji pozwanej.

Pacjent z reguły jest laikiem i nie ma pojęcia o zawiłościach diagnozowania , terapii, leczenia, stąd też przyjąć należy, że lekarz powinien uczynić wszystko, by w sposób zrozumiały dla pacjenta przekazać mu podstawowe informacje dotyczące leczenia. Do takiej informacji należała niewątpliwie informacja o konieczności kolejnego zabiegu. W ocenie Sądu jest to istota staranności zawodowej lekarza .

Niewątpliwie opisane powyżej działania doprowadziły do ujemnych doznań psychicznych, dyskomfortu oraz utraty zaufania do leczących przez powódkę i wypisania się z pozwanej ze szpitala na własne żądanie.

W ocenie Sądu, uprawniony jest zatem wniosek, że doszło do opisanych powyżej naruszeń prawa powódki do właściwego standardu opieki medycznej i informacji, co uzasadnia przyznanie zadośćuczynienia na podstawie art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta. Krzywda z tego tytułu nie może być jednak zrównana, jeśli chodzi o kompensatę pieniężną, z podlegającą reżimowi art. 444 § 1 k.c. w związku z art. 445 § 1 k.c. Nie spowodowała bowiem następstw w postaci pogorszenia stanu zdrowia, przy tym w stopniu prowadzącym przynajmniej do zwiększenia uciążliwości leczenia. Wrażała się w odczuwalnych w sferze psychiki konsekwencjach naruszenia innych niż życie i zdrowie, wymienionych powyżej, dóbr osobistych oraz innych uprawnień powódki chronionych przepisami ustawy o ochronie praw pacjenta. Zdaniem Sądu, kwotą adekwatną jest w tych okolicznościach 20.000 zł. Zasadzając tę kwotę wziął pod uwagę opisane powyżej zaniedbania lekarzy, ale również uwzględnił subiektywne odczucia, związane z niestosownym podejściem i traktowaniem powódki przez lekarzy w zakresie udzielenia jej informacji o leczeniu i konieczności kolejnego zabiegu. Świadomość, że przez tydzień od operacji lekarz nie poinformował ją o konieczności zabiegu korekcyjnego (kolejnej operacji), jak i przekazywanie informacji w sposób naruszający jej prywatność i godność (udzielenie informacji głośno w obecności innych pacjentek leżących na Sali, bez zbliżenia się do łóżka powódki).

Szpital był w okresie hospitalizacji powódki ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, dlatego też odpowiedzialność w tym zakresie przejął ubezpieczyciel.

Zasadnym było więc przypisanie odpowiedzialności, jednak także w granicach odpowiedzialności ubezpieczającego drugiemu pozwanemu. Odpowiedzialność pozwanego, której zasada nie była kwestionowana, znajduje oparcie w art. 4 oraz 11 ust. 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych i wynika z zawartej z pozwanym szpitalem a pozwanym ubezpieczycielem umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej ma charakter gwarancyjny. Skoro spełnione zostały przesłanki przypisania odpowiedzialności ubezpieczonemu, zaś działania stanowiące podstawę tej odpowiedzialności miały miejsce w okresie udzielenia ochrony ubezpieczeniowej, to za skutki uchybień ubezpieczonego odpowiada także ubezpieczyciel.

Wskazać należy, że w kodeksie cywilnym uregulowana jest tylko odpowiedzialność solidarna, natomiast pojęcie odpowiedzialności in solidum zostało wypracowane przez doktrynę. Odpowiedzialność in solidum, zwana także solidarnością niewłaściwą, dotyczy takiej sytuacji, w której kilka podmiotów na podstawie odrębnych stosunków prawnych jest zobowiązanych do naprawienia szkody, przy czym spełnienie świadczenia przez jedną osobę zwalnia pozostałe z obowiązku świadczenia względem poszkodowanego, mimo że nie występuje solidarność bierna ze względu na brak stosownego uregulowania w ustawie lub w umowie. (Uchwała S. (...) z dnia 17 lipca 2007 r. III CZP 66/07, OSNC 2008/9/98).

W zakresie żądania odsetek Sąd zważył, iż stosownie do przepisu art. 481 § 1 k.c., jeżeli dłużnik opóźnia się ze spełnieniem świadczenia pieniężnego, wierzyciel może żądać odsetek za czas opóźnienia, chociażby nie poniósł żadnej szkody i chociażby opóźnienie było następstwem okoliczności, za które dłużnik odpowiedzialności nie ponosi. Istotne jest więc ustalenie momentu, w którym dłużnik opóźnił się ze spełnieniem świadczenia. Dłużnik dopuszcza się zwłoki, gdy nie spełnia świadczenia w terminie, a jeżeli termin nie jest oznaczony, gdy nie spełnia świadczenia niezwłocznie po wezwaniu przez wierzyciela. (art. 476 k.c.). Zgodnie z art. 17 § 1 kc i art. 14 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, U. K. i art. 817§ kc, zakład ubezpieczeń wypłaca odszkodowanie w terminie 30 dni licząc od dnia złożenia przez poszkodowanego lub uprawnionego zawiadomienia o szkodzie.

Pozwany był zawiadomiony o szkodzie i żądaniach powódki przed złożeniem powództwa / bezsporne/.

Sąd nie może orzekać ponad żądanie – art. 321 kpc i dlatego też zasądził odsetki od dnia wniesienia powództwa zgodnie z żądaniem powódki tj. od 21 lutego 2012r.

Na koszty procesu złożyły się : opłata sądowa 4,443zł (powódka była zwolniona z opłaty ponad 800zł – k. 47), wynagrodzenie biegłych w wysokości 9.600,33zł (621zł - k. 206 , 63,94zł - k. 234, 233,29zł- k. 256, 233,79 zł - k. 279, 223,79zł - k. 309, 8.224,52zł - k. 361) Powódka wpłaciła zaliczkę na poczet opinii biegłego w wysokości 500zł k. 147, pozwany szpital w wysokości 1.500zł k. 315 .

Powódka wygrała proces w 23%.

O kosztach procesu Sąd orzekł zgodnie z art. 102 k.p.c. i obciążył powódkę kosztami już przez nią poniesionymi tj. opłatą sądową w kwocie 800zł i zaliczką wpłaconą na poczet wynagrodzenia biegłego.

Stosując zasadę słuszności wziął pod uwagę wiek powódki (77 lat), fakt, że choruje i pomaga wraz z mężem w utrzymaniu swojej niepełnosprawnej córki (która otrzymuje rentę 661zł miesięcznie) .

Sąd miał na uwadze także charakter dochodzonego roszczenia .

Sąd nakazał pobrać od pozwanego kwotę 908 zł. w trybie art. 113 ustawy z dn. 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz. U. nr 167 poz. 1398) Na kwotę tę składały się brakująca część opłaty od kwoty zasądzonej tj. 200zł i kosztami opinii w kwocie 708zł (23% x 9.600,33zł – 1500zł zaliczki)

Mając na uwadze powyższe Sąd orzekł jak w sentencji.