

## UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem Sąd Rejonowy w Łomży oddalił powództwo I. Z. skierowane przeciwko (...) Spółce Akcyjnej w W. o zapłatę kwoty 30.000 złotych tytułem zadośćuczynienia za krzywdę, będącej wynikiem błędnego procesu leczenia w Szpitalu Wojewódzkim w Ł..

W uzasadnieniu Sąd Rejonowy wskazał, że powódka początkowo domagała się od pozwanego – ubezpieczającego odpowiedzialność cywilną Szpitala Wojewódzkiego w Ł. zasądzenia kwoty 20.000 zł z ustawowymi odsetkami od 21 listopada 2013 r. tytułem zadośćuczynienia za krzywdę spowodowaną wadliwym leczeniem w Szpitalu Wojewódzkim w Ł.. W toku procesu (k.-570-572) rozszerzyła roszczenie do kwoty 30.000 złotych, powołując się dodatkowo na spostrzeżone przez biegłego uchybienia dotyczące nieprawidłowości i niestaranności w prowadzeniu dokumentacji medycznej przez Szpital Wojewódzki w Ł..

Pozwany (...) Spółka Akcyjna w W. w odpowiedzi na pozew nie uznał powództwa i wniósł o jego oddalenie. Nie negował legitymacji biernej, przyznając zawarcie ze Szpitalem Wojewódzkim w Ł. umowy ubezpieczenia OC dotyczącego świadczeń opieki zdrowotnej. Powoływał się na brak przesłanek warunkujących powstanie odpowiedzialności ubezpieczyciela, wskazując, że proces leczenia powódki prowadzony przez lekarzy w Szpitalu Wojewódzkim w Ł. był właściwy, uwzględniający fachową wiedzę personelu medycznego oraz dostępne metody lecznicze. Nie było bowiem przeciwwskazań do przeprowadzenia u powódki zabiegów (...), które nie mogły doprowadzić do uszkodzenia nerki. Zabiegi (...) były przeprowadzane prawidłowo i rzetelnie, co znalazło potwierdzenie w dokumentacji medycznej. Przyczyną pogorszenia stanu zdrowia powódki, skutkującą koniecznością usunięcia fragmentu nerki w innej placówce medycznej była – według pozwanego – nawracająca kamica.

Zawiadomiony na wniosek pozwanego o toczącym się postępowaniu Szpital Wojewódzki w Ł., nie zajął stanowiska w sprawie, nie zgłosił interwencji ubocznej po stronie pozwanego (k.- 50).

Jak ustalił Sąd Rejonowy I. Z. (lat 29) zgłosiła się w grudniu 2009 r. na oddział urologii Szpitala Wojewódzkiego w Ł. z powodu dolegliwości bólowych w okolicach lędźwiowych. Z tej przyczyny była hospitalizowana od 14 do 22 grudnia 2009 r. Zdiagnozowano u niej znacznych rozmiarów odlewowe złoży układu kielichowo-miedniczkowego (...) nerki lewej i zakwalifikowano do leczenia operacyjnego. W dokumentacji medycznej odnotowano, że odlewowy złoż lewego (...) z deformacją sklepień kielichów wynikał z faktu długotrwałego ucisku na kielich i miąższ nerkowy. Parametry biochemiczne pracy nerek pozostawały prawidłowe – mocznik -27,6 mg/dl, kreatynina – 0,63 mg/dl. W dniu 14 grudnia 2009 r. pomyślnie przeprowadzono u powódki zabieg pielolitotomii. W dokumentacji medycznej brak było danych dotyczących daty zabiegu, podpisu operatora, zaś sam opis był mało czytelny, przedstawiony na odwrocie zgody na operację.

Podczas zabiegu z 14 grudnia 2009 r. nie wykonano pacjentce niezbędnego badania RTG (informacja Szpitala k. - 532). W przypadku braku urządzenia RTG w warunkach bloku operacyjnego, zabieg nie powinien być wykonywany, a pacjent należało przekazać do ośrodka o wyższym stopniu referencyjności. Operacja odlewowej kamicy nerkowej wymaga kilkukrotnej kontroli RTG w trakcie zabiegu, aby radykalność zabiegu była jak największa. Brak aparatu RTG skutkowało niewykonaniem nefrolitotomii (dodatkowych nacięć miąższu nerkowego) podczas pierwszej operacji, co spowodowało pozostawienie dużej masy kamienia w górnym biegunie nerki. Rozszerzenie zabiegu pielolitotomii o nefrolitotomię zmniejszyłoby masę kamieni nerkowych, ale wiązałoby się z większym ryzykiem, skutkującym możliwością dużego krwawienia, a nawet utraty nerki. Pomimo powyższego sam zabieg nefrolitotomii powoduje konieczność dalszego leczenia, albowiem kamica odbudowuje się ponownie. Trudno jest przy tym przewidzieć jaka masa złoży pozostałaby w (...) nerki nawet po rozległej nefrolitotomii i ile czasu i jakimi metodami należałoby prowadzić leczenie. Samo przeprowadzenie nefrolitotomii nie pozwoliłoby uniknąć pozostawienia w nerce fragmentów, które przemieszczają się do moczowodu. Przy dużej odlewowej kamicy bardzo często pozostają złoży resztkowe, które mogą się przemieszczać. Rozległa kamica odlewowa nerki, która rozwijała się przez długi okres

czasu, była wynikiem zaniedbania pacjentki, w związku z czym każda metoda leczenia była związana z bólem i nieprzyjemnościami.

Następnie w okresie pooperacyjnym jeden z pozostawionych fragmentów kamienia nerkowego przemieścił się do moczowodu, wywołując u powódki kolkę nerkową. Przeprowadzono wówczas małoinwazyjny zabieg (...), polegający na kruszeniu i usunięciu złoгу ze światła moczowodu z pozostawieniem cewnika D. (...) (DJ) w moczowodzie. W dokumentacji medycznej brak było adnotacji o zgodzie na wskazany zabieg, brak opisu tego zabiegu oraz dokładnych zdjęć poglądowych kontrolnych w postaci RTG przeglądowego jamy brzusznej. Dwa dni po wykonaniu zabiegu powódka opuściła szpital na własną prośbę. Zalecono jej dalszą kontrolę na oddziale urologii Szpitala Wojewódzkiego w Ł..

W związku z kontynuowaniem leczenia i podjętą diagnostyką wynikającą ze skomplikowanego leczenia kamicy odlewowej nerki i dużej masy kamieni pozostawionej w (...) nerki lewej, skierowano powódkę na zabiegi (...), stanowiące metodę małoinwazyjną, nie zagrażającą uszkodzeniem mięszu nerkowego w takim stopniu jak zabieg operacyjny. Zabieg (...) powinien być wykonany przy obecności cewnika JJ w moczowodzie, w celu zapobiegania możliwym atakom kolki nerkowej przez pokruszone fragmenty złoгу. Podczas wykonania zabiegu (...) powódka nie była zaopatrzona we wskazany cewnik, który usunięto z jej moczowódów 12 stycznia 2010 r. U powódki wykonano cztery zabiegi (...): w dniach 19 maja 2010 r., 2 czerwca 2010 r., 22 czerwca 2010 r. oraz 21 września 2010 r.

W dniu 13 grudnia 2010 r. powódka zgłosiła się do Szpitala Wojewódzkiego w Ł. z powodu zatrzymania moczu oraz krwotoku. Lekarz prowadzący z uwagi na dolegliwości pacjentki podjął decyzję o wykonaniu zabiegu (...). W historii choroby nie opisano przebiegu zabiegu, a na zgodzie do operacji brakowało określenia rodzaju wykonywanego zabiegu i podpisu operatora. W dokumentacji pojawiały się także rozbieżności co do daty zabiegu – na karcie anestezyjologicznej widnieje informacja o wykonaniu zabiegu w dniu 14 grudnia 2010 r., na karcie gorączkowej 15 grudnia 2010 r., a w karcie informacyjnej 16 grudnia 2010 r. Brak było przy tym jakiegokolwiek wzmianki na temat doszczętności czy niedoszczętności zabiegu. Metoda (...) nie jest aż tak małoinwazyjna jak (...) i polega na wytworzeniu kanału roboczego w powłokach brzusznych (bardziej pleców) oraz w ścianie nerki o średnicy ok. 2 cm. Tą drogą wprowadza się nefroskop do (...) nerki, po czym dokrusza się i usuwa napotkane złoги. Metoda ta niesie niebezpieczeństwo niekiedy znacznego urazu nerki, zawsze wiąże się z mniej lub bardziej obfitym krwawieniem do (...) lub na zewnątrz. Nierzadko jest przyczyną reoperacji i konieczności zeszywania nerki jak również w skrajnych przypadkach usunięcia nerki z powodu ciężkiego krwotoku. Metodę tę stosuje się chętnie z powodu, mimo wszystko znacznie mniejszego urazu mięszowego, co pozostaje w ścisłym związku z dalszym prawidłowym działaniem filtracyjnym nerki.

Powódka po wykonaniu zabiegu (...) w dniu 20 grudnia 2010 r. została wypisana ze szpitala. Ponownie trafiła tam 27 grudnia 2010 r. w ramach ostrego dyżuru, z powodu tamponady pęcherza moczowego skrzepami krwi. Krwawienie było następstwem zabiegu (...) i pochodziło z mięszu nerkowego; krew spływa wówczas do pęcherza i tam formułuje skrzepy w samym (...) i moczowodzie. W wykonanej morfologii w dniu przyjęcia ustalono poziom Hb-9,0 g/dl, Er-3,2 mln/UL. (...) dnia wykonano u powódki cystoskopię z usunięciem tamponady (brak opisu zabiegu) i bez kontroli morfologicznej tego samego dnia została wypisana do domu. 30 grudnia 2010 r. z powodu krwiomoczu i kolki nerkowej lewostronnej powódka została po raz kolejny przyjęta w trybie ostrego dyżuru do Szpitala Wojewódzkiego w Ł.. Nie wykonano u niej żadnych badań diagnostycznych obrazowych, a morfologia krwi w dniu przyjęcia (Hb-7,4 g/dl, Er-2,6 mln/UL) dała wyniki świadczące o znacznej utracie krwi. Dlatego przetoczono 4 j KKCz 31 grudnia 2010 r. oraz wykonano (...) (nie (...)) usuwając skrzepy krwi z moczowodu (wniosek na podstawie karty informacyjnej), gdyż w dokumentacji medycznej brak było opisu rodzaju zabiegu i podpisu operatora. K. wywołana kamieniem w moczowodzie uzasadniała wykonanie zabiegu. Przeprowadzenie zabiegu (...) nie miało żadnego wpływu na dalsze losy chorej.

Za okres od 4 stycznia 2011 r. do 22 sierpnia 2012 r. stwierdzono brak w dokumentacji medycznej jakiegokolwiek informacji o stanie zdrowia pacjentki. Po 22 sierpnia 2012 r. powódka ponownie pojawiła się na oddziale urologii celem wykonania powtórnych kruszeń (...), które przeprowadzono w dniu 22 sierpnia 2012 r. oraz 3 października 2012 r. W międzyczasie nie wykonano u powódki żadnych badań obrazowych. Dopiero w listopadzie 2012 r. wykonano

urografię. Po długim czasie przerwy oraz małych efektach leczenia zasadne było skorzystanie z innych metod leczenia, w tym bardziej inwazyjnych. Samo skorzystanie z danej metody leczenia nie stanowiło jednak błędu w sztuce medycznej.

Dalsze leczenie małoinwazyjne metodą (...) nie przyniosło spodziewanego efektu. Obraz urograficzny z dnia 12 listopada 2012 r. uwidaczniał duży odlewowy złąg dotyczący górnej grupy kielichów nerki lewej. Wielokrotne zabiegi (...) nie doprowadziły przy tym do uszkodzenia mięszu nerkowego. Znacznie szybsze efekty leczenia przyniosłoby leczenie metodą (...) w połączeniu z metodą (...), jednakże samo leczenie metodą (...) nie było błędne. Nie każdy oddział dysponuje pełnymi możliwościami małoinwazyjnego leczenia. Późne podjęcie decyzji o leczeniu inną metodą nie miało żadnego wpływu na cierpienia czy doznania bólowe, bowiem resztkowa kamica górnego bieguna nerki nie wywołuje dolegliwości bólowych. Ból powodują wyłącznie spadające do moczowodu fragmenty kamieni.

Ze względu na pojawiające się bóle i brak odczuwanej poprawy stanu zdrowia powódka zgłosiła się do pododdziału urologii SP ZOZ Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w B., gdzie była hospitalizowana od 15 do 26 lutego 2013 r. W dniu 18 lutego 2013 r. wykonano jej zabieg resekcji górnego segmentu lewej nerki ze złągiem odlewowym. Po wykonanym zabiegu trapiące powódkę dolegliwości bólowe ustąpiły (dokumentacja medyczna k. - 19, 67-392, 412-416, 426, opinia biegłego C. T. k. - 467-475, opinia uzupełniająca k. - 517-520).

W okresie leczenia od momentu pierwszej hospitalizacji w Szpitalu Wojewódzkim w Ł., powódka odczuwała szereg dolegliwości, które utrudniały jej normalne funkcjonowanie. Przez długi okres czasu cierpiała bóle, które uniemożliwiały jej prowadzenie pojazdów. W okresie leczenia korzystała ze wzmożonej pomocy i opieki osób bliskich, w szczególności męża M. Z. oraz matki G. O.. Mąż woził powódkę na zabiegi i leczenie do placówek medycznych, w większym stopniu zajmował się dziećmi (zeznanie świadków G. O. k. 428-, M. Z. k.-427v-428, J. R. – k.- 428 v, przesłuchanie powódki k. 604-605). Na skutek choroby powódka była mniej aktywna, zamknęła się w sobie, unikała spotkań ze znajomymi. Przed zaostrzeniem dolegliwości bólowych prowadziła aktywny tryb życia, jeździła z rodziną na rowerach, wyjeżdżała nad jezioro, wychodziła na spacer. W trakcie leczenia przyjmowała leki przeciwbólowe, które uśmierzały jej cierpienia.

Przeżycia związane z zabiegami leczniczymi, dolegliwości fizyczne i psychiczne wynikające ze stanu zdrowia oraz procesu leczenia były dla powódki silnie i przewlekle stresujące. Odczuwany ból fizyczny zdominował jej emocje i zachowanie. Aktualnie powódka odbiera drobne symptomy jako zagrożenie nawrotem choroby, odracza wykonanie wyników kontrolnych i ich odbiór, nie kąpie się w jeziorze. Występują u niej przejawy pogotowia lękowego. Wobec powyższego przestrzega diety, odmawiając sobie ulubionych potraw. W wyniku stresu jakim były problemy zdrowotne i proces leczenia pojawiły się u powódki zaburzenia adaptacyjne, w tym problemy z jedzeniem i snem. Do dziś powódka budzi się w wypadku drobnych zmian w funkcjonowaniu organizmu, reaguje lękiem i obniżonym nastrojem, martwi się o swój stan zdrowia i najbliższych, irracjonalnie odwleka kontrolne wyniki, stosuje sobie dietę i rodzinie. Psychologiczny obraz funkcjonowania powódki spełnia kryteria przedłużonej reakcji na stres. Proces leczenia skutkował bowiem deprywacją potrzeb zdrowia, autonomii, afiliacji. Okresowo wyłączał ją z roli matki, żony i pracownika. Takie traumatyczne doświadczenie skutkowało obniżeniem odporności na stres, podniesieniem poziomu lęku, a potrzeba zdrowia stała się najistotniejszą w hierarchii potrzeb powódki (opinia biegłej z zakresu psychologii B. J. k. 546-551).

W dniu 21 października 2013 r. powódka powołując się na błąd lekarski w sztuce podczas leczenia jej przez lekarzy zatrudnionych w Szpitalu Wojewódzkim w Ł., zgłosiła szkodę ubezpieczycielowi – (...) S.A. domagając się zadośćuczynienia w kwocie 100.000 zł. Pismem z dnia 29 listopada 2013 r. pozwany odmówił wypłaty odszkodowania. Swoje stanowisko podtrzymał w decyzji z dnia 14 stycznia 2014 r. (akta szkodowe k. 53-393).

Mając na względzie powyższe ustalenia Sąd Rejonowy uznał jednak powództwo za niezasadne. Jak stwierdził, kwestią kluczową do ustalenia odpowiedzialności pozwanego było ustalenie winy ubezpieczonego w nim podmiotu za działania oraz zaniechania, będące ewentualną przyczyną szkody. Odpowiedzialność ubezpieczyciela ma charakter gwarancyjny i subsydiarny wobec odpowiedzialności ubezpieczonego, zgodnie z art. 805 k.c. w zw. z art. 822 k.c.

Dlatego konieczne było zbadanie przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej ubezpieczonego podmiotu w myśl art. 361 k.c., 363 k.c. w zw. z art. 430 k.c. Powódka zgodnie z art. 820 §4 k.c. mogła przy tym kierować swoje roszczenia wobec ubezpieczyciela.

Czyniąc ustalenia w tej mierze Sąd Rejonowy powołał się na treść art. 430 k.c. , z którego wynika, 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. Przyjęcie odpowiedzialności publicznego zakładu opieki zdrowotnej na podstawie art. 430 k.c. wymagało uprzedniego stwierdzenia, iż pracownik zakładu, któremu powierzono wykonywanie czynności, wyrządził szkodę w sposób zawiniony, a między jego zachowaniem a szkodą istnieje związek przyczynowy (art. 415 k.c.). Przyjmuje się, że dla stwierdzenia przesłanki powierzenia czynności można uznać za wystarczające ogólne, organizacyjne podporządkowanie sprawcy szkody powierzającemu w ramach relacji zwierzchnik – podwładny. Lekarze, mimo dalece posuniętej samodzielności w zakresie wyboru sposobów leczenia pacjenta, są w tym rozumieniu podmiotami podlegającymi kierownictwu organizacyjnemu zakładu opieki zdrowotnej i mieszczą się w kategorii osób, o jakich mowa w art. 430 k.c.

W rozpoznawanej sprawie istota sporu sprowadzała się zatem do zbadania wystąpienia przesłanek odpowiedzialności cywilnej Szpitala Wojewódzkiego w Ł., poprzez wykazanie, czy w trakcie wykonywania zabiegu medycznego i prowadzenia procesu leczenia powódki doszło do zawinionego zaniedbania bądź popełnienia błędu przez personel medyczny placówki.

Przepis art. 4 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2011 r. nr 277, poz. 1634 z późn. zm.) stanowi, że lekarz ma obowiązek wykonywania zawodu zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. Naruszenie powyższych zasad może przybrać w szczególności postać błędu lekarskiego, polegającego bądź to na błędnym zdiagnozowaniu lub zakwalifikowaniu pacjenta do zabiegu (błąd diagnostyczny), bądź też na nieprawidłowym, niezgodnym ze sztuką lekarską wykonaniu zabiegu lub leczeniu (błąd wykonawczy). Z kolei ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn. Dz. U. z 2012 r., poz. 159) przewiduje, iż pacjentowi przysługuje między innymi prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej (art. 6 ust. 1), udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym (art. 8 zd. 1), jak również prawo do informacji o swoim stanie zdrowia (art. 9 ust. 1) i do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody (art. 16). Pacjent ma także prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych (art. 23), co wiąże się z obowiązkiem podmiotu udzielającego tych świadczeń do prowadzenia, przechowywania i udostępniania dokumentacji w sposób przewidziany w przepisach (art. 24 ust. 1). W myśl natomiast art. 4 ust. 1 teże ustawy w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 k.c., przy czym nie dotyczy to dostępu do dokumentacji medycznej obrazującej stan zdrowia pacjenta (art. 4 ust. 3 pkt 3).

Błędy diagnostyki i terapii, opieszałość w podejmowaniu czynności, zaniechania wykonania badań, przeoczenia, nieprawidłowości przy dokonywanych zabiegach i niedostateczne pouczenie pacjenta o ryzyku związanym ze stanem jego zdrowia, stanowią zatem podstawę odpowiedzialności osób wykonujących zawód medyczny z tytułu czynu niedozwolonego, pod warunkiem jednak, że są przez nich zawinione.

Na gruncie prawa cywilnego winę można przypisać tylko wówczas, kiedy istnieją podstawy do negatywnej oceny zachowania z punktu widzenia zarówno obiektywnego, jak i subiektywnego. W obszarze deliktów prawa cywilnego rozróżnia się dwie postaci winy – umyślną i nieumyślną. W wypadku winy umyślnej sprawca ma świadomość szkodliwego skutku swojego działania i przewiduje jego nastąpienie, celowo do niego zmierza. O winie nieumyślnej można mówić, gdy sprawca przewiduje możliwość wystąpienia szkodliwego skutku, lecz bezpodstawnie przypuszcza, że zdoła go uniknąć albo nie przewiduje możliwości jego nastąpienia, choć powinien i może je przewidywać. W obu

formach winy nieumyślnej mamy do czynienia z niedbalstwem, polegającym na niedołożeniu należytej staranności, niezbędnej do uniknięcia skutku, którego sprawca nie chciał wywołać.

W doktrynie i orzecznictwie podkreśla się, że o przypisaniu winy a tym samym i odpowiedzialności można mówić jedynie w sytuacjach gdy porównanie postępowania lekarza z przyjętym standardem leczenia wypadnie negatywnie, a jego postępowanie cechuje brak należytej staranności. Nie można jednak mówić o odpowiedzialności lekarza, jeżeli między jego zachowaniem, a szkodą zabrakło związku przyczynowego. Nie wymaga się przy tym, aby związek przyczynowy pomiędzy postępowaniem lekarza, a powstałą szkodą został ustalony w sposób pewny. W tego rodzaju procesach jest to najczęściej niemożliwe, ponieważ w świetle wiedzy medycznej w większości wypadków można mówić tylko o prawdopodobieństwie wysokiego stopnia, rzadko o pewności, czy wyłączności przyczyny. Dlatego przyjmuje się, że jeżeli zachodzi prawdopodobieństwo wysokiego stopnia, iż działanie lub zaniechanie lekarza było przyczyną szkody, można uznać związek przyczynowy za ustalony. Lekarz nie odpowiada natomiast za nadzwyczajne, nie do przewidzenia komplikacje oraz za inne, nie pozostające w normalnym związku przyczynowym z jego postępowaniem skutki (wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z 7 marca 2013 r., sygn. I ACa 879/12).

Zdaniem Sądu Rejonowego w niniejszej sprawie zabrakło podstaw do uznania, iż w trakcie leczenia powódki w Szpitalu Wojewódzkim w Ł. doszło do błędu medycznego, czy też niezachowania należytej staranności bądź ostrożności przez personel medyczny, które skutkowały powstaniem szkody w postaci uszkodzenia ciała czy rozstroju zdrowia powódki.

Wyciągając taki wniosek Sąd Rejonowy oparł się na opinii biegłego z Katedry i Kliniki (...) w W. dr n. med. C. T.. Opinię powyższą Sąd Rejonowy uznał za pełną i rzetelną, wydaną na podstawie wiedzy biegłego, jego szerokiego doświadczenia zawodowe oraz przeprowadzonej przez niego szczegółowej analizy dokumentacji medycznej. Dlatego uwzględnił ją w całości poczynił ją podstawą ustaleń faktycznych.

Jak wskazał Sąd Rejonowy, opiniujący biegły w sposób stanowczy i jednoznaczny stwierdził, że lekarze prowadzący proces leczenia powódki w Szpitalu Wojewódzkim w Ł. nie dopuścili się błędów w sztuce medycznej czy drastycznych zaniedbań. Biegły wskazał wprawdzie kilka nieprawidłowości w postępowaniu personelu medycznego, jednakże nie wpływały one na cierpienia powódki i doznany przez nią rozstrój zdrowia, co w konsekwencji nie pozostawało w związku z przyczynowo – skutkowym z doznany przez powódkę uszczerbkiem zdrowotnym.

Prawidłowa bowiem była pierwsza decyzja o przeprowadzeniu u powódki zabiegu pielolitotomii. Przy dużej masie kamienia nerkowego taki zabieg dawał najszybszą i najskuteczniejszą szansę powrotu do zdrowia. Biegły podkreślił wprawdzie, że zabieg pielolitotomii powinien być połączony z zabiegiem nefrolitotomii, celem efektywniejszego poradzenia sobie z problemem, jednakże wskazany dodatkowy zabieg nie był obligatoryjnym elementem przeprowadzenia operacji. Wprawdzie nefrolitotomia skutkowałaby zmniejszeniem masy kamieni nerkowych, ale zabieg taki byłby bardziej ryzykowny dla pacjentki. Co więcej sama nefrolitotomia nie gwarantowałaby uniknięcia pozostawienia złogów resztkowych, a zdaniem biegłego, nie sposób ustalić jaka masa złogów pozostałaby w (...) nerki, nawet po rozległej nefrolitotomii i ile czasu trwałoby dalsze leczenie. Często nawet mały kamień leczony metodą (...) czy (...) może być przyczyną poważanych komplikacji, nie wynikających z masy kamienia czy metody leczenia (opinia k. - 471, k. - 517).

Na tej podstawie Sąd Rejonowy nie dopatrył się w postępowaniu lekarzy ze Szpitala Wojewódzkiego w Ł. błędów w postaci zaniechań, zaniedbań czy umyślnych działań, które doprowadziły do uszczerbku zdrowotnego powódki. Lekarz prowadzący leczenie powódki, uwzględniając wszelkie dostępne mu metody, zdecydował się na prawidłowe leczenie metodą pielolitotomii. Brak poszerzenia wskazanego zabiegu o dodatkowy zabieg nefrolitotomii nie był błędem w postępowaniu, lecz wynikał z przyjętej koncepcji leczenia oraz ograniczeń sprzętowych występujących w danej placówce leczniczej. Do przeprowadzenia dodatkowego zabiegu nefrolitotomii niezbędny był aparat RTG w ramach sali operacyjnej, a którego nie było podczas wykonywania zabiegu u powódki.

Sam zabieg pielolitotomii był przeprowadzony prawidłowo, a biegły nie dopatrył się w postępowaniu lekarzy zawinionych i błędnych działań. Użycie aparatu RTG zwiększyłoby doszczędność zabiegu, jednakże nie gwarantowałoby uniknięcia pozostałości kamieni w nerkach oraz cierpień związanych z występowaniem złogów

resztkowych. Nie na każdym natomiast oddziale szpitalnym są pełne możliwości zastosowania wszystkich metod leczenia i nie można oczekiwać, iż każdy będzie leczony w ośrodku akademickim. W Szpitalu Wojewódzkim w Ł. przeprowadzono powódce zabieg pielolitotomii posługując się dostępną aparaturą i prawidłowo postępowano w trakcie leczenia. Przez to nie sposób było stawiać zarzutu błędu w sztuce medycznej.

W dalszym procesie leczenia powódki również prawidłowo stosowano metodę małoinwazyjną (...). Kilka sesji kruszenia kamieni tą metodą nie spowodowało u niej jakiegokolwiek szkody. W szczególności Sąd Rejonowy nie podzielił poglądu powódki, że kolejne próby leczenia metodą (...) w dniach 22 sierpnia i 3 października 2012 r. były błędne. Wprawdzie biegły uznał za błędną decyzję o ponownym zakwalifikowaniu pacjentki do takiego sposobu leczenia, lecz nie w kategorii błędu w sztuce medycznej (k. - 520).

Biegły ocenił bowiem postępowanie leczących powódkę poprzez standardy wyspecjalizowanej kliniki, dysponującej szerokim katalogiem dostępnych metod i środków leczniczo-diagnostycznych. Tam stosuje się ustandaryzowany schemat działania, polegający na przeprowadzeniu kilku intensywnych sesji (...) najczęściej łączonych z innymi metodami – typu (...) oraz szybkim przekierowywaniu pacjentów na inne zabiegi medyczne. Nie każda placówka medyczna z uwagi na ograniczenia finansowe może sobie pozwolić na taki schemat działania, przynoszący lepsze efekty. Według biegłego schemat postępowania w mniejszych ośrodkach odbiega od tego, a dominującym jest przeprowadzenie zabiegu operacyjnego, następnie metody (...) na złogi nerkowe lub (...) na kamienie, które po skutecznym kruszeniu pospadały do miedniczki lub dolnych kielichów (k. - 470). Taką metodologię w Szpitalu Wojewódzkim w Ł., w którym powódka miała przeprowadzone kilka sesji (...), a następnie (...). Dlatego zdaniem Sądu Rejonowego decyzja o ponownych próbach leczenia powódki metodą (...) w 2012 r. nie była błędem medycznym, warunkującym odpowiedzialność odszkodowawczą podmiotu leczniczego. Dawała bowiem nadzieję na skuteczne leczenie małoinwazyjną metodą kruszenia kamieni nerkowych. Biegły powołując się na literaturę fachową, w swojej opinii (k. 468) wprost stwierdził, że aktualnie występują ośrodki, które stosują wyłącznie metodę (...) celem uporania się z kamieniami nerkowymi. Metoda ta jest dość rzadko spotykana, z uwagi na istniejące inne bardziej skuteczniejsze metody, jednakże nie stanowi ona żadnego zakazanego przez medycynę schematu postępowania. Nie w każdym ośrodku medycznym jest możliwość łączenia różnych metod leczniczych. Dlatego nie sposób uznać postępowania lekarzy w Szpitalu Wojewódzkim w Ł. za naruszające standardy postępowania i kwalifikującego je jako błąd w sztuce. Jak stwierdził biegły decyzja o ponownym wykonaniu zabiegu (...) w 2012 r. była błędna tylko w standardach występujących w wyspecjalizowanych ośrodkach, w których już po kilku nieudanych sesjach leczenia metodą (...), u pacjenta stosowano by bardziej inwazyjne metody leczenia. W innym ośrodku standardem może być wyłącznie przeprowadzanie leczenia samą metodą (...) (k. - 469). W szczególności nie można wymagać od mniejszego ośrodka leczniczego, aby stosował takie metody leczenia, które w zasadzie stosowane są tylko w nielicznych, wykwalifikowanych ośrodkach.

Skoro w Szpitalu Wojewódzkim w Ł. próbowano wyleczyć powódkę powszechnie akceptowaną metodą (...), stosowana jako wyłączna przez część specjalistów, to – zdaniem Sądu Rejonowego – nie należy dopatrywać się w postępowaniu lekarzy z tego ośrodka błędu medycznego. Poza tym wielokrotne zabiegi (...) (6 zabiegów) nie doprowadziły u powódki do uszkodzenia miąższu nerkowego (k. - 474), skutkującego w konsekwencji usunięciem jej części.

W ocenie Sądu Rejonowego nie wykazano również, aby brak cewnika w przewodzie moczowym był błędem w sztuce medycznej. Co prawda biegły wskazywał, że według przyjętych standardów postępowania zabiegi (...) powinny być wykonywane przy obecności cewnika JJ w moczowodzie, jednak bez odniesienia się do konkretnych standardów uznawanych przez praktykę. Cewnik z moczowodu powódki został usunięty po pierwszej operacji w 2010 r., co było rutynowym postępowaniem po zabiegu (k. - 518). Samo niezłożenie cewnika JJ nie miało przy tym żadnego wpływu na decyzję o skierowaniu pacjentki do zabiegu (...), który wykonano prawidłowo. Co prawda w organizmie powódki doszło do krwawienia, jednakże było to normalnym, choć rzadko spotykanym następstwem tego typu zabiegu. Krwawienie miąższu nerkowego powodowało skrzepy, skutkujące występowaniem objawów kolki nerkowej. Biegły nie dopatrywał się przy tym żadnych błędów w sztuce przy przeprowadzeniu zabiegu (...). Zabieg ten, nakierowany na

usunięcie objawów kolki nerkowej miał charakter leczniczo-diagnostyczny i pozostawał bez wpływu na dalsze losy chorej (k.- 519).

Reasumując, pomimo stwierdzonych kilku nieprawidłowości w postępowaniu lekarzy ze Szpitala Wojewódzkiego w Ł., Sąd Rejonowy podzielając opinię biegłego, nie dopatrywał się w działaniu personelu medycznego błędu w sztuce medycznej czy drastycznych zaniedbań. Lekarze postępowali zgodnie z powszechnie przyjętymi standardami działania, prawidłowo kwalifikując pacjentkę do zabiegu operacyjnego oraz zabiegów leczenia (...). Ograniczenia budżetowe jednostki leczniczej co prawda nie pozwoliły na przeprowadzenie dodatkowych zabiegów, które mogłyby się przyczynić do szybszego wyleczenia powódki, jednakże nie stanowiło to naruszenia przepisów prawnych i procedur medycznych. Skorzystanie przez personel leczniczy z dodatkowych zabiegów przy użyciu innych sprzętów nie gwarantowałyby jednocześnie braku wystąpienia dolegliwości bólowych i cierpień. W przypadku tak rozległej kamicy odlewowej nerki jaka wystąpiła o powódki trudno spodziewać się, aby jakiegokolwiek leczenie mogłoby być niebolesne (k. - 517). Stosowane zaś metody nie wywoływały ujemnych następstw, które miałyby obiektywny wpływ na obecny stan zdrowia powódki. Finalnie proces jej leczenia doprowadziłby do resekcji górnego segmentu lewej nerki, z tym że takowy zabieg mógłby zostać przeprowadzony wcześniej. Fakt, że proces leczniczy przeciągnął się w czasie nie może prowadzić do automatycznego stwierdzenia, że powódce została wyrządzona szkoda. Nie wykazała ona możliwości zakwalifikowania postępowania personelu medycznego jako błąd w sztuce medycznej, co w konsekwencji pozwalałoby obciążyć placówkę medyczną odpowiedzialnością odszkodowawczą.

Powódka w związku ze stosowanym leczeniem odczuwała dolegliwości bólowe, które uniemożliwiały jej normalne funkcjonowanie. Biegła sądowa z zakresu psychologii B. J. w opinii z 9 maja 2015 r. stwierdziła, iż skutek cierpień powódka doznała stresu pourazowego. Jednakże powyższa okoliczność nie miała znaczenia z uwagi na brak odpowiedzialności podmiotu leczniczego i w konsekwencji pozwanego ubezpieczyciela. Cierpienia bólowe powódki były normalnym następstwem trudnego ale prawidłowego leczenia, związanego z nieprzyjemnymi odczuciami, a nie były spowodowane zawinionym działaniem placówki medycznej. Biegły, zdaniem Sądu Rejonowego przejawiał przy tym dolegliwości powódki odnoszące się do konieczności stosowania diety i postawieniem w hierarchii wartości zdrowia jako jednego z najbardziej cenionych. Powinno to pozytywnie wpłynąć na stan jej zdrowia, w związku z czym nie sposób utożsamiać stosowania diety z negatywnymi konsekwencjami bolesnego leczenia.

Sąd Rejonowy nie stwierdził też podstaw do przyznania powódce zadośćuczynienia z tytułu naruszenia praw pacjenta sprecyzowanych w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z 6 listopada 2008 r. Wprawdzie dokumentacja medyczna prowadzona była przez Szpital Wojewódzki w Ł. w sposób niechlujny i zawierała szereg braków, jednakże nie dawało to jeszcze podstaw do przyznania powódce zadośćuczynienia zgodnie z art. 448 k.c. w zw. z art. 4 ust. 1 w zw. z ust. 3 pkt 2 i 3 ustawy o prawach pacjenta. Roszczenie to poza tym miało odrębny charakter od roszczenia o zadośćuczynienie przewidzianego w art. 445 § 1 k.c. (wyrok Sądu Najwyższego z 29 maja 2007r., sygn. V CSK 76/07). Przepis art. 445 § 1 k.c. rekompensuje bowiem skutki uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, natomiast przepis art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta chroni godność, prywatność i autonomię pacjenta – niezależnie od staranności i skuteczności zabiegu leczniczego.

Mając na względzie tak sformułowane przez powódkę zarzuty Sąd Rejonowy roszczenie o zadośćuczynienie ocenił także w odniesieniu do art. 4 ustawy o prawach pacjenta, w szczególności naruszenia prawa do informacji uzyskanej od lekarza i dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia, prawa do wyrażenia pisemnej zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych (art. 42 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry – tekst jedn. Dz. U. z 2011 r., nr 277, poz.1634 z późn. zm.).

Jak stwierdził Sąd Rejonowy, zgodnie z art. 31 ust 1 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza ma on 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. Stosownie zaś do art. 34 ust 1 ustawy lekarz może wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta, po uzyskaniu jego pisemnej zgody. Przyjmuje się, że obowiązek poinformowania o tych następstwach

zostanie dopełniony, gdy lekarz zwróci uwagę na normalne, przeciętne i typowe komplikacje (P. Daniluk, Obowiązek lekarza udzielenia pacjentowi informacji w związku z podejmowanymi czynnościami leczniczymi, PiM 2006, nr 3, s. 78; M. Nesterowicz, Prawo medyczne, Toruń 2000, s. 109). Sąd Rejonowy podkreślił, że powyższe stanowiska znalazło oparcie w orzecznictwie Sądu Najwyższego, w którym stwierdzono, że: lekarz powinien poinformować pacjenta o „bezpośrednich i zwykłych skutkach” (wyrok SN z dnia 27 sierpnia 1968 r., I CR 325/68.), oraz „nie jest wymagane pouczenie o wszelkich w ogóle możliwych skutkach, dla danego jednak wypadku normalnie niemożliwych do przewidzenia, nietypowych i mało prawdopodobnych” (wyrok SN z dnia 28 sierpnia 1972 r., II CR 296/72.), a także „nie ma konieczności powiadamiania pacjenta o wszelkich możliwych komplikacjach, zwłaszcza takich, które zdarzają się niezmiernie rzadko” (wyrok SN z dnia 29 października 2003 r., III CK 134/02).

Zdaniem Sądu Rejonowego nie znalazły potwierdzenia w materiale dowodowym zarzuty powódki, iż nie została ona poinformowana o „zabiegu ani znieczuleniu”, o „możliwości zastosowania innej metody leczenia” oraz o „stanie zdrowia po operacji”. Brak powyższych informacji w dokumentacji medycznej nie stanowił w ocenie Sądu Rejonowego dostatecznej podstawy do uznania powyższych zarzutów za zasadne. Nie można wykluczyć, iż powyższe informacje były udzielane powódce ustnie przez lekarza prowadzącego i personel medyczny Szpitala. Nie został bowiem zgłoszony dowód z zeznań lekarza A. P., który leczył powódkę, a sąd w świetle art. 3 i 232 k.p.c. nie był zobowiązany do poszukiwania środków dowodowych pozwalających na udowodnienie twierdzeń stron. Poza tym Sąd Rejonowy zauważył, że powódka dobrowolnie zgłosiła się do szpitala, a zatem nie może twierdzić, iż nie miała wiedzy co do celu wizyty oraz, że nie pozostawiono jej wyboru, w kwestii metody leczenia, na której, jak się wydaje, szczególnie jej zależało z uwagi na ciężące na niej obowiązki zawodowe. Bowiem jak wynika z dokumentacji medycznej dwa dni po zabiegu wypisała się ze szpitala na własną prośbę.

Odnosnie prawa dostępu do dokumentacji medycznej Sąd Rejonowy podkreślił, że wiąże się ono z obowiązkiem podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych do prowadzenia, przechowywania i udostępniania dokumentacji w sposób określony w przepisach, które przewidują między innymi konieczność dokonywania opisu stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych, a także odnotowanie przypadku wystąpienia okoliczności z art. 33 ust 1 ustawy o zawodzie lekarza. Bezspornym jest, że dokumentacja medyczna powódki miała pewne braki, co stwierdził biegły sporządzający opinię, jednakże były one marginalne i nie skutkowały błędami terapeutycznymi, a poza tym ich ujawnienie nie stanowiło podstawy przyznania zadośćuczynienia na zasadzie art. 4 ust. 1 w zw. z ust 3 pkt. 2 i 3 ustawy o prawach pacjenta. Przepisu pozwalającego sądowi – w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta – na przyznanie poszkodowanemu odpowiedniej sumy tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 k.c., nie stosuje się bowiem do zawinionego naruszenia prawa pacjenta do: informacji o rodzaju i zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia. Przepis art. 23 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta stanowi, że pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych. W celu realizacji prawa, o którym mowa w art. 23 ust. 1, podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób określony w niniejszym rozdziale (art. 24 ust. 1 cytowanej ustawy). Zadośćuczynienie z tytułu naruszenia prawa pacjenta dotyczyć mogłoby więc określonego w ustawie dostępu do dokumentacji medycznej, a nie sposobu jej prowadzenia – co stanowi jedynie wyraz realizacji prawa pacjenta do dokumentacji medycznej – jednakże roszczenie takie wyłączone zostało z mocy przepisu art. 4 ust 3 pkt. 3 ustawy o prawach pacjenta. Bez względu nawet na powyższe wyłączenie roszczenia o zadośćuczynienie, przepis art. 4 ust. 1 cytowanej ustawy wskazuje, że przyznanie zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta ma charakter fakultatywny. W ocenie Sądu Rejonowego, w rozpoznawanej sprawie brak byłoby podstaw do uwzględnienia tego roszczenia, z powodu marginalnego charakteru uchybień związanych z dokumentacją (uchybień te polegają w zasadzie na tym, że określone informacje znajdują się w nieprawidłowym miejscu dokumentacji medycznej – rozpoznanie schorzenia powódki znajduje się w dokumentacji z przychodni przyszpitalnej, a nie szpitala, a dodatkowe rozpoznanie w toku operacji w opisie operacji, a nie w karcie wypisowej) i fakt całkowicie poprawnej opieki nad powódką w toku pobytu w szpitalu (prawidłowa diagnoza, prawidłowa metoda leczenia, prawidłowo przeprowadzona operacja, bardzo szybko ujawnione powikłanie i prawidłowe jego leczenie a w konsekwencji brak jakichkolwiek negatywnych skutków dla zdrowia powódki). Ogólnym mianownikiem przyznania zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta byłaby



sytuacja, w której – na skutek naruszenia tych praw – pacjent może stracić zaufanie do służby zdrowia lub mieć uzasadnione poczucie, iż proces jego diagnostyki i leczenia był niedbały i niezgodny ze standardami medycznymi. W ocenie Sądu taka sytuacja nie zaistniała w trakcie leczenia powódki w Szpitalu Wojewódzkim w Ł.. Powódka zresztą na naruszenie jej praw pacjenta powoływała się dopiero podczas przesłuchania w charakterze strony, po zapoznaniu się z wynikami opinii biegłego. Wcześniej nie podnosiła powyższych zarzutów. Ponadto w żaden sposób nie udowodniła, iż straciła zaufanie do służby zdrowia czy też ma uzasadnione poczucie, iż proces jej diagnostyki i leczenia był niedbały i niezgodny ze standardami medycznymi. Ograniczyła się bowiem do zgłoszenia powyższych zarzutów nie potwierdzając ich żadnymi dowodami. Zatem jej odczucia jako subiektywne, nie mogły stanowić dostatecznej podstawy do uwzględnienia roszczeń.

Jako podstawę prawną rozstrzygnięcia Sąd Rejonowy powołał a contrario art. 430 k.c., art. 415 k.c. i art. 4 ust 1 i 3 pkt. 3 ustawy o prawach pacjenta.

O kosztach procesu rozstrzygnięto na podstawie art. 98 k.p.c. oraz § 6 pkt 5 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z 28 września 2002r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (Dz. U. Nr 163, poz. 1349), zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik procesu.

Powyższy wyrok został zaskarżony apelacją przez powódkę która zarzuciła:

I sprzeczność ustaleń faktycznych ze zgromadzonym materiałem dowodowym polegającą na:

1. ustaleniu przez sąd I instancji, że zaniechanie przez operatora rozszerzenia pierwszej operacji tj. pielolitotomii o dodatkowy zabieg – nefrolitotomię nie miało znaczenia dla dalszego procesu leczenia powódki, gdyż nawet przy wykonaniu nefrolitotomii, powódka wymagałaby dalszego leczenia, a w efekcie doznałaby cierpień, podczas gdy biegły dr. nauk med. C. T. na stronie 5 opinii z 9 marca 2015 r. wskazał, że zabieg taki powinien być wykonany celem zwiększenia ilości usuniętej masy złogów kamienia z (...) nerki lewej, zaś w wypadku gdyby przyczyną niewykonania nefrolitotomii miał być brak aparatu RTG na bloku operacyjnym, to zabieg pielolitotomii w ogóle nie powinien być wykonywany w W. Szpitalu w Ł., a pacjentkę należało przekazać do ośrodka o wyższym stopniu referencyjności,
2. braku ustalenia sądu I instancji, że dalszy proces leczenia powódki był konsekwencją pozostawienia w (...) nerki lewej dużej masy kamieni po zabiegu pielolitotomii podczas gdy wniosek taki wynika bezpośrednio z k. 6 opinii biegłego dr. nauk med. C. T.,
3. braku ustalenia przez sąd I instancji, że dwa zabiegi (...) wykonane 22 lutego 2012 r. i 3 października 2012 r. w ogóle nie powinny mieć miejsca, podczas gdy biegły C. T. wskazał na tę okoliczność w opinii z 9 marca 2015 r., podając, że wykonanie tych zabiegów było decyzją niewytłumaczalną w kontekście wcześniejszego niepowodzenia zastosowanej u powódki metody (...) w 2010 r.,
4. ustaleniu, że wykonane u powódki zabiegi (...) nie spowodowały krzywdy, tymczasem u powódki po każdym zabiegu (...) (także wykonanych 22 lutego 2012 r. i 3 października 2012 r.) następowało wydalanie pokruszonych kamieni, czego konsekwencją były kolki nerkowe, krwimocz, a nawet zatrzymanie moczu, co związane było z ogromnymi dolegliwościami bólowymi, tym bardziej, że pomimo takiej konieczności powódka nie miała założonego cewnika JJ przy każdym zabiegu (...), a nawet nie była poinformowana o takiej możliwości,
5. ustaleniu przez sąd I instancji, że przeprowadzenie w dniu 31 grudnia 2010 r. zabiegu (...) nie miało wpływu na dalsze losy chorej, oraz pominięcie faktu, że według biegłego C. T. zabieg ten był „mocno wątpliwy”, podczas gdy biegły nie wskazał, że zabieg ten był bez znaczenia dla losów powódki, a nadto – jak wynika z zeznań powódki – zabieg ten został wykonany bez znieczulenia, przez co powódka odczuwała ogromny ból w trakcie i po jego przeprowadzeniu,

6. braku ustalenia przez sąd I instancji, że powódka powinna być zakwalifikowana do zabiegu operacyjnego (...) już w okresie pierwszego roku, a nawet dwóch lat wcześniej, podczas gdy wniosek taki jednoznacznie wynika z opinii biegłego C. T.,

7. ustaleniu, że późne podjęcie przez lekarza prowadzącego decyzji o leczeniu inną metodą nie miało żadnego wpływu na cierpienia czy doznania bólowe powódki, podczas gdy dr A. P. nigdy nie podjął decyzji o leczeniu powódki inną metodą, nigdy nie zastosował metody zabiegu operacyjnego (...), a nawet jej nie zalecił oraz nie skierował pacjentki do innego ośrodka, w którym leczenie mogłoby być kontynuowane, co wynika z zeznań powódki oraz świadka M. Z., a przedłużający się proces leczenia spowodował wiele cierpień fizycznych i psychicznych powódki, która musiała szukać nowego lekarza we własnym zakresie,

8. poczynieniu ustaleń dotyczących wpływu procesu leczenia odlewowej kamicy nerkowej prowadzonego przez dr. A. P. na życie i zdrowie powódki zgodnie z opinią biegłej psycholog B. J. i obdarzenie tej opinii walorem wiarygodności, a następnie odmowy tej wiarygodności, w sytuacji gdy sąd nie wskazał z jakiego powodu opinia ta jest sprzeczna, niespójna, nielogiczna bądź nierzetelna, podczas gdy opinię tę sporządziła biegła z listy biegłych Sądu Okręgowego w Łomży, z wykształcenia psycholog, posiadająca specjalistyczną wiedzę oraz wieloletnie doświadczenie zawodowe,

9. ustaleniu, że cierpienia powódki opisane w opinii biegłej psycholog były następstwem prawidłowo prowadzonego procesu leczenia, podczas gdy opisana przez biegłą krzywda powódki powstała w wyniku działań dr A. P., zakwalifikowanych przez biegłego z zakresu urologii C. T. jako brak należytej staranności lekarza, a zatem krzywda ta pozostawała w normalnym związku przyczynowo – skutkowym z działaniem dr. A. P. w trakcie procesu leczenia powódki w latach 2009 – 2012,

10. ustaleniu przez sąd I instancji, że powódka żąda zadośćuczynienia na podstawie art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w związku z niewłaściwym dostępem do dokumentacji medycznej. podczas gdy w rzeczywistości żądanie dotyczyło zadośćuczynienia za naruszenie jej prawa do rzetelnie prowadzonej dokumentacji medycznej, odzwierciedlającej rzeczywisty przebieg procesu leczenia,

11. ustaleniu przez sąd I instancji, że nieprawidłowości w prowadzeniu dokumentacji medycznej powódki w Wojewódzkim Szpitalu w Ł. miały charakter marginalny, podczas gdy zgromadzony w sprawie materiał dowodowy, a przede wszystkim z opinii biegłego z zakresu urologii C. T. wynika, że prowadzenie dokumentacji dotyczącej leczenia powódki przez lekarzy zatrudnionych w Szpitalu Wojewódzkim w Ł. był „absolutnie skandaliczne”, ustaleniu przez sąd, że powódka nie udowodniła, że nie była informowana przez lekarza o prowadzonym procesie leczenia, np. możliwości założenia cewników JJ, możliwości wykonania zabiegu bardziej inwazyjnego – (...), o przebiegu i następstwach przebytych zabiegów, bądź nie udzielała zgody na zabiegi operacyjne, podczas gdy sąd dysponował zeznaniami powódki, dokumentacją medyczną i opinią biegłego z zakresu urologii, z której wynika, że powódka nie została poinformowana przez lekarza prowadzącego, że pielolitomia jako operacja radykalna jest zabiegiem z wyboru, skracającym, maksymalnie czas leczenia, ale jej skuteczność nie jest stuprocentowa i może istnieć potrzeba dalszego leczenia kamicy resztkowej, a także , iż w dokumentacji medycznej brak jest zgody na zabiegi operacyjne ja w wypadku zabiegu (...) wykonanego w 2009 r, brak przeprowadzenia odpowiedniej diagnostyki, zlecenia czy przeprowadzania wymaganych badań np. morfologii czy RTG,

12. ustaleniu, że powódka nie udowodniła, że straciła zaufanie do służby zdrowia, czy też ma uzasadnione poczucie, że proces diagnostyki i leczenia był niedbały i niezgodny ze standardami medycznymi, podczas gdy zupełnie co innego wynikało z zeznań powódki oraz opinii biegłej psycholog z 9 września 20`5 r., a sąd z niewiadomych przyczyn przemilczał te dowody;

II naruszenie przepisów prawa materialnego mające wpływ na treść zaskarżonego orzeczenia tj.

1. art. 430 k.c. poprzez błędną wykładnię pojęcia „winy” wyrażającą się w uznaniu, że zachowaniu dr. A. P. w trakcie procesu leczenia powódki w Szpitalu Wojewódzkim w Ł. w latach 2009 – 2012 r. nie można przypisać winy, podczas

gdy z opinii biegłego C. T. wynika jednoznacznie, że działanie tego lekarza charakteryzowało się brakiem należytej staranności, a sąd uznał powyższą opinię za wiarygodną w całości,

2. art. 4 ust. 3pkt 3 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z 6 listopada 2008 r. (tekst jedn. Dz. U. z 2012 r., poz. 159) poprzez jego zastosowanie, w sytuacji gdy powódka jako podstawę faktyczną roszczenia o zadośćuczynienie na podstawie art. 4 ust. 1 tej ustawy wskazywała brak rzetelnie prowadzonej dokumentacji odzwierciedlającej rzeczywisty przebieg procesu leczenia, a nie naruszenie jej prawa dostępu do dokumentacji medycznej.

Na tej podstawie skarżąca wniosła o zmianę zaskarżonego wyroku w całości poprzez zasądzenie od pozwanego na jej rzecz zadośćuczynienia w kwocie 30.000 złotych z ustawowymi odsetkami od 21 listopada 2013 r.

Sąd Okręgowy ustalił i zważył co następuje:

Apelację należało uznać za zasadną.

Za trafne należało uznać zarzuty dotyczące podstawy faktycznej rozstrzygnięcia, a przede wszystkim dotyczące oceny materiału dowodowego zebranego w sprawie. Sąd Rejonowy dysponował całością dowodów przedstawionych przez strony. Nie zasadności z prowadzenia dowodów z urzędu, w szczególności nie uznał za konieczne przesłuchanie lekarza prowadzącego leczenie powódki A. P., wskazując, że strony reprezentowane przez fachowych pełnomocników takiego wniosku nie zgłosiły. W tym miejscu zauważyć można, że niedopuszczenie urzędu dowodu niezbędnego do rozpoznania dochodzonego roszczenia może stanowić o stanowi naruszeniu art. 232 zdanie drugie k.p.c., także wtedy, gdy stronę reprezentuje zawodowy pełnomocnik. W niniejszej sprawie, w której zebrano dokumentację dotyczącą leczenia powódki w zakresie w jakim została sporządzona, można się zgodzić, że nie było potrzeby zastępowania przez sąd inicjatywy obu stron, z których żadna potrzeby przeprowadzenia tego dowodu nie widziała.

Roszczenie powódki wynika z treści art. 805 k.c. i 808 §1 k.c. oraz umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej łączącej ubezpieczyciela z ubezpieczającym Szpitalem Wojewódzkim w Ł., który jak w rozpatrywanej sytuacji, ubezpieczył własny interes majątkowy, wskazując jednocześnie uprawnionych do otrzymania świadczenia w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego. W świetle art. 822 §1 k.c. ubezpieczyciel przez umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zobowiązuje się do zapłacenia określonego w umowie odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim, wobec których odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczający albo ubezpieczony. Uprawniony do odszkodowania w związku ze zdarzeniem objętym umową ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej może przy tym dochodzić roszczenia bezpośrednio od ubezpieczyciela (§4). W związku z powyższym ustalić należało czy ubezpieczony winien ponieść odpowiedzialność odszkodowawczą względem powódki w związku z zastosowanym względem niej sposobem leczenia.

Odpowiedzialność Szpitala Wojewódzkiego w Ł. (posiadającego osobowość prawną jako jednostka podległa samorządowi województwa (...)) za szkody wyrządzone przez personel medyczny wynika z art. 430 k.c. w zw. z art. 416 k.c. i 415 k.c. Powierzenie zadań z dziedziny świadczenia usług leczniczych fachowemu podmiotowi w postaci szpitala jako samodzielnego podmiotu prawnego wykluczyło bezpośrednią odpowiedzialność jednostki samorządu terytorialnego (art. 429 k.c.). Art. 416 k.c., tak samo jak art. 415 k.c. statuuje odpowiedzialność na zasadzie winy.

Do ogólnych przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej za czyn niedozwolony należą: fakt stanowiący przyczynę sprawczą szkody z którym ustawa łączy obowiązek jej naprawienia, szkoda i jej powstanie oraz związek przyczynowy zachodzący pomiędzy tym zdarzeniem a szkodą oraz wina jako zasada odpowiedzialności za delikt w sensie obiektywnym (bezprawność) i subiektywnym, dotyczącym sfery wolicjonalnej. Charakteryzując bezprawność można odwołać się do kryterium sprzeczności z zasadami porządku prawnego w znaczeniu reguł postępowania wyznaczonych przez nakazy i zakazy całokształtu przepisów prawa pozytywnego oraz zasad współżycia społecznego. W stosunku do lekarza za obiektywny element winy można uważać uchybienie obowiązkowi zawodowemu, traktowanym szeroko, wynikającym z zasad wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii zawodowej.

Przez pojęcie winy umyślnej w znaczeniu subiektywnym na tle prawa cywilnego, a odpowiedzialności deliktowej w szczególności, należy rozumieć tzw. zły zamiar; polegający na tym, że sprawca podejmując bezprawne działanie (zaniechanie) sprzeczne z regułami, przewidywał skutki naruszenia konkretnego dobra i chciał aby one nastąpiły, tj. w sposób świadomy dążył do skutku o charakterze szkody. Winę nieumyślną stanowi niedbalstwo, tym różniące się od winy umyślnej, że sprawca nie dąży do wyrządzenia szkody. Przyjmuje się, że cechą winy nieumyślnej jest nieprawidłowość sytuacji motywacyjnej, błędna ocena uświadomionego sobie zachowania w kwestii możliwości wyrządzenia szkody albo też brak wyobrażenia o znaczeniu swego postępowania i w następstwie wywołanie szkody (krzywdy), pomimo istnienia powinności, obowiązku, którego nie spełniono. Charakterystyczne jest odnoszenie danego postępowania do wzorca jako miernika staranności, która powinna i mogła być zachowana w stosunkach danego rodzaju. Tylko niekiedy z pojęcia niedbalstwa jest wyłączany tzw. dolus eventualis – gdy sprawca ma świadomość i wolę podjęcia bezprawnego działania, chociażby w sposób zdecydowany nie dążył do osiągnięcia skutku w postaci szkody (por. nadal aktualny System Prawa Cywilnego t III, część 1 Prawo zobowiązań, część ogólna pod red. Zbigniewa Radwańskiego, wyd. Ossolineum 1981 r., s. 528 – 550).

W postępowaniu na skutek zarzutu błędu medycznego konieczne jest zbadanie obowiązków lekarza, czy ogólnie personelu medycznego oraz na tym tle ustalenie czy dołożono należytej staranności jakiej można wymagać w danych warunkach, porównując następnie powyższe ustalenia z abstrakcyjnym wzorcem postępowania „dobrego fachowca”, uwzględniającego stan wiedzy medycznej i staranności. Jeżeli zachowania te odbiegają od powyższego wzorca można mówić o niedbalstwie. Przypisanie umyślności, możliwe byłoby w wypadku dążenia do rozmyślnego wyrządzenia pacjentowi szkody poprzez świadome, celowe nieprzetrzymanie procedur medycznych, bądź zaniechanie.

W niniejszej sprawie powódka zarzuciła zastosowanie niewłaściwych metod leczenia schorzenia kamicy nerkowej, które naraziły ją na ogromne cierpienia fizyczne i psychiczne trwające przez okres trzech lat, które nie przyniosły oczekiwanych skutków, mimo że możliwe było zastosowanie metody inwazyjnej w postaci resekcji górnego segmentu nerki lewej. Oddalając powództwo Sąd Rejonowy uznał, że metody lecznicze stosowane względem powódki były ogólnie przyjęte i zgodne z wiedzą medyczną. Nie można więc było postawić personelowi medycznemu Szpitala Wojewódzkiego w Ł. zarzutu dopuszczenia się błędu medycznego. Swoje rozumowanie Sąd Rejonowy oparł na opinii specjalisty z zakresu urologii dr. n. med. C. T..

Sąd Okręgowy uwzględnił ustalenia Sądu Rejonowego dotyczące przebiegu procesu leczenia powódki, przyjmując je jako podstawę swoich ustaleń faktycznych. Nie można jednak było podzielić wniosków wyciągniętych z analizy powyższych dowodów, a przede wszystkim opinii biegłego z zakresu urologii, sporządzonej na potrzeby przedmiotowej sprawy i dodatkowo uzupełnionej w toku postępowania odwoławczego.

Powyższa opinia jako zawierająca wiadomości specjalne miała istotne znaczenie. Sąd Okręgowy podzielił ją całości, wyciągając jednak wnioski odmienne od przyjętych przez Sąd Rejonowy.

Z opinii tej wynika wyraźnie, że u powódki od początku leczenia stwierdzono tzw. kamice odlewową. Jest to schorzenie skomplikowanej kamicy nerek, stanowiące największe wyzwanie dla lekarzy i pacjentów. W wypadku powódki zostało jej zaproponowane leczenie zabiegowe (operacyjne) metodą pielolitolitotomii (wykonane 14 grudnia 2009 r.), dotyczące likwidacji głównej masy kamienia. Był to zabieg jak najbardziej wskazany. Jednak pacjentka winna zostać pouczona, że po zabiegu należało się spodziewać dalszego leczenia kamicy resztkowej. Brak danych aby powódka została poinformowana, że w szpitalu w Ł. nie będzie ewentualnej możliwości rozszerzenia zabiegu pielolitolitotomii o nefrolitolitomię celem usunięcia większej masy kamicy wobec braku możliwości kontroli RTG w warunkach bloku operacyjnego. Tymczasem jak wskazał biegły, w takiej sytuacji zabieg u powódki nie powinien być w ogóle wykonywany, a pacjentka powinna być skierowana do ośrodka o wyższym stopniu referencyjności (k. 471).

W rezultacie u powódki pozostała znaczna masa kamieni nerkowych, co zrodziło konieczność dalszych zabiegów. W dniu 23 grudnia 2009 r. wykonano małoinwazyjny zabieg (...) dotyczący kruszenia i usunięcia złożu ze światła moczowodu. W późniejszym czasie u powódki wykonano cztery zabiegi (...) dotyczące kruszenia kamieni (w okresie od 12 stycznia 2010 r. do 21 września 2010 r.), po których nie była zaopatrzona w cewnik D. (...) w moczowodzie (usunięty

12 stycznia 2010 r.), co skutkowało bardzo bolesnymi kolkami nerkowymi. W połowie grudnia 2010 r. wykonano u powódki zabieg (...), o którym brakło głębszej informacji w dokumentacji pacjentki, a w szczególności o skutkach zabiegu co do masy usuniętych kamieni. Brak także było danych o sposobie opieki pooperacyjnej. Po opuszczeniu szpitala w dniu 20 grudnia 2010 r., powódka była dwukrotnie przyjmowana na oddział (w dniach 27 grudnia i 30 grudnia 2010 r.) na skutek tamponady pęcherza moczowego skrzepami krwi oraz kolki nerkowej. W dniu 31 grudnia 2010 r. wykonano zabieg (...) usuwając skrzepy krwi z moczowodu. Celowość tego zabiegu wobec krwawienia z układu kielichowo miedniczkowego nerki biegły uznał za wątpliwą. Wobec braku dalszej dokumentacji powódki z okresu od 4 stycznia 2011 r. do 22 sierpnia 2012 r. nie można było ustalić rodzaju podejmowanych działań medycznych. Z twierdzeń powódki (k. 604 odwrot – 605) wynikało, że miała stany zapalne układu moczowego, otrzymywała antybiotyki, zgłaszała się na comiesięczne wizyty. W sierpniu 2012 r. zakwalifikowano powódkę do ponownego zabiegu (...), który nie był celowy w konkretnej sytuacji, skoro dotychczasowe leczenie tą metodą (sprzężoną z innymi) nie dało efektów. Kolejny taki zabieg przeprowadzono jeszcze 3 października 2012 r.

Podkreślenia wymaga fakt, że pod koniec roku 2012 r. powódka została pozostawiona własnemu losowi. Lekarz prowadzący, jak podała, na jesieni 2012 r. polecił jej czekać do stycznia 2013 r., mówił o konieczności usunięcia nerki; nie skierował jej do innego ośrodka medycznego. Wówczas powódka na własną rękę poszukała lekarza w B.. Po resekcji górnego segmentu nerki lewej leczenie powódki zostało zakończone w czerwcu 2013 r.

Mając na względzie opinię biegłego, uzupełnioną dodatkowo w toku postępowania odwoławczego, a także informację Szpitala Wojewódzkiego w Ł. o posiadaniu aparatury RTG na bloku operacyjnym, zgodzić się trzeba ze skarżącą, że planując zabieg pielolitotomii lekarz prowadzący winien od początku rozważać rozszerzenie o zabieg nefrolitotomii, biorąc pod uwagę maksymalne usunięcie masy kamieni nerkowych. Powódka o tych możliwościach powinna też zostać poinformowana. Są to bowiem informacje zasadnicze, pozwalające podjąć decyzje o sposobie leczenia w obrębie proponowanych metod. Sąd podzielił stanowisko biegłego, że w wypadku braku powyższej aparatury pacjentka winna być skierowana do ośrodka o wyższym stopniu referencyjności.

Skoro jednak aparatura taka była, to biegły nie miał wątpliwości, że powinna zostać użyta. Tymczasem niewątpliwym jest, że śródoperacyjnych badań RTG u powódki nie przeprowadzono. Gdyby takowe zostały dokonane, to – jak podkreślił biegły – operujący mieliby możliwość spostrzeżenia, że miąższ górnego bieguna nerki był bardzo cienki (co stwierdzono podczas zabiegu w B.), co mogłoby skutkować decyzją o resekcji tego fragmentu podczas pierwszej operacji. Biegły wykluczył aby taka redukcja miąższu mogła nastąpić w ciągu dwóch lat między zabiegiem pielolitotomii a zabiegiem resekcji przeprowadzonym w B., była bowiem konsekwencją wieloletniego ucisku kamieni na tkanki górnego bieguna.

Na początku podejmowanego leczenia zabrakło zresztą omówienia z powódką dostępnych metod leczenia, przedstawienia jej zalet i wad, co umożliwiłoby jej podjęcie decyzji. Kwestia ta ma o tyle znaczenie, że lekarze nie mogą bronić się brakiem niezbędnego rozszerzenia planowanego zabiegu wobec braku zgody pacjentki na zabieg bardziej inwazyjny. U powódki nie wystąpiły nietypowe warunki anatomiczne czy niespodziewany przebieg schorzenia. Kwestie te biegły ocenił jako brak należytej staranności, przewidywalności oraz medycznej empatii w stosunku do pacjentki z tak trudnym przypadkiem medycznym.

Podkreślić trzeba, że dalsze leczenie powódki było konsekwencją zakresu pierwszego zabiegu pielolitotomii. Nawet przyjmując zastosowaną metodę, podkreślić trzeba, że nie było podstaw do tak długiego stosowania u powódki zabiegów (...). Jak stwierdził biegły taką metodę można stosować przez okres kilku (dwóch, trzech) miesięcy, ale nie 36 miesięcy. Wobec nieskuteczności należy stosować metody bardziej inwazyjne. Tymczasem u powódki decyzja o zastosowaniu inwazyjnego zabiegu (...) nastąpiła dopiero w grudniu 2010 r., czyli po upływie roku. Po upływie dalszych prawie dwóch lat ponownie zastosowano metodę (...) (w drugiej połowie 2012 r.). Decyzję tę biegły uznał za niewytłumaczalną, za błąd w rozumowaniu o właściwym postępowaniu, wręcz wskazał na niewiedzę i słabe wykształcenie w profesji.

Dodać należy, że biegły uznał za błędne i zbędne wykonanie zabiegu (...) w dniu 31 grudnia 2010 r. w celu usunięcia skrzepów krwi z dróg moczowych, a tym bardziej wykonania go bez znieczulenia, co w żadnym wypadku nie powinno mieć miejsca. Za wątpliwy uznał taki zabieg w wypadku poszukiwania w moczowodzie złożeń, skoro doszło do krwawienia z układu kielichowo miedniczkowego nerki po zabiegu (...). Nie przeprowadzono natomiast zabiegu embolizacji wybiórczej. Tylko szczęśliwym dla pacjentki zbiegiem okoliczności krwawienie ustąpiło samoistnie.

Biegły podkreślił też możliwość stosowania u powódki cewnika po zabiegach (...), co pozwoliłoby uniknąć ataków kolki nerkowej wynikających z blokowania moczowodu po spadnięciu do niego skruszonych złożeń. Wskazał, że cewnik może powodować też negatywne skutki (np. podtrzymywanie zakażeń, także niekiedy zatykanie się). Niemniej istotnym jest, że powódka nie została poinformowana o takiej możliwości uniknięcia poważnych cierpień na skutek kolki nerkowej po zabiegach (...).

Te wszystkie okoliczności wskazują na poważne błędy w procesie leczenia powódki. Nie można przyjmować tak jak uczynił to Sąd Rejonowy, że zastosowane metody są zgodne z wiedzą medyczną i przyjmowane powszechnie w leczeniu odlewowej kamicy nerkowej. Niewątpliwie metody te są uznane w medycynie i teoretycznie prawidłowe, jednak istotne było właściwe zastosowanie ich w konkretnej sytuacji, a jak wynika z opinii biegłego proces leczenia powódki nie był prawidłowo ustalony w kontekście dostępnych i celowych działań. Dlatego należało podzielić zawarty w apelacji pogląd, że podczas leczenia powódki nie dochowano należytej staranności w kontekście stanu wiedzy medycznej i można mówić o winie personelu medycznego w postaci niedbalstwa.

W tym miejscu podkreślić trzeba bardzo niedbały sposób prowadzenia dokumentacji medycznej powódki, w której nie było podstawowych informacji dotyczących np. pisemnej zgody na zabiegi, zakresu zabiegów, prowadzonych badań przed i po zabiegach, informacji o lekarzach operatorach, niechlujnych wywiadów, co wynika ze szczegółowych opisów w opinii biegłego, który uznał to za „skandaliczne” oraz stwarzające obraz nierzetelności i braku profesjonalizmu panującego na oddziale (k. 475).

Fakt, że nie każdy pacjent może liczyć na pomoc medyczną na najwyższym poziomie w najlepszym ośrodku, nie oznacza, że leczenie w ośrodku o niższym stopniu referencyjności dopuszcza brak staranności. Dodać należy, że powódka była leczona w specjalistycznym oddziale urologicznym Szpitala Wojewódzkiego w Ł., posiadającego II poziom referencyjny. Oddział ten ma akredytację Ministerstwa Zdrowia na prowadzenie specjalizacji lekarskich w dziedzinie urologii, dlatego dysponuje wyposażeniem odpowiednim dla tej specjalności (k. 680). Nawet przy założeniu dokonany przez Sąd Rejonowy, że placówka ta nie dysponowała aparaturą RTG na bloku operacyjnym (co nie okazało trafne w świetle powyższej informacji), powódka miała prawo liczyć, że w wypadku prawidłowo zdiagnozowanego skomplikowanego schorzenia (kamicy odlewowej), będzie skierowana do placówki o wyższym stopniu referencyjności, pozwalającej zastosować skuteczną terapię, zgodną z aktualną wiedzą medyczną. Podjęcie leczenia zabiegowego w sytuacji niedostatecznego wyposażenia bloku operacyjnego należałoby także uznać za błąd obciążający personel medyczny. W zaistniałej sytuacji, właściwego wyposażenia oddziału i bloku operacyjnego – decyzja o zakresie zabiegu, podczas którego w sposób oczywisty nie wykorzystano możliwości zbadania rozmiaru złożeń nerki i ewentualnego rozszerzenia zabiegu (o nefrolitotomię) w celu jego maksymalnej skuteczności, musiała być uznana za błędną, podjętą bez zachowania należytej staranności. Powódka nie odmówiła ewentualnego rozszerzenia zabiegu, nie zapytano ją bowiem o to. Podkreślić trzeba, że powódka wyrażała zgodę na wszystkie proponowanej jej zabiegi.

W rezultacie zastosowana metoda leczenia była nieskuteczna i bardzo uciążliwa dla powódki, przysporzyła jej poważnych cierpień, których mogłaby uniknąć przynajmniej w okresie ponad dwóch lat leczenia poprzedzających zabieg resekcji dokonany w B.. W szczególności nie powinna znosić zabiegów bez znieczulenia. Niewątpliwym jest, że leczenie powódki powinno trwać znacznie krócej, nie przekraczając okresu kilku miesięcy od pierwszego zabiegu, po stwierdzeniu nieskuteczności leczenia.

Na tym tle roszczenie powódki o zadośćuczynienie przewidziane w art. 445 §1 k.c. w zw. z art. 444 §1 k.c. należało uznać za zasadne. Można bowiem mówić o rozstroju zdrowia psychicznego powódki spowodowanym długotrwałym

leczeniem. Stopień i rodzaj cierpień powódki został opisany w opinii biegłej z zakresu psychologii (k. 546 – 551), która nie była kwestionowana w toku procesu i której wnioski Sąd podzielił w całości. W szczególności podkreślić trzeba, że powódka doznała przedłużonej reakcji na stres, co skutkowało podniesieniem poziomu lęku i obniżeniem odporności na stres. Można założyć, że trauma doznana w związku z leczeniem zabiegowym nie byłaby tak poważna, gdyby leczenie to było znacznie krótsze, zakończone pomyślnie, tak jak się to stało po zabiegu resekcji przeprowadzonym w B..

Podkreślić należy, że zadośćuczynienie pieniężne przewidziane w art. 445 k.c. ma przede wszystkim na celu złagodzenie doznanych przez poszkodowanego cierpień. Obejmuje ono wszystkie cierpienia fizyczne i psychiczne, zarówno już doznane, jak i te, które zapewne wystąpią w przyszłości. Ma więc ono charakter całościowy i powinno stanowić rekompensatę pieniężną za całą krzywdę doznaną przez poszkodowanego, mowa jest bowiem o „odpowiedniej sumie tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę”, przyznawaną jednorazowo. Określenie wysokości zadośćuczynienia zależy od uznania sądu i powinno być dokonane z uwzględnieniem wszystkich okoliczności mających wpływ na rozmiar doznanej krzywdy, a w szczególności wieku poszkodowanego, czasu trwania jego cierpień oraz ich dolegliwości.

Niewątpliwie poczucie krzywdy powódki pogłębiło się po stwierdzeniu wyjątkowo nierzetelnego prowadzenia dokumentacji medycznej, w tym związanej z całkowitym brakiem dokumentacji z okresu od 4 stycznia 2011 r. do 22 sierpnia 2012 r., mimo że w tym czasie powódka wielokrotnie była na wizytach konsultacyjnych, otrzymywała leki. W kontekście urazów psychicznych doznanych przez nią na skutek dotkniętego niedbalstwem (w rozumieniu prawa cywilnego) i przez to nadmiernie przedłużonego leczenia zwiększyło to cierpienia powódki.

Zakres pisma procesowego powódki z 19 listopada 2015 r. (k. 570 – 572), rozszerzającego powództwo dawał podstawy do oceny tak rozszerzonego roszczenia na tle art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn. Dz. U. z 2012 r., poz. 159), obowiązującej w dacie leczenia powódki. Powódka nie twierdziła jednak, że nie miała dostępu do tej dokumentacji. Zresztą w §3 art. 4 cyt. ustawy wykluczono stosowanie ust. 1 cyt. przepisu do zawinionego naruszenia prawa pacjenta w kwestii dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia.

Niewątpliwie prowadzenie dokumentacji winno być rzetelne i dokonywane zgodnie z art. 24 wówczas obowiązującej ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta(...) w zw. z art. 41 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jedn. Dz. U. z 2011 r. nr 277, poz. 1634 z późn. zm.). Rażąco wadliwy sposób prowadzenia tej dokumentacji, który biegły określił jako skandaliczny, miał wpływ na poczucie krzywdy powódki, która przez to, co zrozumiałe, utraciła zaufanie do personelu medycznego placówki leczniczej – Szpitala Wojewódzkiego w Ł.. Dlatego jej żądanie w tym zakresie Sąd Okręgowy uznał za zasadne na mocy art. 448 k.c. w związku z przepisami powołanymi powyżej.

Żądania powódki w zakresie powyższych roszczeń Sąd ocenił jako umiarkowane biorąc pod uwagę, że rozmiar doznanej krzywdy, czasu trwania jego cierpień oraz odczuwane dolegliwości, w tym psychiczne, stanowiące reakcję na nadmiernie przedłużony stres oraz potraktowanie skutkujące utratą zaufania do personelu medycznego, a także fizyczne – wynikające z nadmiernie długo trwającego leczenia i zabiegów bolesnych w skutkach.

Dlatego dochodzona suma pieniężna w kwocie 30.000 zł (20.000 zł oraz 10.000 zł) została uwzględniona w całości. O odsetkach orzeczono zgodnie z żądaniem od dnia następnego po upływie miesiąca od daty zgłoszenia roszczenia do ubezpieczyciela, które to żądanie przekraczało sumy dochodzone w niniejszym procesie.

Wobec powyższego zapadły wyrok został zmieniony na podstawie art. 386 §1 k.p.c. O kosztach procesu za obie instancje orzeczono na mocy art. 98 k.p.c. w zw. z art. 113 ust. 2 ustawy z 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (tekst jedn. Dz. U. z 2016 r. poz.623).