

UZASADNIENIE

Pozwem z 24 lutego 2016 roku E. M. wniosła o zasądzenie na jej rzecz od (...) SA w W. i Wojewódzkiego Szpitala (...) SPZOZ w Ł. w ten sposób, że zapłata przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego z nich z długu do wysokości dokonanej zapłaty:

- kwoty 400 000 zł wraz z odsetkami ustawowymi od 10 czerwca 2014 r. do 31 grudnia 2015 r. i odsetkami za opóźnienie od 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę w związku z popełnieniem przez (...) im. M. K. w Ł. błędu medycznego,

- kwoty 61.595,43 zł wraz z odsetkami ustawowymi od 10 czerwca 2014 r. do 31 grudnia 2015 r. i odsetkami za opóźnienie od 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty tytułem odszkodowania,

- renty z tytułu zwiększonych potrzeb w kwocie 3.710 zł płatnej co miesiąc począwszy od dnia 1 marca 2016 r. i na przyszłość wraz z ustawowymi odsetkami w przypadku uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat.

Nadto powódka wniosła o ustalenie odpowiedzialności pozwanych za dalsze mogące nastąpić w przyszłości u powódki skutki błędu medycznego, a także o zasądzenie zwrotu kosztów postępowania.

W uzasadnieniu powódka wskazała, że w końcu 2012 roku wykryto w jej piersi guz. Po pogłębionym badaniu w lutym 2013 roku w pozwanym Szpitalu ustalono rozpoznanie „norma” i zalecono badanie za 2 lata. Powódka we wrześniu 2013 roku wykonała prywatne badanie, które wykazało, że guz w jej piersi się powiększył, badanie histopatologiczne ujawniło raka piersi charakteryzującego się dużą agresywnością. W maju 2014 r. powódka przeszła zabieg amputacji piersi i pachowych węzłów chłonnych. Z uwagi na wystąpienie przerzutów nowotworu do wątroby, powódka jest poddawana chemioterapii paliatywnej. W ocenie powódki błąd diagnostyczny popełniony przez szpital spowodował, że sama diagnoza oraz proces leczenia opóźniły się o 9 miesięcy, tym samym pozwani winni ponieść koszty związane z opieką osób trzecich, zakupem leków, rehabilitacji, zwiększonych kosztów zbilansowanej diety.

Powódka zgłosiła szkodę pozwanym, łącznie na jej rzecz wypłacono 55.000 zł tytułem zadośćuczynienia i 1.683,57 zł tytułem odszkodowania, które to kwoty w ocenie powódki nie są adekwatne do doznanej przez nią szkody.

(pozew k. 2-8)

Pozwany Wojewódzki Szpital (...) w Ł. wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie od powódki zwrotu kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego. Podniesiono, że wobec powódki zostały podjęte prawidłowe czynności medyczne, jakich wymagał jej stan zdrowia. Jednocześnie wskazano, że powódka nie udowodniła, że zmiana rozpoznana we wrześniu 2013 r. była wykrywalna w lutym 2013 r. podczas badania w pozwanym Szpitalu. Zakwestionowano również datę początkową naliczania odsetek od ewentualnie zasądzonej kwoty.

(odpowiedź na pozew k. 121-126)

Pozwany (...) SA w W. wniósł o oddalenie powództwa oraz zasądzenie od powódki zwrotu kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego. Wskazano, że ubezpieczyciel przeprowadził postępowanie likwidacyjne i wypłacił powódce łącznie 55.000 zł tytułem zadośćuczynienia oraz 1.683,57 zł tytułem odszkodowania, a także wypłaca na rzecz powódki dożywotnią rentę w kwocie 250 zł tytułem zwiększonych potrzeb – w ocenie tego pozwanego roszczenia powódki zostały znacznie zawyżone.

(odpowiedź na pozew k. 146-148)

Pismem z 12 kwietnia 2017 roku powódka dokonała modyfikacji powództwa w ten sposób, że rozszerzyła podstawę faktyczną powództwa domagając się zasądzenia pierwotnie żądanych kwot oraz ustalenia odpowiedzialności na

przyszłość – również w związku z popełnieniem przez pozwanego Szpital błędu medycznego (diagnostycznego) polegającego na zaniechaniu pilnego skierowania powódki na zabieg radioterapii, pomimo ustalenia w dniu 25 czerwca 2014 roku pilnej potrzeby wykonania takich zabiegów, a w konsekwencji rozpoczęcia wskazanych zabiegów dopiero w dniu 27 sierpnia 2014 roku, tj. po dwóch miesiącach, co skutkowało znacznym pogorszeniem stanu zdrowia powódki, w tym kolejnymi przerzutami.

(pismo procesowe k. 284-288v)

Pozwany Szpital wniósł o oddalenie powództwa również w zakresie rozszerzonej podstawy faktycznej.

(pismo procesowe k. 302-304)

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:

E. M. od wielu lat wykonywała profilaktyczne badania mammograficzne, brała udział w programie wczesnego wykrywania raka piersi. W dniu 23 listopada 2012 roku powódka miała wykonane w mammobusie badanie, które wykazało konieczność dalszej diagnostyki - w ogonie S.'a lewej piersi wykryto guzek o średnicy 15mm (skala (...) 0).

(skierowanie k. 15, zeznania powódki na rozprawie 22.06.2016 r. k. 199v-201, 00:06:21-01:32:28, ocena zdjęć mammograficznych k. 457-460)

Powódka zgłosiła się do (...) im. M. K. w Ł., gdzie po wykonaniu w dniu 25 lutego 2013 roku badań dodatkowych (badanie fizykalne, USG, porada) ustalono rozpoznanie: „usg piersi – norma; w dołach pachowych stłuszczałe węzły chłonne”. Zalecono powódce kolejne badanie za 2 lata.

(informacja k. 16, wynik k. 138, zeznania powódki na rozprawie 22.06.2016 r. k. 199v-201, 00:06:21-01:32:28, obraz z Systemu Informatycznego Monitorowania (...) k. 232)

We wrześniu 2013 roku powódka sama wyczuła guz koło pachy – poszła do lekarza ogólnego, który zalecił wykonanie badania USG. W dniu 25 września 2013 roku E. M. udała się na badanie USG piersi. W lewej piersi w kwadrancie dolnym zewnętrznym ujawniono ognisko lite hypoechogeniczne o średnicy 22mm o promienistych granicach. Ponadto w szczycie ogona S.'a ujawniono podejrzaną ognisko o średnicy 8mm dające stłumienie echa za ścianą tylną.

Pobrano materiał do badań histopatologicznych, które wykazały naciekający rak sutka G2 piersi lewej oraz komórki raka gruczołowego [(...) (3+) pozytywny].

(dokumentacja medyczna k. 17-19, zeznania powódki na rozprawie 22.06.2016 r. k. 199v-201, 00:06:21-01:32:28)

Od 31 października do 1 listopada 2013 roku powódka przebywała w SP ZOZ MSW w Ł. na Oddziale (...) Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej z Pododdziałem Chemioterapii z rozpoznaniem: rak piersi lewej miejscowo zaawansowany, przerzuty do węzłów chłonnych pachowych, w trakcie chemioterapii przedoperacyjnej - celem decyzji co do leczenia onkologicznego. Powódkę zakwalifikowano do sekwencyjnej chemioterapii przedoperacyjnej wg schematu AC-T, którą przeprowadzono w okresie od 21 listopada 2013 roku do 27 marca 2014 roku w postaci 8 cykli co 3 tygodnie. Każdorazowo przed podaniem kroplówki z lekiem, wykonywano powódce badanie krwi.

W dniu 9 maja 2014 roku powódka przeszła operację amputacji lewej piersi i wycięcia węzłów chłonnych. Po zabiegu u powódki występowały problemy z chłonką, która nachodziła na ranę. Zbierający się płyn był kilkakrotnie odciągany w prywatnym gabinecie lekarskim.

W czerwcu 2014 roku powódkę - w pozwanym Szpitalu, zakwalifikowano do pilnej radioterapii. Kwalifikacja do radioterapii została potwierdzona na konsylium radioterapeutycznym. Planowanie radioterapii rozpoczęto w dniu 3 lipca 2014 roku od wykonania tomografii komputerowej. Ocena obrazu wykonanego badania TK ujawniła obecność dość rozległego obszaru płynu wysiękowego na ścianie klatki piersiowej, pod blizną po mastektomii. W obawie o powikłania zapalne radioterapii, zdecydowano się wykonać powtórne badanie TK po dwóch tygodniach. Powtórne

badanie TK wykonano w dniu 22 lipca 2014 r. Uwidoczniło ono znaczącą regresję objętości płynu wysiękowego pod blizną. W dniu 24 lipca 2014 r. wykonano „konturowanie” obszarów targetowych. W dniu 13 sierpnia 2014 r. wykonano resymulację leczenia. W tym samym dniu przystąpiono do wykonania bolusa parafinowego. W dniu 20 sierpnia 2014 r. sprawdzono poprawność wykonania bolusa, zaś 20 sierpnia rozpoczęto napromieniowanie. Powódka dojeżdżała na zalecane zabiegi z miejsca swego zamieszkania (Ł.) do Ł. codziennie przez 25 dni oprócz sobót i niedziel. Zabieg trwał kilka minut. Po radioterapii u powódki występowało złe samopoczucie, na skórze zaczęły się pojawiać sączące się rany. Pomiędzy zabiegami powódka była w domu – odpoczywała, bo nie miała na nic siły. Nie mogła moczyć skóry, myć się, bo robiły się rany. Stosowała specjalną zasypkę. Przed zakończeniem radioterapii wznowiono wlewy dożyłne chemioterapii - do grudnia 2014 roku powódka otrzymała 5 kolejnych dawek, zaś w grudniu zdiagnozowano u niej uogólnienie procesu nowotworowego pod postacią przerzutu do wątroby. Wykonano biopsję wątroby, potwierdzającą wcześniejsze rozpoznanie, po której prowadzono u powódki chemioterapię paliatywną. Po tej terapii u powódki zaczęły występować krwawienia z nosa, ranki przy paznokciach, drętwe palce, stopy, nogi do kolan, bóle głowy, wymioty, bóle brzucha, brak sił.

W marcu 2015 roku stwierdzono remisję zmian przerzutowych w wątrobie, w dalszym ciągu leczono powódkę chemioterapią onkologiczną. W styczniu 2016 roku u powódki nasiliły się objawy zespołu ręka-stopa, wobec czego odroczone termin rozpoczęcia kolejnego cyklu chemioterapii. Kontynuowano terapię cytostatykami od lutego 2016 roku.

Z uwagi na utrzymujące się obrzęki lewej ręki, E. M. musiała poddawać się zabiegowi bandażowania poprzedzonego masażem limfatycznym. Na każdy taki zabieg musiała dojeżdżać do Ł.. Zabiegi takie powinny być wykonywane codziennie, ale ze względu na wysoki koszt (120 zł razem z masażem), powódka musiała z części zabiegów rezygnować. Powódka w czerwcu 2015 roku dostała skierowanie na pilne masaże limfatyczne, ale terminy były dopiero na luty 2016 roku, więc skorzystała z zabiegów prywatnych – koszt jednego to 60 zł. Powódka uzyskała również skierowanie na przygotowanie rękawa kompresyjnego i rękawiczki kompresyjnej, które należy zmieniać co pół roku, zaś refundacja przysługuje raz w roku w 70%.

W grudniu 2016 roku u powódki wykryto zmiany ogniskowe prawego płata tarczycy – podejrzenie autoimmunologicznej choroby tarczycy.

(dokumentacja medyczna k. 21-72, k. 179-191, k. 243-257, k. 289-290, k. 305-310, zeznania powódki na rozprawie 22.06.2016 r. k. 199v-201, 00:06:21-01:32:28, skierowania k. 197-198)

W grudniu 2013 roku wydano w stosunku do powódki orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności. W kolejnych latach wydawano orzeczenia podobnej treści.

(orzeczenia k. 86-87, k. 258)

E. M. korzystała z prywatnych masaży limfatycznych oraz zabiegów fizjoterapeutycznych w związku z bólami kręgosłupa (800 zł), zakupiła gorset (165 zł), ponosiła koszt bandażowania (50 zł), korzystała również z prywatnych konsultacji onkologicznych (610 zł). Ponosiła koszt zakupu leków.

(skierowania na zabiegi k. 74-75, k. 176-178, faktury i paragony k. 76-85, k. 173, 175)

Każdorazowo przed podaniem chemioterapii u powódki wykonywane jest badanie krwi, co 3 cykle ma badanie tomograficzne jamy brzusznej i płuc. We własnym zakresie powódka wykonuje USG brzucha i narządów rodnych.

(zeznania powódki na rozprawie 22.06.2016 r. k. 199v-201, 00:06:21-01:32:28)

Zalecono powódce utrzymywanie diety odżywczej i lekkostrawnej. W skład tej diety wchodziło mięso królika, indyka, wołowina, owoce, dużo warzyw. Powódka starała się jeść owoce granatu, pić sok z pokrzywy, z natki pietruszki.

(zeznania powódki na rozprawie 22.06.2016 r. k. 199v-201, 00:06:21-01:32:28)

Przed chorobą powódka pracowała zawodowo – najpierw przez 14 lat w dziale kadr, a potem przez 18 lat prowadziła własną działalność – sklep odzieżowo-obuwniczy. Przed samą chorobą nie pracowała, przez 7 miesięcy była na zasiłku rehabilitacyjnym w związku z chorobą niedokrwienną serca i nadciśnieniem oraz chorobą zwyrodnieniową wielostawową. Początkowo uzyskiwała zasiłek w kwocie ok. 1.100 zł, a później niższy. Po wykorzystaniu okresu przyznanego świadczenia, powódka wystąpiła do urzędu pracy o przyznanie zasiłku dla bezrobotnych, który uzyskiwała od sierpnia do listopada 2013 roku. W grudniu 2013 roku przyznano jej rentę ze względu na chorobę nowotworową w wysokości 1.210 zł netto.

(zeznania powódki na rozprawie 22.06.2016 r. k. 199v-201, 00:06:21-01:32:28)

Koszt jednej godziny za usługi opiekuńcze w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Ł. od stycznia 2012 r. wynosił 9,50 zł.

(informacja k. 73)

W grudniu 2013 roku E. M. zgłosiła szkodę pozwanemu Szpitalowi. Pismem z 20 marca 2014 roku (...) SA przedstawił powódce propozycję zawarcia ugody na kwotę 50.000 zł, wobec braku wykrycia guza lewego sutka podczas badania przeprowadzonego w pozwanym Szpitalu, co doprowadziło do opóźnienia postawienia diagnozy o około 9 miesięcy. Powódka nie wyraziła zgody na zawarcie ugody. Pismem z 9 czerwca 2014 roku poinformowano powódkę o przyznaniu na jej rzecz kwoty 41.633,57 zł tytułem zadośćuczynienia oraz kosztów leczenia i dojazdów do placówek medycznych; pismem z 7 maja 2015 roku o przyznaniu dożywotniej miesięcznej renty na zwiększone potrzeby w wysokości 170 zł; pismem z 9 września 2015 roku o przyznaniu dodatkowej kwoty 1.080 zł tytułem zwrotu kosztów leczenia i dojazdów.

(pisma k. 88-100)

Pismami z 25 stycznia 2016 roku, kierowanymi do obu pozwanych, powódka sprecyzowała roszczenie, domagając się wypłaty na swą rzecz kwoty 500.000 zł tytułem zadośćuczynienia, 61.455 zł tytułem odszkodowania oraz renty na zwiększone potrzeby w kwocie 3.710 zł miesięcznie.

(pismo ze sprecyzowaniem roszczeń wraz z dowodem nadania k. 101-104, zgłoszenie szkody k. 105-107)

W piśmie z 18 lutego 2016 roku (...) SA poinformował powódkę, że po ponownym przeanalizowaniu jej dokumentacji medycznej, przyznano na jej rzecz dodatkową kwotę 50 zł tytułem poniesionych kosztów leczenia oraz 15.000 zł tytułem zadośćuczynienia.

(pismo k. 108)

E. M. ma męża i trójkę dzieci. Mąż powódki pracuje za wynagrodzeniem 3.400 zł netto. Dwójka dzieci ma już swoje rodziny, najmłodszy syn mieszka z rodzicami. Kiedy powódka zachorowała, uzyskiwała wsparcie od swojej rodziny – potrzebowała ich pomocy od początku choroby. Z powodu chemioterapii powódka miała biegunki, bóle brzucha, wymioty, była słaba, nie miała siły chodzić. Pojawiły się zmiany na stopach i dłoniach, robiły się pęcherze, które nie chciały się wygoić. Zmiany na stopach i dłoniach pojawiają się w dalszym ciągu. Powódka stosuje specjalne maści, antybiotyki, ale nie pomagają. Powódka nie może przez to np. myć naczyń, pomaga jej w tym córka. Mąż i syn odkurzają, sprzątają, robią zakupy. Powódka sama wychodzi tylko na krótkie dystanse. Nie czuje się pewnie, więc zwykle ktoś jej towarzyszy. Matka powódki ma ponad 80 lat i jest po chorobie nowotworowej – do czasu swojej choroby opiekowała się nią powódka, a teraz robią to jej dzieci i mąż.

Powódka przyjmuje leki na nadciśnienie i przyspieszone tętno, leki przeciwbólowe, uspokajające, preparaty na rany, leki na porost włosów - po operacji włosy wypadły jej w ciągu 3 dni, później rzęsy i brwi. Włosy odrosły, ale po terapii paliatywnej zaczęły się przerzedzać.

Przed diagnozą powódka była osobą samodzielną, zaradną, towarzyską. Kiedy była na zasiłkach, dużo zajmowała się wnukami, gotowała, robiła zakupy, zapraszała znajomych, urządzała spotkania towarzyskie i imprezy rodzinne. Po

diagnozie powódka radykalnie zmieniła swój sposób zachowania. Dostała skierowanie do psychologa, ale do niego nie poszła, bo się wstydziła.

Od początku chemioterapii powódka przyjmuje zastrzyki przeciwzakrzepowe w brzuch – ma już po nich blizny. Po chemioterapii bolą ją plecy, nie może przespać nocy, nie może kłaść się na lewym boku, musi kilka razy wstawać, pochodzić, wziąć tabletkę przeciwbólową. Podczas wlewów dożylnych powódka odczuwa „pękające żyły”, istnieje prawdopodobieństwo założenia dojścia centralnego, którego obawia się powódka.

(zeznania powódki na rozprawie 22.06.2016 r. k. 199v-201, 00:06:21-01:32:28)

W przypadku kobiet w okresie po menopauzalnym, czyli ok. 50 roku życia, mammografia jest podstawowym badaniem wykonywanym w celu wykrycia wczesnych postaci raka piersi. USG jest jedynie badaniem uzupełniającym. Istnieją przypadki związane z charakterem i budową gruczołu piersiowego, gdzie mammografia może nie wykryć nowotworu doskonale widocznego w badaniu USG.

Diagnostyka pogłębiona w przypadku podejrzenia nowotworu piersi obejmuje zazwyczaj badanie USG, mammografię celowaną, rezonans magnetyczny, badanie przedmiotowe oraz biopsję w przypadku niemożności wykluczenia nowotworu złośliwego na podstawie badań obrazowych. Nie jest jednak konieczne wykonywanie wszystkich tych badań. W większości przypadków wystarczy samo USG lub zdjęcie celowane – wykonywane, gdy struktury opisywane w mammografii przesiewowej nie są widoczne w USG. W przypadku, gdy badania obrazowe nie są w stanie rozwiązać wątpliwości co do charakteru opisywanych zmian należy zlecić wykonanie biopsji. Biopsja jest badaniem pozwalającym postawić konkretne rozpoznanie, tzn. potwierdzić lub wykluczyć podejrzenie nowotworu. Nie służy natomiast do jego wykrywania. Najpierw trzeba zmianę wykryć w USG lub mammografii, a dopiero później można wykonać biopsję.

Po wykonaniu badań obrazowych, w których zostały stwierdzone nieprawidłowości wymagające dalszej diagnostyki, pacjentkę musi zbadać onkolog lub chirurg onkolog i zdecydować jaką biopsję wykonać: najczęściej zalecana jest biopsja gruboigłowa, mammotomiczna lub cienkoigłowa. Jeżeli badania dodatkowe nie potwierdzą podejrzanego charakteru zmian, pacjentka powinna mieć wykonanie badanie palpacyjne piersi. Dopiero na podstawie tych danych lekarz decyduje, czy ma być wykonane badanie kontrolne za 3, 6 lub 12 miesięcy, czy też nie jest to konieczne i pacjentka ma się zgłosić na badanie przesiewowe za 2 lata, czyli zgodnie z interwałem.

Badanie przesiewowe wykonano u powódki w listopadzie 2012 roku, zaś na badania pogłębione została ona przyjęta w lutym 2013 roku. Nie ma określonych proceduralnie ram czasowych wyznaczających termin, w którym należy zakończyć badania pogłębione. Zazwyczaj nie powinien on przekraczać kilku tygodni (2-4). Okres trzech miesięcy wydaje się być dość odległy.

Podczas wizyty powódki w pozwanym Szpitalu w lutym 2013 roku wykonano badanie przedmiotowe oraz USG.

Badanie przedmiotowe i badanie USG jest wystarczające w ramach diagnostyki pogłębionej, o ile żadne z tych badań nie wykazuje nieprawidłowości oraz są one w stanie wyjaśnić wątpliwości związane z mammografią przesiewową.

Każde badanie obrazowe obarczone jest ryzykiem pojawienia się wyniku fałszywie dodatniego lub fałszywie ujemnego. Szczególnie USG jest badaniem bardzo subiektywnym, a możliwość wykrycia zmian wczesnych zależy w dużej mierze od ich lokalizacji budowy gruczołu piersiowego czy statusu hormonalnego pacjentki. To, że nowotwór został wykryty w badaniu przeprowadzonym we wrześniu 2013 roku nie przesądza o tym, że jego obraz był na tyle charakterystyczny 7 miesięcy wcześniej, że badanie to również powinno go rozpoznać.

W badaniu USG powódki nie stwierdzono żadnych podejrzanym zmian, uznając obraz za normę. Zatem brak wykonania dalszych badań w stosunku do powódki można uznać za postępowanie prawidłowe – jeżeli nie potwierdzono żadnych nieprawidłowości powódka nie wymagała w danym momencie kolejnych badań.

Jeśli opisywana w mammografii zmiana jest widoczna w badaniu USG i nie budzi wątpliwości jej łagodny charakter, wówczas biopsji się nie wykonuje. Jeżeli struktura nie jest widoczna w USG, należy rozważyć mammografię celowaną.

Jeżeli wszystkie badania w ramach diagnostyki pogłębionej zostały wykonane prawidłowo, a ich interpretacja, pomimo że błędna, nie nasuwała podejrzania nowotworu złośliwego, nie można mówić o winie pozwanego albo o błędzie w sztuce lekarskiej.

Cecha (...) jest określeniem stwierdzającym obecność w komórkach nowotworu nadekspresji receptora naskórkowego czynnika wzrostu. W czasach przed wprowadzeniem terapii T. wiązało się to z gorszym rokowaniem. Obecnie stosowane leki niwelują tę różnicę. Nie jest to natomiast cecha związana z agresywnością czy szybkim rozwojem nowotworu. Te parametry określane są przez takie czynniki jak stopień złośliwości G oraz Ki 67. W przypadku nowotworu powódki stopień złośliwości określany był jako G2 czyli średni w trzystopniowej skali.

Nowotwór rozpoznany u E. M. nie został zakwalifikowany do raków interwałowych, tzn. rozpoznanych pomiędzy rundami badań przesiewowych. Można go jedynie za taki przypadek uznać, jeżeli przyjąć za prawdziwe założenie, że ujawnił się pomiędzy kolejnymi terminami badań.

Jeżeli w prawidłowo wykonanym badaniu USG piersi nie stwierdzono żadnych nieprawidłowości, to jest prawdopodobne, że nowotwór, nawet jeżeli już się rozwijał, był na tak wczesnym etapie, że niemożliwe było w tym czasie wykryć go tą metodą. W tym sensie można uznać ujawniony później nowotwór jako przypadek raka interwałowego.

W dokumentacji powódki brak jest opisu badania USG. Badanie to powinno określać charakter mięszu piersi oraz to, czy opisywana w mammografii zmiana jest widoczna w USG, a jeśli tak, to jaki jest jej charakter – czy jest to np. torbiel, węzeł śródpiersiowy, czy izolowany fragment gruczołu. Na koniec badanie powinno być podsumowane przy użyciu skali (...). Na tej podstawie można dopiero ustalić strategię dalszego postępowania.

Gdyby przyjąć, że pozwany Szpital popełnił błąd w postępowaniu prowadzonym w ramach diagnostyki pogłębionej (tj. nie wykonanie wskazanych badań, zaniechanie wykonania biopsji w przypadku podejrzenia nowotworu złośliwego), w ocenie wpływu błędnej diagnozy na przebieg choroby powódki należałoby uwzględnić czas pomiędzy badaniem w lutym a wrześniem 2013 roku, czyli 7 miesięcy.

Rak piersi jest nowotworem rozwijającym się stosunkowo wolno i guz o średnicy 2 cm może rozwijać się znacznie dłużej niż rok. W chwili rozpoznania stwierdzono oprócz guza obecność przerzutów w węzłach chłonnych. Jest wysoce prawdopodobne, że przerzuty te były już obecne w lutym 2013 roku. To samo dotyczy przerzutu w wątrobie, który determinuje dalszy los powódki.

Nie sposób, opierając się na dostępnych danych, stwierdzić na jakim etapie choroby przerzuty się pojawiły, a w związku z tym ustalić, jak opóźnienie w rozpoznaniu wpłynęło na los powódki. Na pewno każdy kolejny miesiąc zwłoki zwiększał szanse na rozsiew nowotworu – to właśnie z powodu przerzutów do węzłów powódka musiała mieć chemioterapię. Jeżeli nowotwór wykryto by w czasie, gdy powódka spełniała kryteria leczenia oszczędzającego, amputacja nie byłaby konieczna.

Prawdopodobne jest, że wcześniej postawiona diagnoza dawała szanse na całkowite wyleczenie. Nie można jednak stwierdzić tego w sposób kategoriyczny. Wcześniejsze wykrycie nowotworu daje większe szanse na wyleczenie pod warunkiem, że zostanie on wykryty przed pojawieniem się przerzutów w węzłach chłonnych lub innych narządach. Na podstawie posiadanych w tej sprawie danych nie da się tego precyzyjnie ustalić. Rokowanie powódki ze względu na obecność przerzutu w wątrobie jest poważne. Na obecnym etapie choroby nie da się całkowicie wyleczyć. Jest szansa na uzyskanie nawet bardzo długiej kilkuletniej remisji, ale zależy to od reakcji nowotworu na leczenie.

Wszystkie leki stosowane aktualnie w terapii raka piersi w tym stadium są refundowane przez NFZ.

Oceniając w jakim zakresie aktualny stan zdrowia powódki wynika z opóźnienia rozpoznania należy wskazać, że znaczny uszczerbek na zdrowiu powódki nie jest spowodowany wyłączną winą pozwanego Szpitala. Nie można wykluczyć, że przebieg choroby byłby równie ciężki nawet wtedy gdyby rozpoznano ją 7 miesięcy wcześniej.

(opinia pisemna biegłego z zakresu chirurgii onkologicznej dr n.med. P. Ł. k. 213-215 uzupełniona opinią pisemną k. 262-264)

W wyniku wykrytej zmiany w mammografii przesiewowej powódka została skierowana na badanie dodatkowe, jakim było badanie USG piersi. Badanie USG należy traktować jako badanie uzupełniające – w tej sytuacji Szpital nie wykazał zaniedbania, czy błędu medycznego.

Brak jest jednoznacznych wytycznych polskich, europejskich i światowych, jaki powinien być dokładnie czas pomiędzy wykonywanymi badaniami. Uważa się, że muszą być one szybko wykonywane, zwłaszcza jeśli wymaga tego pogarszający się stan ogólny pacjenta lub jeśli jest podejrzenie nowotworu o dużej dynamice rozwoju. W analogicznych przypadkach diagnostyka wstępna trwa do 1 miesiąca. Dopiero od 1 stycznia 2015 roku obowiązuje w Polsce karta (...) (karta szybkiej terapii onkologicznej), w której zaznaczono, że diagnostyka wstępna nowotworu nie powinna przekraczać 28 dni.

Czas upływający od pierwszych objawów choroby do rozpoczęcia leczenia choroby nowotworowej ma wpływ na efekt końcowy terapii. Opóźnienie terapii może doprowadzić do zwiększenia masy nowotworu oraz pojawienia się przerzutów w przypadku nowotworów litych. Brak jednak konkretnych doniesień naukowych o ile wydłużenie diagnostyki wpływa na powstanie przerzutów. Zwłoka czasowa w skierowaniu na badania dodatkowe może być dla chorego niekorzystna. Powódka powinna być wcześniej skierowana na badania dodatkowe (przede wszystkim badanie USG piersi po mammografii) – trudno jednak ocenić, czy z winy szpitala, czy może na prośbę powódki nastąpiło opóźnienie. Nie uda się ocenić dokładnie jak pogarsza się rokowanie, bo każdy nowotwór ma inną biologię. Zatem jednoznacznie nie można stwierdzić jak bardzo wydłużenie czasu diagnostyki wpłynęło na rozwój choroby u powódki.

W dniu 25 lutego 2013 roku w pozwanym Szpitalu wykonano powódce badanie fizykalne, którego opis stanowi wniosek stwierdzający normę. Zalecenie kolejnego badania kontrolnego za dwa lata było postępowaniem prawidłowym, jeśli uznano, że powódka nie jest chora na nowotwór. Jeżeli była jakakolwiek wątpliwość co do tego, czy powódka może chorować na nowotwór, to powinno być wykonane wcześniej badanie kontrolne lub powinny być zlecone dodatkowe badania. U powódki wydaje się, że była wątpliwość diagnostyczna – stąd zasadnym było skierowanie jej na badania dodatkowe lub wykonane wcześniej niż po upływie 2 lat badania kontrolnego. Jednak niejasność tego spostrzeżenia budzi fakt, że wynik USG piersi opisano jako prawidłowy.

Większość guzków wybadanych w piersiach lub stwierdzonych w badaniach diagnostycznych ma charakter łagodny, czyli nie są rakami. Jeżeli lekarz analizując wyniki mammografii i USG powódki stwierdził, że nie budzą one wątpliwości, że powódka jest zdrowa to mógł zakończyć diagnostykę. W przypadku wątpliwości należało zlecić badania dodatkowe, jak mammografia celowana, rezonans magnetyczny piersi lub biopsję podejrzaną zmiany.

Optymalne postępowanie w przypadku powódki mogło obejmować wykonanie badań dodatkowych, np. rezonansu piersi lub mammografii celowanej lub biopsji (cienkoigłowej, gruboigłowej lub mammotomicznej) zmiany w piersi. O wykonaniu kolejnych, dodatkowych badań decyduje lekarz, który diagnozuje danego chorego. Każdy szpital ma inny schemat diagnostyki. U powódki zasadne było skierowanie jej na biopsję lub inne badanie jeśli lekarz diagnozujący miał wątpliwości co do istnienia nowotworu.

Głównym wskazaniem do przedoperacyjnego leczenia systemowego (np. chemioterapii) jest zamiar przeprowadzenia oszczędzającego zabiegu u chorych ze znacznym wymiarem pierwotnego guza lub zajęciem węzłów chłonnych. U powódki w momencie rozpoznania raka piersi ustalono jego zaawansowanie jako (...) rak (...) dodatni. W tym stopniu zaawansowania standardem postępowania jest przedoperacyjna chemioterapia przed leczeniem chirurgicznym. Celem chemioterapii jest zmniejszenie guza. Po uzyskaniu remisji pod wpływem leczenia przedoperacyjnego

wdraża się leczenie chirurgiczne. W zależności od stopnia uzyskanej odpowiedzi może ono polegać na wykonaniu zabiegu oszczędzającego pierś lub amputacji piersi. W przypadku powódki, ze względu na histologiczne cechy guza – (...) oraz niską ekspresję receptorów hormonalnych, które stanowią niekorzystne czynniki rokownicze, były dodatkowe wskazania przemawiające za koniecznością wykonania amputacji piersi. Statystycznie odsetek operacji oszczędzających po leczeniu indukcyjną chemioterapią szacuje się na 1/3. Reasumując zastosowanie chemioterapii zwiększało szansę na wykonanie operacji oszczędzającej. Natomiast wykonanie zabiegu wycięcia węzłów chłonnych pachowych zależy od śródoperacyjnego rozpoznania zajęcia przez nowotwór tzw. węzła wartowniczego w obrębie pachy po stronie chorej piersi.

We wszystkich przypadkach raka piersi należy wykonać procedurę diagnostyczną pobrania węzła wartowniczego z pachy po stronie chorej piersi. Wykonuje się ją zarówno w przypadku stwierdzenia powiększonych węzłów chłonnych jak również u pacjentek z klinicznie niepowiększonymi węzłami chłonnymi. Wykluczenie obecności przerzutów w tej procedurze pozwala na odstąpienie od wykonania rozległej limfadenektomii pachowej. W omawianej sprawie, wobec potwierdzenia obecności przerzutów w węzłach drogą biopsji przezskórnej należało wykonać doszczętną limfadenektomię pachową. Postępowanie takie było zatem zasadne.

Nowotwór piersi (...) dodatni wiąże się z gorszym rokowaniem – chore (...) dodatnie mają wyższe ryzyko wznowy choroby lub przerzutów odległych. Ponadto w tym podtypie nowotworu obserwuje się gwałtowniejszy rozwój guza oraz częstsze zajęcie węzłów chłonnych. Trudno jednak ocenić, jak szybko rozwija się rak piersi (...) dodatni (czy to kwestia miesięcy czy lat). Trudno zatem ustalić, czy wcześniej postawiona diagnoza dałaby szansę na wyleczenie lub reemisję stanu chorobowego.

Nie można jednoznacznie stwierdzić, czy rozpoznanie raka piersi na przełomie 2012/2013 roku pozwoliłoby na wykonanie zabiegu oszczędzającego pierś. Wskazania do operacji oszczędzającej obejmują, obok stopnia zaawansowania, również inne czynniki takie jak: możliwość uzyskania dobrego efektu kosmetycznego zależnego od lokalizacji zmiany, wielkości piersi, jak również zgody chorej na taki zabieg. Należy zaznaczyć, że w przypadku operacji oszczędzających statystycznie wyższe jest ryzyko wznowy miejscowej (odrostu guza) jak również wymagana jest pooperacyjna radioterapia i ścisła kontrola onkologiczna, której nie wszystkie chore są zdecydowane się poddać.

Brak jednoznacznych wytycznych jak powinna wyglądać dokumentacja medyczna chorej diagnozowanej na raka piersi. Nie ma jednoznacznych wytycznych jak powinien wyglądać opis badania USG piersi. USG piersi z 25.02.2013 r. zawiera opis: „Usg piersi – norma. W dołach pachowych słyszczące węzły chłonne”. Trudno jednak ocenić, co przez lekarza radiologa zostało uznane za normę. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej można wnioskować, że szpital powinien skierować na badania dodatkowe lub lekarz opisujący badanie USG piersi w dniu 25.02.2013 r. mógł dokładniej to badanie opisać. Tym samym postępowanie nie było optymalne. Brak jednak pewności co wykonanie tych badań wniosłoby do diagnostyki powódki. Istnieje możliwość, że zmiana w mammografii była zmianą łagodną lub tylko zagęszczeniem. Fakt znikomej dokumentacji medycznej nie przesądza o popełnionym błędzie medycznym, jednocześnie Szpital nie wykazał się należyłą starannością odnośnie ilości danych w dokumentacji medycznej.

Opis „norma” mieści się w niesformalizowanych standardach. Jeśli lekarz radiolog nie widzi zmian, to ich nie opisuje. Każdy szpital ma swoje wytyczne dotyczące sporządzania opisów.

Radioterapia po amputacji piersi powinna być przeprowadzona w okresie nie dłuższym jak 6 miesięcy od operacji. Jednak jeśli chora nie przyjmuje leczenia chemicznego (z wyjątkiem transtuzumabu) napromienianie należy przeprowadzić w miarę szybko po operacji. Celem radioterapii pooperacyjnej jest zapobieżenie wznowy raka w obrębie ściany klatki piersiowej i regionalnych węzłach chłonnych, nie jest ona wykonywana celem zapobieżenia przerzutom odległym. Należy przyjąć, że w przypadku powódki odroczenie napromieniania nie miało wpływu na uogólnienie procesu nowotworowego i pogorszenia stanu zdrowia powódki. Nie występuje związek przyczynowo – skutkowy pomiędzy brakiem pilnego skierowania powódki na zabiegi radioterapii, a doznany przez powódkę uszczerbkiem na zdrowiu.

Trudno jest ocenić czy obecny stan zdrowia powódki jest konsekwencją błędu diagnostycznego (przy założeniu, że taki błąd popełniono), czy zaniedbania ze strony Szpitala. Rak piersi jest heterogenną grupą nowotworów. Nowotwory (...) dodatkowo charakteryzują się gorszym rokowaniem. Nikt nie jest w stanie dokładnie przewidzieć, jaki będzie przebieg tej choroby u konkretnego chorego. Nie można również przewidzieć, jaki byłby stan powódki w chwili obecnej, gdyby zastosowała się do zalecenia pozwanego Szpitala zawartego w opisie badania z 25 lutego 2013 r., tj. zalecenia wykonania kolejnego badania za 2 lata.

Nowotwory (w tym rak piersi) zaliczane są do chorób przewlekłych. Choroby takie charakteryzują się długim okresem trwania, nawracającym charakterem oraz trwałymi, nieodwracalnymi i postępującymi zmianami uszkadzającymi ustrój. Powódka, które choruje na nowotwór piersi z przerzutami ma stały uszczerbek na zdrowiu.

Amputacja piersi zaburza statykę postawy ciała, a w przypadku braku zastosowania protez wyrównawczych może prowadzić do zmian zwyrodnieniowo-deformacyjnych kręgosłupa piersiowo-lędźwiowego. Wszystkie chore po amputacji piersi mają zapewnione bezpłatne protezy.

Zabieg usunięcia węzłów chłonnych pachowych z następczą radioterapią skutkuje zaburzeniami odpływu chłonki z kończyny górnej zwykle pod postacią obrzęków limfatycznych oraz zaburzeń ruchomości w stawie barkowym. Stosunkowo często występuje również osłabienie siły mięśniowej kończyny.

Rokowanie powódki jest poważne z kilku przyczyn. Stwierdzono u niej w 2014 roku przerzuty do wątroby. Ogólnie podtyp histopatologiczny jest dodatkowym niekorzystnym czynnikiem. Z gorszym rokowaniem wiąże się nowotwór piersi (...). Dodatkowym czynnikiem niekorzystnym u powódki jest fakt, że ilościowa ocena receptorów hormonalnych jest niska (ER-40%, PgR-0%). Im niższa ekspresja hormonalna tym gorsze rokowanie. Kolejnym czynnikiem rokowniczym jest również stopień złośliwości histologicznej G – oceniony na G2 (w skali 0-3) u powódki świadczy o pośrednim stopniu złośliwości.

Nie można ocenić, jak wyglądałby przebieg choroby u powódki gdyby była wcześniej zdiagnozowana. Nie można stwierdzić, że postawienie wcześniejszego rozpoznania doprowadziłoby do wyleczenia powódki. Przy postawieniu hipotezy, że powódka została za późno zdiagnozowana, nie można ocenić czy miało to wpływ na postęp choroby. Nie wiadomo, czy gdyby diagnoza została postawiona na początku 2013 roku, to czy u powódki doszłoby do przerzutów.

Leczenie stosowane u powódki prowadzone jest do nieakceptowalnej toksyczności lub progresji choroby. Ostatnio wykonane badania u powódki potwierdziły remisję choroby. Stąd należy kontynuować leczenie, które jest skuteczne. Leczenie onkologiczne chemioterapią jest refundowane i chory nie ponosi żadnych kosztów. W przypadku kontynuowania terapii według stosowanego u powódki schematu, powódka nie wymaga stosowania innych preparatów nierefundowanych przez NFZ.

W trakcie leczenia istniały ograniczenia i utrudnienia w życiu powódki, wynikające z samego typu choroby, a także prowadzonego leczenia. Zgłaszane przez powódkę skutki uboczne leczenia są często zgłaszane przez pacjentki. Na gorsze samopoczucie powódki oraz stan ogólny podczas leczenia onkologicznego mogły wpłynąć liczne choroby dodatkowe (choroba niedokrwienna serca, hiperlipidemia, nadciśnienie tętnicze, zwyrodnienie stawów i kręgosłupa, żylaki kończyn dolnych oraz niedoczynność tarczycy). Część z tych chorób może utrudniać funkcjonowanie chorych, a nawet wymagać pomocy osób trzecich. Brak dokumentacji medycznej od kiedy powódka choruje na inne choroby przewlekłe.

W trakcie leczenia onkologicznego choreży zażywają różne leki tzw. terapii wspomagającej. Z dokumentacji medycznej wynika, że powódka zażywała M., F., F., P. comp., P. M., I., T., (...), L.. Brak jednak w dokumentacji medycznej, jakie dokładnie powikłania pojawiły się u powódki. W przypadku obrzęku kończyn, czy też bólu kręgosłupa wskazanymi są zabiegi rehabilitacyjne.

Wykonany zakres zabiegów spowodował konieczność korzystania przez powódkę z zabiegów rehabilitacyjnych usprawniających zarówno funkcje ruchowe kończyny górnej, jak również poprawiające zaburzenia przepływu chłonki.

Powódka wymagała ćwiczeń ruchowych oraz masażu limfatycznego oraz bielizny uciskowej. Należy przyjąć, że powódka dożywotnio wymaga stałej gimnastyki ruchowej prowadzonej we własnym zakresie, jak również okresowej rehabilitacji w ośrodkach specjalistycznych.

Przekonanie o opóźnionej diagnozie i związane z tym przeświadczenie, że błędnie dokonana diagnoza spowodowała, iż konieczny był zabieg amputacji piersi i wycięcia węzłów, niestabilny stan zdrowia, niepewność co do dalszego zakresu leczenia to istotne czynniki stresowe w obecnej sytuacji powódki. Rozpoznanie choroby nowotworowej i leczenie często jest związane z cierpieniem i pogorszeniem jakości życia chorego.

Rak piersi został zdiagnozowany u powódki 7 miesięcy po wykonaniu badania w pozwanym Szpitalu, jednak ujawnił się w kwadrancie dolno – zewnętrznym piersi lewej, w szczycie ogona S.'a zlokalizowano podejrzaną ognisko o średnicy 8 mm oraz podejrzaną węzły chłonne w lewym dole pachowym. Wątpliwości budzą fakty, czy zmiana w ogonie S.'a w USG piersi z 25.09.2013 r. była nowotworowa oraz czy mogła to być ta sama zmiana co w mammografii przesiewowej. Wydaje się, że są to dwie różne zmiany – ta w mammografii miała 15 mm, natomiast w USG piersi z 25.09.2013 r. 8 mm – zmiany nowotworowe mają tendencje do zwiększania się.

Reasumując należy zaznaczyć, że zmiana z mammografii (23.11.2012 r.) wydaje się być w innej lokalizacji niż zdiagnozowany nowotwór złośliwy (USG z 25.09.2013 r.).

Trudno aktualnie stwierdzić, jaki charakter miała zmiana w mammografii z 23.11.2012 r., żeby ocenić czy mogła ona „zniknąć”. Jest możliwe również to, że nie została opisana przez radiologa opisującego USG piersi. Badanie USG piersi jest badaniem subiektywnym – opis może zależeć od radiologa lub jakości sprzętu, na którym było wykonane.

W lutym 2013 roku badanie USG zakończyło diagnostykę. Późniejsza zmiana nowotworowa, wykryta u powódki we wrześniu 2013 roku, zlokalizowana była anatomicznie w innym miejscu. Nie można łączyć tych zmian – guzek w ogonie S.'a był podejrzanym, a nie stwierdzono, żeby był złośliwy oraz był bardzo mały. Diagnostyka tego guzka we wrześniu 2013 roku nie zmieniłaby nic w sposobie leczenia, a naraziłaby powódkę na dodatkową biopsję. Być może wydłużyłoby to czas do rozpoczęcia leczenia z uwagi na przedłużoną diagnostykę i dodatkowe badania.

Nie jest możliwe, żeby zmiana o charakterze złośliwym w dolnym kwadrancie była przerzutem zmiany z ogona S.'a. Jest ona jednoznacznie określona w histopatologii jako zmiana pierwotna. Należy wykluczyć możliwość, aby pierwsza zmiana była nowotworowa, ponieważ nowotwór złośliwy był wykryty w innym miejscu i w innym czasie.

Nie ma możliwości wskazania w jakim tempie rozwija się guz choć wiadomo, że typ który wystąpił u powódki rozwija się szybko – to może być kwestia tygodni. Nie można też wskazać jak szybko nastąpiły przerzuty do węzłów chłonnych. Same przerzuty nie mogą świadczyć o tym, że pierwsza zmiana miała charakter nowotworowy. Tym bardziej, że jeden z radiologów opisał zmianę wykrytą u powódki w listopadzie 2012 roku nie jako „guzek”, a jako „zagęszczenie”. Omyłka w lokalizacji jest mało prawdopodobna, dlatego że badanie opisuje zawsze dwóch radiologów – w tym wypadku obaj opisywali tak samo miejsce zmiany.

Zmiana wykryta u powódki we wrześniu 2013 roku była bardziej złośliwa niż normalny nowotwór z uwagi na 3 czynniki: (...) dodatni, niskie wartości receptorów hormonalnych (estrogeny 40%, ujemny progesteron) oraz stopień złośliwości histologicznej G2. Taki nowotwór szybko rośnie i szybko daje przerzuty. Dane, które dotyczyły pierwszej zmiany nie dawały żadnych podstaw, żeby przed wrześniem 2013 roku robić dodatkowe badania, które mogły wykryć ten drugi nowotwór, który okazał się złośliwy. Teoretycznie istnieje możliwość, że badanie wykonane w czerwcu bądź lipcu 2013 roku również nie wykazałoby żadnej zmiany.

Mogą istnieć wątpliwości co do zakresienia powódce 2-letniego terminu do wykonania kolejnego badania kontrolnego. Według standardów – jest to rok, ze względu na niepewność związaną z wcześniejszym wynikiem mammografii. W onkologii nie ma standardów, które wskazywałyby na konieczność wykonywania badań kontrolnych co 3-4 miesiące.

(opinia pisemna Centrum Onkologii im. prof. F. Ł. w B. k. 412-426 uzupełniona opinią pisemną k. 474-477 oraz opinią ustną na rozprawie 28.02.2019 r. k. 503-504, 00:03:13-01:00:25)

Od dnia 7 stycznia 2017 r. pozwany Szpital występuje jako Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. K. w Ł. – na mocy uchwały nr 1714/16 Zarządu Województwa (...) z dnia 21 grudnia 2016 r. w sprawie nadania Statutu tej jednostce.

(uchwała k. 278-280)

Powyższy stan faktyczny, Sąd ustalił w oparciu o materiał dowodowy zebrany w przedmiotowej sprawie w postaci załączonych do akt dokumentów, w tym dokumentacji medycznej leczenia powódki. Prawdziwość tych dokumentów nie była kwestionowana przez żadną ze stron postępowania.

Ustalając stan faktyczny, Sąd wziął również pod uwagę przesłuchanie powódki, które w zakresie wyżej ustalonych faktów uznał za wiarygodne i mające oparcie w pozostałym zebranych w sprawie materiale dowodowym.

Jednakże ustalając stan faktyczny Sąd miał przede wszystkim na uwadze opinie wydane w niniejszej sprawie przez biegłego z zakresu chirurgii onkologicznej oraz przez specjalistów z Centrum Onkologii im. prof. F. Ł. w B., które to opinie są zupełne, jasne i konsekwentne, a w końcowych wnioskach – mimo zarzutów powódki, potwierdzają się wzajemnie. Lekarze wydający powyższe opinie wykazali się wysokim poziomem wiedzy specjalistycznej, dokonali szczegółowej analizy zastosowanych wobec powódki procedur medycznych oraz ocenili stan jej zdrowia. W swoich opiniach wskazywali na okoliczność, że bezspornie wystąpienie u powódki nowotworu piersi miało wpływ na aktualny stan jej zdrowia, jednocześnie nie wykazano, aby możliwe było wcześniejsze wykrycie tego guza podczas badań wykonywanych u powódki w pozwanym Szpitalu, oraz że doszło do nadmiernej zwłoki w rozpoczęciu leczenia radiologicznego, a zatem że za przebieg leczenia i aktualny stan zdrowia powódki odpowiedzialny jest pozwany Szpital.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Powództwo jako niezasadne podlegało oddaleniu w całości.

W przedmiotowej sprawie powódka domagała się zasądzenia kwoty 400.000 zł tytułem zadośćuczynienia, kwoty 61.595,43 zł tytułem odszkodowania, kwoty 3.710 zł miesięcznie tytułem renty na zwiększone potrzeby począwszy od 1 marca 2016 r. i na przyszłość, oraz ustalenia odpowiedzialności strony pozwanej na przyszłość za wszelkie szkody związane z nieprawidłowościami w diagnostyce i leczeniu powódki przez (...) im. M. K. w Ł. w związku ze zbyt późnym wykryciem nowotworu piersi u powódki, jak również w związku z popełnieniem przez pozwanego Szpitalu błędu medycznego (diagnostycznego) polegającego na zaniechaniu pilnego skierowania powódki na zabieg radioterapii, pomimo ustalenia w dniu 25 czerwca 2014 roku pilnej potrzeby wykonania takich zabiegów.

Bezsporna jest w sprawie okoliczność, że w lutym 2013 roku w pozwanym Szpitalu wykonywano powódce badanie USG piersi, w którym nie wskazano na istnienie jakichkolwiek nieprawidłowości, zaś w badaniu przeprowadzonym u powódki we wrześniu 2013 roku w innej jednostce, wykryto nowotwór, co skutkowało amputacją piersi i węzłów chłonnych oraz długotrwałym leczeniem. Bezspornie ustalono również, że w czerwcu 2014 roku powódkę - w pozwanym Szpitalu, zakwalifikowano do pilnej radioterapii, zaś napromieniowanie rozpoczęto 20 sierpnia 2014 roku.

Podstawę prawną odpowiedzialności wskazanego szpitala stanowi art. 430 k.c. Przesłanki roszczenia z art. 430 k.c. są następujące:

- powierzenie wykonania czynności na własny rachunek osobie podlegającej kierownictwu powierzającego;
- zawinione zachowanie podwładnego przy wykonywaniu powierzonej mu czynności;
- szkoda;

- związek przyczynowy pomiędzy zachowaniem podwładnego a szkodą.

Regulacja zawarta w art. 430 k.c. opiera się na konstrukcji odpowiedzialności zwierzchnika za podwładnego, czyli za osobę, która przy wykonywaniu powierzonych jej czynności podlega kierownictwu i ma obowiązek stosowania się do wskazówek i wytycznych przełożonego. W obecnym stanie prawnym zarówno w doktrynie, jak i w judykaturze nie ma wątpliwości, iż lekarz – pomimo znacznej samodzielności i niezależności w zakresie czynności diagnozy i terapii – pozostaje podwładnym zakładu leczniczego. Podlega on bowiem (podobnie jak pozostały personel medyczny) ogólnie - organizacyjnemu zwierzchnictwu szpitala i zobowiązany jest stosować się do ustalonych przez zakład reguł dotyczących w szczególności miejsca i czasu wykonywania pracy. Tzw. „wewnętrzna” niezależność lekarza w dziedzinie diagnozy i terapii nie ma natomiast znaczenia. Decydujące znaczenie ma bowiem fakt, iż lekarz zatrudniony w zakładzie leczniczym nie dokonuje czynności leczniczych we własnym interesie i na własny rachunek, lecz w interesie i na rachunek przełożonego (zakładu leczniczego).

Odpowiedzialność pozwanego Zakładu (...) wynika z wiążącej wskazanego pozwanego i Wojewódzki Szpital (...) SPZOZ w Ł. (aktualnie Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. K. w Ł.) umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Zgodnie z art. 822 k.c. przez umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ubezpieczyciel zobowiązuje się do zapłacenia określonego w umowie odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim, wobec których odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczający albo ubezpieczony.

Stosownie do brzmienia art. 361 § 1 k.c. zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła. Zasadniczym problemem, który pojawia się w związku z odpowiedzialnością szpitala jest kwestia ustalenia związku przyczynowego, będącego jedną z przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej. O odpowiedzialności za szkodę można mówić wówczas, gdy szkoda jest skutkiem określonego zdarzenia, za które ktoś odpowiada.

W ocenie Sądu kwestią będącą podstawą rozstrzygnięcia było zweryfikowanie, czy został popełniony błąd w sztuce lekarskiej podczas diagnozowania i leczenia powódki w Szpitalu im. (...) w Ł..

Błąd medyczny nie jest pojęciem kodeksowym (przepisy nie definiują go), jednakże w literaturze i orzecznictwie wskazuje się, że o błędzie medycznym możemy mówić w sytuacji, w której działanie lub zaniechanie działania jest sprzeczne z aktualnym poziomem wiedzy i praktyki medycznej. Błąd medyczny jest to nieumyślne działanie, zaniechanie lub zaniechanie lekarza powodujące szkodę pacjenta. Na błąd medyczny muszą składać się następujące elementy: postępowanie niezgodne z powszechnie uznanym stanem wiedzy medycznej, wina nieumyślna (tzw. lekkomyślność lub niedbalstwo) lekarza, ujemny skutek popełnionego błędu, związek przyczynowy między popełnionym błędem, a ujemnym skutkiem postępowania leczniczego w postaci śmierci pacjenta, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia. Przy czym zachowanie lekarza przy dokonywaniu zabiegu medycznego powinno zostać poddane ocenie z punktu widzenia fachowości. Te zaś wyznaczają kwalifikacje lekarza (specjalizacja, stopień naukowy), posiadanie doświadczenia ogólnego przy wykonywaniu określonych zabiegów medycznych, charakter i zakres doksztalcania się w pogłębianiu wiedzy medycznej i poznawaniu nowych metod leczenia. O zawinięciu lekarza może zdecydować nie tylko zarzucenie mu braku wystarczającej wiedzy i umiejętności praktycznych, odpowiadających aprobowanemu wzorcowi należytej staranności, ale także niezręczność i nieuwaga przeprowadzanego zabiegu, jeżeli oceniając obiektywnie, nie powinny one wystąpić w konkretnych okolicznościach. Ponadto dodać należy także, iż na lekarzu zgodnie z art. 355 k.c. spoczywa obowiązek dołożenia należytej staranności w swoim działaniu. Przy czym winą lekarza jest niedołożenie najwyższej staranności jaka jest możliwa przy obecnie stosowanych metodach leczenia danego schorzenia i zabiegach standardowo wykonywanych (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z 12.10.2007r, I ACa 920/07).

W świetle powołanych powyżej przepisów dla powstania odpowiedzialności pozwanego konieczne jest powstanie łącznie następujących przesłanek: wina, w tym przypadku lekarza podczas prowadzonego leczenia, szkody, jakiej miałby doznać powódca wskutek działania lub zaniechania lekarza i w końcu istnienie normalnego (adekwatnego)

związku przyczynowego pomiędzy winą a szkodą. Brak któregokolwiek z tych elementów skutkuje brakiem odpowiedzialności pozwanego.

Jak wynika ze zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, w badaniu USG piersi przeprowadzonym u powódki w pozwanym Szpitalu w lutym 2013 roku nie stwierdzono żadnych podejrzanych zmian, uznając obraz za normę. Zatem brak wykonania dalszych badań w stosunku do powódki można uznać za postępowanie prawidłowe – jeżeli nie potwierdzono żadnych nieprawidłowości powódka nie wymagała w danym momencie kolejnych badań. Jednocześnie jeżeli w prawidłowo wykonanym badaniu USG piersi nie stwierdzono żadnych nieprawidłowości, to jest prawdopodobne, że nowotwór, który wykryto u powódki we wrześniu 2013 roku, nawet jeżeli już się rozwijał, był na tak wczesnym etapie, że niemożliwe było w tym czasie wykryć go tą metodą.

Prawdopodobne jest, że wcześniej postawiona diagnoza dawała szansę na całkowite wyleczenie. Nie można jednak stwierdzić tego w sposób kategoriyczny. Czas upływający od pierwszych objawów choroby do rozpoczęcia leczenia choroby nowotworowej ma wpływ na efekt końcowy terapii. Opóźnienie terapii może doprowadzić do zwiększenia masy nowotworu oraz pojawienia się przerzutów w przypadku nowotworów litych. Brak jednak konkretnych doniesień naukowych o ile wydłużenie diagnostyki wpływa na powstanie przerzutów. Nie uda się ocenić dokładnie jak pogarsza się rokowanie z upływem czasu, bo każdy nowotwór ma inną biologię. Zatem jednoznacznie nie można stwierdzić jak bardzo wydłużenie czasu diagnostyki wpłynęło na rozwój choroby u powódki. Zalecenie zatem kolejnego badania kontrolnego za dwa lata było postępowaniem prawidłowym, jeśli uznano, że powódka nie jest chora na nowotwór.

Nowotwór piersi (...) dodatni – zdiagnozowany u powódki pod koniec 2013 roku, wiąże się z gorszym rokowaniem – chore (...) dodatnie mają wyższe ryzyko wznowy choroby lub przerzutów odległych. Ponadto w tym podtypie nowotworu obserwuje się gwałtowniejszy rozwój guza oraz częstsze zajęcie węzłów chłonnych. Trudno jednak ocenić, jak szybko rozwija się rak piersi (...) dodatni (czy to kwestia miesięcy czy lat). Trudno zatem ustalić, czy wcześniej postawiona diagnoza dałaby szansę na wyleczenie lub remisję stanu chorobowego u powódki. Nie można wykluczyć, że przebieg choroby byłby równie ciężki nawet wtedy, gdyby rozpoznano ją 7 miesięcy wcześniej. Nie można stwierdzić, że postawienie wcześniejszego rozpoznania doprowadziłoby do wyleczenia powódki. Przy postawieniu hipotezy, że powódka została za późno zdiagnozowana, nie można ocenić czy miało to wpływ na postęp choroby. Nie wiadomo, czy gdyby diagnoza została postawiona na początku 2013 roku, to czy u powódki doszłoby do przerzutów.

W lutym 2013 roku badanie USG wykonane w pozwanym Szpitalu zakończyło diagnostykę. Późniejsza zmiana nowotworowa, wykryta u powódki we wrześniu 2013 roku, zlokalizowana była anatomicznie w innym miejscu. Nie można łączyć tych zmian – guzek w ogonie S.'a (zmiana wykryta w listopadzie 2012/lutym 2013 roku) był podejrzany, a nie stwierdzono, żeby był złośliwy oraz był bardzo mały. Diagnostyka tego guzka we wrześniu 2013 roku nie zmieniłaby nic w sposobie leczenia, a naraziłaby powódkę na dodatkową biopsję. Nie jest możliwe, żeby zmiana o charakterze złośliwym w dolnym kwadrancie (wykryta we wrześniu 2013 roku) była przerzutem zmiany z ogona S.'a. Należy wykluczyć możliwość, aby pierwsza zmiana była nowotworowa, ponieważ nowotwór złośliwy był wykryty w innym miejscu i w innym czasie.

Powódka zarzucała pozwanemu Szpitalowi, że nieprawidłowo opisano badanie wykonane u niej w lutym 2013 roku. Brak jest jednoznacznych wytycznych jak powinna wyglądać dokumentacja medyczna chorej diagnozowanej na raka piersi. Nie ma jednoznacznych wytycznych jak powinien wyglądać opis badania USG piersi. Opis badania powódki niewątpliwie był lakoniczny – stwierdzono normę i nie przeprowadzono dalszych badań. Należy jednak podkreślić, że lakoniczność opisu w żaden sposób nie wskazuje na to, że badane zostało wykonane nieprawidłowo. Brak jednocześnie pewności co wykonanie dalszych badań wniosłoby do diagnostyki powódki. Istnieje możliwość, że zmiana uwidoczniła w mammografii wykonanej w listopadzie 2012 roku była zmianą łagodną lub tylko zagęszczeniem.

Nieprawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej może być traktowane jako naruszenie zbiorowych praw pacjentów. W niniejszej sprawie nie wykazano, aby dokumentacja powódki była prowadzona nieprawidłowo, że

dokonano w niej wpisów niezgodnych ze stanem zdrowia powódki. Jednocześnie fakt znikomej dokumentacji medycznej nie przesądza o popełnionym błędzie medycznym.

Odnosząc się do zarzutu powódki o zbyt późnym skierowaniu jej na radioterapię należy wskazać, że radioterapia po amputacji piersi powinna być przeprowadzona w okresie nie dłuższym jak 6 miesięcy od operacji. Jednak jeśli chora nie przyjmuje leczenia chemicznego, napromienianie należy przeprowadzić w miarę szybko po operacji. U powódki stwierdzono przeciwwskazania do natychmiastowej radioterapii, zaś po odpadnięciu tych przyczyn przystąpiono do normalnej procedury związanej z przygotowaniem pacjentki do tego typu terapii. Należy przyjąć, że w przypadku powódki odroczenie napromieniania nie miało wpływu na uogólnienie procesu nowotworowego i pogorszenia stanu zdrowia powódki. Nie występuje związek przyczynowo – skutkowy pomiędzy brakiem pilnego skierowania powódki na zabiegi radioterapii, a doznany przez powódkę uszczerbkiem na zdrowiu.

Mając na względzie powyższe okoliczności Sąd doszedł do przekonania, że zgromadzony w sprawie materiał dowodowy pozwala na ustalenie, że sposób diagnostyki i leczenia powódki w pozwanym Szpitalu nie pozostaje w związku przyczynowo – skutkowym z krzywdą powódki. Powyższe skutkuje oddaleniem powództwa w całości.

W postępowaniu cywilnym obowiązuje zasada odpowiedzialności za wynik procesu określona w art. 98 § 1 k.p.c., zgodnie z którą strona przegrywająca sprawę obowiązana jest zwrócić przeciwnikowi na jego żądanie koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony, a zatem decydujące znaczenie, jeśli chodzi o obowiązek zwrotu kosztów procesu, ma wynik sprawy. Wyjątek od powyższej zasady przewiduje art. 102 k.p.c., zgodnie z którym w wypadkach szczególnie uzasadnionych sąd może zasądzić od strony przegrywającej tylko część kosztów albo nie obciążać jej w ogóle kosztami. Dopuszczalność zastosowania normy wynikającej z przepisu art. 102 k.p.c. sąd powinien ocenić, biorąc pod uwagę okoliczności, które by uzasadniały odstępstwo od podstawowych zasad decydujących o rozstrzygnięciu w przedmiocie zwrotu kosztów procesu. O tym, czy w konkretnej sprawie zachodzi „wypadek szczególnie uzasadniony” w rozumieniu art. 102 k.p.c. decyduje przede wszystkim sytuacja życiowa oraz stan materialny danej strony, a także fakty związane z samym przebiegiem procesu. Okoliczności powyższe powinny być oceniane przede wszystkim z uwzględnieniem zasad współzycia społecznego.

W niniejszej sprawie Sąd doszedł do przekonania, że zasady współzycia społecznego przemawiają za nie obciążaniem powódki żadnymi kosztami w tej sprawie. E. M. przeszła długotrwałe i wyniszczające leczenie, nadal musi poddawać się chemioterapii, cierpi na szereg dolegliwości, które mają bezpośredni związek z podejmowanym leczeniem. Radykalnie zmieniło się jej nastawienie oraz możliwości wykonywania dotychczasowych obowiązków domowych. Wymaga ona opieki i pomocy osób trzecich, specjalnego żywienia, rehabilitacji.

Nadto, wobec krótkiego odstępu czasowego między badaniem wykonanym w pozwanym Szpitalu, a wykryciem nowotworu oraz przyjęciem odpowiedzialności przez ubezpieczyciela pozwanego Szpitala, uprawnione wydawało się być przekonanie powódki o nieprawidłowym podejmowaniu stosownych procedur przez pozwany Szpital.

Powyższe okoliczności pozwalają – zdaniem Sądu – przyjąć, iż sytuacja życiowa powódki oraz okoliczności sprawy stanowi szczególnie uzasadniony wypadek, wypełniając tym samym dyspozycję wyżej wskazanego przepisu.

ZARZĄDZENIE

Odpis wyroku z uzasadnieniem doręczyć zgodnie z wnioskiem.