

## UZASADNIENIE

W pozwie z dnia 30 listopada 2010 roku skierowanym przeciwko Wojewódzkiemu Szpitalowi (...) w Ł. powód Z. F. wniósł o zadośćuczynienie w kwocie 100.000zł z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu z tytułu krzywdy związanej z wadliwym procesem leczenia w pozwanym szpitalu. Powód wniósł także o zasądzenie od pozwanego kosztów postępowania,

(pozew k. 2-8)

Pozwany szpital wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie kosztów procesu podnosząc, że leczenie powoda w pozwanym szpitalu przebiegało prawidłowo.

(odpowiedź na pozew k. 35-40)

Pismem z dnia 17 stycznia 2011r. powód wniósł o zawiadomienie o toczącym się postępowaniu (...) Spółki Akcyjnej w W. Oddział w Ł., który jednak pomimo zawiadomienia nie przystąpił do sprawy charakterze interwenienta ubocznego.

(pismo – k. 239, dowód doręczenia – k. 252)

Powód zmarł 2 października 2012r., a spadek po nim nabyli na podstawie ustawy żona W. F. z domu J. oraz dzieci: J. D. z domu F. i K. F. po 1/3 części każde z nich.

(akt zgonu – k. 411, postanowienia o stwierdzeniu nabycia spadku – k. 444 )

W dniu 22 października 2012r. sąd zawiesił postępowanie z udziałem Z. F., a w dniu 4 czerwca 2013r. podjął je z udziałem jego następców prawnych w osobach: W. F., J. D. i K. F..

(postanowienie - k. 446)

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

Powód Z. F. został przyjęty do pozwanego szpitala w dniu 16 listopada (...). z rozpoznaniem złamania przykrętarzowego szyjki prawej kości udowej z przemieszczeniem. Miał wtedy 78 lat oraz dodatkowo rozpoznane inne schorzenia: nadciśnienie tętnicze, niewydolność krążenia II<sup>o</sup>/III<sup>o</sup>, cukrzycę. Przed złamaniem kości udowej powód poruszał się samodzielnie, jednak na skutek przebytego przed złamaniem udaru mózgowego w ograniczonym stopniu korzystał z balkonika ortopedycznego.

W pozwanym szpitalu zastosowano leczenie operacyjne polegające na zespoleniu złamania metalowymi łącznikami D.. Zabieg wykonano w dniu 21 listopada 2007r. W trakcie zabiegu uzyskano zespolenie w nieanatomicznym ustawieniu odłamów, co jest jednak z punktu widzenia chirurgii prawidłowe. Pierwszą próbę pionizacji wykonano 2 dni po zabiegu, ale odstąpiono od dalszej rehabilitacji z uwagi na silny ból w miejscu zespolenia oraz niedowład. Jak się okazało, nastąpiła destabilizacja zespolenia, która spowodowała utratę możliwości usprawniania powoda w postaci pionizacji i chodzenia. Tym bardziej, że nastąpiło pogorszenie stanu ogólnego powoda, czego dalszą konsekwencją była utrata możliwości reperacji i poprawy stanu narządów ruchu. Powód zmuszony został do ciągłego pozostawania w łóżku. Równoległe nastąpiło zaostrzenie zaburzeń krążenia w naczyniach obwodowych na skutek cukrzycy i miażdżycy tętnic kończyn dolnych. Powstał stan martwicy rozplywanej lewej stopy, co skutkowało koniecznością amputacji na wysokości lewego uda. W lipcu 2011r., w dacie badania przez biegłego chirurga-ortopedę, powód zmuszony był nadal pozostawać stale w pozycji leżącej ze znacznie przykurzoną prawa kończyną dolną i całkowicie niesprawną prawą kończyną górną. Wymagał całodobowej opieki.

(dokumentacja medyczna – k. 13-30,51-238 , opinie pisemne biegłego chirurga ortopedy - k. 293-297 i 325-326 oraz uzupełniające wyjaśnienia złożone przez biegłego na rozprawie w dniu 24 lutego 2014r. - nagranie od minuty 00:02: 23 do 00:21: 29)

Zastosowany **sposób leczenia** powoda w pozwanym szpitalu **był nieprawidłowy**. Typ złamania jakiego doznał powód – spiralne złamanie szyjki typu bec proximal i wieloodłamowe złamanie krętarza większego prawej kości udowej – źle się zrasta, nawet po anatomicznym nastawieniu i zespoleniu odłamów. Należało podjąć decyzje o wykonaniu alloplastyki połowicznej prawego stawu biodrowego z zastosowaniem endoprotezy typu B#polar lub A-M osadzonej na cemencie chirurgicznym. Taka endoproteza umożliwiłaby wczesne, bo już po 2-3 dniach usprawnianie w postaci pionizacji i chodzenia z pełnym obciążeniem operowanej kończyny, co jest szczególnie istotne dla pacjentów ze znaczną niesprawnością przedoperacyjną. W przypadku zespolenia odłamów pełne obciążanie kończyny możliwe jest dopiero po 6 tygodniach.

**Kolejnym błędem** personelu pozwanego szpitala było zbyt wcześnie podjęte i nieprawidłowe usprawnianie, które doprowadziło do destabilizacji poprawnego ustawienia odłamów uzyskanego w trakcie operacji oraz podwichnięcia prawego stawu biodrowego. Należało pozostawić powoda w pozycji leżącej na łóżku z usprawnieniem polegającym jedynie na siadaniu i delikatnych biernych ćwiczeniach prawego stawu biodrowego.

**Nieprawidłową decyzją** była także domowa przyjęcia powoda do szpitala w dniu 9 stycznia 2008r. po stwierdzeniu podwichnięcia stawu. Mając na uwadze wiek pacjenta, inne schorzenie oraz stwierdzone powikłania pooperacyjne należało przyjąć powoda powtórnie do szpitala aby dokładniej ocenić jego stan i możliwie szybko podjąć działania zmierzające do wymiany zespolenia na endoprotezę. Jednak ostatecznie w wyniku starań rodziny powód został przyjęty do szpitala MSWiA w dniu 11 stycznia 2008. Jego stan ogólny uniemożliwiał wówczas podjęcie leczenia operacyjnego. Powód w trybie pilnym został przyjęty na Oddział Kardiologii Interwencyjnej gdzie implantowano mu rozrusznik serca. Do szpitala (...) w Ł. powód został ponownie przywieziony w celu dalszego leczenia w dniu 29 stycznia 2008r. Po uzyskaniu poprawy stanu ogólnego w dniu 19 lutego (...). został zakwalifikowany do zabiegu operacyjnego, który jednak nie został wykonany do dnia 3 marca 2008r., kiedy powód został przekazany na oddział kardiologiczny z podejrzeniem ostrego zespołu wieńcowego. Jest wysoce prawdopodobne, że okres dwóch tygodni pomiędzy 19 lutego a 3 marca 2008r. był ostatnim jaki ze względu na ogólny stan zdrowia powoda rokował uzyskanie poprawy po wszczępieniu endoprotezy.

Można domniemywać, że po dniu 3 marca 2008r stan ogólny powoda uniemożliwiał już podjęcie leczenia operacyjnego. Nie można wykluczyć, że zawał mięśnia sercowego, który potwierdzono na oddziale kardiologicznym w marcu 2008r, wystąpił już wcześniej w okresie okołoperacyjnym, jednak po poinformowaniu pacjenta o możliwych zagrożeniach i uzyskaniu jego zgody na zabieg należało podjąć ryzyko operacyjne.

Można również przyjąć z przeważającym prawdopodobieństwem, że powstanie odleżyn podczas pobytu powoda w pozwanym szpitalu było następstwem niewystarczającej pielęgnacji, choć należy przyznać, że pielęgnacja odleżyn u pacjentów z tak zaawansowanymi schorzeniami jak powód jest bardzo trudna, zwłaszcza w warunkach szpitalnych.

Rozmiar cierpień powoda pozostający w związku z nieprawidłowym leczeniem był bardzo duży. Wiązało się to z doznany bólem, koniecznością długotrwałego pozostawania w łóżku, powstawaniem kolejnych powikłań: odleżyny, martwica lewej stopy, konieczność amputacji. Uszczerbek na zdrowiu zwiany z nieprawidłową kwalifikacją do zabiegu wyniósł 25% wg pozycji 145c, przy uwzględnieniu, że stan powoda po zabiegu w pozwanym szpitalu stanowił 65% uszczerbek na zdrowiu, gdyby natomiast z powodzeniem wszczępieno endoprotezę uszczerbek ten wynosiłby 40%.

(opinie pisemne biegłego chirurga – k.293-297 i 325-326 oraz uzupełniające wyjaśnienia złożone przez biegłego na rozprawie w dniu 24 lutego 2014r. - nagranie od minuty 00:02: 23 do 00:21: 29)

Podanie powodowi w trakcie hospitalizacji w dniu 3 lutego 2008r. insuliny było prawidłowe, gdyż wystąpienie u chorego leczonego lekami doustnymi lub dietą ostrego stanu takiego jak np. zawał serca jest wskazaniem do zmiany

leczenia na insulinowe. Działanie to miało charakter doraźny i nie miało związku z powstaniem u powoda stopy cukrzycowej, a dalszej konsekwencji amputacją kończyny

(opinia biegłego diabetologa – k. 316-317 i 472)

Powód cierpiał już przed złamaniem i leczeniem w pozwanym szpitalu na przewlekłe niedokrwienie kończyn dolnych na tle miażdżycy zarostowej. W krótkim czasie po złamaniu i następowym unieruchomieniu wystąpiły objawy ogniskowej martwicy okolic piętowych, które doprowadziły po wielomiesięcznym trwaniu do nieodwracalnym zmian w zakresie lewej stopy i konieczności amputacji. Rozwojowi martwicy sprzyjało wiele czynników, w tym unieruchomienie pacjenta, powstanie przykurczy w stawach kończyn dolnych, okresowo bardzo ciężki stan ogólny, konieczność leczenia kilku chorób jednocześnie, w tym podejmowanie leczenia ratującego życie. Wcześniejsze niż 28 maja 2008r. zbadanie przepływów w tętnicach dolnych przez wykonanie U. D. nie gwarantowało uratowania stopy pacjenta, ale dawało mu szansę na podjęcie działań rewaskularyzacyjnych tętnic.

(opinia biegłego chirurga naczyniowego – k. 387-388 oraz 472)

Oceniając materiał dowodowy sąd oparł się przede wszystkim na dokumentacji medycznej oraz opinii biegłych lekarzy, które uznał za jasne i logiczne. Zarzut pozwanego o wielu sprzecznościach w opinii biegłego chirurga ortopedy A. W. nie potwierdził się. Sam zaś fakt, że opinia była dla pozwanego niekorzystna nie był wystarczający do zażądania przez sąd opinii innego biegłego.

#### **Sąd Okręgowy zważył, co następuje:**

Powództwo jest usprawiedliwione co do zasady oraz w części zasadne co do wysokości.

Zgodnie z treścią art. 430 k.c. kto na własny rachunek powierza wykonywanie 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 powierzonych jej czynności.

Powołany wyżej przepis stanowi podstawę odpowiedzialności pozwanego za działalność jego personelu, w szczególności lekarzy decydujących o sposobie leczenia i rehabilitacji powoda, rehabilitanta i personelu pielęgniarskiego.

Jak wykazało przeprowadzone w sprawie postępowanie dowodowe, a zwłaszcza opinia biegłego chirurga-ortopedy, proces leczenia powoda w pozwanym szpitalu nie był prawidłowy, gdyż zastosowano sposób leczenia nieadekwatny do typu złamania oraz wieku i stanu ogólnego pacjenta. Nadto podjęto zbyt wczesną próbę pionizacji, która doprowadziła do destabilizacji dokonanej operacyjnie prawidłowo zespolenia i dalszych następstw w postaci unieruchomienia pacjenta i pozbawienia go możliwości powrotu do sprawności przedoperacyjnej. Na taki stan rzeczy **nałożyło się pogorszenie ogólnego stanu zdrowia pacjenta**, a jedyna możliwość dokonania reperacji w okresie pomiędzy 19 lutego a 3 marca 2008r. nie została wykorzystana. Nadto ciężki stan pacjenta i zaniedbania w zakresie należytej pielęgnacji doprowadziły do powstania odleżyn, których dalekich następstwem była amputacja kończyny. Nie podjęto też próby ratowania kończyny poprzez podjęte na czas działania rewaskularyzacyjne tętnic. Nie było natomiast uchybieniem podanie pacjentowi po konsultacji telefonicznej insuliny.

Za wszystkie wyżej opisane nieprawidłowości należy obciążyć odpowiedzialnością na zasadzie winy personel pozwanego szpitala, a w jego miejsce na zasadzie art. 430 k.c. pozwanego.

W konsekwencji żądanie zasądzenia odpowiedniej sumy tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę w związku z uszkodzeniem ciała i wywołaniem rozstroju zdrowia (w tym wypadku pogorszeniem stanu zdrowia) jest uzasadnione w oparciu o art. 444 i 445 k.c. Roszczenie to wobec śmierci powoda a w toku procesu, na podstawie art. 445 § 3 k.c. przeszło na jego spadkobierców. Dodatkową podstawą odpowiedzialności pozwanego może być zawinione naruszenie praw pacjenta w postaci prawa do leczenia zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, która to podstawa nie była jednak wskazywana przez powodów w toku postępowania.

Uznając powództwo za usprawiedliwione co do zasady, sąd uznał jednak wysokość roszczenia za zawyżoną. Jak przyznali bowiem wszyscy powołani w toku postępowania biegli, przypadek powoda był bardzo trudny z uwagi na zaawansowany wiek i bardzo ciężkie choroby somatyczne, za które pozwany szpital odpowiedzialności nie ponosi, **a które nałożyły się na nieprawidłowości dotyczące leczenia złamania**. W konsekwencji z jednej strony cierpienia powoda były większe niż gdyby takie same nieprawidłowości dotknęły osobę zdrową, a z drugiej strony nie można obciążać pozwanego skutkami innych chorób powoda, które były od niego całkowicie niezależne, w szczególności cukrzyca, miażdżyca i problemy natury kardiologicznej. Wyważając obie te okoliczności, sąd uznał za odpowiednie zadośćuczynienie za krzywdę związaną z błędami w leczeniu w pozwanym szpitalu na kwotę 60.000zł oraz uznał, że pozwany pozostaje w opóźnieniu w zapłacie tej kwoty od dnia następnego po doręczeniu mu odpisu pozwu (zwrotne poświadczenie odbioru – k. 32). Od tej też daty na podstawie art. 481 k.c. zasądzone odsetki.

Zasądzona kwota niewątpliwie ma charakter uznaniowy. Taką jednak jej uznaniowość założył ustawodawca w art. 445 k.c., gdyż żadna kwota pieniędzy nie jest w stanie wynagrodzić cierpienia fizycznego i psychicznego. Ustalając wysokość zasądzonej kwoty na 60.000zł sąd poza wymienionymi wyżej czynnikami jak 25% uszczerbek na zdrowiu powoda, duży zakres cierpień, pogorszenie komfortu końcówki życia osoby i tak już dotkniętej wieloma schorzeniami, sąd dodatkowo miał na uwadze, że zasądzona kwota niewątpliwie jest na tyle wysoka ma ona odczuwalną dla powodów wartość ekonomiczną, a z drugiej strony uwzględnia stan zamożności społeczeństwa i służby zdrowia w Polsce.

Ponieważ powodowie wygrali spór w 60% na podstawie art. 100 k.p.c. sąd przyznał im w 60% zwrot kosztów procesu, na które składają się po obu stronach koszty zastępstwa procesowego po 3.617zł ( $3.617zł \times 2 \times 60\% = 3617zł$ ).