

UZASADNIENIE

Z. P. wystąpił przeciwko Wojewódzkiemu (...) w Ł. z powództwem o zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda zadośćuczynienia pieniężnego w kwocie 100.000 zł z odsetkami ustawowymi za okres od dnia 14 października 2019 roku oraz o ustalenie, że pozwany szpital ponosi odpowiedzialność za dalsze, mogące powstać w przyszłości skutki błędu w sztuce medycznej. W ocenie powoda błąd ten miał polegać na tym, że personel medyczny pozwanego szpitala w trakcie pobytu powoda na izbie przyjęć szpitala w dniu 30 sierpnia 2017 roku nie rozpoznał u powoda nowotworu złośliwego, który został u powoda następnie wykryty i poddany leczeniu w styczniu 2018 roku, podczas pobytu powoda w Niemczech.

Powód zarzucił pozwanemu to, że na skutek błędu diagnostycznego nie doszło do wdrożenia leczenia nowotworu przed styczniem 2018 roku, co mogłoby zminimalizować zakres skutków choroby nowotworowej dla zdrowia powoda. Dodatkowo powód zarzucił pozwanemu szpitalowi naruszenie praw powoda jako pacjenta, tj. praw do świadczeń zdrowotnych odpowiadających aktualnej wiedzy medycznej oraz prawa do informacji o możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych.

(pozew k. 4-6)

W odpowiedzi na pozew pozwany szpital wniósł o oddalenie powództwa – pozwany zaprzeczył twierdzeniom powoda, jakoby w okolicznościach opisanych w pozwie doszło do błędu w sztuce medycznej na szkodę powoda lub do naruszenia praw powoda jako pacjenta.

(odpowiedź na pozew k. 47-49)

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:

W 2017 roku (aż okresu bezpośrednio przed świętami Bożego Narodzenia) Z. P. przebywał w Ł., do listopada 2017 roku pracował jako pracownik ochrony osób i mienia, nie korzystał ze zwolnienia lekarskiego. W maju 2017 roku odczuwał bóle brzucha i wymiotował, dlatego w dniu 7 maja 2017 roku zgłosił się na izbę przyjęć (...) w Ł., ale nie został przyjęty na hospitalizację, zalecono mu dietę. Potem powód czuł się dobrze, nadal chodził do pracy. Pod koniec sierpnia 2017 roku Z. P. ponownie odczuwał bóle i pełność brzucha, wymiotował, pogotowie ratunkowe zawiozło go na izbę przyjęć pozwanego szpitala w godzinach wieczornych 30 sierpnia 2017 roku, jednak po przeprowadzeniu badań nie został przyjęty na hospitalizację. Po 2 lub 3 dniach od tego zdarzenia powód wrócił do pracy, nie zgłosił się do lekarza pierwszego kontaktu, aż do końca 2017 roku czuł się dobrze, nie wykonywał żadnych badań medycznych.

Bezpośrednio przed świętami Bożego Narodzenia w 2017 roku powód wraz z żoną pojechał samochodem do Niemiec, kierował samochodem w tej podróży, nadal czuł się dobrze. Dopiero w trakcie pobytu z żoną w Niemczech, po 1 stycznia 2018 roku Z. P. poczuł się źle, miał gorączkę, wymiotował, był bardzo osłabiony i ostatecznie trafił do szpitala, gdzie zdiagnozowano u niego nowotwór jelita grubego (okrężnicy) i poddano leczeniu operacyjnemu.

(zeznania świadka J. P. – protokół rozprawy z dnia 18 lutego 2021 roku, 6 – 20 minuta; przesłuchanie powoda – protokół rozprawy z dnia 18 lutego 2021 roku, 30 – 44 minuta)

W dniu 7 maja 2017 roku Z. P. w godzinach popołudniowych przebywał na Izbie Przyjęć (...) w Ł. – pacjent zgłaszał ból nadbrzusza, wymioty treścią żółciową. Stwierdzono, że brzuch pacjenta jest miękki, bolesny w nadbrzuszu i prawej okolicy podżebrowej. Przeprowadzono badanie USG jamy brzusznej i wykonano zdjęcie RTG jamy brzusznej, stwierdzono, że pacjent nie wymaga hospitalizacji. Powód nie został przyjęty do leczenia na oddziale szpitalnym.

(kopia karty informacyjnej k. 117-118)

W okresie między 7 maja 2017 roku a 30 sierpnia 2017 roku powód nie korzystał z żadnych świadczeń medycznych finansowanych przez NFZ, w szczególności z badań diagnostycznych.

(okoliczność niesporna, pisemna informacja z NFZ k. 184, z której wynika, że między wizytami na izbach przyjęć szpitala w dniach 7 maja i 30 sierpnia 2017 roku powód nie korzystał ze świadczeń medycznych finansowanych przez NFZ)

W godzinach wieczornych 30 sierpnia 2017 roku, od godziny 19.13 do godziny 21.43 Z. P. przebywał na izbie przyjęć Wojewódzkiego (...) w Ł..

W karcie informacyjnej z pobytu na izbie przyjęć podano, że chory zgłosił się z powodu bólów brzucha i wymiotów treścią pokarmową, natomiast negował występowanie u niego nudności oraz zatrzymania gazów i stolca. Odnotowano w karcie informacyjnej, że u pacjenta brzuch był miękki, niebolesny, bez objawów otrzewnowych. W badaniach laboratoryjnych i obrazowych nie stwierdzono „istotnych odchyłeń od normy”. Uznano, że u powoda nie występuje potrzeba pilnej interwencji chirurgicznej. Zalecono powodowi ponowne zgłoszenie się w przypadku nasilenia się dolegliwości. Powód nie został przyjęty do leczenia na oddziale szpitalnym. U powoda wykonano wówczas badania biochemiczne i badania laboratoryjne krwi (wynik badania CRP podano jako 9,1 mg/l), a ponadto badanie RTG jamy brzusznej i badanie USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej. W opisie badania RTG wskazano jedynie na „widoczne pojedyncze poziomy płynowo-gazowe w nadbrzuszu”.

Z karty informacyjnej nie wynika, aby Z. P. informował wówczas personel medyczny o tym, że w maju 2017 roku wystąpiły u niego podobne objawy i że wówczas przebywał na izbie przyjęć innego szpitala.

(kopia karty informacyjnej k. 7-8, kopia dokumentacji medycznej k. 51-55)

W okresie od 13 stycznia 2018 roku do 9 lutego 2018 roku Z. P. był leczony w Klinice chirurgii ogólnej, jamy brzusznej i naczyniowej w szpitalu (...) w N.. U powoda rozpoznano wówczas mechaniczną niedrożność jelit przy zwężającym gruczolako-raku okrężnicy poprzecznej. W dniu 15 stycznia 2018 roku w trybie pilnym wykonano u powoda stomię na okrężnicy wstępującej. W dniu 24 stycznia 2018 roku w wyżej wskazanym szpitalu w Niemczech poddano powoda zabiegowi operacyjnemu polegającemu na definitywnej resekcji nowotworu z rozszerzoną resekcją okrężnicy poprzecznej i fragmentów okrężnicy wstępującej, poprzecznej i zstępującej.

(kopia dokumentacji medycznej z jej tłumaczeniem na język polski k. 9-25, dokumentacja medyczna k. 60-80)

W późniejszym czasie, już w Polsce, stosowano u powoda dalsze leczenie nowotworu złośliwego jelita grubego w postaci chemioterapii.

(kopia dokumentacji medycznej k. 26-32)

W przypadku powoda rozpoznanie choroby nowotworowej w styczniu 2018 roku nastąpiło dopiero w momencie wystąpienia powikłania choroby w postaci niedrożności jelit. Do tego momentu choroba przebiegała skąpobjawowo, a w wynikach badań przeprowadzonych u powoda nie występowały istotne odchylenia od norm. W przypadku raka okrężnicy (tj. choroby, która wystąpiła u powoda) taki przebieg choroby nowotworowej jest zjawiskiem częstym. Wcześniejsze rozpoznanie u powoda nowotworu okrężnicy poprzecznej mogło zdecydować o wykonaniu zabiegu resekcyjnego bez potrzeby wykonania stomii.

W odniesieniu do powoda na izbie przyjęć pozwanego szpitala w dniu 30 sierpnia 2017 roku zastosowano prawidłowe postępowanie diagnostyczne – postępowanie w stosunku do powoda na izbie przyjęć pozwanego szpitala było zgodne z zasadami sztuki medycznej. Wykonanie gastrokopii w warunkach izby przyjęć nie było możliwe, podobnie jak wykonanie kolonoskopii – ten ostatni zabieg wymaga przygotowania oczyszczającego jelit. Diagnostyka zastosowana wobec powoda na izbie przyjęć pozwanego szpitala była prawidłowa. Poszerzona diagnostyka mogła doprowadzić do rozpoznania u powoda nowotworu okrężnicy, ale w dacie badania powoda na izbie przyjęć pozwanego szpitala

nie było wskazań do przeprowadzenia takiej dalszej diagnostyki (dalszą diagnostykę powoda mógł zlecić lekarz pierwszego kontaktu, w razie utrzymywania się lub nasilenia dolegliwości bólowych u powoda w dalszych dniach) – w szczególności nie było wskazań do tego, aby wykonać u powoda badanie tomografią komputerową (CT) jamy brzusznej, przy czym takie badanie (wykonywane w pracowni radiologicznej) wymaga uprzedniego przygotowania pacjenta. Nie było wówczas także wskazań do hospitalizacji powoda w trybie pilnym, ani do zalecenia mu w karcie wypisowej dalszych badań diagnostycznych.

Wypis powoda z izby przyjęć odpowiadał standardom w tym zakresie przyjętym.

Dopiero w przypadku nawrotu lub nasilenia dolegliwości u powoda po pobycie na izbie przyjęć pozwanego szpitala należałoby wdrożyć dalszą diagnostykę (w tym badanie kolonoskopowe, po odpowiednim przygotowaniu pacjenta, w trybie planowym). Badania takie mógł zlecić powodowi lekarz pierwszego kontaktu (podstawowej opieki zdrowotnej).

(opinia pisemna biegłego z zakresu chirurgii ogólnej i onkologicznej J. B. k. 94-102, pisemna opinia uzupełniająca k. 137-141, k. 163-165)

Brak było podstaw do kwestionowania wiarygodności dowodu w postaci opinii pisemnych wydanych w niniejszej sprawie przez biegłego z zakresu chirurgii ogólnej i onkologicznej. Żadna ze stron nie zgłosiła tego rodzaju zarzutów do opinii biegłego, które podważałyby jej wiarygodność jako dowodu w sprawie niniejszej. Biegły w opinii podstawowej i dwóch pisemnych opiniach uzupełniających odpowiedział na wszystkie kwestie podnoszone przez stronę powodową. Zgłoszony przez powoda w piśmie datowanym na 19 kwietnia 2021 roku (pismo procesowe k. 181 odwrot) dowód z kolejnej (trzeciej) opinii uzupełniającej biegłego z zakresu chirurgii onkologicznej podlegał pominięciu na podstawie art. 235² §1 pkt 5) k.p.c. jako zmierzający jedynie do nieuzasadnionego przedłużenia czasu trwania postępowania w sprawie niniejszej. Po pierwsze, wszelkie uzasadnione wątpliwości dotyczące jego opinii podstawowej biegły z zakresu chirurgii onkologicznej wyjaśnił już w dwóch pierwszych pisemnych opiniach uzupełniających. Po drugie, brak jest podstaw do przyjęcia, że pytań do biegłego zgłoszonych w piśmie datowanym na 19 kwietnia 2021 roku (tj. już po doręczeniu stronie powodowej drugiej opinii uzupełniającej biegłego) strona powodowa nie mogła zgłosić i sformułować już po doręczeniu jej opinii podstawowej lub pierwszej opinii uzupełniającej.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Zasadność roszczeń powoda w stosunku do pozwanego szpitala oceniać należy w pierwszej kolejności oparciu o przepisy art. 430 k.c. w zw. z art. 445 § 1 k.c. i art. 444 § 1 k.c. Zgodnie z treścią art. 430 k.c., 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 czynności. Personel medyczny publicznego zakładu opieki zdrowotnej – niezależnie od tego, czy są to lekarze zatrudnieni na podstawie umowy o pracę czy w ramach stosunku cywilnoprawnego - podlega kierownictwu tego zakładu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, a w związku z tym stosownie do treści art. 430 k.c. zakład opieki zdrowotnej odpowiada za zawinione działania i zaniechania swojego personelu medycznego. Z kolei art. 445 § 1 k.c. stanowi o tym, że w wypadkach przewidzianych w art. 444 § 1 k.c. (tj. w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia) sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę pieniężną z tytułu zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.

Zaznaczyć należy, że placówka lecznicza ponosi odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przez jej personel, jeżeli do powstania szkody doszło w wyniku niedołożenia należytej staranności w leczeniu pacjenta przez personel tej placówki. Zawinionym zachowaniem personelu medycznego jest podjęcie takiego sposobu diagnostyki lub leczenia, który nie odpowiada aktualnemu w danej dacie stanowi wiedzy medycznej albo nieuzasadnione zaniechanie czy opóźnienie w podjęciu właściwej diagnostyki i leczenia (por. M. Nestorowicz, Prawo medyczne, Toruń 2010, s. 80) – przy czym jednak nie można abstrahować od tego, do jakiego rodzaju placówki medycznej i w jakich okolicznościach faktycznych pacjent się zgłasza. Badanie na izbie przyjęć szpitala w odniesieniu do pacjenta, który nie posiada skierowania na określone leczenie szpitalne, ma służyć ocenie, czy dany pacjent wymaga pilnego przyjęcia do szpitala celem

niezwłocznego podjęcia leczenia i w tym kontekście muszą być rozważane zarzuty powoda wobec pozwanego szpitala. Pobyt na izbie przyjęć szpitala nie służy natomiast całościowej diagnostyce pacjenta pod kątem wszystkich możliwych (potencjalnych) schorzeń.

Stwierdzić wobec tego należy w oparciu o wydane w niniejszej sprawie trzy pisemne opinie biegłego z zakresu chirurgii ogólnej i onkologicznej, że brak jest podstaw do przyjęcia, jakoby na izbie przyjęć pozwanego szpitala w dniu 30 sierpnia 2017 roku nie przeprowadzono tego rodzaju działań diagnostycznych, które można było i należało wówczas w warunkach izby przyjęć u powoda przeprowadzić. Biegły wskazał w opinii podstawowej, że w warunkach izby przyjęć nie prowadzi się takich badań jak kolonoskopia czy gastroscopia, które wymagają wcześniejszego przygotowania pacjenta do badania. Co więcej, z opinii biegłego wynika, że postępowanie diagnostyczne personelu pozwanego szpitala w dniu 30 sierpnia 2017 roku było prawidłowe, a wyniki przeprowadzonych u powoda badań (RTG, USG, badania biochemiczne krwi) nie uzasadniały przeprowadzenia lub zlecenia przeprowadzenia u powoda dalszych badań diagnostycznych, w szczególności kolonoskopii, gastrokopii czy badania CT (tomografia komputerowa). Wyniki badań powoda nie uzasadniały też przyjęcia go do szpitala, a karta wypisowa z izby przyjęć spełniała przyjęte w tym zakresie wymogi. Tym samym brak jest podstaw do przyjęcia, że w stosunku do powoda doszło do błędu w sztuce medycznej na izbie przyjęć pozwanego szpitalu. Wobec powyższego, nie ma także podstaw do uznania, że pozwany szpital w sposób zawiniony przyczynił się do zbyt późnego wykrycia u powoda choroby nowotworowej, co miałooby skutkować naruszeniem dóbr osobistych powoda (przede wszystkim zdrowia i integralności cielesnej) i uzasadniałoby przyznanie zadośćuczynienia pieniężnego na podstawie art. 445 lub 448 k.c. albo ustalenie, że pozwany szpital odpowiada za mogące powstać w przyszłości dalszego skutki rzekomego błędu w sztuce medycznej (roszczenie z punktu 2 pozwu – art. 189 k.p.c.).

Nie zachodzą również podstawy do przyjęcia, że w stosunku do powoda na izbie przyjęć pozwanego szpitala w dniu 30 sierpnia 2017 roku doszło do naruszenia praw pacjenta określonych w przepisach ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku praw pacjenta (tekst jedn. Dz.U. z 2012 roku, poz. 159), w szczególności prawa do świadczeń zdrowotnych odpowiadających aktualnemu stanowi wiedzy medycznej (art. 6 ustawy) lub prawa do informacji o możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych (art. 9 ustawy). Z tego względu podstawy prawnej uzasadniającej roszczenie powoda o zapłatę zadośćuczynienia pieniężnego nie może stanowić także art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta w związku z art. 448 k.c.

Na marginesie rozważań należy wskazać, że strona powodowa o tyle nie jest konsekwentna w swoim stanowisku, iż pomija fakt, że dokładnie te same badania diagnostyczne (RTG i USG) co na izbie przyjęć pozwanego szpitala w sierpniu 2017 roku i na skutek zgłoszenia się przez powoda z tymi samymi dolegliwościami przeprowadzono u powoda na izbie przyjęć (...) w Ł. w maju 2017 roku – tymczasem powód swoje zarzuty co do nieprawidłowej diagnostyki kieruje wyłącznie w stosunku do pozwanego szpitala. Dodać należy, że z treści dokumentacji medycznej wynika, że powód na izbie przyjęć pozwanego szpitala w sierpniu 2017 roku nie poinformował o tym, że już w maju 2017 roku z podobnymi dolegliwościami zgłosił się na izbę przyjęć innego szpitala – przekazanie takiej informacji zapewne wpłynęłoby na proces diagnostyczny powoda w pozwanej jednostce, jednakże brak udostępnienia tej informacji stronie pozwanej (personelowi medycznemu pozwanego) w dniu 30 sierpnia 2017 roku nie może stanowić o zaistnieniu jakiegokolwiek błędu po stronie personelu pozwanego szpitala.

Wobec powyższego, wytoczone w niniejszej sprawie powództwo podlegało oddaleniu w całości.

Na podstawie art. 102 k.p.c. z uwagi na stan zdrowia powoda (tj. poniesione przez niego skutki zdrowotne choroby nowotworowej) i subiektywnie uzasadnione okolicznościami przekonanie powoda o zasadności jego roszczenia odstąpiono od obciążenia powoda kosztami procesu na rzecz strony pozwanej.

Ponadto, na podstawie §8 pkt 6) rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 3 października 2016 r. w sprawie ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej przez adwokata z urzędu (tekst jedn. Dz.U. z 2019 r. poz. 18), należało przyznać i wypłacić z funduszy Skarbu Państwa pełnomocnikowi powoda z

urzędu wynagrodzenie w kwocie 3600 zł za pomoc prawną udzieloną powodowi, powiększone o podatek od towarów i usług w stawce 23% ($1,23 \times 3600 \text{ zł} = 4428 \text{ zł}$).

ZARZĄDZENIE

Odpis wyroku wraz z uzasadnieniem doręczyć pełnomocnikowi powoda – przez portal informacyjny sądu.

Dnia 9 sierpnia 2021 roku SSR (del.) Adam Borowicz