

## UZASADNIENIE

W pozwie z dnia 20 maja 2013 roku powódka W. K. wniosła o zasądzenie od pozwanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) Szpitala (...) Medycznej – (...) Szpitala (...) w Ł.:

- kwoty 15.000 złotych z ustawowymi odsetkami od dnia wytoczenia powództwa do dnia zapłaty tytułem odszkodowania za poniesione koszty leczenia;
- kwoty 185.000 złotych tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę na skutek nieprawidłowego przeprowadzenia zabiegu witrektomii z ustawowymi odsetkami od dnia wytoczenia powództwa do dnia zapłaty;
- renty na zwiększone potrzeby w wysokości 500,- złotych miesięcznie, począwszy od dnia 1 maja 2013 roku, płatnej do dnia 10 każdego miesiąca z ustawowymi odsetkami w razie uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat.

Powódka wniosła również o zasądzenie od strony pozwanej kosztów procesu według norm przepisanych.

W uzasadnieniu pozwu powódka podała, że w dniu 11 czerwca 2009 r. przestała widzieć na prawe oko. Obawiając się, że może być to skutkiem lekkiego urazu gałką, którego doznała kilka godzin wcześniej udała się do (...) Szpitala (...) w Ł., gdzie po wykonaniu badania usg stwierdzono krwotok do ciała szklстого oka prawego bez odchyień siatkówki i zalecono kontrolę, na którą powódka udała się 15 czerwca 2009 r. Po ponownym przeprowadzeniu badania usg nie stwierdzono zmian i skierowano powódkę do rejonowej poradni okulistycznej. Powódka udała się do poradni okulistycznej MSWiA, gdzie w czasie wizyty w dniu 22 czerwca 2009 r. lekarz badający nie stwierdził żadnych zmian i odmówił wykonania zabiegu usg jako zbędnego, zalecając wizytę kontrolną po 6 tygodniach. Z uwagi na nasilający się ból oka i utrzymujący się krwotok powódka udała się w dniu 13 lipca 2009 r. do (...) Szpitala (...) Medycznej – (...) Szpitala (...) na wizytę, podczas której dr M. P. (1) stwierdził odłączenie naczyniówki i odwarstwienie siatkówki, przy czym to rozpoznanie pozostawiono pod znakiem zapytania. Jednocześnie jedyne co zalecono to krople do oka. Po 2 tygodniach od wizyty w (...) Szpitalu (...) im. WAM pojawiły się błyski w prawym oku i migotanie obrazu. Powódka zgłosiła się w dniu 1 sierpnia 2009 r. do dyżurującego (...) Szpitala (...) w Ł., gdzie lekarz wykonujący usg stwierdził odwarstwienie siatkówki i nakazał jej stawienie się w dniu 3 sierpnia 2009 r. celem ustalenia terminu leczenia operacyjnego. Z uwagi na urlop lekarza mającego dokonać operacji skierowano pacjentkę w dniu 3 sierpnia 2009 do pozwanego Szpitala, gdzie została przyjęta przez dr A. K. (1), który skierował ją na zabieg witrektomii na dzień następny.

Powódka podała, że nie udzielono jej kompleksowej informacji odnośnie przebiegu zabiegu oraz możliwych powikłań. Nie wyrażała ona również pisemnej zgody na jego wykonanie, podpisała jedynie zgodę na przyjęcie do szpitala. Ponadto, wagę i wzrost powódki w karcie znieczulenia określono na 62 kg i 160 cm. Po zdjęciu opatrunku powódka widziała bardzo zamglony obraz, w worku spojówkowym wytworzyły się pęcherze z mętym, szarym płynem, a po 4 dniach przestała widzieć zupełnie. Po siedmiu dniach od operacji powódka udała się do prywatnego gabinetu dr K., który dokonał badania (...) oka, stwierdzając odwarstwienie siatkówki. W tej sytuacji w dniu 11 sierpnia 2009 roku w pozwanym Szpitalu wykonano reoperację oka prawego. W karcie kwalifikacji do zabiegu wpisano wagę powódki na 75 kg wzrost na 169 cm. Po zabiegu poinformowano powódkę, że w trakcie zabiegu wystąpiły poważne problemy z przyłożeniem siatkówki, która stale się unosiła. Po drugiej witrektomii powódka odczuwała ból głowy i oczodołu, silne łzawienie, zanik czucia prawej strony głowy i twarzy. Jednocześnie, nadal niemal nic nie widziała na prawe oko, a po tygodniu od drugiego zabiegu w widzeniu powódki pojawiła się czarna przesłona, co powódka zgłaszała na wizycie kontrolnej w dniu 21 sierpnia 2009 roku dr K., który stwierdził, że siatkówka jest przyłożona. Powódka podała, że w dniu 24 sierpnia 2009 roku przyjął ją doc. J. i dr P., którzy zalecili stosowanie kropli. W dniu 28 września 2009 roku powódka wykonała badanie (...) oka prawego w gabinecie doc. J., które wykazało ponowne odklejenie siatkówki. Z wynikiem badania powódka udała się w dniu 29 września 2009 r. do pozwanego Szpitala na konsultację, podczas

której dr K. uznał, że siatkówka jest przyłożona i że występuje obrzęk. Po pokazaniu badania (...) zaproponowano leczenie w prywatnym gabinecie.

Powódka wskazała, że utraciła jednak zaufanie do tego lekarza i próbowała poszukać pomocy w Centrum (...) w N., gdzie operuje światowej sławy okulista profesor F. K.. Po konsultacji u prof. K. powódka dowiedziała się, iż oko jest w fatalnym stanie, co jest efektem błędów w czasie wykonywania dotychczasowych operacji. Powódka przeszła jeszcze dwie operacje w N., pierwszą mającą na celu usunięcie zaćmy, usunięcie i wszczepienie sztucznej soczewki oraz przyłożenie siatkówki oraz drugą usuwającą chore naczynia z oka. Podała, że dopiero w N. poinformowano ją o wszystkich możliwych powikłaniach w przypadku przeprowadzenia witrektomii, a także dokładnie wyjaśniono cały przebieg leczenia. Powódka zgodziła się na te zabiegi, gdyż w ocenie proponujących je lekarzy nie było już wówczas innej możliwości. Niestety, zmiany w oku prawym powódki są trwałe i nieodwracalne, nie ma możliwości przywrócenia widzenia w prawym oku, co gorsza powódce grozi całkowita utrata oka.

W ocenie powódki postępowanie lekarza pozwanego Szpitala dr K. wobec niej było zawinione, gdyż naruszył on obowiązki wynikające z przepisów prawa, nie udzielając przystępnej informacji o planowanym zabiegu, ani możliwych powikłaniach, a przede wszystkim dopuszczając się błędu w sztuce lekarskiej w postaci przeprowadzenia zabiegu witrektomii i ignorowania zgłaszanych przez powódkę po zabiegu dolegliwości, nie przywiązywał wagi do występujących u powódki silnych powikłań, które wystąpiły po drugiej operacji.

( pozew k. 2- 10)

W odpowiedzi na pozew z dnia 26 czerwca 2013 roku pozwany Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej (...) Szpital (...) Medycznej – (...) Szpital (...) w Ł. wniósł o oddalenie powództwa oraz o zasądzenie od powódki na rzecz pozwanego kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Strona pozwana wniosła nadto o zawiadomienie na podstawie art. 84 k.p.c. o toczącym się procesie (...) S.A. w W..

Strona pozwana zakwestionowała powództwo zarówno co do zasady, jak i co do wysokości. W ocenie pozwanego Szpitala, brak jest podstaw do uznania zawinionego działania jego personelu wobec powódki, gdyż wszelkie procedury medyczne zostały wykonane w sposób prawidłowy.

( odpowiedź na pozew k. 117-121)

Zawiadomiony o toczącym się procesie (...) Spółka Akcyjna z siedzibą w W. nie przystąpił do sprawy w charakterze interwenienta ubocznego po stronie pozwanej.

( dowód doręczenia zawiadomienia k. 164)

### ***Sąd Okręgowy dokonał następujących ustaleń faktycznych:***

W dniu 11 czerwca 2009 roku powódka W. K. około godziny 22.00 przestała widzieć na prawe oko.

Powódka udała się do (...) Szpitala (...) w Ł., gdzie po wykonaniu badania usg stwierdzono krwotok do ciała szklistego oka prawego bez odchylenia siatkówki – siatkówka przyłożona. Zalecono krople oraz kontrolę za 7 dni (skierowanie do pracowni diagnostycznej) oraz kompleksową kontrolę okulistyczną w poradni rejonowej.

( karta przyjęcia k. 11, zeznania powódki protokół rozprawy z dnia 14 lutego 2017 roku czas nagrania 00. 07.25.-00.50.48 k. 337-339)

Po ponownym przeprowadzeniu badania usg w dniu 15 czerwca 2009 roku stwierdzono: siatkówka i naczyniówka przyłożone, niecałkowite odłączenie błony runicznej szklistki, masywny, drobnocząsteczkowy wylew w przestrzeni pozaszkliskowej, liczne pokrwotoczne pasma śródszklistkowe - wskazana dalsza kontrola stanu klinicznego, konieczna okresowa kontrola Usg. Skierowano powódkę do rejonowej poradni okulistycznej.

( wynik badania usg z opisem k.12-13 )

W dniu 22 czerwca 2009 roku powódka udała się do Poradni Okulistycznej MSWiA, gdzie po badaniu lekarz zastosował leczenie zachowawcze - krople D. i Atropinę oraz zalecił wizytę kontrolną po 6 tygodniach.

(historia choroby z ZOZ MSWiA w Ł., Poradni Okulistycznej z dnia 13 czerwca 2009 r. k. 14-15, 16, zeznania powódki protokół rozprawy z dnia 14 lutego 2017 roku czas nagrania 00. 07.25-00.50.48 k. 337-339)

Powódka udała się w dniu 13 lipca 2009 r. do (...) Szpitala (...) Medycznej – (...) Szpitala (...) w Ł. na wizytę, podczas której dr M. P. (1) stwierdził odłączenie naczyniówki i odwarstwienie siatkówki? Powikłane krwotokiem do ciała szklistego oka prawego z hipotonią tego oka. Obraz badania usg nie był jednoznaczny.

Ostrość wzroku oka prawego wynosiła ruch ręki przed okiem i poczucie światła. Jednocześnie zalecono stosownie krople do oka - leczenie zachowawcze, które miało na celu przyśpieszenie wchłaniania krwi.

(karty wizyty pacjenta w (...) Szpitalu (...) Medycznej – (...) Szpital (...) dnia 13 lipca 2009 r. k. 17, wynik badania k. 18, zeznania świadka M. P. protokół rozprawy z dnia 8 października 2013 roku czas nagrania 01.01.33-01.16.40 k. 171-173, zeznania powódki protokół rozprawy z dnia 14 lutego 2017 roku czas nagrania 00. 07.25- 00.50.48 k. 337)

Powódka zgłosiła się w dniu 1 sierpnia 2009 r. do dyżurującego (...) Szpitala (...) w Ł.. W czasie wizyty powódka podała, że zauważyła „migotanie obrazu” przed okiem prawym. Podczas badania usg oka prawego stwierdzono - liczne męty pokrwotoczne, siatkówka płasko odwarstwiona. Wskazane pilne leczenie operacyjne.

W wywiadzie wpisano: pacjentka miała stwierdzony wylew krwi do ciała szklistego w oku prawym 11 czerwca 2009 roku, prawdopodobnie po urazie oka ( uderzenie gałęzią?) Obecnie wzrok nie uległ poprawie, dziś pacjentka zauważyła „migotanie obrazu” przed okiem prawym.

Lekarz nakazał powódce stawienie się w dniu 3 sierpnia 2009 r. w Szpitalu celem ustalenia terminu leczenia operacyjnego.

( karta przyjęcia k. 19,187, wynik badania k. 20, zeznania powódki protokół rozprawy z dnia 14 lutego 2017 roku czas nagrania 00. 07.2500.50.48 k. 337-339)

W dniu 3 sierpnia 2009 r. powódka zgłosiła się na wizytę w gabinecie okulistycznym pozwanego Szpitala, gdzie przyjął ją dr K., który skierował ją na zabieg witrektomii na dzień następny.

( karta wizyty k. 21, zeznania powódki protokół rozprawy z dnia 14 lutego 2017 roku czas nagrania 00. 07.25 -00.50.48 k. 337-339)

W dniu 3 sierpnia 2009 roku powódka została przyjęta do pozwanego Szpitala Kliniki (...), gdzie przebywała do dnia 6 sierpnia 2009 roku.

W dniu 4 sierpnia 2009 roku wykonano u powódki zabieg operacyjny - witrektomia tylna z podaniem oleju silikonowego do oka prawego.

Zabieg polegał na usunięciu zmienionej szklistki, usunięciu wylewów pokrwotocznych ciała szklistego, a następnie podania ciężkiego płynu, który miał na celu przyłożenie odwarstwionej siatkówki. W siatkówce były liczne przetarcia do góry i od dołu. Dodatkowym obciążeniem były proliferacje podsiatkówkowe czyli pokrwotoczne masy, które lokalizują się na siatkówce i pod siatkówką ( ...).

( karta wizyty k. 21, dokumentacja medyczna k. 22-36, zeznania świadka A. K. protokół rozprawy z dnia 8 października 2013 roku czas nagrania 00.11.39- 01.00.05 k. 167-171)

Przed wykonaniem zabiegu operacyjnego powódka wyraziła zgodę na przedstawiony przez lekarza sposób leczenia operacyjnego. Powódka zgodziła się na ewentualne zmodyfikowanie sposobu operacji w niezbędnym zakresie zgodnie z zasadami wiedzy medycznej, jeśli będzie tego wymagała sytuacja powstała w wyniku procesu terapeutycznego. Stwierdziła, że uzyskała wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania i poprosiła o wykonanie proponowanej jej operacji.

(...) o operacji udział powódce dr A. K. (1), który wyjaśnił powódce, że proponowana operacja jest ciężkim zabiegiem, że sukces jej powodzenia zależy od pacjenta, który powinien stosować się do zaleceń min. że chodzić z pochyloną głową.

( oświadczenie – zgoda na operację k.134, zeznania świadka A. K. protokół rozprawy z dnia 8 października 2013 roku czas nagrania 00.11.39- 00.14.39- 00.19.45 i 00.53.07-00.55.00 k. 167-168 i 171, zeznania powódki protokół rozprawy z dnia 14 lutego 2017 roku czas nagrania 00. 07.25 - 00.50.48 k. 337-338)

Dr K. wskazał, że są dwie metody leczenia – z podaniem gazu i oleju silikonowego oraz wyjaśnił na czym polegają obie metody. W wyborze metody powódka zdała się na decyzję lekarza.

(zeznania powódki protokół rozprawy z dnia 14 lutego 2017 roku czas nagrania 00. 07.25- 00.50.48 k. 337-338)

W dniu 10 sierpnia 2009 roku powódka wykonała badanie diagnostyczne (...) siatkówki oka prawego poza Kliniką (...) w gabinecie dr K., które potwierdziło odklejenie siatkówki – płaskie uniesienie siatkówki w plamce.

Klinika (...) pozwanego Szpitala w chwili leczenia powódki nie posiadała aparatury do diagnostyki schorzeń siatkówki (tomografu spektralnego do badań siatkówki) o nazwie S. (...) T., który został dostarczony do Kliniki (...) w dniu 21.08.2009 r. , a dopuszczony do eksploatacji w listopadzie 2009r.

(oświadczenie k. 130 , karta techniczna k. 131, zeznania świadka A. K. protokół rozprawy z dnia 8 października 2013 roku czas nagrania 00.51.30- 01.00.05 k. 169-171, zeznania powódki protokół rozprawy z dnia 14 lutego 2017 roku czas nagrania 00. 07.25 -00.50.48 k. 337-338)

Powódka została skierowana w trybie pilnym do leczenia operacyjnego.

( okoliczność niesporna)

W dniu 11 sierpnia 2009 roku powódka zgłosiła się do gabinetu okulistycznego pozwanego Szpitala. Tego samego dnia w pozwanym Szpitalu wykonano reoperację oka prawego. Zabieg wykonywał dr K. i dr P.. W. tylna z podaniem oleju silikonowego do oka prawego poszerzona o obwodową retinektomię ze względu na sztywność siatkówki w sektorach dolnych i niemożność przyłożenia jej poddziałaniem ciężkiego płynu dekaliny. Uzyskano przyłożenie siatkówki i poprawę ostrości widzenia w oku prawym V. =4/50 cc+6,0 D..

Powódka przebywała w Szpitalu do dnia 14 sierpnia 2009 roku. Zalecono stosowanie kropli do oka, kontrolę okulistyczną w poradni okulistycznej za 7-10 dni.

( dokumentacja medyczna k. 37-50, zeznania świadka A. K. protokół rozprawy z dnia 8 października 2013 roku czas nagrania 00.29.41- 01.00.05 k. 169-171, zeznania powódki protokół rozprawy z dnia 14 lutego 2017 roku czas nagrania 00. 07.25-00.50.48 k. 337-338)

Przed wykonaniem zabiegu operacyjnego powódka wyraziła zgodę na przedstawiony przez lekarza sposób leczenia operacyjnego. Powódka zgodziła się na ewentualne zmodyfikowanie sposobu operacji w niezbędnym zakresie zgodnie z zasadami wiedzy medycznej, jeśli będzie tego wymagała sytuacja powstała w wyniku procesu terapeutycznego. Stwierdziła, że uzyskała wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania i poprosiła o wykonanie proponowanej jej operacji.

(oświadczenie – zgoda na operację k.13 zeznania świadka A. K. protokół rozprawy z dnia 8 października 2013 roku czas nagrania 00.14.39- 00.19.45 k. 167-168)

Ponownie powódka zgłosiła się do Poradni Okulistycznej pozwanego Szpitala w dniu 21 sierpnia 2009 roku. Stwierdzono całkowite przyłożenie siatkówki i poprawę ostrości widzenia do V. =0,08cc+6,0D..

( karta wizyty k. 51)

Powódka wykonała badanie optyczne tomografii (...) w prywatnym gabinecie dr J. w dniu 28 września 2009 roku.

( wynik badania k. 53-54, zeznania świadka P. J. protokół rozprawy z dnia 8 pa- 2013 roku czas nagrania 01.18.03-01.26.31 k. 173- 174, zeznania powódki protokół rozprawy z dnia 14 lutego 2017 roku czas nagrania 00. 07.25 - 00.50.48 k. 338)

Kolejna wizyta kontrolna powódki w pozwanym Szpitalu była wyznaczona na dzień 29 września 2009 roku.

( karta wizyty k. 52)

Powódka była przyjęta w oddziale szpitalnym pozwanego Szpitala, gdzie dr J. i K. stwierdzili, iż siatkówka nie jest odklejona tylko się odchyła i na tym etapie należy poczekać na efekty leczenia.

Po tej wizycie powódka nie zgłosiła się do pozwanego Szpitala w celu kontynuowania leczenia,.

( zeznania powódki protokół rozprawy z dnia 14 lutego 2017 roku czas nagrania 00. 07.2500.50.48 k. 338-339)

W dniu 9 grudnia 2009 roku powódka została przyjęta do Ośrodka (...) prof. Z. Z. w N.. Powódka podczas wizyty podawała, że ma ciemną przesłonę w polu widzenia od góry – pojawiła się tydzień po drugiej operacji.

( historia choroby k. 55 zeznania powódki protokół rozprawy z dnia 14 lutego 2017 roku czas nagrania 00. 07.25-00.50.48 k. 337-338)

Kolejna wizyta miała miejsce w dniu 11 kwietnia 2010 roku. Powódka wskazywała, że ma gorsze widzenie oka prawego niż w grudniu – nadal zasłona i widzenie za mgłą.

Powódka była hospitalizowana w Ośrodku (...) prof. Z. Z. w N. w okresie od 13 kwietnia 2010 roku do 14 kwietnia 2010 roku.

Kolejne wizyty kontrolne miały miejsce w dniu 4 maja 2010 roku, 1 czerwca 2010 roku , 12 września 2010 roku, 12 października 2010 roku, 10 listopada 2010 roku.

W toku hospitalizacji u powódki wykonywano zabiegi operacyjne min. usunięcia zaćmy, usunięcia soczewki.

( dokumentacja leczenia k. 55-78, k. 189 zeznania powódki protokół rozprawy z dnia 14 lutego 2017 roku czas nagrania 00. 07.25 - 00.50.48 k. 337-338)

Obecnie powódka nie ma sztucznej soczewki. Być może w przyszłości powódka będzie miała przeprowadzony zabieg wszczepienia rogówki, ale nie ma pewności czy zostanie do niego zakwalifikowana.

(zeznania powódki protokół rozprawy z dnia 14 lutego 2017 roku czas nagrania 00. 07.25- 00.50.48 k. 337-339)

Krwotok do ciała szklistego był zdolny do samoresorpcji i dlatego decyzję odnośnie operacji odkłada się zazwyczaj na parę miesięcy. Odwarstwienie siatkówki u powódki mogło być spowodowane zmianami w siatkówce po przebyłym urazie lub organizacją krwotoku i rozwojem trakcji siatkówkowej.

Często przyczyną rozwoju odwarstwienia mogą być istniejące uprzednio zwyrodnienia w obwodowych częściach siatkówki, które często występują u chorych po 50-60 r.ż. Rozpoznanie odwarstwienia było możliwe przed 13.07.2009r., ale przy tym stopniu krwotoku do ciała szklanego tylko przy pomocy badania usg. Chora z takimi zmianami powinna być poddana leczeniu operacyjnemu w terminie paru tygodni od rozpoznania odwarstwienia.

W. powinna być wykonana w terminie paru tygodni od rozpoznania odwarstwienia. W chwili obecnej witrektomia jest jedyną metodą leczenia krwotoków do ciała szklanego z/bez odwarstwienia siatkówki, które nie ulegają samoistnej resorpcji.

Biorąc pod uwagę opisy w historii choroby można stwierdzić, że zabieg witrektomii został wykonany zgodnie ze wskazaniami i zasadami sztuki lekarskiej. Ból głowy i oczodołu i łzawienie są zmianami pooperacyjnymi, które dość często wstępują po witrektomii. Przejściowe zaniki czucia skóry występują rzadziej, ale też są spotykane po operacjach gałkowych.

W przypadku nieprzyłożenia się siatkówki po pierwszym zabiegu zazwyczaj wykonuje się następną witrektomię. Czas jej przeprowadzenia zależy od różnych czynników (np. stopnia odwarstwienia siatkówki, stopnia jej pociągania) i decyduje o nim chirurg, który będzie wykonywał operację. Wcześniejsze jego wykonanie powoduje większy odczyn pooperacyjny po drugim zabiegu, ale nie ma wpływu na ostateczny wynik leczenia.

Rozbieżności co do wagi i wzrostu powódki nie miały wpływu na przebieg zabiegów i późniejszy stan oka po operacjach.

Ze względu na pełną ostrość wzroku w oku lewym (ostatnie badanie w dniu 24.01.2012r. z Ośrodka (...) w N.) powódka nie musi korzystać z pomocy osób trzecich z powodu utraty widzenia w oku prawym.

Biorąc pod uwagę przebieg leczenia i wyniki ostatnich badań w przesłanej dokumentacji można stwierdzić, że brak jest możliwości poprawy widzenia w oku prawym. W. u chorego z odwarstwieniem siatkówki w przebiegu krwotoku do ciała szklanego jest zabiegiem trudnym i nie zawsze można uzyskać przyłożenie siatkówki. Często pomimo uzyskania przyłożenia siatkówki ostrość wzroku jest słaba ze względu na trwałe uszkodzenie struktury siatkówki związanego z chorobą podstawową. U powódki pomimo końcowego przyłożenia siatkówki nie uzyskano poprawy widzenia (ostrość wzroku oka prawego w dniu 09.11.2010 r. wynosiła częściowe poczucie światła od dołu braki projekcji).

Przeprowadzone leczenie w Klinice (...) Medycznej - (...) Szpital (...) w Ł. nie spowodowało pogorszenia ostrości wzroku u pacjentki (ostrość wzroku oka prawego w dniu 13.07.2009 r. wynosiła poczucie światła i ruch ręki przed okiem, zaś w dniu 09.11.2010r. częściowe poczucie światła – od dołu braki projekcji).

Biorąc pod uwagę przebieg leczenia na podstawie przesłanej dokumentacji nie można stwierdzić, aby doszło do popełnienia błędu lekarskiego w postępowaniu z chorą w trakcie jej leczenia w Klinice (...) Medycznej - (...) Szpital (...) w Ł..

Procent stałego uszczerbku na zdrowiu przy utracie widzenia w jednym oku wynosi 35% .

(opinia pisemna biegłego prof. dr hab. med. M. P. (3) k. 205-209)

U powódki występowało odwarstwienie siatkówki oraz krwotok do ciała szklanego po urazie. Odłączenie naczyniówki jest wtórne. Może być wykryte przy badaniu usg i ono jest dodatkowym objawem pourazowych zmian w gałce ocznej. Podstawowym problemem jest odwarstwienie siatkówki i krwotok do ciała szklanego. Odwarstwienie siatkówki i odłączenie naczyniówki mogą występować niezależnie od siebie. Wylewy do ciała szklanego wykazują tendencję do samoistnego wchłaniania się, w związku z tym, jeżeli jest sam krwotok do ciała szklanego, oczekuje się 2-3 miesiące, aby dać organizmowi możliwość do samoistnego wchłonięcia. Natomiast jeżeli jest odwarstwienie siatkówki towarzyszące krwotokowi do ciała szklanego, to robi się szybciej operację – w ciągu kilku tygodni, nie wcześniej niż po dwóch tygodniach ze względu na możliwość krwawienia śródoperacyjnego.

Z dokumentacji medycznej wynika, że u powódki był krwotok do ciała szklistego, zaś odwarstwienie powstało w terminie późniejszym. Im bardziej masywny krwotok, tym możliwość jego ustąpienia jest mniej prawdopodobna.

Metoda leczenia jest jedna, jest to wykonanie operacji witrektomii. Jeżeli krwotok występuje jako jedyny objaw wewnątrzgałkowy, wtedy zabieg ma na celu usunięcie krwi, co umożliwi widzenie przez chorego. Jeśli towarzyszy temu odwarstwienie siatkówki, to zabieg ma drugi cel, w postaci przyłożenia siatkówki. Duże przebywanie krwi, może ale nie musi prowadzić do odwarstwienia siatkówki.

Odwarstwienie siatkówki z przedarciem oznacza, że doszło do pociągania siatkówki i przerwania ciągłości siatkówki. Źródłem przedarcia może być uszkodzenie siatkówki przez pociągania przez zwłóknienia w ciele szklistym. Zwłóknienia są skutkiem organizacji krwotoku. Można przyjąć, że jest to ostateczna konsekwencja zalegania krwi w oku.

W dniu 13 lipca 2009 roku u powódki było zmętnienie ciała szklistego z powodu krwotoku i odwarstwienie siatkówki. Hipotonia często występuje przy odwarstwieniu siatkówki.

Z dokumentacji medycznej powódki wynika, że stan zdrowia powódki pomiędzy 11 czerwca a 13 lipca 2009 roku uległ pogorszeniu. W tej sytuacji powinno się zastosować leczenie operacyjne witrektomii.

Leczenie powódki w pozwanym Szpitalu było prawidłowe, ponieważ zabieg witrektomii nie jest natychmiastowy. W dacie przyjęcia powódki do Szpitala w celu wykonania zabiegu operacyjnego stan powódki był podobny jak w dniu 13 lipca 2009 roku. Samo przedarcie nie ma znaczenia, ważne jest odwarstwienie siatkówki i stan siatkówki. Operacje tego typu wykonuje się w trybie pilnym planowym. Podkreślić należy, że chorą należy przygotować, jest to ciężka operacja.

Pilne leczenie operacyjne oznacza parę dni do paru tygodni. Krwotok w ciele szklistym podlega resorpcji albo zwłóknieniu (organizacja krwotoku). Jak nie ma poprawy w ciągu 5 tygodni od pierwszej wizyty, należy zastanowić się nad operacją.

Kwestia użycia narkozy nie ma wpływu na stan zdrowia okulisty pacjenta.

Przy tego rodzaju uszkodzeniach jakie miała powódka, nie było możliwości, aby powódka odzyskała pełne widzenia oka. Jest możliwość częściowego odzyskania widzenia w oku prawym. Możliwość prawidłowego przyłożenia siatkówki w tego typu przypadkach wynosi od 65% do 75%, a zatem nie w każdym przypadku można przyłożyć siatkówkę. Tak było w tym przypadku i w związku z tym wykonano drugą operację, to było prawidłowe działanie. Z dokumentacji medycznej wynika, że uzyskano przyłożenia siatkówki, po czym ona się ponownie odwarstwiła. Możliwość odwarstwienia ponownego siatkówki zdarza się względnie często, 25-30%.

Operacja powódki w N. miała na celu usunięcie zmętnienia zaćmy, co jest związane i z wiekiem i krwotokiem. W tym przypadku krew znajdująca się za soczewką spowodowała dodatkowo zaburzenia metabolizmu soczewki. Operacja wykonana w N. miała na celu usunięcie wtórnej zaćmy i ponowne przyłożenie siatkówki. Tam, gdzie jest odwarstwienie siatkówki, zawsze próbuje się parę razy przyłożyć siatkówkę, oczekując poprawy widzenia. Tą operację można było wykonać w ramach NFZ.

Uszkodzenie siatkówki spowodowane jest obecnością krwi i jej odwarstwieniem. Długość zalegania krwi czasami może mieć wpływ na stan oka, a w tym przypadku mogło mieć znaczenie.

Są inne metody leczenia, ale są one mało skuteczne. Jedyną skuteczną metodą leczenia powódki był zabieg operacyjny. Kwestia przedarcia siatkówki jest kwestią techniczną dla operatora, nie ma znaczenia dla efektu leczenia. Jeśli jest przedarcie siatkówki to prawdopodobieństwo wystąpienia odklejenia może być trochę większe, ale trzeba pamiętać, że pierwszy zabieg był wykonany przy użyciu oleju silikonowego, który ma na celu utrzymanie siatkówki w miejscu.

Leczenie radykalne to jest operacja, natomiast stosuje się też leczenie miejscowe w postaci kropli, ale one większego znaczenia nie mają. Chorą skierowano do następnego badania w celu stwierdzenia, czy konieczne jest wykonanie operacji. Powinna w tym przypadku być wyznaczona kolejna wizyta ewentualnie ustalony termin operacji. Jak stwierdza się odwarstwienie siatkówki powinien być ustalony termin operacji. W dokumentacji medycznej powinny być zapisy, że skierowano powódkę na konsultacje na oddział.

(ustna uzupełniająca opinia biegłego prof. dr hab. med. M. P. (3) k. 241-243)

Forma leczenia którą zastosował pozwany Szpital u powódki była prawidłowa.

W dniu 3 sierpnia 2009r. powódka została zakwalifikowana do zabiegu operacyjnego w pozwanym Szpitalu i 4 sierpnia 2009 r. wykonano zabieg witrektomii oka prawego z podaniem oleju do ciała szklanego. Podczas tego zabiegu zostały zabezpieczone otwory siatkówki fotokoagulacji. Wybór metody był prawidłowy, ponieważ kiedy mamy krwotok do ciała szklanego obserwuje się pacjenta i podejmuje leczenie farmakologiczne, bowiem zdarza się że krwotok może się samoistnie wchłonać.

We wcześniejszych badaniach usg nie było odwarstwienia siatkówki, natomiast 3 sierpnia 2009r. według tej dokumentacji było odwarstwienie stwierdzone badaniem usg z dnia 1 sierpnia 2009 r.. Wtedy ustalono termin konsultacji na 3 sierpnia 2009 r. czyli bardzo szybko i 4 sierpnia 2009 r. powódka miała wykonany zabieg. Takie postępowanie w pozwanym Szpitalu było celowe i jak najbardziej uzasadnione. To nie był błąd. To było postępowanie z wyboru i najlepsze, jakie może być dla pacjenta. Nie ma innej metody leczenia. Podczas witrektomii usuwa się masy krwotoczne, żeby nie dochodziło do pociągania i dalszego niszczenia siatkówki. Zastosowano tą metodę w bardzo szybkim terminie. W kontrolnym badaniu w (...), które było wykonane 10 sierpnia 2009 roku stwierdzono odwarstwienie siatkówki w sektorze dolnym. Dnia 11 sierpnia 2009 roku powódka była ponownie przyjęta na oddział pozwanego Szpitala. W dniu 11 sierpnia 2009 r. był wykonany ponowny zabieg. To było (...) i zalecono krople oczne. Kolejne badanie było 21 sierpnia 2009 roku, które wykazało bardzo dobry efekt, bo widzenie ręki przed okiem poprawiło się do tego stopnia że powódka widziała z 4 metrów.

Następnie było wykonane badanie (...) w dniu 22 września 2009 roku, które wykazało ponowne odwarstwienie siatkówki od dołu i od nosa. W dniu 29 września 2009 r. było badanie okulistyczne w gabinecie. Powódka zaprzestała leczenia w pozwanym ośrodku. Podjęła leczenie dopiero 9 grudnia 2009 r. w ośrodku prof. Z.. Kolejny zabieg miał miejsce 13 kwietnia 2010 r. Przerwa pomiędzy zabiegiem w pozwanym ośrodku a zabiegiem w kwietniu wynosi 8 miesięcy.

Zabieg witrektomii polega na tym, że jeżeli jest krwotok, to robi się 3 porty - wejścia do gałki ocznej. Jeden to jest światłowód, dwa pozostałe porty służą od wprowadzenia narzędzi. Trzeba powycinać frakcje, usuwa się krwotok i następnie podaje się do środka gałki ocznej olej, który ma na celu dopchnięcie siatkówki na swoje miejsce, aby zwiększyć ciśnienie w gałce ocznej i tam gdzie są otwory widoczne robi się oblaserowanie, dodatkowe przyspawanie siatkówki, żeby ją dodatkowo zabezpieczyć. To było wszystko u powódki wykonane.

Nie zawsze mimo wykonania opisanych zabiegów siatkówka ulega przyłożeniu. Zdarza się, że te zabiegi trzeba kilkakrotnie powtarzać. Rokowania są nie pomyślne. Skuteczność wynosi około 50-60%. Często zdarza się, że mimo przyłożenia siatkówki nie podejmuje ona swoich funkcji fizjologicznych i pacjent nie uzyskuje ostrości wzroku. Dlatego wynik pierwszego zabiegu tj. widzenie z 4 metrów był bardzo dobry. Po tym zabiegu siatkówka ponownie się odwarstwiła. Podczas konsultacji 13 lipca 2009 r. powódka miała wykonane badanie, które wykazało odłączenie naczyniówki i w większości przypadków ustępuje ono samoistnie. Jeżeli chodzi o leczenie odłączenia naczyniówki następuje samoistnie w ciągu dwóch tygodni i nie wymaga leczenia. Odłączenie naczyniówki - często się zdarza i nie wymaga leczenia. Prawidłowe było oczekiwanie, że przyłączy się ona samoistnie. Często jest tak, że lekarz który wykonuje usg stawia znak zapytania przy rozpoznaniu, sugeruje w ten sposób, że nie jest to pewne rozpoznanie. Nawet gdyby 13 lipca 2009 roku już było odwarstwienie siatkówki u powódki, to zabieg wykonany 4 sierpnia 2009 roku, to



bardzo szybki termin. Nawet gdyby wówczas istniało pewne rozpoznanie w postaci odwarstwienia siatkówki, to nie wpłynęłoby na wynik operacji i stan zdrowia powódki.

Niepokojąca jest przerwa w leczeniu powódki pomiędzy sierpniem 2009 roku a kwietniem 2010r. Gdyby była mniejsza przerwa, szanse żeby siatkówka się przyłożyła byłyby większe. Siatkówka też ma określoną wytrzymałość i tak długa przerwa jest nie dobra. Analizując procedury medyczne i czas pozwanego Szpitala, brak jest podstaw do stwierdzenia jakichkolwiek uchybień.

Często się zdarza się, że nawet masywne krwotoki się wchłaniają. Zabieg który był wykonany u powódki jest obciążającym i zawsze się czeka, nigdy nie robi się w tym samym dniu zabiegu. Rutynowo przy wylewie się czeka od dwóch do dwóch i pół miesiąca. W praktyce wygląda tak, że jest mało ośrodków które robi ten zabieg i pacjenci czasami oczekują nawet pół roku na wykonanie takiego zabiegu.

Hipotonia jest charakterystyczna dla odłączenia naczyniówki. Jest to jeden z jej objawów. Oczekiwanie dwóch tygodni było zgodne z wskazaniami literatury światowej, jeżeli chodzi o odłączenie naczyniówki.

W dniu 11 czerwca 2009 roku był krwotok, ale nie było odłączenia naczyniówki. Odłączenie było 13 lipca 2009 r. i pewne rozpoznanie odklejenia siatkówki było 1 sierpnia 2009 roku. W dniu 1 sierpnia 2009 roku była pewna diagnoza.

Stan zdrowia powódki w zakresie oka jest wynikiem innych okoliczności niż leczenie w pozwanym Szpitalu. W dniu 13 lipca 2009 r. nie dało się zrobić nic więcej aniżeli zrobiono. Nawet gdyby zrobiono zabieg 13 lipca 2009 roku, to i tak efekt leczenia mógłby być podobny, zwłaszcza że 21 sierpnia 2009 roku wynik leczenia był bardzo dobry i wskazywał na podjęcie pracy przez siatkówkę. Późniejsze badania z września 2009 roku wskazywały na odwarstwienia dołu siatkówki. Dolne odwarstwienia mają lepsze rokowania. Nie możemy wykluczyć, że gdyby trzeci zabieg był przeprowadzony w końcu września lub na początku października 2009 roku, byłyby lepsze szanse na ratowanie siatkówki.

Przyczyną odwarstwienia siatkówki mogłoby być zaleganie krwi w oku. W dniu 13 lipca 2009 roku, jeśli była odwarstwiona naczyniówka należało poczekać dwa tygodnie na jej naprawę. Nie robi się zabiegu witrektomii jeżeli się nie ma pewnego rozpoznania. Biorąc pod uwagę wielkość rozwarstwienia stwierdzoną 1 sierpnia 2009 roku było ono niewielkie. Mogło go nie być 13 lipca 2009 roku.

( pisemna opinia lekarza specjalisty okulisty E. L. k. 292- 294, ustana uzupełniająca opinia biegłego lekarza specjalisty okulisty E. L. k.324-326 )

Sąd dokonał ustaleń faktycznych na podstawie powołanych dowodów w postaci dokumentów, zeznań świadków oraz opinii biegłych.

Sąd uznał, iż atrybut wiarygodności posiadają dowody w postaci dokumentów, w tym dokumentacja medyczna dotycząca leczenia powódki. Podkreślić należy, iż żadna ze stron nie kwestionowała jej prawdziwości.

W ocenie Sądu atrybut wiarygodność posiadają zeznania świadka A. K. (1), który w sposób jasny opisał przebieg leczenia powódki w pozwanym Szpitalu, sposób informowania powódki o planowanym zabiegu i jego konsekwencjach, sposób przeprowadzenia, możliwe powikłania i utrudnienia dla pacjenta po operacji. Biorąc pod uwagę fakt, iż świadek zeznawał w 2013 roku, zaś leczenie powódki miało miejsce w 2009 roku, świadek mógł nie pamiętać wszystkich okoliczności sprawy, w tym wizyty powódki w dniu 29 września 2009 roku.

Także zeznania świadków M. P. (1) i P. J. (2) w ocenie Sądu są wiarygodne i szczerze, z tym zastrzeżeniem, że podobnie jak świadek A. K. (1) również wymienieni świadkowie mogli nie pamiętać pewnych okoliczności z uwagi na upływ czasu.

Sąd odmówił wiary twierdzeniom powódki w zakresie dotyczącym przyczyny zaistnienia w dniu 11 czerwca 2009 roku problemów związanych z widzeniem okiem prawym. Zarówno z wpisów zawartych w dokumentacji medycznej (k. 19)

jak i z treści pozwu wynika, iż powódka w dniu 11 czerwca 2009 roku doznała urazu oka prawego gałęzią podczas prac na działce. W chwili obecnej powódka neguje ten fakt, jednak zauważyć należy, iż w rozpoznawanej sprawie istotne znaczenie ma nie przyczyna ujawnienia się u powódki schorzenia oka prawego, ale prawidłowość postępowania pozwanego Szpitala.

Sąd odmówił również wiary zeznaniom powódki w części dotyczącej braku poinformowania jej o proponowanym leczeniu, jego przebiegu, konsekwencjach, możliwych powikłaniach i zaleceniach pooperacyjnych. W tym zakresie zeznania powódki są wewnętrznie sprzeczne. Z jednej strony powódka dokładnie opisała sposób udzielenia jej informacji na temat proponowanego leczenia przez dr K., wskazała, że lekarz prosił o wybranie jednej z zaproponowanych metod leczenia, z drugiej zaś strony twierdzi, iż nie miała świadomości o powadze proponowanego zabiegu operacyjnego. Z treści zeznań powódki wynika także, że była pouczana przez personel szpitala o zasadach zachowania po operacji, jak np. leżenie na brzuchu ( k. 338).

Podkreślić nadto trzeba, że od chwili leczenia powódki w pozwanym Szpitalu upłynęło wiele lat, zatem powódka może w inny sposób pamiętać okoliczności sprawy. Powódka zeznając w charakterze strony w dniu 14 lutego 2014 roku przedstawiła swoją subiektywną ocenę postępowania personelu medycznego pozwanego Szpitala.

Sąd oddalił wniosek pełnomocnika strony pozwanej o dopuszczenie dowodu z zeznań świadka R. G. – Kierownika Kliniki (...) pozwanego Szpitala na okoliczność obowiązujących u pozwanego standardów w zakresie informowania pacjentów o następstwach planowanych i przeprowadzanych zabiegów oraz dokonywania kwalifikacji do zabiegów, wobec faktu, iż wymieniony świadek nie udzielał informacji powódce o przeprowadzanym zabiegu i nie kwalifikował jej do operacji. Tym samym nie mógł mieć wiedzy w zakresie udzielonych powódce informacji w tym przedmiocie.

W ocenie Sądu na wiarę zasługują również opinie biegłych lekarzy specjalistów z zakresu okulistyki prof. M. P. (3) i E. L.. Opinie te są jasne, konsekwentne i rzetelne. Biegli posiadają wysoki poziom wiedzy medycznej i doświadczenie zawodowe. Wydający wcześniej opinię prof. M. P. (3) jest jednym z lekarzy, którzy najwcześniej zaczęli wykonywać tego typu zabiegi. Opinie zostały wydane przez biegłych po wnikliwym zapoznaniu się z dokumentacją medyczną dotyczącą leczenia powódki. W ocenie Sądu, biegli w sposób kategoryczny wypowiedzieli się co do prawidłowości leczenia powódki w pozwanym Szpitalu. Wydane przez nich opinie są zgodne i nie zawierają żadnych luk czy wątpliwości, które pozwalałyby podważyć prawidłowość przeprowadzonego przez biegłych rozumowania i ostatecznej oceny zaprezentowanej w przedstawionych wnioskach.

Istotnym jest w tym miejscu wskazanie, że opinia biegłego ma ułatwić sądowi dokonanie oceny dowodów w sytuacji, gdy potrzebne są wiadomości specjalne, tj. wiedza fachowa z danej dziedziny, a biegły powinien ograniczyć się do oceny stanu faktycznego okoliczności rozstrzyganej sprawy i zgodności postępowania lekarza z zasadami wiedzy medycznej i jego obowiązkami (zob. wyroku SN z 1.12.1998 r., III CKN 741/98, L.).

Biorąc pod uwagę powyższe rozważania Sąd na podstawie przepisu art. 217 § 3 k.p.c. oddalił wniosek pełnomocnika powódki o dopuszczenie dowodu z opinii innego lekarza okulisty na okoliczności dotyczące oceny prawidłowości postępowania lekarzy pozwanego Szpitala, uznając iż okoliczności te zostały już wyjaśnione, a wymieniony wniosek zmierza jedynie do przedłużenia postępowania.

Podkreślić należy, że nie jest zasadny wniosek strony o dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego, jeżeli w przekonaniu sądu opinia wyznaczonego biegłego jest na tyle kategoryczna i przekonująca, że wystarczająco wyjaśnia zagadnienia wymagające wiadomości specjalnych (tak wypowiedział się Sąd Najwyższy w orzeczeniu z dnia 21 listopada 1974 roku, II CR 638/74, OSPiKA 1975, r 5, poz. 108). W orzeczeniu z 15 lutego 1974 r., II CR 817/73 (nie publ.) Sąd Najwyższy wyjaśnił, że do dowodu z opinii biegłego nie mogą mieć zastosowania wszystkie zasady prowadzenia dowodów, a w szczególności art. 217 § 1. Nie można zatem przyjąć, że sąd obowiązany jest dopuścić dowód z kolejnych biegłych w każdym wypadku, gdy złożona opinia jest niekorzystna dla strony. W podobnym duchu jest orzeczenie Sądu Najwyższego z 18 lutego 1974 r., II CR 5/74 (Biul. SN 1974, nr 4, poz. 64); odmienne stanowisko

oznaczałoby przyjęcie, że należy przeprowadzić dowód z wszelkich możliwych biegłych, by się upewnić, czy niektórzy z nich nie byłiby takiego zdania, jak strona.

Mając zatem na względzie rządzącą procesem cywilnym zasadę kontrydiktoryjności postępowania i nie znajdując podstaw do przeprowadzenia dowodów z urzędu (art. 232 k.p.c.), Sąd rozpoznał sprawę, biorąc pod uwagę stan faktyczny ustalony na podstawie powyżej wskazanych dowodów.

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

Powództwo W. K. skierowane przeciwko pozwanemu Szpitalowi jest nieuzasadnione i jako takie podlega oddaleniu.

Podstawę odpowiedzialności pozwanego Szpitala wobec powódki stanowi przepis art. 430 k.c.

Zgodnie z treścią powołanego przepisu 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 powierzonej jej czynności.

Przesłankami odpowiedzialności na podstawie wyżej powołanego przepisu są: wyrządzenie szkody osobie trzeciej przez podwładnego; wina podwładnego; wyrządzenie szkody przy wykonywaniu przez podwładnego powierzonej mu czynności.

Warunkiem ustalenia odpowiedzialności danego podmiotu jest kumulatywne spełnienie wszystkich wymienionych wyżej przesłanek. Między osobą powierzającą wykonanie czynności a tym, komu czynność powierzono, musi istnieć stosunek zwierzchnictwa i podporządkowania. Stosunkiem podporządkowania obejmuje się także działania zatrudnionych w zakładzie fachowców, którym przysługuje stosunkowo szeroki zakres samodzielności w podejmowaniu decyzji np. w odniesieniu do działania lekarzy w zakresie diagnozy i terapii (tak: teza 8 do art. 430 k.c. Komentarz do Kodeksu Cywilnego Księga Trzecia, Zobowiązania tom 1, pod red. Gerarda Bieńka, s. 389).

Niewątpliwie lekarze leczący powódkę w pozwanym Szpitalu, zarówno w dacie udzielenia jej pomocy w Poradni Okulistycznej w dniu 13 lipca 2009 roku jak i podczas późniejszych hospitalizacji i wizyt wykonywali świadczenia medyczne na zlecenie pozwanego Szpitala, który ponosi odpowiedzialność za skutki ich działania (zaniechania) na podstawie powołanego wyżej przepisu art. 430 k.c.

W dalszej kolejności zbadać należy, czy zgromadzony w niniejszej sprawie materiał dowodowy pozwala na przyjęcie, że zachodzą przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanego Szpitala wobec powódki – stosownie do treści art. 430 k.c.

W.śnienia wymaga zatem, czy powódka na skutek działania lub zaniechania lekarzy pozwanego Szpitala doznała szkody, a nadto czy to działanie lub zaniechanie wyrządzające szkodę powódce było przez nich zawinione.

W nauce prawa cywilnego i orzecznictwie przyjmuje się, że lekarz ponosi winę za szkodę, powstałą w wyniku błędu lekarskiego, bądź też jeżeli nie zastosował właściwych środków w należyty sposób, czy też zaniechał swoim obowiązkom, co nastąpiło w wyniku nieostrożności, niedołożenia należytej staranności lub innego rodzaju uchybień. Istotnym jest wskazanie, że pomimo tego, iż dane zdarzenie jest poza obszarem błędu medycznego, mamy do czynienia z niewłaściwym wykonywaniem przez lekarza nałożonych na niego obowiązków, bowiem lekarz i tak odpowiada w przypadku, gdy w związku z zaistniałym zdarzeniem dojdzie u pacjenta do powstania do uszkodzenia ciała i rozstroju zdrowia (nawet mimo braku błędu sztuce lekarskiej).

Pojęcie „szkody” rozumiane jest jako uszczerbek, jakiego doznaje poszkodowany we wszelkiego rodzaju dobrach przez prawo chronionych (życie, zdrowie, wolność, majątek). Szkada może mieć charakter majątkowy (uszczerbek materialny na osobie lub mieniu) lub niemajątkowy (doznana krzywda, czyli cierpienia fizyczne i krzywda moralna). Szkada może być wynikiem wadliwego leczenia lub leczenia nawet zgodnego z zasadami sztuki lekarskiej, lecz przeprowadzonego bez zgody pacjenta albo z przekroczeniem zakresu zgody. Jeśli chodzi o szkodę niemajątkową,

czyli doznana krzywda, to mogą to być cierpienia fizyczne i moralne powstałe na skutek wadliwego zabiegu lub nawet zabiegu prawidłowego, lecz na który pacjent nie zgodził się (zob. M. Nestorowicz, Prawo medyczne, Toruń 2007, s. 44).

Zgodnie z utrwalonym orzecznictwem i doktryną prawa cywilnego, przyjmując należy, że pozwany ponosi winę za powstanie szkody, wobec nie zastosowania właściwych środków w należyty sposób. Przez „zastosowanie właściwych środków” rozumie się fachowe postępowanie (np. zastosowanie właściwej kuracji, przeprowadzenie określonego zabiegu), które w danej sytuacji było wskazane z medycznego punktu widzenia. Postępowanie odmienne określane zazwyczaj jest jako błąd w sztuce lekarskiej. Natomiast przez pojęcie „w należyty sposób” należy rozumieć dłożenie takiej staranności, jaka w określonej sytuacji była należna, wymagana i potrzebna.

Z dokonanych przez Sąd ustaleń faktycznych jednoznacznie wynika, iż powódka W. K. nie doznała szkody na skutek leczenia w pozwanym Szpitalu, brak jest zatem podstaw do uznania jego odpowiedzialności wobec powódki na podstawie art. 430 k.c. Przeprowadzone w pozwanym Szpitalu leczenie nie spowodowało pogorszenia ostrości wzroku u powódki - ostrość wzroku OP w dniu 3.07.2009 r. wynosiła: poczucie światła i ruch ręki przed okiem, zaś w dniu 9.11.2010r. częściowe poczucie światła – od dołu braki projekcji.

Z dokonanych przez Sąd ustaleń faktycznych jednoznacznie wynika, że leczenie powódki w pozwanym Szpitalu było przeprowadzone w sposób prawidłowy. Już podczas pierwszej wizyty w dniu 13 lipca 2009 roku powódka została poddana szerokiej i właściwej diagnostyce, ustalono stan oka prawego oraz zastosowano właściwe leczenie. Wskazać należy, że u powódki wystąpiło krwawienie od ciała szklistego, co utrudniło ocenę stanu oka.

Niewątpliwie powódka u której stwierdzono odwarstwienie siatkówki powinna zostać poddana leczeniu operacyjnemu, jednak jak wynika z opinii biegłych sądowych prof. M. P. (3) i E. L. operacje takie przeprowadza się w terminie paru tygodni od rozpoznania odwarstwienia. Tym samym brak podstaw do postawienia zarzut lekarzom pozwanego Szpitala, że nie wykonali tego zabiegu natychmiast w dniu 13 lipca 2009 roku zwłaszcza, że z uwagi na zmiany związane z krwawieniem rozpoznanie odwarstwienia siatkówki było niepewne, po znakiem? Nadto, jak wynika z opinii biegłego M. P. (3) wylewy do ciała szklistego wykazują tendencję do samoistnego wchłaniania się, w związku z tym, jeżeli jest sam krwotok do ciała szklistego, oczekuje się 2-3 miesiące, aby dać organizmowi możliwość do samoistnego wchłonięcia. Natomiast jeżeli jest odwarstwienie siatkówki towarzyszące krwotokowi do ciała szklistego, to robi się szybciej operację – w ciągu kilku tygodni, nie wcześniej niż po dwóch tygodniach ze względu na możliwość krwawienia śródoperacyjnego ( k. 241-242).

Zabiegi operacyjne przeprowadzone u powódki w pozwanym Szpitalu w dniu 4 sierpnia 2009 roku oraz w dniu 11 sierpnia 2009 roku również zostały wykonane prawidłowo. Także postępowanie personelu medycznego pozwanego Szpitala podczas leczenia było właściwe. Powódka była objęta opieką, pomocą zarówno lekarzy jak i personelu pomocniczego, który wykonywał niezbędne czynności i udzielał wskazówek co do sposobu postępowania po takiej operacji. Jak wynika z opinii biegłych nieścisłości dotyczące wzrostu i wagi powódki nie miały żadnego wpływu na przebieg i wynik jej leczenia. Zwrócić należy uwagę, że możliwość prawidłowego przyłożenia siatkówki w tego rodzaju przypadkach wynosi od 65 do 75%., zatem nie w każdym przypadku udaje się przyłożyć siatkówkę. Taka sytuacja miała miejsce w przypadku powódki.

Podkreślić należy, że powódka podjęła decyzję o zaprzestaniu leczenia w pozwanym Szpitalu i podjęła je dopiero w grudniu 2009 roku w N..

W ocenie Sądu w rozpoznawanej sprawie brak jest także podstaw do uwzględnienia powództwa na podstawie art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta ( test jedn. z 2016 roku poz. 186), który stanowi, iż w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznana krzywda na podstawie art. 448 Kodeksu cywilnego.

W pozwanym Szpitalu, w ocenie Sądu, nie doszło do naruszenia prawa powódki do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego lub jego odmowy po uzyskaniu odpowiedniej informacji. Wskazać trzeba, że aktualnie obowiązująca ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta ( test jedn. z

2016 roku poz. 186) w przepisie art. 17 ust. 1 stanowi, że pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, ma prawo do wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych przez lekarza. W myśl przepisu art. 18 powołanej ustawy w przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, zgodę, o której mowa w art. 17 ust. 1, wyraża się w formie pisemnej. Przed wyrażeniem zgody w sposób określony w ust. 1 pacjent ma prawo do uzyskania informacji, o której mowa w art. 9 ust. 2. (ust. 2 art. 18 ustawy). Natomiast art. 9 ustawy stanowi, że pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia. Pacjent ma prawo do uzyskania od lekarza przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Po uzyskaniu informacji, o których mowa w ust. 2, pacjent ma prawo przedstawić lekarzowi swoje zdanie w tym zakresie.

Prawo do informacji jest podstawowym prawem pacjenta. Choremu powinna być przedstawiona przystępna informacja o planowanym zabiegu, możliwych skutkach niepoddania się (jak i poddania się) leczeniu, ryzyku wiążącym się z zabiegiem oraz możliwych powikłaniach. Pokreślić należy, że przedmiotem ochrony omawianej ustawy jest nie zdrowie pacjenta, ale jego autonomia, a więc również swoboda decyzji o niepoddawaniu się interwencji medycznej, nawet wtedy gdy wydaje się ona w pełni racjonalna, zgodna z zasadami wiedzy medycznej i dobrze rokująca co do swych rezultatów. W konsekwencji nie może budzić wątpliwości, że sam brak prawidłowo wyrażonej zgody na przeprowadzony zabieg medyczny, bez względu na to, jakie on przyniósł wyniki dla pokrzywdzonego, może uzasadniać żądanie zadośćuczynienia, ponieważ krzywda polega w takim wypadku nie na rozstroju zdrowia czy uszkodzeniu ciała, ale na naruszeniu wolności decydowania przysługującej pokrzywdzonemu (tak M. S., (...), „Kilka refleksji wokół problematyki zadośćuczynienia pieniężnego z tytułu szkody wyrządzonej pacjentom”, teza 8.).

Także obowiązująca w tym zakresie ustawa z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty ( t. j. Dz. U. Nr 21, poz. 204 z 2002 roku ) w przepisie art. 32 ust. 1 stanowi, że dla ingerencji lekarza wymagana jest zgoda chorego.

Przepis art. 34 ust. 1 i 2 powołanej ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty stanowi, że lekarz może wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta, po uzyskaniu jego pisemnej zgody. Przed wyrażeniem zgody przez pacjenta w sytuacji, o której mowa w ust. 1, lekarz ma obowiązek udzielenia mu informacji z godnie z art. 31 wymienionej ustawy. Z kolei art. 31 ust. 1 tej samej ustawy stanowi, że lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Przepis ten zawiera w sobie także wymóg informacji, dotyczącej skuteczności i przydatności proponowanego leczenia. Do następstw, o których mowa w przepisie zaliczyć należy także ryzyko związane z zabiegiem .

Analizując wypowiedzi doktryny prawa medycznego można dojść do wniosku, że regułą uznawaną za podstawową - choć dopuszczającą wyjątki jest zasada ujawniania ryzyka typowego, które jest możliwe do przewidzenia/ ryzyko przeciętne, normalnie przewidywalne/. Postęp medycyny i nowe techniki terapeutyczne sprawiają, że kwalifikacja ryzyka jako „typowego” ulega zmianom. Co do zasady zależne jest ono od oceny częstotliwości występowania danego następstwa przy uwzględnieniu konkretnych punktów odniesienia. Trudności definicyjne występują też przy próbie sprecyzowania co to jest ryzyko „wyjątkowe” , a także” poważne” - trzeba przyjąć, że chodzi o ryzyka rzadko występujące i takie, które mogą prowadzić do utraty życia albo ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. Wszelkie próby statystycznego ujęcia nie są zadowalające ani przydatne. Wspomnieć więc tylko można, że często spotykanym liczbowym określeniem ryzyka „wyjątkowego” jest ryzyko w granicach poniżej 1%. (...) powinno być informowanie pacjenta o typowym ryzyku , normalnie przewidywalnym z wyjątkiem sytuacji, gdy stopień prawdopodobieństwa wystąpienia następstw nietypowych jest w danej sytuacji duży, a przy tym chodzi o ryzyka poważne. Nie ma potrzeby, by wyjaśniać pacjentowi drobiazgowo nietypowe, choć wysoce prawdopodobne skutki, gdyby były one mało znaczące dla zdrowia pacjenta. Podnosi się także, że niekiedy nawet przy małym stopniu wystąpienia komplikacji należy przyjąć, że istnieje obowiązek informacji ze względu na szczególnie niebezpieczny

charakter tych komplikacji z zagrożeniem życia włącznie. Szczególnie ważne jest, by informacja taka została przekazana ogólnie, ze wskazaniem na mały stopień prawdopodobieństwa podczas bezpośredniej rozmowy lekarza z pacjentem, tak, by uniknąć bezpodstawnej odmowy wyrażenia zgody na zabieg. W doktrynie i orzecznictwie podkreśla się, że rodzaj interwencji i jej znaczenie dla pacjenta powinny wyznaczać zakres informacji o ryzyku. / vide Małgorzata Świdarska „Zgoda pacjenta na zabieg medyczny” Wydawnictwo Dom Organizatora Toruń 2007 str.136-142 /. W analizowanej materii warto także odwołać się do uzasadnienia wyroku Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 2 października 2003 roku, wydanego w sprawie I ACa 369/03 / Prawo I Medycyna 2005 z. 3 str. 125 i n. z glosą M. Nesterowicza/. W powołanym uzasadnieniu wyrok Sąd Apelacyjny w Lublinie przyjął, że niedoinformowanie pacjenta przez lekarzy o sposobie przeprowadzenia zabiegu gastrokopii i ewentualnych powikłaniach jest bezprawne jako naruszające obowiązujące normy i zawinione (jako celowe zatajenie informacji w obawie, że pacjent nie wyrazi zgody na zabieg ze względu na możliwość powikłań). Wina lekarza prowadzącego zabieg „inwazyjny”, wymagający zgody pacjenta może polegać na wykonaniu go niezgodnie z zasadami sztuki lekarskiej lub też przeprowadzeniu go bez uzyskania świadomej zgody chorego po rzetelnym poinformowaniu o „technicznej” stronie zabiegu i ewentualnym ryzyku. Sąd Apelacyjny w Lublinie podkreślił, że pacjent powinien wiedzieć na jaki zabieg wyraża zgodę i co będzie jego przedmiotem. Przyjmuje się, że lekarz jest związany takim oświadczeniem woli pacjenta i nie może woli chorego zastępować swoją wolą. Aby zgoda pacjenta za zabieg była ważna musi być niewadliwa. Pacjent musi wiedzieć co obejmuje przedmiot zgody oraz ryzyko zabiegu i jego następstwa, w szczególności te, które mogą doprowadzić do dużych powikłań grozących utratą życia. Obowiązek dokładnego poinformowania pacjenta obciąża lekarza. Zgoda, która jest nieobjaśniona jest wadliwa wskutek czego lekarz działa bez zgody i naraża się na odpowiedzialność cywilną za szkodę wyrządzoną pacjentowi. Także w orzeczeniu z dnia 29 grudnia 1969 roku Sąd Najwyższy wypowiedział pogląd, że w sytuacji, gdy za operacją przemawiają jedynie względne wskazania jest szczególnie niezbędne, aby lekarz pouczył pacjenta, że prognozowany zabieg może wywołać stany zapalne i pogorszenie. Chodzi o to, aby pacjent z całą świadomością poddał się zabiegowi, albo z niego zrezygnował, nie chcąc ponosić ryzyka pogorszenia (orzeczenie Sądu Najwyższego w sprawie II CR 564/69 OSPiKA 1970 z. 10 poz. 202). Podobnie w uzasadnieniu wyroku z dnia 30 grudnia 2003 roku Sąd Okręgowy w Krakowie przyjął, że pacjent powinien zostać poinformowany o mogących powstać skutkach zabiegu operacyjnego, zwłaszcza gdy zachodzi ryzyko powikłań. W przeciwnym razie, skoro powikłanie można było przewidzieć, odpowiedzialność za skutki zabiegu ponosi szpital (wyrok w sprawie I C 110/02 Prawo i Medycyna 2006 Nr 1 str. 116). Z kolei w uzasadnieniu wyroku z dnia 29 września 2005 roku Sąd Apelacyjny w Poznaniu przyjął, że lekarz odpowiada nie tylko za winę w samym procesie leczenia, lecz także za każdą winę nie dotyczącą techniki medycznej a więc i za niedoinformowanie pacjenta o ryzyku i skutkach zabiegu. Samo zaś uzyskanie formalnej zgody pacjenta bez poinformowania go o ryzyku i skutkach zabiegu powoduje, że jest to zgoda „nieobjaśniona” i jako taka wadliwa wskutek czego lekarz działa bez zgody i naraża się na odpowiedzialność cywilną za szkodę wyrządzoną pacjentowi nawet, gdy postępuje zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej. Pacjent musi znać przedmiot zgody, musi wiedzieć o proponowanej metodzie leczenia, ryzyku zabiegu i jego następstwach. Zakres obowiązku informacji nie zależy od tego, co lekarz sądzi ile pacjent powinien wiedzieć, lecz od tego co rozsądna osoba będąca w sytuacji pacjenta obiektywnie potrzebuje usłyszeć od lekarza, aby podjąć „poinformowaną” i inteligentną decyzję wobec proponowanego zabiegu (wyrok z dnia 29 września 2005 roku Sądu Apelacyjnego w Poznaniu wydany w sprawie I ACa 236/-5 -baza LEX Nr 175206).

Cywilna odpowiedzialność za uchybienie obowiązkowi informowania ma pewne specyficzne dla szkód medycznych cechy, takie jak charakterystyczne ujęcie związku przyczynowego i rozszerzenie zakresu stosowania art. 448 k.c., dającego w tym przypadku możliwość zadośćuczynienia nie tylko za naruszenie dóbr osobistych, ale też za naruszenie któregośkolwiek z praw pacjenta wyliczonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta ( test jedn. z 2016 roku poz. 186), w tym prawa do informacji. Podstawą zastosowania art. 448 k.c. jest w wypadku prawa do informacji samo jego naruszenie, niezależnie od tego, czy rzeczywiście wypełnia ono przesłanki szkody niemajątkowej.

Z zebranego w sprawie materiału dowodowego wynika, że powódka została prawidłowo poinformowana o metodach leczenia, sposobie przeprowadzenia zabiegu, jego celowości i oczekiwanym wyniku oraz możliwych powikłaniach związanych z operacją i ryzyku, jakie niesie ze sobą zabieg operacyjny. Powódka wyraziła zgodę na przeprowadzenie

leczenia operacyjnego zarówno w dniu 4 sierpnia 2009 roku, jak i w dniu 11 sierpnia 2009 roku, co potwierdziła własnoręcznym podpisem (oświadczenie k.133 i 134). (...) w powyższym zakresie udzielał powódce opiekujący się nią lekarz dr A. K. (3), który przeprowadzał także wymienione zabiegi operacyjne. Zarówno z zeznań świadka A. K. (1), jak również z zeznań powódki wynika, że powódka była w sposób szczegółowy informowana przed wykonaniem zabiegu o wszystkich aspektach dotyczących jego celowości i przebiegu, miała także możliwość wyboru środka stosowanego podczas operacji – gaz, czy olej silikonowy. Lekarz starał się objaśnić powódce wszystkie elementy związane z proponowanym leczeniem. Niewątpliwie obecna świadomość powódki w tym zakresie jest znacznie większa aniżeli w dacie wyrażania zgody na wykonanie zabiegów w pozwany Szpitalu, co nie może wpłynąć na ocenę zachowania lekarzy w nim zatrudnionych, którzy dołożyli należytej staranności w trakcie leczenia powódki.

Biorąc pod uwagę powyższe rozważania Sąd oddalił powództwo jako nieuzasadnione ( pkt 1 wyroku).

Uwzględniając trudną sytuację materialną powódki, jak i szczególny charakter sprawy, Sąd na podstawie przepisu art. 102 k.p.c. nie obciążył powódki kosztami zastępstwa procesowego strony pozwanej ( pkt 2 wyroku).

Z tych samych względów Sąd na mocy przepisu art. 113 ust. 4 ustawy z dnia 28 lipca 2005 roku o kosztach sądowych w sprawach cywilnych ( tekst jedn. Dz. U. Nr 90 z 2010 roku, poz. 549 ze zm.) nie obciążył powódki nieuiszczonymi kosztami sądowymi, przejmując je na rachunek Skarbu Państwa ( pkt 3 wyroku).

Na podstawie przepisu § 6 pkt7 w zw. z §19 i 20 oraz 2 ust. 3 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 roku w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu ( Dz. U. 163, poz.1348 ze zm. ) w zw. z § 22 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 3 października 2016 roku w sprawie ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej przez adwokata z urzędu ( Dz. U. z 2016 roku, poz. 1714 ) Sąd przyznał i nakazał wypłacić ze Skarbu Państwa - Sądu Okręgowego w Łodzi na rzecz adw. M. B. kwotę 8.856 złotych tytułem kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej powódce z urzędu( pkt 4 wyroku) .

z. odpis wyroku z uzasadnieniem doręczyć pełnomocnikowi powódki

(...), dnia 2.03.2017 roku