

UZASADNIENIE

J. P. w pozwie z dnia 20 listopada 2015r. (data nadania), skierowanym przeciwko III Szpitalowi Miejskiemu im. (...) w Ł., wniósł o zasądzenie kwoty 300.000 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 17 sierpnia 2015r., tytułem zadośćuczynienia, kwoty 355 zł z ustawowymi odsetkami jw., kwoty 462,32 zł ustawowymi odsetkami jw., tytułem zwrotu kosztów związanych z dojazdami do placówek medycznych, ustalenie odpowiedzialności pozwanego na przyszłość oraz zasądzenie kosztów procesu według norm przepisanych.

Powód podniósł w uzasadnieniu pozwu, że w dniu 7 sierpnia 2014r. został przyjęty do pozwanego Szpitala, w którym wykonano u powoda zabieg osteotomii podkolanowej kości piszczelowej prawej. Powód następnie był reoperowany z powodu konieczności usunięcia jednej ze śrub stabilizujących, która penetrowała do dołu podkolanowego. Próba usunięcia śruby była nieudana. Po dwóch dniach stwierdzono u powoda niedrożność prawej tętnicy podkolanowej oraz niedrożność dalszych odgałęzień prawej tętnicy podkolanowej i został w trybie pilnym przewieziony do Szpitala im. (...) w Ł. z rozpoznaniem ostrego niedokrwienia prawej kończyny dolnej, uszkodzeniem prawej tętnicy i żyły podkolanowej w wyniku wykonanej osteotomii i porażenia prawego nerwu strzałkowego. Wykonano operację rekonstrukcji tętnicy oraz fascjotomię prawej goleni. Powoda ponownie przeniesiono do pozwanego Szpitala, w którym zszyto ranę podudzia prawego po fascjotomi i uzupełniono ubytki skórne. Powoda wypisano do domu z zaleceniem chodzenia w ortezach za pomocą kul bez obciążania operowanej kończyny przez sześć tygodni. W październiku 2014r. powód przebywał ponownie w pozwanym Szpitalu w celu kontynuacji rehabilitacji, a następnie usunięto operacyjnie metal zespalający oraz oczyszczono naciek zapalny na tylnej powierzchni goleni. W grudniu 2014r. wykonano u powoda zabieg podania płytko-pochodnych czynników wzrostu do szczeliny po osteotomii kości piszczelowej prawej.

W lutym 2015r. powód został zaliczony do znacznego stopnia niepełnosprawności, którego przyczyną jest upośledzenie narządu ruchu. Rozpoznano u powoda zaburzenia adaptacyjne – reakcję depresyjną w związku z utratą zdrowia.

Od dnia 14 maja do dnia 12 czerwca 2015r. powód przebywał w Centrum (...) w Ł. w celu usprawnienia z uwagi na upośledzające sprawność chodu dolegliwości bólowe, ograniczenia ruchomości obu stawów kolanowych, niedowład stopy prawej oraz obrzęk podudzia prawego.

W dniu 29 kwietnia 2015r. Wojewódzka Komisja ds. Orzekania o Zaburzeniach Medycznych w Ł. wydała ostateczne orzeczenie, w którym ustaliła, że nieprawidłowo przeprowadzona u powoda operacja i jej następstwo w postaci uszkodzenia tętnicy podkolanowej prawej oraz opóźniona diagnoza ostrego niedokrwienia kończyny dolnej prawej w trakcie jego pobytu w pozwanym Szpitalu stanowi zdarzenie medyczne w rozumieniu ustawy o prawach pacjenta. Pozwany skierował do powoda propozycję zapłaty zadośćuczynienia w kwocie 500 zł, która została odrzucona przez powoda.

Powód dwukrotnie wzywał pozwanego do zapłaty kwoty 300.000 zł tytułem zadośćuczynienia, przy czym pozwany nie odpowiedział na żadne wezwanie.

Powód zarzucił pozwanemu brak odpowiedniej wiedzy i umiejętności, którą lekarz powinien posiadać oraz błąd organizacyjny polegający na opóźnionej diagnozie ostrego niedokrwienia kończyny dolnej prawej.

Powód cały czas cierpi z powodu krzywdy wyrządzonej przez pozwanego. W ciągu trzech miesięcy wykonano powoda kilka zabiegów operacyjnych. Noga po tych zabiegach pozostała bez czucia z uszkodzeniem nerwu strzałkowego. Po wyjściu ze szpitala został inwalidą z możliwością poruszania się na wózku lub o kulach.

W związku z nieprawidłowościami w leczeniu, powód poniósł koszty leczenia oraz dojazdów do placówek medycznych dochodzone pozwem.

(pozew k. 2 - 11)

Postanowieniem z dnia 30 listopada 2015r. Sąd zwolnił powoda od kosztów sądowych ponad 1.000 zł.

(postanowienie k. 71 - 72)

Odpis pozwu został doręczony pozwanemu w dniu 15 stycznia 2016r.

(potwierdzenie odbioru k. 93)

Pozwany w odpowiedzi na pozew wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie od powoda kosztów postępowania według norm przepisanych. Poinformował, że pozwany zmienił nazwę na „Miejskie Centrum Medyczne im. dr. K. J.” i wniósł o wezwanie do udziału w sprawie w trybie art. 84 KPC (...) S.A w W..

Pozwany podniósł, że w trakcie zabiegu osteotomii kośćlwiącej kości piszczelowej prawej doszło do powikłania okołoperacyjnego, a powikłania takie są niestety nieuniknione, choć rzadką, konsekwencją leczenia i nie jest ona wynikiem działania lub zaniechania lekarza. Mimo powikłania, zabieg został wykonany prawidłowo.

(pismo procesowe z dnia 3 lutego 2016r. - data złożenia k. 78 - 80)

Przypozwany zawiadomiony i pouczone w trybie art. 84 KPC, nie wziął udziału w procesie. (zarządzenie k. 89 odwrót)

Powód w piśmie procesowym z dnia 20 października 2016r. (data złożenia), doręczony pozwanemu w dniu 14 listopada 2016r. (potwierdzenie doręczenia - vide pismo pozwanego k. 152), wniósł nadto o zasądzenie kwoty 29.095 zł z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia doręczenia pisma z rozszerzeniem powództwa tytułem odszkodowania za opiekę osób trzecich, podnosząc że powód po opuszczeniu szpitala wymagał pomocy osób trzecich, gdyż wykonywanie zwykłych czynności życia codziennego stało się dla niego utrudnione.

(pismo procesowe k. 138 - 139)

Pozwany w piśmie procesowym z dnia 30 listopada 2016r. (data złożenia) nie uznał powództwo oraz jego rozszerzenia.

(pismo procesowe k. 152)

Powód w piśmie procesowym złożonym na rozprawie w dniu 17 listopada 2017r. wniósł o zasądzenie kwot dochodzonych pozewem z ustawowymi odsetkami od dnia 17 sierpnia 2015r. do dnia 31 grudnia 2015r. oraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016r. (pismo procesowe k. 263)

Sąd Okręgowy ustalił, co następuje:

U powoda w pozwanym Szpitalu w dniu 8 sierpnia 2014r. w godzinach rannych przeprowadzono zabieg osteotomii podkolanowej kośćlwiącej stawu kolanowego prawego. Wykonano stabilizację płytą klinową oraz czterema śrubami AO. W godzinach wieczornych powód był reoperowany. Podjęto nieudaną próbę usunięcia jednej ze śrub stabilizujących, która penetrowała do dołu podkolanowego. Powód zgłaszał zaburzenia czucia w obrębie palców i stopy, przecięto opatrunek gipsowy na całej długości. Około 22:00 powód zaczął zgłaszać bardzo silne dolegliwości bólowe operowanej kończyny z jej zasinieniem poniżej dołu podkolanowego. Powoda w trybie pilnym w dniu 10 sierpnia 2014r. przewieziono na Oddział (...) Szpital im. (...), gdzie po przeprowadzonym leczeniu, rozpoznano ostre niedokrwienie prawej kończyny dolnej, stan po osteotomii prawej kości piszczelowej i uszkodzenie prawej tętnicy i żyły podkolanowej, porażenie prawego nerwu strzałkowego, ułożenie końskie prawej stopy oraz owrzodzenie prawej goleni po fascjotomii. Powód został w trybie pilnym operowany – wykonano rekonstrukcję tętnicy, a następnie ze względu na zespół ciasnoty międzyprzedziałowej wykonano fascjotomię prawej goleni.

Powód w dniu 3 września 2014r. został przetransportowany do pozwanego Szpitala, w którym przebywał to dnia 27 września 2014r. Wykonano u powoda zabieg szycia ran podudzia prawego po fascjotomii, uzupełniono ubytki skóry przemieszczeniem skóry pośredniej grubości z uda prawego.

Powód był ponownie hospitalizowany w pozwanym Szpitalu w okresie od dnia 14 października do dnia 12 listopada 2014r. Rozpoznano: utrzymującą się plegię stopy, w tylnej części podudzia ubytek skóry około 1 cm średnicy z martwicą w dniu rany, z rany wysięk surowiczo-ropny oraz kieszonkę ropną. Powodowi podano płytkopochodne czynniki wzrostu do szczeliny po osteotomii kości piszczelowej prawej.

Powód w okresie od dnia 14 maja do dnia 12 czerwca 2015r. przebywał w Centrum (...) w Ł..

U powoda na udzie prawym na przedniej powierzchni znajduje się blizna po pobraniu przeszczepu skórniego o wielkości 13 x 10 cm, na podudziu prawym po stronie bocznej blizna długości około 11 cm, a po stronie przyśrodkowej blizna o długości około 13 cm, po leczeniu naczyniowym blizna o długości około 18 cm, na łydce blizna wielkości 11 x 4 cm po wygojonym przeszczepie skórniym.

W wyniku przeprowadzonego zabiegu osteotomii korekcyjnej, doszło u powoda do uszkodzenia tętnicy podkolanowej, które w medycynie traktuje się jako powikłanie, które może wystąpić podczas zabiegu operacyjnego. Brak kontroli ukrwienia po wykonanym zabiegu uznać należy za błąd lekarski, najprawdopodobniej doszło do niego wskutek użycia podczas zabiegu opaski Esmarcha, która daje możliwość operacji w niedokrwieniu. Przed zaszcyciem rany opaska powinna być rozluźniona, co dałoby możliwość kontroli ukrwienia pola operacyjnego i umożliwiłoby szybką reakcję na uszkodzenie tętnicy podkolanowej.

Zabieg operacyjny osteotomii korekcyjnej podudzia prawego, powikłany uszkodzeniem tętnicy podkolanowej prawej oraz żyły podkolanowej, a także uszkodzeniem nerwu strzałkowego, spowodował u powoda z punktu widzenia chirurgii urazowej trwały uszczerbek na zdrowiu w wysokości 65%. Nieodwracalne uszkodzenie nerwu strzałkowego skutkuje trwałym opadaniem stopy oraz brakiem możliwości zgięcia grzbietowego w stawie skokowo-goleniowym. Doszło do trwałego usztywnienia w stawie skokowym z ustawieniem końsko-szpotawym, co skutkuje upośledzeniem sprawności chodu. U powoda doszło nadto do trwałego przykurczu w stawach międzypaliczkowych palców stopy prawej z upośledzeniem unaczynienia oraz zaburzeniami czucia w obrębie palców i przodostopia, co skutkuje trudnościami w dobieraniu obuwia i może doprowadzić do wtórnych zmian w obrębie palców i przodostopia wskutek kontaktu z obuwem.

Powód przez pierwsze sześć miesięcy po zabiegu osteotomii korekcyjnej odczuwał dolegliwości bólowe na poziomie 8 - 10 punktów w dziesięciopunktowej skali bólu VAS, w kolejnych 7 - 10 miesiącach dolegliwości kształtowały się na poziomie 6 - 8 punktów, a po tym okresie na poziomie 4 - 6 punktów w tej skali.

Powód przez pierwsze pół roku po zabiegu wymagał stałej pomocy osób trzecich w podstawowych czynnościach życia codziennego, a po tym okresie, tj. od lutego 2015r. wymagał pomocy osób trzecich przez około 2 - 3 godziny dziennie, a obecnie w wymiarze 1 - 2 godzin dziennie.

Rokowania na przyszłość są niepewne.

Brak jest jakichkolwiek podstaw, aby wiązać uszkodzenie nerwu strzałkowego z zabiegiem rekonstrukcji tętnicy podkolanowej. Do uszkodzenia nerwu strzałkowego mogło dojść m.in. wskutek powikłań uszkodzenia tętnicy podkolanowej, które spowodowały ostre niedokrwienie kończyny dolnej i zespół ciasnoty międzypowięziowej, co skutkowało poszerzeniem obwodu kończyny dolnej i uciskiem tkanek miękkich.

Ustalony trwały uszczerbek na zdrowiu powoda z punktu widzenia chirurgii urazowej ma bezpośredni związek i jest wynikiem powikłania po zabiegu operacyjnego osteotomii korekcyjnej z uszkodzeniem tętnicy podkolanowej prawej oraz nerwu strzałkowego prawego.

(opinie biegłego chirurga urazowego R. M. k. 121-130, 153-156)

Do uszkodzenia prawego nerwu strzałkowego doszło najprawdopodobniej na skutek niedokrwienia nerwu. Uszkodzenie nerwu strzałkowego spowodowało u powoda trwały uszczerbek na zdrowiu w wysokości 20%. Uszczerbek z tego powodu pokrywa się z uszczerbkiem określonym przez biegłego lekarza chirurga urazowego. Objawy uszkodzenia tego nerwu skutkują ograniczeniem sprawności ruchowej.

(opinia biegłego lekarza neurologa J. Z. k. 231-232)

Do uszkodzenia naczyń podkolanowych prawych doszło u powoda w trakcie zabiegu operacyjnego osteotomii w dniu 8 sierpnia 2014r. około godziny 9:30 - 10:00 i było prawdopodobnie spowodowane narzędziem do przecinania kości. Od tego czasu należy liczyć wystąpienie ostrego niedokrwienia prawego podudzia z powodu ustania napływu i odpływu krwi do tkanek prawego podudzia. Wobec narastania objawów klinicznych ostrego niedokrwienia prawego podudzia, wykonano badanie angio CT w dniu 9 sierpnia 2014r około godziny 22:00. Stwierdzono brak przepływu krwi w prawej tętnicy podkolanowej i poniżej. Rozpoznanie niedrożności prawej tętnicy podkolanowej rozpoznano po badaniu angio CT, czyli po około 37 godzinach trwania ostrego niedokrwienia prawego podudzia, co należy ocenić jako błąd lekarski polegający na niedołożeniu należytej staranności. W przypadku ostrego niedokrwienia kończyny kryterium czasu jest szczególnie ważne. Rezultaty leczenia są odwrotnie proporcjonalne do czasu rozpoznania i wdrożenia leczenia, czyli im krótszy czas od początku niedokrwienia do wdrożenia leczenia, tym rezultaty są lepsze. Krążenie w naczyniach prawego podudzia przywrócono w Szpitalu im. (...) około 3:00 - 4:00 w dniu 10 sierpnia 2014r. Po długotrwałym leczeniu udało się zachować żywotność prawej kończyny dolnej powoda.

Z punktu widzenia chirurgii naczyniowej, trwały uszczerbek na zdrowiu powoda w związku z uszkodzeniem prawej tętnicy podkolanowej i prawej żyły podkolanowej wynosi 30%.

Rokowania na przyszłość są niepewne. Powód choruje na przewlekłą, nieuleczalną miażdżycę zarostową tętnic kończyn dolnych. U powoda przeprowadzono operację rekonstrukcyjną prawej tętnicy podkolanowej z użyciem protezy z PTFE, nie jest to własna tkanka chorego. Powód wymaga stałej kontroli chirurga naczyniowego.

(opinie biegłego lekarza chirurga naczyniowego M. G.

k. 211-215, 227-229, 245-246)

Powód po zabiegach operacyjnych w pozwanym Szpitalu zaczął leczyć się psychiatrycznie, gdyż nie mógł pogodzić się z kalectwem, miał problemy ze snem, płakał, miał dość życia, miał myśli rezygnacyjne bez tendencji do realizacji.

U powoda stwierdza się występowanie zaburzeń nerwicowych pod postacią zaburzeń adaptacyjnych, które pozostają w związku przyczynowo-skutkowym z leczeniem ortopedycznym w pozwanym Szpitalu i jego następstwami.

Trwały uszczerbek na zdrowiu powoda z punktu widzenia psychiatrii wynosi 10%.

Powód stał się drażliwy, nerwowy, izoluje się od otoczenia, co wpływa negatywnie na jego relacje z otoczeniem. Powód, koncentrując się na problemach związanych ze stanem zdrowia, utracił chęć zainteresowania innymi przestrzeniami życiowymi.

(opinie biegłej lekarz psychiatry A. R. k. 161-182, 218-220)

Powód w związku z leczeniem w pozwanym w Szpitalu poniósł koszty w wysokości 355 zł oraz koszty związane z dojazdami do placówek medycznych w wysokości 462,32 zł.

(paragony, faktury, rachunki k. 44-49)

Orzeczeniami z dnia 9 lutego 2015r. oraz 1 marca 2016r. powód został zaliczony do znacznego stopnia niepełnosprawności.

(orzeczenia k. 50, 244)

Pismem z dnia 14 lipca 2015r., doręczonym pozwanemu w dniu 16 lipca 2015r., powód wezwał pozwanego do zapłaty w terminie 30 dni od otrzymania pisma kwoty 300.000 zł tytułem zadośćuczynienia za krzywdę w związku z niedołożeniem należytej staranności w procesie leczenia.

(pismo k. 42, potwierdzenie doręczenia k. 29)

Powód ma obecnie 71 lat. Przed leczeniem w pozwanym Szpitalu był sprawny fizycznie. Cały czas zażywa leki przeciwbólowe i korzysta z rehabilitacji. Przez pierwsze trzy miesiące po opuszczeniu szpitala poruszał się wyłącznie na wózku inwalidzkim, następnie chodził przy pomocy balkonika, a potem o kulach. Wymaga pomocy w zwykłych czynności życia codziennego. Po zabiegach operacyjnych płakał, miał problemy ze spaniem, cały czas bierze leki antydepresyjne. Po wyjściu ze szpitala kupił wózek inwalidzki, ortozy, buty ortopedyczne. W związku z leczeniem korzystał z taksówek oraz pomocy dzieci przy dowożeniu do placówek medycznych.

(zeznania powoda, e-protokół, czas nagrania 00.05.28 – 00.26.40 k. 264 odwrót – 265)

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Powództwo co do zasady jest usprawiedliwione, zaś co do wysokości zasługuje na uwzględnienie w przeważającej części.

Podstawę prawną zgłoszonych roszczeń stanowi przepis art. 430 KC w zw. z art. 415 KC.

W orzecznictwie przyjmuje się, że powołany wyżej przepis znajduje zastosowanie w stosunku do odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej, na rachunek którego lekarze zatrudnieni w tych jednostkach wykonują czynności medyczne (zob. m.in. wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 2 marca 2012r., sygn. akt I ACa 123/12, LEX nr 1238466). Odpowiedzialność samodzielnego zakładu opieki zdrowotnej na podstawie art. 430 KC w związku z art. 415 KC zachodzi wówczas, gdy spełnione są wszystkie przesłanki tej odpowiedzialności deliktowej, a mianowicie do wyrządzenia szkody doszło przez zawinione działanie lub zaniechanie personelu medycznego, istnieje normalny związek przyczynowy pomiędzy tym działaniem lub zaniechaniem a wyrządzoną szkodą, przy czym do wyrządzenia szkody doszło przy wykonywaniu powierzonej czynności medycznej.

Uwzględniając powyższe, nie można mieć wątpliwości co do tego, że pozwany ponosi odpowiedzialność na mocy art. 430 KC w zw. z art. 415 KC za działania i zaniechania personelu medycznego świadczącego usługi medyczne w Szpitalu pozwanego.

W dalszej kolejności należało dokonać ustalenia, czy doznana przez powoda szkoda i krzywda są wynikiem nieprawidłowego działania lub zaniechania pozwanego, a dokładniej personelu medycznego, za który pozwany ponosi odpowiedzialność.

Zgodnie z art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U.2011.277.1634 ze zm.) oraz art. 11 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U.2016.1251) lekarz, jak i pielęgniarka mają obowiązek wykonywać zawód zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należyłą starannością. O zawinięciu fachowego personelu medycznego może zdecydować nie tylko zarządzenie mu braku wystarczającej wiedzy i umiejętności praktycznych, odpowiadających aprobowanemu wzorcowi należytej staranności, ale także niezręczność i nieuwaga przeprowadzanego zabiegu, jeżeli oceniając obiektywnie nie powinna wystąpić w konkretnych okolicznościach. Nie chodzi zatem o staranność wyższą od przeciętnej, lecz o wysoki poziom przeciętnej staranności każdego lekarza czy pielęgniarki jako staranności zawodowej (art. 355 § 2 KC) i według

tej przeciętnej ocenie konkretnego zachowania. Do obowiązków personelu medycznego należy bowiem podjęcie takiego sposobu postępowania (leczenia), które gwarantować powinno, przy zachowaniu aktualnego stanu wiedzy i zasad staranności, przewidywalny efekt w postaci wyleczenia, a przede wszystkim nienarażenie pacjentów na pogorszenie stanu zdrowia (zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 14 lutego 2013r., sygn. akt I ACa 970/12, Lex nr 1289424, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 lutego 2010r., sygn. akt V CSK 287/09, Lex nr 786500601).

Postępowanie odmienne określane jest jako błąd lekarski (błąd w sztuce medycznej).

Przez błąd lekarski należy rozumieć obiektywny element winy. Stwierdzenie błędu lekarza dostarcza jedynie naukowych kryteriów oceny postępowania lekarza i oznacza jedynie, że postępowanie lekarza wywołuje określony zastrzeżenia z naukowego punktu widzenia. Stanowi jedynie teoretyczną ocenę tego postępowania, którą następnie należy skonfrontować z pełnym zakresem powinności lekarza i konkretnymi warunkami w jakich miało miejsce jego postępowanie (tak M. Sośniak „Cywilna odpowiedzialność lekarza”, Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1977, s. 98-100).

W piśmiennictwie prawniczym istnieje rozróżnienie błędu diagnostycznego (rozpoznania), błędu prognozy (rokowania) oraz błędu w leczeniu (terapeutycznego).

Błąd diagnostyczny polega bądź na mylnym stwierdzeniu nieistniejącej choroby, bądź częściej na nie rozpoznaniu rzeczywistej choroby pacjenta. W toku postępowania, w którym powód zarzuca popełnienie błędu diagnostycznego należy ustalić, czy błędne rozpoznanie było usprawiedliwione występującymi objawami, czy też wynikało z przyczyn zawinionych przez lekarza (np. nieprzeprowadzenie dodatkowych badań, mylnego odczytania wyniku badania, zaniechanie konsultacji z innym specjalistą). Mimo takiego błędu lekarz nie odpowiada, gdy przedsięwziął wszystko, co w danych okolicznościach było konieczne i możliwe, gdyż nie można od niego wymagać nieomyślności.

Błąd terapeutyczny zachodzi w przypadku niewłaściwej metody lub wadliwego sposobu leczenia. Błąd terapeutyczny może polegać także na przeprowadzeniu zabiegu pomimo istnienia w tym względzie przeciwwskazań lekarskich.

Szczególnością błędu terapeutycznego jest tzw. błąd operacyjny, polegający na nieprawidłowym przeprowadzeniu zabiegu chirurgicznego. Tutaj także odpowiedzialność lekarza zależy od możliwości postawienia mu zarzutu nie właściwego postępowania w znaczeniu subiektywnego elementu winy.

Wbrew wywiadowi pozwanego, Sąd doszedł do niebudzącego wątpliwości przekonania, że w czasie leczenia powoda u pozwanego dopuszczono się błędów lekarskich, a wnioski takie wynikają z obiektywnych dowodów w postaci opinii biegłych lekarzy, które nie zostały przez pozwanego skutecznie podważone.

Wydane w sprawie opinie są jasne, pełne i logiczne, aczkolwiek Sąd nie podziela wniosku biegłego lekarza ortopedy R. M., zgodnie z którą uszkodzenie tętnicy podkolanowej należy traktować jako powikłanie, które może wystąpić podczas wykonywania zabiegu osteotomii koślawiającej (k. 127). Bardziej przekonująca w tym zakresie jest opinia biegłego chirurga naczyniowego M. G., zgodnie z którą uszkodzenie tętnicy i żyły podkolanowej jest wynikiem błędu terapeutycznego, tj. błędu w sztuce operacyjnej (k. 245).

Hipotetycznie, nawet gdyby przyjąć, że powyższe uszkodzenie ciała powoda jest wynikiem powikłania, tj. niekorzystnym następstwem leczenia, to pozwany – wbrew treści art. 6 KC i art. 232 KPC – nie udowodnił, że powód był przed zabiegiem informowany o możliwym powikłaniu zabiegu w postaci uszkodzenia tętnicy i żyły podkolanowej, a w takiej sytuacji powód, który formalnie wyraził zgody na zabieg, nie miał możliwości wyrażenia świadomej zgody na podjęte wobec niego inwazyjne działania medyczne, zatem zgoda powoda na zabieg w tych okolicznościach jest zgodą wadliwą, wskutek czego lekarz działa bez zgody i naraża placówkę medyczną na odpowiedzialność odszkodowawczą.

Powszechnie przyjmuje się w orzecznictwie, że zabieg medyczny wykonany bez zgody pacjenta lub w warunkach zgody wadliwej jest czynnością bezprawną nawet wówczas, gdy zostanie wykonany zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej.

W razie ustalenia, że w wyniku operacji bez należytej zgody stan pacjenta pogorszył się, przysługuje mu co do zasady roszczenie o zadośćuczynienie na podstawie art. 445 § 1 KC oraz roszczenie odszkodowawcze na podstawie art. 444 KC (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 29 marca 2017r., sygn. akt I ACa 369/16 oraz powołane tamże orzecznictwo).

W świetle zgodnych opinii biegłych lekarzy chirurga ortopedy oraz chirurga naczyniowego, błędem lekarskim był brak kontroli ukrwienia po wykonanym zabiegu osteotomii, wskutek czego powodowi groziła amputacja prawej kończyny dolnej i tylko natychmiastowa interwencja lekarzy ze Szpitala im. (...) zapobiegła temu tragicznemu skutkowi.

W następstwie błędów lekarskich popełnionych przez personel medyczny pozwanego, doszło u powoda do trwałego upośledzenia sprawności prawej kończyny dolnej z utrwalonym przykurczem w stawach kolanowym, skokowo-goleniowym oraz drobnych stawach palców.

Podstawę roszczenia o zadośćuczynienie stanowi przepis art. 445 § 1 KC.

Należność z tytułu zadośćuczynienia za krzywdę (art. 445 § 1 KC) winna być w takim stopniu „odpowiednia”, aby poszkodowany za jej pomocą mógł zatrzeć lub co najmniej złagodzić odczucie krzywdy i odzyskać równowagę psychiczną (por. uchwałę Sądu Najwyższego z dnia 8 grudnia 1973r., III CZP 37/73, OSNCP 1974/9/145) a priorytetową funkcją tej instytucji jest funkcja kompensacyjna (por. m.in. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 marca 2005r., IV CSK 80/05, OSNC 2006/10/175).

Zadośćuczynienie winno mieć charakter całościowy i obejmować wszystkie cierpienia fizyczne i psychiczne, zarówno już doznane, jak i te, które zapewne wystąpią w przyszłości, a więc prognozy na przyszłość (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 3 lutego 2000r., I CKN 969/98, Lex nr 50824).

Mierzenie krzywdy wyłącznie stopniem uszczerbku na zdrowiu stanowiłoby niedopuszczalne uproszczenie, nieznajdujące oparcia w treści art. 445 § 1 KC (np. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 listopada 2007r., V CSK 245/07, OSNC-ZD 2008, nr 4, poz. 95, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 28 czerwca 2005r., I CK 7/05, Lex nr 153254).

W orzecznictwie powszechnie przyjmuje się, że ocena rozmiaru krzywdy wymaga uwzględnienia nasilenia cierpień, długotrwałości choroby, rozmiaru kalectwa, trwałości następstw zdarzenia oraz konsekwencji uszczerbku na zdrowiu w dziedzinie życia osobistego i społecznego (por. m.in. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 czerwca 1999r., w sprawie II UKN 681/98, OSNP 2000, nr 16, poz. 626).

Powód na skutek błędów lekarskich, za które ponosi odpowiedzialność pozwany, doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu w łącznej wysokości 105 %, a poza tym na skutek zabiegów medycznych likwidujących skutki błędów lekarskich doznał kilku rozległych blizn, które co prawda nie były przedmiotem oceny przez biegłego lekarza pod kątem wysokości uszczerbku na zdrowiu, jednakże z doświadczenia zawodowego przy rozpoznawaniu analogicznych spraw wynika, że blizny stanowią trwałe uszczerbek na zdrowiu, gdyż nie ma możliwości ich usunięcia.

Powód doznał ogromnych cierpień fizycznych i psychicznych, nadal odczuwa dolegliwości bólowe, zaś stan jego zdrowia psychicznego nie wrócił do równowagi.

Na skutek błędów lekarskich, powód był pięciokrotnie hospitalizowany celem leczenia oraz rehabilitacji, przez wiele tygodni odczuwał dyskomfort związany z unieruchomieniem gipsowym chorej kończyny, poruszaniem się na wózku inwalidzkim i za pomocą kul oraz związany z niemożnością wykonywania samodzielnie prostych czynności życia codziennego.

Przed leczeniem u pozwanego powód, mimo podeszłego wieku, był sprawny fizycznie, natomiast po leczeniu został kaleką i do końca życia będzie odczuwał skutki tego leczenia polegające przede wszystkim na ograniczeniu sprawności ruchowej oraz znacznym pogorszeniu jakości życia.

Nie bez znaczenia dla rozmiaru krzywdy przez powoda jest zachowanie pozwanego sprawcy szkody, który po zakwalifikowaniu przez właściwy organ leczenia powoda jako „zdarzenia medycznego” w rozumieniu przepisów rozdziału 13a ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U.2012. 159 ze zm.) zaproponował powodowi zapłatę kwoty zaledwie 500 zł tytułem zadośćuczynienia za krzywdę, co świadczy o rażącym lekceważeniu rzeczywistej krzywdy powoda w świetle ogromu jego cierpienia oraz rozmiaru spowodowanego kalectwa.

Z tych wszystkich względów, Sąd uznał, że zadośćuczynienie adekwatne do rozmiarów krzywdy powoda wynosi 300.000 zł i orzekł jak w punkcie 1. podpunkt „a” sentencji wyroku.

Kwota zadośćuczynienia nie może stanowić sumy symbolicznej, musi bowiem przedstawiać realną wartość (por. m.in. wyrok SA w Łodzi z dnia 7 września 2012r., I ACa 640/12) i dyrektywę tę realizuje zadośćuczynienie w wysokości 300.000 zł.

Powód wezwał pozwanego do zapłaty zadośćuczynienia w wysokości 300.000 zł przed wytoczeniem powództwa, zatem o odsetkach orzeczono od dnia następnego po upływie terminu zakreślonego w wezwaniu do zapłaty (art. 481 § 1 KC w zw. z art. 455 KC), bowiem od tej chwili pozwany opóźnia się ze spełnieniem świadczenia.

Podstawę prawną roszczenia odszkodowawczego stanowi przepis art. 444 § 1 KC, zgodnie z którym w razie uszkodzenia ciała lub wywołanie rozstroju zdrowia, naprawienie szkody obejmuje wynikłe z tego powodu koszty.

Powód wykazał z tego tytułu koszty związane z leczeniem, rehabilitacją, dojazdami w związku z leczeniem i rehabilitacją oraz potrzebę pomocy osób trzecich.

Jest oczywiste, że powód nie mógł poruszać się samodzielnie, zwłaszcza w okresie pierwszych kilku miesięcy po zabiegu osteotomii i poruszanie się w tym okresie taksówkami w celu leczenia i rehabilitacji było wydatkiem celowym i koniecznym, jak również celowe i konieczne były wydatki związane z wypożyczeniem sprzętu ortopedycznego, zakupem wózka inwalidzkiego, kuli łokciowej, poduszki przeciwoleżynowej oraz związane z transportem sanitarnym, w związku z czym Sąd zasądził z tego tytułu kwotę 355 zł z tytułu kosztów leczenia oraz kwotę 462,32 zł z tytułu dojazdów, tj. kwoty dochodzone pozwem. O odsetkach od tych kwot orzeczono od dnia następnego po doręczeniu pozwanemu odpisu pozwu, gdyż powód nie wzywał pozwanego do zapłaty odszkodowania przed wniesieniem pozwu.

Powód po zabiegu osteotomii oraz po leczeniu skutków błędów medycznych wymagał pomocy osób trzecich z uwagi na niepełnosprawność ruchową i żądał zapłaty odszkodowania z tego tytułu za okres od połowy grudnia 2014r., tj. od opuszczenia szpitala do dnia 17 października 2016r. (k. 138 odwrot).

Zakres opieki osób trzecich wynika z opinii biegłego lekarza ortopedy (k. 129), przy czym za okres, w którym powód wymagał „stałej” opieki, tj. do końca stycznia 2015r. Sąd uznał, że opieka była niezbędna w wymiarze po 8 godzin dziennie, nie zaś 12 godzin, a poza tym Sąd nie wziął pod uwagę podwójnej stawki za godzinę opieki w dni wolne od pracy, gdyż faktycznie powód nie ponosił kosztów opieki, którą sprawowały osoby bliskie powoda. Określając wysokość odszkodowania z tego tytułu wzięto pod uwagę stawkę 11 zł za godzinę opieki obowiązującą w Ł. od 2013r. (k. 140) i zasądził z tego tytułu, nadto na podstawie art. 322 KPC, kwotę 19.850 zł z odsetkami od dnia następnego po doręczeniu pozwanemu pisma z rozszerzeniem powództwa o koszty opieki, tj. zgodnie z żądaniem.

Żądanie zasądzenia kosztów opieki ponad kwotę 19.850 zł, jako wygórowane, Sąd oddalił, jak również żądanie zasądzenia odsetek od odszkodowania w pozostałej części od dnia 17 sierpnia 2015r., gdyż z roszczeniem odszkodowawczym powód wystąpił dopiero w pozwie.

Powód nadal odczuwa skutki wypadku, rokowania na przyszłość są niepomyślne, w związku z czym posiada on interes prawny, o którym mowa w art. 189 KPC, w żądaniu ustalenia odpowiedzialności za szkody, które mogą powstać w przyszłości i Sąd uwzględnił żądanie pozwu w tym zakresie (por. uchwałę Sądu Najwyższego z dnia 24 marca 2009r., III CZP 2/09, Monitor Prawniczy 17/2009, s. 951-953).

Powód wygrał sprawę w około 97 %, zatem uległ tylko co do nieznaczej części swego żądania i na podstawie art. 100 zdanie 2 KPC Sąd włożył na pozwanego obowiązek zwrotu na rzecz powoda wszystkich kosztów procesu, obejmujących uiszczoną opłatę od pozwu, honorarium adwokackie oraz opłatę skarbową od pełnomocnictwa.

Wartość przedmiotu sporu po rozszerzeniu powództwa wyniosła 329.913 zł zatem opłata 5 % wynosi 16.496 zł, z czego powód uiścił 1.000 zł.

Tak więc, nieuiszczona opłata wynosi 15.496 zł, a pozostałe nieuiszczone koszty sądowe wynoszą 7.014 zł (wynagrodzenia biegłych + należności świadka), tj. łącznie 22.510 zł, z czego 97 % (w tym stopniu pozwany przegrał sprawę) nakazano pobrać od pozwanego na podstawie art. 113 ust .1 u.k.s.c.

Na podstawie art. 80 ust 1 w zw. z art 84 ust. 2 u.k.s.c. nakazano zwrócić pozwanemu niewykorzystaną zaliczkę na wynagrodzenie biegłego.

Z/

Doręczyć odpisy wyroku z uzasadnieniem pełnomocnikom stron.