

Sygn. akt I ACa 708/17

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 26 stycznia 2018 r.

Sąd Apelacyjny w Łodzi I Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący SSA Alicja Myszkowska (spr.)

Sędziowie SA Anna Beniak

del. SO Iwona Jamróż - Zdziubany

Protokolant sekretarz sądowy Lidia Milczarek

po rozpoznaniu w dniu 26 stycznia 2018 r. w Łodzi na rozprawie

sprawy z powództwa M. U.

przeciwko Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej MSWiA w Ł.

o zapłatę

na skutek apelacji obu stron

od wyroku Sądu Okręgowego w Łodzi

z dnia 29 marca 2017 r. sygn. akt II C 1460/09

- 1. oddała obie apelacje;**
- 2. znosi wzajemnie między stronami koszty postępowania apelacyjnego.**

Sygn. akt I ACa 708/17

UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem z 29 marca 2017 roku, wydanym w sprawie z powództwa M. U. przeciwko Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej MSWiA w Ł. o zapłatę, Sąd Okręgowy w Łodzi:

1. zasądził od pozwanego kwotę 20.000 zł tytułem zadośćuczynienia z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od 15 marca 2017 roku do dnia zapłaty;
2. oddalił powództwo w pozostałej części;
3. nakazał pobrać od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Łodzi kwotę 1.000 zł tytułem nieuiszczonej opłaty od uwzględnionej części powództwa;
4. nie obciążył powódki nieuiszczonymi kosztami sądowymi i kosztami procesu poniesionymi przez stronę pozwaną.

Sąd pierwszej instancji dokonał następujących ustaleń faktycznych, które Sąd Apelacyjny w całości podziela i przyjmuje za własne:

M. U. ma wyższe wykształcenie muzyczne. Przed 17 stycznia 2008 roku pracowała w Ogólnokształcącej Szkole (...) w Ł. jako akompaniator z 21 – letnim stażem zawodowym – grała na fortepianie i skrzypcach. W dniu 17 stycznia 2008 r. powódka upadła na chodniku doznając urazu nadgarstka i lewego przedramienia. Bezpośrednio po wypadku zgłosiła się do Ambulatorium Doraźnej Pomocy Wojewódzkiej (...) w Ł., gdzie po wykonaniu zdjęcia RTG rozpoznano złamanie dalszej nasady kości promieniowej w miejscu typowym. Było to złamanie lewego nadgarstka typu C. manifestujące się złamaniem podnasadowym i przestawowym kości promieniowej z odłamaniem wyrostka rylcowatego tej kości z wgłobieniem i klinowatym ustawieniem odłamów oraz zrotowaniem kości promieniowej. Powódka została skierowana na ostry dyżur Szpitala Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Ł., gdzie na Izbie Przyjęć Oddziału (...) Urazowego dokonano repozycji odłamów w znieczuleniu miejscowym, a następnie unieruchomiono kończynę w opatrunku gipsowym ramiennie – przedramiennym. Oceny pierwszego zdjęcia rentgenowskiego w kontekście repozycji złamania dokonało dwóch lekarzy zatrudnionych na oddziale ortopedycznym: P. J. (1), zatrudniony na stanowisku asystenta i H. J. (1), będący wówczas w trakcie specjalizacji. Po repozycji ręka powódki ustawiona była pod kątem około 120 stopni. O sposobie zaopatrzenia ręki, zgodnie z praktyką przyjętą w szpitalu, decydował lekarz starszy stopniem. Założenie gipsu nie odbywało się pod kontrolą aparatu rentgenowskiego z torem wizyjnym, znajdującego się na wyposażeniu oddziału ortopedycznego Szpitala MSWiA. Podczas gipsowania ręki lekarz H. J. (2) prowadził z powódką rozmowę, w której udzieliła ona mu informacji, że jest z muzykiem, gra na pięciu instrumentach i pracuje w szkole baletowej jako akompaniator. Po wyschnięciu gipsu wykonano kontrolny radiogram, na podstawie którego lekarz H. J. (1) stwierdził, że nastawienie odłamów jest prawidłowe. Po stwierdzeniu zachowania w chorej kończynie ciepła, tętna i ruchów palców, lekarz zwolnił powódkę do domu z zaleceniem utrzymania gipsu przez okres 6 tygodni, ćwiczenia palców, elewacji kończyny, kontroli w (...) za 7 dni, oraz stosowania profilaktyki przeciwzakrzepowej przez okres 7 tygodni. Po założeniu gipsu powódka miała uczucie „ciasnoty” i unieruchomienia kciuka, podściółka z waty była przez nią odczuwana jako za cienka. Po upływie dwóch dni od wypadku (19 stycznia 2008 r.) powódka zauważyła, że ręka puchnie, więc jeszcze tego samego dnia, około godziny 21 zgłosiła się na ostry dyżur Szpitala MSWiA. Pełniący wówczas dyżur lekarz W. F. – asystent specjalista chirurg urazowo - ortopedyczny, rozciął i rozchylił gips na całej jego długości. W dniu 23 stycznia 2008 r. (po upływie tygodnia od repozycji) wykonano planowe kontrolne badanie RTG. Porównanie badań z dnia 17 stycznia 2008 r. i 23 stycznia 2008 r. wskazuje, że nastąpiło pogłębienie wklinowania w zakresie kości promieniowej. W odłamów złamania spowodowało skrócenie kończyny. Na zdjęciu RTG z dnia 17 stycznia 2008 r. wykonanym w opatrunku gipsowym, nadgarstek ułożony jest nieznacznie dłoniowo, co jest ułożeniem neutralnym ze wskazaniem na dłoniowe. Zdjęcie to zostało prawidłowo opisane przez lekarza ortopedę. Na zdjęciu z 23 stycznia 2008 r. widać, że pierwsza kość śródreza jest poza opatrunkiem gipsowym, który znajduje się w połowie pierwszej kości śródreza. Stawy paliczkowe od 2 do 5 znajdują się w obrysach gipsu, nie można jednak jednoznacznie stwierdzić, czy gips unieruchomił paliczki bliższe, ponieważ zarys gipsu znajduje się w granicach zdjęcia. Podczas wizyty powódki u pozwanego 23 stycznia 2008 roku, na podstawie wykonanego wówczas zdjęcia RTG, stwierdzono poprawne ustawienie odłamów (jak po repozycji) i nie postawiono wskazań do zmiany ich ustawienia. Nie rozważano tego. Przyjmujący wówczas powódkę lekarz P. J. (1) nie stwierdził potrzeby „dogipsowania” kończyny. 30 stycznia 2008 r. powódka ponownie zgłosiła się do ambulatorium szpitala MSWiA, gdzie na podstawie zdjęcia rentgenowskiego wykonanego w dniu 23 stycznia 2008 r. stwierdzono „niewielkie odstawania wyrostka rylcowatego”, prawidłowe unerwienie ręki i czucie. Następną wizyta kontrolna bez wykonania zdjęcia RTG miała miejsce w dniu 13 lutego 2008 r. Podczas kolejnej wizyty w (...) w dniu 14 lutego 2008 r. skrócono opatrunek gipsowy – uwolniono łokieć, na odcinku palców pozostawiono rozerwany gips. Na zdjęciu RTG z opatrunek gipsowy kończy się na pierwszej kości śródreza, paliczek bliższy i dalszy kciuka jest wolny, tzn. kciukiem można było poruszać. W dniu 27 lutego 2008 r. zdjęto gips i stwierdzono obniżenie odłamu oraz dużego stopnia ograniczenie ruchowe w stawie promieniowo – nadgarstkowym. Chorą skierowano na rehabilitację. Zabiegi miały rozpocząć się od 7 kwietnia 2008 r., przed ich rozpoczęciem powódka miała zaplanowany pobyt w sanatorium. W uzdrowisku w C. powódka przebywała od 11 marca 2008 r. Przed wyjazdem do sanatorium z powodu bardzo silnych dolegliwości bólowych, odbyła w poradni ortopedycznej jeszcze jedną, nieodnotowaną w dokumentacji medycznej wizytę, podczas której lekarz P. J. (2) zrobił jej okład z altacetu i zalecił noszenie temblaka. W historii choroby – leczenia rehabilitacyjnego z datą 2 marca 2008 roku odnotowano Zespół (...). Podczas pobytu w sanatorium rehabilitantka powiedziała powódce, że „nie ma

pracy nadgarstka” i konieczna jest konsultacja w poradni ortopedycznej, której na terenie uzdrowiska nie było. Z tego powodu powódka przerwała pobyt w sanatorium i wróciła do Ł.. W szpitalu MSWiA przyjął ją doktor M. P. pełniący wówczas funkcję zastępcy ordynatora Oddziału Ortopedii, który po przeprowadzeniu badania powiedział, że powódce potrzebna będzie długotrwała, nietypowa rehabilitacja. Lekarz wydał powódce na tę okoliczność stosowne zaświadczenie. P. została odnotowana w książce porad w izbie przyjęć. Następnie powódka wróciła do C., gdzie przebywała do 31 marca 2010 r. Po powrocie z sanatorium powódka zgłosiła się do ordynatora Oddziału Urazowo – Ortopedycznego szpitala MSWiA, który rozpoznał algodystrofię (...) (ręka była biała i obrzęknięta). Chorą w trybie pilnym skierowano na Oddział (...), gdzie przebywała prawie cały kwiecień 2008 r. Na zdjęciach RTG powódki widoczne były cechy odwapnienia kostnego, które występują u pacjentów, u których rozpoznaje się zespół (...), ale także u innych pacjentów, u których zastosowano sześciomiesięczne unieruchomienie. Podczas leczenia zastosowano wszystkie możliwe zabiegi usprawniające, powódka miała także indywidualne zajęcia z fizjoterapeutami. Przy wypisie z rehabilitacji widoczna była bardzo duża poprawa sprawności ręki. Po zakończeniu leczenia powódka kilkakrotnie była konsultowana przez ordynatora Oddziału (...) MSWiA M. J.. W sierpniu 2008 r. powódka po konsultacji lekarza z zakresu rehabilitacji na jego zlecenie wykonała badanie (...), które wykazało upośledzenie przewodnictwa w zakresie nerwu pośrodkowego. W trakcie procesu leczenia powódki w pozwanym szpitalu w okresie od 17 stycznia 2008 r. do 27 lutego 2008 r., tj. od dnia wypadku do momentu zdjęcia gipsu, nie była ona informowana o możliwości zastosowania leczenia metodą operacyjną. Nie rozważano takiej możliwości. W czerwcu 2008 r. powódka zgłosiła do Prokuratury zawiadomienie o możliwości popełnienia przestępstwa przez lekarzy szpitala MSWiA. postępowanie w tej sprawie prowadziła Prokuratura Rejonowa Ł. – B.. We wrześniu interweniowała do dyrektora szpitala oraz Rzecznika Praw Pacjenta w sprawie zachowania lekarza J.. M. U. odczuwała ból ręki. Wstydziła się pokazywać swoją rękę, która po zdjęciu gipsu była krzywa. Stała się płacziwa, martwiła się o własną przyszłość. Powódka zgłosiła się do psychologa i psychiatry i podjęła leczenie, w tym farmakologiczne seronilem. Stwierdzono zaburzenia adaptacyjne. W styczniu 2009 r. powódka była konsultowana w prywatnym Centrum Medycznym w K. przez doktora n. med. M. B., który stwierdził zrośnięcie kości w nieprawidłowych warunkach anatomicznych, ograniczenie ruchu polegające na problemie z rotacją. Przy ruchach rotacyjnych pacjentka odczuwała ból. Lekarz mówił powódce, że wiele osób żyje z podobnymi zestawieniami kości, a odczuwanie bólu jest kwestią indywidualną. Ponieważ powódka obstawiała, że chce, aby stan ręki umożliwiał jej swobodne granie na instrumentach, doktor B. zaproponował jej zabieg operacyjny, polegający na przecięciu kości, nastawieniu z korektą wszystkich kątów, o które kość była przesunięta, uzupełnieniu ubytków poprzez przeszczepy kostne i zespoleniu płytą i śrubami. Ze względu na wtórne przemieszczenie odłamów kości lekarz stwierdził, że złamanie powódki było niestabilne. Zabieg operacyjny został wykonany w dniu 25 marca 2009 r. Przed operacją wykonano zdjęcia porównawcze strony przeciwnej, aby w operowanej kończynie odtworzyć stan prawej ręki. Zabieg polegał na przecięciu kości promieniowej w miejscu złamania około 3 cm proksymalnie od nadgarstka i jej wydłużeniu, korekcie pochylenia dłoniowego i promieniowego oraz korekcie rotacji. Powstały ubytek kości został uzupełniony przeszczepem kostnym z banku tkanek i kość została zespolona płytką i śrubami. Z punktu widzenia anatomii ręki, po wykonanym przez dr B. niego zabiegu, stan ręki został przywrócony do stanu sprzed złamania. Mimo to powódka deklaruje, że nadal odczuwa ból i ma problemy z graniem. W pozwanym szpitalu, jeżeli uzyska się po repozycji prawidłowe ustawienie odłamów, rutynowo wykonuje się kontrolne zdjęcie rentgenowskie tydzień po założeniu gipsu i po 4 bądź 6 tygodniach. U powódki nie było konieczności wykonywania w dniu wypadku większej ilości badań, niż wykonano w pozwanym szpitalu. Rutynowo nie wykonuje się zdjęcia RTG zdrowej kończyny, aby sprawdzić prawidłowość ustawienia w kończynie urazowej. U powódki nie zachodziła konieczność wykonania porównawczego zdjęcia RTG. Lekarz w trakcie specjalizacji może samodzielnie podejmować decyzje odnośnie sposobu leczenia pacjenta. Jeżeli pełni on dyżur, oznacza to, że ordynator dopuścił go do wykonywania czynności i decydowania w sprawach pacjenta. Lekarz podejmuje decyzję, czy skorzystać z toru wizyjnego, czy wykonać zespolenie drutem K., płytką stabilizacyjną, bądź inne. Niezastosowanie przez lekarza MSWiA toru wizyjnego w stosunku do powódki nie było błędem. W przypadku złamań występuje obrzęk, który może spowodować, że założony na kończynę gips staje się za ciasny. W takim wypadku pacjent powinien niezwłocznie zgłosić się do lekarza w celu rozcięcia gipsu i przywrócenia prawidłowej czynności naczyniowej, co u powódki wykonano. Rozcięcie gipsu nie obliguje do obowiązkowego „dogipsowania”. Postępowanie w takim wypadku zależy od indywidualnej oceny danego przypadku. Jeżeli z punktu widzenia lekarza gips nadal spełnia swoją rolę, pozostawia się go na kończynie i stosuje opaskę elastyczną. Rozcięcie gipsu zapobiega obrzękowi tkanek, zaburzeniom ukrwienia i martwicy. U powódki gips został rozcięty na całej długości

zgodnie z obowiązującymi zasadami. Adnotacje o wykonywanym przez powódkę zawodzie, choć nie ma obowiązku odbierania od pacjenta takiego oświadczenia, wpisał do jej karty leczenia ordynator Oddziału Ortopedii szpitala MSWiA w Ł. P. G. (1). Dla wyboru metody leczenia, która zawsze winna być najbardziej odpowiednia dla danego pacjenta, nie ma znaczenia to, jaki zawód wykonuje pacjent. Szpital MSWiA umożliwił powódce szeroki dostęp do leczenia rehabilitacyjnego. Powódka była przyjmowana na konsultacje i zbiegi przez lekarzy i fizjoterapeutów w trybie pilnym. Zastosowano wszystkie możliwe zabiegi. Odczuwane przez powódkę ograniczenie sprawności kończyny wynika z zespołu algodystroficznego (...), który występuje u około 30% pacjentów po tego typu urazach (typowo w obrębie przedramienia). Przyczyną wystąpienia tego zespołu u powódki był sam uraz (złamanie), a nie jego leczenie. Nie ma metod pozwalających na jego uniknięcie, choć stosuje się profilaktykę (u powódki zastosowano rozcięcie gipsu i leki przeciwzkrzepowe). Jego etiologia nie jest znana. Objawy zespołu (...) w początkowej fazie są skryte, powodują jedynie ból. W późniejszym okresie, zwykle po zdjęciu gipsu widoczne są zaniki mięśniowe, w zdjęciach rentgenowskich również nieregularne ubytki w kościach. Drugą formą zespołu (...) jest tzw. zespół szkody gipsowej spowodowany długotrwałym unieruchomieniem kończyny, którego dominującym objawem jest ból i ubytki kostne. Wyleczenie tej formy zespołu (...) jest prawie pewne po podjęciu funkcji kończyny. U M. U. nie wystąpił zespół szkody gipsowej, lecz pełna postać zespołu (...), która nie była spowodowana niewłaściwym unieruchomieniem, czy zbyt długo utrzymywanym opatrunkiem gipsowym. Przy typie złamania, jaki wystąpił u powódki unieruchamia się nie tylko nadgarstek, ale również łokieć, aby wyłączyć ruchy obrotów przedramienia – gips sięga od ramienia po podstawę palców i nawet jego przedłużenie na palce nie wpływa na późniejsze ograniczenie funkcji ręki. U powódki opatrunek gipsowy został rozcięty po dwóch dniach, skrócony po 4 tygodniach, zaś po 6 tygodniach zdjęty całkowicie, co było zgodne ze sztuką lekarską. Złamanie dalszej nasady kości promieniowej w miejscu typowym zagraża przemieszczeniom odłamów mimo najbardziej dokładnie założonego gipsu. Dlatego obligatoryjne jest wykonanie zdjęcia kontrolnego RTG w okresie 7 – 10 dni po złamaniu, co miało miejsce w toku leczenia powódki w dniu 23 stycznia 2008 r., kiedy to na podstawie wykonanego zdjęcia rentgenowskiego oceniono poprawność ustawienia odłamów na zdjęciu rentgenowskim i zaniechano prób ponownego ustawienia odłamów. Ustawienie odłamów wykazywało wówczas niewielkie przemieszczenie (10mm, a więc więcej niż norma podręcznikowa, ale w praktycznie stosowanych granicach tolerancji) nie mające istotnego wpływu na funkcję ręki. Niewielkie przemieszczenie odłamów złamania dalszej kości promieniowej nie wymaga interwencji operacyjnej. Wykonanie kolejnego zdjęcia RTG, po kolejnych 7 dniach licząc od 23 stycznia, niczego w przypadku powódki by nie zmieniło. Jeśli po 7 dniach ustawienie jest takie jak po złamaniu (dobre) to uznaje się je za stabilne. Gdy po 4 tygodniach stwierdzono przemieszczenie nasady dalszej kości promieniowej, co mogło ograniczać ruch w stawie promieniowo – nadgarstkowym oraz ruchy rotacyjne przedramienia, to nie można było wykonać korekty ustawienia odłamów, ponieważ korekta po zroście odłamów mogła nastąpić jedynie w drodze zabiegu operacyjnego. Gdyby złamanie powódki było bez przemieszczenia nie doszłoby do skrócenia długości promieniowej kości. Jednocześnie jednak, także przy idealnym nastawieniu, doszłoby do pewnego skrócenia. Ostateczne przemieszczenie odłamów mogło ograniczyć funkcję ręki, ale nie mogło być przyczyną zespołu (...), czego dowodzi t fakt, że po operacji naprawczej wykonanej w K. funkcja ręki powódki nie poprawiła się. Złamanie, jakiego doznała powódka było złamaniem ciężkim - przestawowym, czyli takim, które uszkadza powierzchnię stawową, a tym samym wpływa na funkcję nadgarstka. W tej lokalizacji, nawet przy repozycji operacyjnej, nie ma możliwości wglądu do stawu. Złamanie nasady dalszej kości promieniowej powoduje u większości chorych przewlekłe dolegliwości bólowe, a po uzyskaniu zrostu często następstwem przebytego urazu jest deficyt ruchu we wszystkich kierunkach. Najlepsze szanse na odzyskanie pełnego zakresu ruchu stwarza anatomiczne ustawienie odłamów. Dopuszczalne są niewielkie przemieszczenia po nastawieniu, szczególnie w złamaniach wieloodłamowych i stawowych. U powódki po nastawieniu odłamów odtworzono kąty pochylenia kości w granicach tolerancji. W przypadku złamań, takich jak u powódki, zagipsowanie nadgarstków odbywa się w pozycji tzw. „małpiej ręki”, tzn. ustawia się rękę w odchyleniu łokciowym i przywiedzeniu oraz stabilizacji odłamów. Taki sposób ułożenia ręki jest stosowany w 99% przypadków, jest prawidłowy i zapewnia utrzymanie nastawienia. Zagipsowanie ręki powódki w kącie rozwartym nie miało znaczenia dla prawidłowości zrostu. Założenie gipsu do stawów międzypaliczkowych nie jest prawidłowe, ponieważ gips powinien sięgać do stawów śródrečno – paliczkowych, aby nie uniemożliwiać ruchów palców. U powódki gips został jednak rozcięty, a później skrócony. Mimo prawidłowego odtworzenia ustawienia kostnego u powódki nie ma możliwości monitorowania, co się dzieje w jej stawie torebkowo – więzadłowym. Jakkolwiek złamanie wyrostka rylcowatego oznacza, że doszło do poważnego złamania, to sam wyrostek rylcowaty

nie pełni istotnej roli dla funkcji nadgarstka, natomiast przemieszczony może być źródłem dolegliwości bólowych. Po repozycji kończyny, zasadą jest, aby wykonywać jak najmniejszą ilość poprawek w nastawieniu odłamów kości. Przy zadowalającym nastawieniu kości i stwierdzeniu małych odchyłeń wyrostka rylcowatego, nie jest wskazana dodatkowa interwencja, ponieważ może to zaszkodzić pacjentowi. Przy kolejnych próbach nastawienia dochodzi bowiem do wygładzenia powierzchni, przez co tracą one przyczepność i w ten sposób złamanie staje się niestabilne. Nieprawidłowy wzrost nie wpływa na zespół (...), może sprzyjać tzw. zespołowi ciasnoty kanałów nadgarstka, ale u powódki nie doszło do strukturalnego uszkodzenia nerwu. Ustawienie odłamów kości promieniowej u powódki nie uznano za „idealne”, ale „do akceptacji”. Idealne kąty ustawienia można uzyskać tylko operacyjnie (płytką druty K.). Zabieg operacyjny to najskuteczniejsza metoda leczenia tego typu złamań, ale w 2008 r. operacje takie nie były jeszcze powszechne. Zyskały popularność dopiero od 2010 r. Przypadek powódki był na granicy metody operacyjnej w tym sensie, że nie było konieczności przeprowadzenia zabiegu operacyjnego, ale można było rozważyć zastosowanie takiej metody leczenia, mając jednak przy tym na uwadze 4-5% ryzyko wystąpienia powikłań w okolicach nerwów i naczyń. Leczenie zachowawcze jest mniej obciążające pacjenta. Jednakże powódce, po 23 stycznia 2008 r., można było zaproponować operację rekonstrukcyjną, która była najskuteczniejszą metodą prawidłowego nastawienia. N. powódce przez lekarza szpitala MSWiA metody operacyjnej nie było jednak błędem. Postępowanie lekarza w 2008 r., było standardowe i prawidłowe przy ocenie, że nastawienie jest zadowalające. W trakcie urazu opisano złamanie wyrostka rylcowatego kości promieniowej. Z zasady złamanie wyrostków rylcowatych kości promieniowej i łokciowej nie leczy się repozycją. Ostatecznie, w przypadku powódki doszło do wyleczenia z ograniczeniem ruchu w stawie nadgarstkowo – promieniowym. W toku leczenia nie wystąpiły jednak nieprawidłowości w postępowaniu medycznym. Stwierdzone ograniczenie funkcji ręki ma niewielki znaczenie dla funkcji życia codziennego, natomiast wystąpienie zespołu (...) ograniczyło wykonywanie czynności zawodowych powódki, przy czym dalsza rehabilitacja ręki powódki jest bezcelowa z punktu widzenia poprawy funkcji ręki, ale może zmniejszyć dolegliwości bólowe. M. U. jest absolwentką Akademii (...) w Ł., którą ukończyła w 1987 r. z wynikiem bardzo dobrym. W 1988 roku powódka została zatrudniona w Państwowej Wyższej Szkole (...) w Ł. na stanowisku nauczyciela – akompaniatora. W maju 2003 r. powódka uzyskała stopień nauczyciela dyplomowanego. W 2007 r. wpisano powódkę na listę ekspertów wchodzących w skład komisji egzaminacyjnych i kwalifikacyjnych dla nauczycieli ubiegających się o awans zawodowy. W okresie od czerwca 2009 r. do sierpnia 2009 r. przeciętne miesięczne wynagrodzenie powódki wynosiło 3.169 zł brutto. Powódka była aktywnym i wyróżniającym się pedagogiem. Współpracowała ze szkołami podstawowymi, przedszkolami i parafiami w organizacji występów szkolnych. Uczestniczyła w przygotowaniach zespołów dziecięcych do udziału w koncertach w Filharmonii (...), festiwalach, programach TVP Ł., przedstawieniach teatru Arlekin, akompaniowała do programów tańców ludowych, projektowała kostiumy, opracowywała choreografię, pozyskiwała sponsorów, była uczestniczką wielu kursów i szkoleń zawodowych. Była instruktorem (...). Wobec orzeczenia Komisji Lekarskiej ZUS z dnia 7 kwietnia 2009 r. stwierdzającego całkowitą niezdolność powódki do pracy, pracodawca rozwiązał z powódką stosunek pracy z dniem 25 sierpnia 2009 r. Decyzją z dnia 9 października 2010 r. powódka została zaliczona do osób z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności. Obecnie M. U. nie pracuje. Pobiera świadczenie rentowe w wysokości 1.119 zł. Ma na utrzymaniu 22 – letniego syna, który nie pracuje, studiuje na platformie internetowej. Syn powódki od 2010 r. choruje na łysienie plackowate i uczęszcza do psychologa. Powódka wiąże schorzenie syna ze swoją sytuacją. Koszty jego leczenia sięgają 1.500 zł rocznie. Powódka pozostaje w separacji z mężem, który przekazuje jej miesięcznie kwotę 500 zł na utrzymanie syna. Dodatkowo powódka uzyskuje miesięcznie kwotę 900 zł z tytułu wynajmu mieszkania. Koszty rehabilitacji i leczenia farmakologicznego powódki oscylują w kwocie 170 zł miesięcznie. Powódka kontynuuje leczenie w poradni zdrowia psychicznego. M. U. w dalszym ciągu odczuwa dolegliwości bólowe lewej ręki. Co prawda nie wymaga ona codziennej pomocy osób trzecich, jednakże, jak deklaruje, nie może samodzielnie wykonywać cięższych prac domowych (mycie luster, okien, zakupy).

Apelację od powyższego orzeczenia wywiodły obie strony.

Powódka zaskarżyła wyrok sądu pierwszej instancji w części oddalającej powództwo. Orzeczeniu temu zarzuciła:

1) naruszenie przepisów prawa materialnego, tj. art. 430 k.c. poprzez jego niezastosowanie i błędne uznanie, że zebrany w sprawie materiał dowodowy nie pozwala na przypisanie pozwanemu zawinionego działania podwładnych,

podczas gdy prawidłowa ocena zgromadzonego materiału dowodowego skutkowałaby uznaniem, że spełnione zostały przesłanki z art. 430 k.c. uzasadniające uwzględnienie powództwa w całości wobec dopuszczenia się przez personel pozwanego szpitala szeregu nieprawidłowości w procesie leczenia powódki skutkujących wyrządzeniem powódce szkody wymagającej naprawienia;

2) naruszenie przepisów postępowania, tj. art. 227 k.p.c. w zw. z art. 278 § 1 k.p.c. poprzez bezzasadne oddalenie wniosków dowodowych o dopuszczenie dowodu z opinii biegłych z zakresu psychiatrii i rehabilitacji oraz o zwrócenie się do Ogólnokształcącej Szkoły (...) w Ł. o udzielenie informacji w przedmiocie wysokości wynagrodzenia, które osiągałaby powódka mimo, iż okoliczności, które miały zostać ustalone za pomocą oddalonych wniosków dowodowych wymagały wiadomości specjalnych i służyły określeniu skutków popełnionego błędu w sztuce medycznej;

3) naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. poprzez:

- bezzasadne odmówienie wiarygodności zeznaniom powódki w zakresie w jakim opisywała przebieg leczenia w pozwanym szpitalu, swój stan zdrowia, a także w zakresie w którym opisywała, że gips był za długi, że nieprawidłowe założenie u niej gipsu polegało również na złym ułożeniu ręki w nadgarstku w zgięciu dłoniowym, a nie grzbietowym zgodnym z wiedzą fachową, pominięcie wskazywanej przez powódkę okoliczności, iż łokieć w gipsie został ustawiony nieprawidłowo - pod kątem rozwartym około 120 stopni zamiast pod kątem prostym,

- pominięcie podnoszonego przez powódkę zarzutu niezdiagnozowania złamania kości łódeczkowatej na które wskazuje opinia biegłego D. B. oraz nieleczenie złamania wyrostka rylcowatego kości łokciowej zdiagnozowanego przez biegłego P. M. w opinii z dnia 22 lipca 2014 roku i biegłego P. B.;

- pominięcie okoliczności w postaci błędu diagnostycznego polegającego na tym, że w przypadku powódki to H. J. - lekarz rezydent (bez specjalizacji) bez zgody ordynatora podejmował decyzję o leczeniu zachowawczym złamania C2 dostawowego niestabilnego,

- wybiórczą analizę opinii biegłego prof. P. M. i prof. T. M. oraz na częściowo nieprawdziwej dokumentacji medycznej powódki przedstawionej przez pozwanego;

- dowolne ustalenie, iż zespół algodystroficzny (...) występuje u ok. 30% pacjentów po tego typu urazach, podczas gdy zgodnie z przywoływaną przez powódkę literaturą fachową odsetek przypadków osób u których po złamaniach nasady dalszej kości promieniowej występował Zespół (...) wynosił 0,03%,

- dowolne uznanie, iż Zespół (...) występujący u powódki nie jest wynikiem nieprawidłowości w procesie leczenia powódki w pozwanym szpitalu, podczas gdy zdaniem powódki to ewidentny brak monitoringu wzrostu przez personel pozwanego szpitala spowodował wadliwy wzrost, a w konsekwencji - Zespół (...);

- bezzasadne uznanie, iż niezastosowanie metody operacyjnej leczenia złamania u powódki nie było błędem w sztuce medycznej, mimo, iż personel pozwanego szpitala winien wiedzieć, że niestabilne dostawowe złamanie typu C2 występujące u powódki implikuje konieczność wdrożenia leczenia operacyjnego, które to leczenie umożliwia odtworzenie idealnych kątów, a zatem odtworzenie kształtu kości promieniowej w porównaniu do kości zdrowej, co z kolei stwarzało możliwość powrotu powódki do pełnej sprawności, w tym do pracy zawodowej

4) błąd w ustaleniach faktycznych polegający na:

- błędnym uznaniu, że „o sposobie zaopatrzenia ręki zgodnie z praktyką przyjętą w szpitalu decydował lekarz starszy stopniem”, co pozostaje w sprzeczności z zeznaniami świadka P. G., który wskazywał, iż zarówno H. J. i P. J. w dacie leczenia powódki nie mogli podejmować samodzielnych decyzji w przedmiocie leczenia: „Ci lekarze powinni przedstawić zdjęcie RTG powódki szefowi dyżuru”;

- błędnym uznaniu, iż nastawienie odłamów po repozycji było prawidłowe, co pozostaje w sprzeczności ze zgromadzonym materiałem dowodowym, w szczególności z następującym opisem RTG - technika analogowa- „w

gipsie z dnia 17 stycznia 2008 roku wykonane w pozwanym szpitalu: złamanie podnasadowe kości promieniowej lewej z wklonowaniem, przemieszczeniem ok. 2 mm i zrotowany. Nierówny zarys kości łódeczkowatej - złamanie, szpara stawowa stawu promieniowo-nadgarstkowego zwężone o nierównym zarysie." a także niezasadne ustalenie, iż zdjęcie RTG z dnia 17 stycznia 2008 roku było prawidłowo opisane przez ortopedę;

- pominięciu istotnych okoliczności wskazywanych przez powódkę, świadczących o wewnętrznych sprzecznościach w dokumentacji medycznej powódki między wpisami: z dnia 14 lutego 2008 roku z poradni ortopedycznej: „dokonuje się zrost w czasie przebudowy”, z dnia 27 lutego 2008 roku z poradni ortopedycznej: „dokonuje się zrost odłamów bez przebudowy” i z dnia 14 kwietnia 2008 roku „skrócenie promieniowe w czasie przebudowy” co świadczy, w ocenie powódki, o niezgodności dokumentacji ze stanem faktycznym;

- niesłusznym uznaniu, iż „z datą 2 marca 2008 roku odnotowano Zespół (...)”, co pozostaje w sprzeczności z zeznaniami powódki, która wskazywała, iż nie odbywała żadnej wizyty lekarskiej w dniu 2 marca 2008 roku, wobec czego dokumentacja jest niezgodna ze stanem faktycznym;

- niesłusznym uznaniu, że niewykonanie u powódki żadnych badań poza RTG nie było błędem w sztuce medycznej oraz przyjęcie, że wykonanie kolejnego zdjęcia RTG po kolejnych 7 dniach licząc od 23 stycznia 2008 roku niczego by nie zmieniło, a także ustalenie, iż pozwany umożliwił powódce szeroki dostęp do leczenia rehabilitacyjnego przy pominięciu okoliczności wskazywanej przez powódkę, że zabiegi wykonywane były każdorazowo po odpłatnej wizycie prywatnej;

- bezpodstawnym uznaniu, iż po operacji naprawczej, którą przeprowadzono u powódki funkcja ręki nie poprawiła się, co pozostaje w sprzeczności z wynikami badań powódki z dnia 14 lipca 2014 roku przeprowadzonymi przez prof. P. M., które wskazują na poprawę zgięcia dłoniowego (wg literatury 80°- 90°, u powódki w dniu 17 lipca 2008 roku - 10°, a w dniu 14 lipca 2014 roku - 30°), zgięcia grzbietowego (wg literatury 70°- 80°, u powódki w dniu 17 lipca 2008 roku - 25°, a w dniu 14 lipca 2014 roku - 50°), odchylenia łokciowego (wg literatury 40°- 50°, u powódki w dniu 17 lipca 2008 roku - śladowe, a w dniu 14 lipca 2014 roku - 20°) oraz odchylenia promieniowego (wg literatury 15°- 20°, u powódki w dniu 17 lipca 2008 roku - 10°, a w dniu 14 lipca 2014 roku -15°);

- niesłusznym uznaniu, iż nawet przy repozyycji operacyjnej nie ma wglądu do stawu, co pozostaje w sprzeczności z twierdzeniami powódki popartymi literaturą fachową z której wynika, iż wykonanie artroskopii u powódki pozwoliłoby na pełne monitorowanie co się dzieje w stawie torebkowo-więzadłowym, a także pominięcie okoliczności, iż idealne kąty pochylenia kości można było odtworzyć za pomocą zastosowania drutów K. lub płytki stabilizacyjnej;

- bezpodstawnym uznaniu, że u powódki nie doszło do strukturalnego uszkodzenia nerwu, co pozostaje w sprzeczności m. in. z wynikami badań powódki z lipca 2008 roku, które potwierdzają uszkodzenie nerwu;

- bezzasadnym uznaniu, iż profilaktyką Zespołu (...) zastosowaną wobec powódki przez personel pozwanego szpitala było rozcięcie gipsu, podczas gdy w rzeczywistości rozcięcie gipsu doprowadziło do destabilizacji złamania, a w konsekwencji do zrostu w wadliwym ustawieniu, co finalnie było czynnikiem jatrogennym Zespołu (...).

Wskazując na powyższe zarzuty powódka wniosła o zmianę przedmiotowego wyroku poprzez zasądzenie od pozwanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Ł. na rzecz powódki kwoty 200.000 zł wraz z odsetkami tytułem zadośćuczynienia, kwoty 22.042,61 zł wraz z odsetkami tytułem odszkodowania oraz renty w wysokości 2632,20 zł miesięcznie, płatnej do dnia 10-tego każdego miesiąca poczynając od dnia 26 lipca 2009 roku z ustawowymi odsetkami w razie uchybienia terminowi płatności którekolwiek z rat oraz o zasądzenie od pozwanego na rzecz powódki kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa adwokackiego według norm przepisanych. Ewentualnie powódka wniosła o uchylenie skarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania przez sąd pierwszej instancji. Nadto wniosła o zasądzenie od pozwanego na rzecz powódki kosztów postępowania apelacyjnego, w tym kosztów zastępstwa adwokackiego według norm przepisanych.

Pozwany zaskarżył wyrok sądu pierwszej instancji w części zasądzającej od pozwanego na rzecz powódki kwotę 20.000 zł tytułem zadośćuczynienia oraz rozstrzygającej o kosztach procesu, tj. w zakresie pkt 1, 3 i 4 wyroku. Wskazanemu orzeczeniu zarzucił:

1. obrazę przepisów prawa procesowego mającą wpływ na treść wydanego w sprawie orzeczenia, a to:

- art. 233 § 1 k.p.c. - poprzez dowolną, a nie swobodną ocenę materiału dowodowego dokonaną z naruszeniem zasad logiki i doświadczenia życiowego, w konsekwencji błąd w ustaleniach faktycznych polegający na:

- ustaleniu, że w sprawie zostały udowodnione okoliczności uzasadniające odpowiedzialność pozwanego;
- ustaleniu, że pozwany w sposób zawiniony naruszył prawo powódki do informacji o alternatywnych metodach leczenia;
- zdeprecjonowaniu okoliczności, że operacyjna metoda leczenia złamania w chwili leczenia powódki w placówce pozwanego nie była metodą sprawdzoną i powszechną;
- zdeprecjonowaniu okoliczności, że zastosowanie innej metody leczenia nie spowodowałoby poprawy stanu zdrowia powódki;
- zaniechanie przeprowadzenia postępowania dowodowego w zakresie wysokości zadośćuczynienia;

- art. 316 k.p.c. w zw. z art. 210 § 3 - poprzez zasądzenie świadczenia zgodnie z żądaniem pozwu mimo braku przeprowadzenia postępowania dowodowego w zakresie wysokości żądania;

- art. 232 k.p.c. - poprzez zasądzenie świadczenia zgodnie z żądaniem pozwu w sytuacji, gdy strona powodowa nie udowodniła zasadności wysokości zadośćuczynienia;

- art. 328 § 2 k.p.c. - poprzez zaniechanie uzasadnienia w zakresie wysokości zasądanego zadośćuczynienia;

2. naruszenie przepisów prawa materialnego, a to:

- art. 19a ustawy o Zakładach Opieki Zdrowotnej w zw. z 448 k.c. - poprzez ich błędną wykładnię i ustalenie, że do przyznania zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta nie jest konieczne spełnienie przesłanki szkody;

- art. 19a ustawy o Zakładach Opieki Zdrowotnej - poprzez przyjęcie, że w sprawie zachodzą przesłanki odpowiedzialności pozwanego za naruszenie prawa pacjenta do informacji o metodach leczenia, a co za tym idzie, zasądzenie na rzecz powódki zadośćuczynienia zgodnie z żądaniem pozwu w sytuacji, gdy w działaniu pozwanego nie można przypisywać winy w jakiegokolwiek postaci;

- art. 448 k.c. - poprzez przyznanie powódce rażąco wygórowanej sumy zadośćuczynienia, w szczególności nie wzięcie pod uwagę okoliczności faktycznych występujących w przedmiotowej sprawie, w szczególności braku krzywdy, braku powszechnego stosowania operacyjnej metody leczenia złamania w 2008 r, braku zawinienia po stronie pozwanego szpitala;

- art. 481 § 1 k.c. - poprzez jego błędną wykładnię oraz przyjęcie, że odsetki od zasądzonych na rzecz powódki kwot zadośćuczynienia i odszkodowania należą się od daty poprzedzającej wydanie orzeczenia podczas, gdy ze stanu faktycznego sprawy oraz utrwalonej linii orzecznictwa wynika, że jedynym słusznym terminem powstania po stronie pozwanego stanu opóźnienia, a w konsekwencji początkiem terminu naliczania odsetek ustawowych od zasądzonej kwoty jest data wydania wyroku przez sąd I instancji.

W konkluzji pozwany wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez oddalenie powództwa w całości - także w zakresie dochodzonego zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta, oraz o zasądzenie od powódki na rzecz pozwanego

kosztów postępowania za obie instancje. Ewentualnie wniósł o uchylenie zaskarżonego wyroku w całości i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania wraz z obowiązkiem dokonania rozstrzygnięcia w zakresie kosztów postępowania.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacje nie zasługiwały na uwzględnienie.

Odnosząc się w pierwszej kolejności do apelacji powódki kwestionującej oddalenie powództwa w zakresie żądania zasądzenia zadośćuczynienia za skutki błędu medycznego, podzielić należy stanowisko Sądu Okręgowego, że skarżąca nie sprostала wymogowi udowodnienia przesłanek odpowiedzialności pozwanego szpitala na podstawie art. 430 k.c.

Podkreślić przy tym należy, że ocena powyższa została dokonana na podstawie wszechstronnej analizy zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego w oparciu o kryteria określone w art. 233 § 1 k.p.c. Nie budzi również zastrzeżeń oddalenie wniosku o dopuszczenie dowodu z opinii biegłych z zakresu psychiatrii i rehabilitacji oraz wniosków dowodowych na okoliczność utraconych zarobków powódki. Zgłaszane przez strony wnioski dowodowe powinny być bowiem oceniane przez sąd pod kątem przydatności danego środka dowodowego dla wykazania zgłaszanych twierdzeń. W myśl art. 227 k.p.c. przedmiotem dowodu są fakty mające dla rozstrzygnięcia sprawy istotne znaczenie. Powyższe oznacza więc, że sąd przeprowadzając postępowanie musi w pierwszej kolejności ocenić, czy dowód zgłoszony przez stronę ma potwierdzić okoliczności mające istotne znaczenie w sprawie, czy też dany dowód jest zbędny w okolicznościach danego przypadku. Skoro w niniejszej sprawie sąd pierwszej instancji doszedł do wniosku, że powódka nie wykazała, by pozwany szpital był odpowiedzialny za doznaną przez powódkę szkodę na osobie co do zasady, to dokładny rozmiar tej szkody nie miał już istotnego znaczenia dla rozstrzygnięcia.

Podnoszone przez powódkę zarzuty naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. nie mogły zostać uwzględnione. W istocie w przeważającej części zmierzały one bowiem do zakwestionowania ustaleń sadu, poczynionych w oparciu o wiedzę specjalistyczną, która może być pozyskana jedynie przez opinię biegłych. Powódka nie wносиła natomiast o dopuszczenie dalszych dowodów z opinii biegłych, które mogłyby takiej wiedzy specjalistycznej dostarczyć; domagała się jedynie dopuszczenia dowodów z opinii biegłych psychologa i rehabilitanta, co byłoby uzasadnione jedynie w razie uznania zasady powództwa. Powódka nie zdołała również skutecznie, w sposób procesowy podważyć przeprowadzonych dowodów z opinii biegłych.

Z przeprowadzonych przed sądem pierwszej instancji dowodów z opinii biegłych wynika jednoznacznie, że w procesie leczenia powódki nie dopuszczono się błędu w sztuce lekarskiej. Nadto biegli wskazali, że szkoda powódki wynika przede wszystkim z wystąpienia u niej zespołu algodystroficznego (...), którego etiologia nie jest znana, a który występuje według różnych danych – nawet u do 30% pacjentów doświadczających urazów takiego typu jak powódka. Dowodom tym nie można przeciwstawić subiektywnego przekonania powódki, wywodzonego z odmiennie niż tego dokonał sąd pierwszej instancji oceny przeprowadzonych w sprawie dowodów oraz z powoływanej przez powódkę wyrwykowo literatury fachowej. Twierdzeń powódki w tym zakresie sąd drugiej instancji nie może zresztą zweryfikować, nie mając wiadomości specjalnych które pozwalałyby na jej ocenę. Powódka nie wносиła przy tym o przeprowadzenie dowodów z opinii biegłych na okoliczność zasady odpowiedzialności pozwanego szpitala przed sądem drugiej instancji. Biegli wydający opinie przed sądem pierwszej instancji odnosili się natomiast do kwestii podnoszonych przez skarżącą w apelacji, i jednoznacznie wskazali, że zastosowanie u powódki zachowawczej metody leczenia nie było błędem w sztuce lekarskiej. W świetle opinii tych biegłych nie można również stwierdzić jednoznacznie, by zastosowanie metody operacyjnej mogło dać lepsze efekty – na początku 2008 roku, gdy rozpoczęto leczenie powódki, metoda ta nie była powszechnie stosowana, mimo że dostępna w pozwanym szpitalu, nadto istniało przy jej zastosowaniu znaczne ryzyko powikłań w okolicach nerwów i naczyń. Twierdzenia powódki, że lekarze nie byli uprawnieni do podjęcia decyzji co do sposobu leczenia powódki nie mogą się również ostać w świetle wydanych w sprawie opinii biegłych. Co się zaś tyczy zarzutu opisywania zdjęć przez lekarza ortopeda zamiast przez radiologa – nawet jeśli, tak jak twierdzi powódka, ortopeda nie był uprawniony do opisywania zdjęć, to powódka nie wykazała, by takie naruszenie procedur pozostawało w związku przyczynowo-skutkowym z jej szkodą. Jest bowiem oczywiste, że w medycynie zachowanie wszelkich procedur czy to określonych normatywnie, czy też wynikających z zasad

sztuki lekarskiej nie zawsze gwarantuje optymalny, czy choćby zakładany efekt medyczny, gdyż zależy to od wielu współistniejących czynników, związanych przede wszystkim z cechami danego urazu, przebiegu choroby, czy ogólnym stanem i osobniczymi cechami pacjenta. W przeciwnym razie zachowanie określonych procedur eliminowałoby możliwość zaistnienia znanych medycznie powikłań, a tak nie jest.

Wbrew zarzutom skarżącej, sąd nie odmówił wiarygodności zeznaniom powódki w zakresie w jakim opisywała ona, że założony u niej gips był za długi, a jedynie ustalił w oparciu o opinie biegłych, że okoliczność ta nie miała wpływu na zaistnienie szkody powódki. Wreszcie twierdzenie, że zespół (...) wystąpił w efekcie nieprawidłowego leczenia nie znajduje odzwierciedlenia w materiale dowodowym sprawy, w szczególności w opiniach biegłych.

Przechodząc do oceny żądania zasądzenia zadośćuczynienia na podstawie art. 448 k.c. w związku z naruszeniem praw pacjenta, w pierwszej kolejności odnieść się należy do zarzutów apelacji pozwanego szpitala kwestionujących zasadę odpowiedzialności z tego tytułu. Jak trafnie stwierdził Sąd Okręgowy ustawa z 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 14.10.1991 roku), obowiązująca w dacie objęcia powódki opieką medyczną, konstruowała katalog praw pacjenta, których naruszenie może skutkować przyznaniem zadośćuczynienia. Celem tej regulacji nie jest ochrona zdrowia pacjenta, lecz jego autonomia. Do przyznania zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta nie jest konieczne, co pomija skarżący szpital, spełnienie przesłanki szkody na osobie. Może być ono przyznane za sam fakt naruszenia i nie jest zależne od jednoczesnego wystąpienia takiej szkody.

W świetle prawidłowo ustalonej podstawy faktycznej rozstrzygnięcia, trafnie przyjął Sąd Okręgowy, że doszło do naruszenia prawa pacjenta do informacji. Przede wszystkim powódka nie została poinformowana o dostępnych w pozwanym szpitalu sposobach leczenia ani ryzyku powikłań. W sprawie leżało poza sporem, że metoda operacyjna leczenia urazów takich jak powstałych u powódki, była w szpitalu w 2008 znana, mimo że niestosowana jeszcze powszechnie. Lekarze powinni poinformować pacjenta o wszystkich możliwych i dostępnych w tamtym czasie możliwościach leczenia, tym bardziej mając wiedzę o zawodzie powódki. Brak stosownego poinformowania powódki spowodował odpowiedzialność pozwanego szpitala za nieudzielenie informacji. Zaznaczyć należy, że ustawa o zakładach opieki zdrowotnej nie definiuje pojęcia winy z art. 19a, co oznacza że trzeba je rozumieć analogicznie jak na gruncie prawa cywilnego. Należy zatem przyjąć, że zawinienie to nic innego jak naruszenie staranności co najmniej w formie niedbalstwa, czyli niedołożenie należytej staranności, jaka jest w danych okolicznościach wymagana dla właściwego zachowania od podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych. Zaniechanie lekarzy pozwanego szpitala w okolicznościach niniejszej sprawy mieści się w pojęciu niedbalstwa.

Również zarzuty dotyczące wysokości przyznanego powódce zadośćuczynienia nie są trafne. Wprawdzie ma rację skarżący, że sąd nie uzasadnił dostatecznie rozstrzygnięcia w tym zakresie, wskazując jedynie że żądanej przez powódkę kwoty nie uznał za wygórowaną. Zasądzona przez sąd pierwszej instancji z tego tytułu kwota jawi się jednak w okolicznościach niniejszej sprawy jako adekwatna do stopnia zawinienia pozwanego szpitala oraz krzywdy powódki, wynikającej z naruszenia przysługujących jej uprawnień, a chronionych przepisami ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Rozstrzygnięcie w przedmiocie wysokości zadośćuczynienia z tego tytułu mieści się więc w granicach zakreślonych przez art. 448 k.c. i wydane zostało po przeprowadzeniu pełnego postępowania dowodowego co do stanu zdrowia powódki i następstw urazu jakiego doznała, w tym również wynikających z zastosowanego sposobu leczenia. W świetle tego postępowania, z całą stanowczością można stwierdzić, że nie jest to kwota rażąco zawyżona, jak zarzucił pozwany szpital, a tylko w takiej sytuacji uzasadniona byłaby ingerencja Sądu Apelacyjnego w treść rozstrzygnięcia co do wysokości zasądzonej należności, której ustalenie pozostawione zostało uznaniu sędziowskiemu.

Mając na uwadze powyższe Sąd Apelacyjny oddalił obie apelacje na podstawie art. 385 k.p.c.

O kosztach postępowania apelacyjnego orzeczono na podstawie art. 98 § 1 k.p.c., uznając że podlegają wzajemnemu zniesieniu.