

Sygnatura akt II C 248/17

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 3 października 2019 roku

Sąd Rejonowy dla Łodzi – Widzewa w Łodzi II Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodnicząca Sędzia SRA. S.

Protokolant st. sekr. sąd. M. O.

po rozpoznaniu w dniu 19 września 2019 roku w Łodzi

na rozprawie

sprawy z powództwa H. S.

przeciwko Wojewódzkiemu Wielospecjalistycznemu Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. K. samodzielnemu publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej w Ł. i (...) spółce akcyjnej w W.

o zapłatę i ustalenie

1. oddała powództwo;
2. nie obciąża powódki tymczasowo wyłożonymi przez Skarb Państwa kosztami sądowymi;
3. nie obciąża powódki obowiązkiem zwrotu kosztów procesu na rzecz pozwanych.

Sygn. akt II C 248/17

UZASADNIENIE

W pozwie z dnia 4 kwietnia 2017 roku, skierowanym przeciwko Wojewódzkiemu Szpitalowi (...) w Ł. oraz (...) S.A. z siedzibą w W., powódka H. S., reprezentowana przez pełnomocnika w osobie adwokata, wniosła o zasądzenie na swoją rzecz in solidum od pozwanych kwoty 40.000 zł tytułem zadośćuczynienia wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 15 grudnia 2015 roku do dnia 31 grudnia 2015 roku oraz odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 roku do dnia zapłaty, kwoty 28.980 zł tytułem skapitalizowanej renty na zwiększone potrzeby począwszy od dnia 18 grudnia 2011 roku do dnia 31 stycznia 2017 roku, a także kwoty po 40 zł miesięcznie tytułem renty na zwiększone potrzeby począwszy od dnia 1 lutego 2017 roku i na przyszłość, płatnej do dnia 10-go każdego miesiąca wraz z ustawowymi odsetkami w razie uchybienia terminowi płatności. Nadto wniosła o ustalenie odpowiedzialności pozwanych na przyszłość oraz o zasądzenie solidarnie od pozwanych na swoją rzecz kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa adwokackiego według norm przepisanych.

W uzasadnieniu powódka wskazała, że w dniu 17 grudnia 2011 roku ok. godz. 23:30 w Ł. doznała urazu prawej ręki po upadku na chodnik. Około północy zgłosiła się do Wojewódzkiej (...) w Ł., gdzie rozpoznano złamanie w obrębie nasady dalszej prawej kości promieniowej oraz wyrostka rylcowatego prawej kości łokciowej. Powódka została skierowana do Wojewódzkiego Szpitala (...) w Ł., gdzie otrzymała zaopatrzenie medyczne w postaci złożenia złamania w znieczuleniu ogólnym, po czym założono na rękę opatrunek gipsowy zwykły na odcinku od pachy do połowy palców prawej dłoni. W dniu 18 grudnia 2011 roku ok. godz. 20:00 powódka ponownie trafiła do pozwanego Szpitala w wyniku bólu i silnego obrzęku palców prawej dłoni, które zsiniały, a gips rozcięto na całej długości. Lekarz uznał, że

ręka została złożona prawidłowo i ponownie założyl gips, który został zdjęty w dniu 30 stycznia 2012 roku. Tego dnia wykonane badanie RTG wykazało krzywozrost nadgarstka skutkujący deficytem jego wyprostu i ograniczeniem jego ruchomości. Powstały krzywozrost skutkował obrzękiem, zasinieniem, bólem prawej ręki podczas ruchu i drętwieniem głównie w nocy. Następnie powódka otrzymała skierowanie na rehabilitację. W czasie rehabilitacji w Szpitalu im. (...), powódka została poinformowana przez lekarza, że jej ręka została złożona w nieprawidłowy sposób. Po otrzymaniu skierowania do Poradni (...) Ręki do (...) im. WAM w Ł., powódka została poddana gruntownemu badaniu, które wykazało pourazowy zrost kostny obejmujący stan III – cieć kości śródreżca z kością główkową oraz kości główkowej z wielokątną mniejszą wraz ze zmianami zwyrodnieniowymi nadgarstka. Powódka została skierowana do leczenia operacyjnego. W dniu 8 czerwca 2012 roku powódka została poddana badaniu przewodnictwa w nerwie pośrodkowym prawej ręki, które wykazało częściowe, odcinkowe uszkodzenie tego nerwu na wysokości nadgarstka. Powódka podniosła, że nieprawidłowe złożenie złamanego nadgarstka przez lekarza zatrudnionego w pozwanym Szpitalu, który posiadał ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej w pozwanym (...) SA w W., wywołało niezmiernie bolesne skutki w sferze fizycznej oraz psychicznej. Konsekwencją złożenia nadgarstka w sposób niezgodny z zasadami sztuki medycznej, oraz późniejszego zaniechania w tym zakresie przy ponownym zgłoszeniu się powódki do szpitala, jest wystąpienie u powódki deficytu wyprostu nadgarstka prawego, zespołu (...) i częściowego uszkodzenia prawego nerwu pośrodkowego na wysokości nadgarstka. Powódka zmuszona jest korzystać z pomocy innych osób. Powódka wyjaśniła, że żąda zasądzenia odsetek od dnia wniesienia do Sądu wniosku o zawezwanie do próby ugodowej, oraz, że kwotę skapitalizowanej renty żądanej w pozwie obliczyła, przyjmując stawkę 360 zł za koszt opieki osoby trzeciej w stosunku miesięcznym, przy przyjęciu opieki na poziomie 1 godziny dziennie.

(pozew k. 2-17, pełnomocnictwo k.18, k. 169)

W odpowiedzi na pozew z dnia 30 maja 2017 roku pozwany (...) S.A. z siedzibą w W. - reprezentowany przez pełnomocnika w osobie radcy prawnego, wniósł o oddalenie powództwa oraz o zasądzenie od powódki na rzecz pozwanego kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Pozwany przyznał, że udzielał ochrony ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej pozwanemu Szpitalowi. Pozwany podniósł, że powódka nie wykazała winy ubezpieczonego oraz związku przyczynowego między zawinionym jego działaniem a szkodą. Pozwany podtrzymał stanowisko wyrażone w decyzji wydanej w postępowaniu likwidacyjnym, kwestionował wysokość wszystkich roszczeń dochodzonych pozwem, a nadto podniósł zarzut przedawnienia rat renty za okres od 18 grudnia 2011 roku do 31 stycznia 2014 roku.

(odpowieź na pozew k. 89-91, pełnomocnictwo k. 93, odpis KRS k. 94-97)

W dniu 30 maja 2017 roku pozwany Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. K. samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej w Ł. (pozwany Szpital po zmianie nazwy), reprezentowany przez pełnomocnika w osobie radcy prawnego złożył odpowiedź na pozew, w której wskazał, że nie uznaje powództwa, kwestionując je co do zasady i wysokości oraz wnosząc o jego oddalenie w całości. Ponadto wniósł o zasądzenie od powódki kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa prawnego według norm prawem przepisanych.

Pozwany wyjaśnił, że wobec powódki podjęte zostały prawidłowe czynności medyczne, stosownie do jej stanu zdrowia w chwili zgłaszania się do Szpitala. Personel medyczny postępował zgodnie z wszelkimi wskazaniem wiedzy medycznej oraz przyjętą praktyką lekarską. Pozwany zaprzeczył, aby złamanie zostało złożone w sposób nieprawidłowy. W dniu 23 grudnia 2011 roku wykonano kontrolne badanie RTG, na podstawie którego lekarz ocenił ustawienie odłamów jako dobre i zalecił utrzymanie gipsu. Mimo unieruchomienia gipsowego, możliwe jest niewielkie przemieszczenie typu kompresyjnego. Zdaniem pozwanego zmiany zwyrodnieniowe i kościozrosty dalszego szeregu nadgarstka nie mają związku ze złamaniem dalszej nasady kości promieniowej, ponieważ powstały znacznie wcześniej. Nawet przy przyjęciu, że do ich powstania mogło się przyczynić unieruchomienie, to było ono konieczne niezależnie od sposobu wykonanego nastawienia. Pozwany kwestionował istnienie związku występującego u powódki zespołu cieśni kanału nadgarstka z leczeniem w Szpitalu.

(odpowiedź na pozew k. 103-107, pełnomocnictwo k. 108, odpis KRS k. 109-110v)

W piśmie z dnia 1 marca 2019 roku powódka rozszerzyła żądanie pozwu w ten sposób, że wniosła o zasądzenie od pozwanych in solidum na jej rzecz odsetek ustawowych i odsetek ustawowych za opóźnienie od skapitalizowanej renty na zwiększone potrzeby w zakresie kwoty 28.980 zł, tj. co do kwot:

- 24.300 zł za okres od 18 grudnia 2011 roku do 31 grudnia 2015 roku odsetek ustawowych od dnia 15 grudnia 2015 roku do dnia 31 grudnia 2015 roku i odsetek ustawowych za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 roku do dnia zapłaty,
- 4680 zł tj. po 360 zł miesięcznie za okres od 1 stycznia 2016 roku do dnia 31 stycznia 2017 roku odsetek ustawowych za opóźnienie od 11. dnia każdego miesiąca do dnia zapłaty.

(pismo k. 236-237)

W piśmie z dnia 15 marca 2019 roku pozwany Szpital wniósł o oddalenie powództwa także w rozszerzonym zakresie.

(pismo k. 253-254)

W piśmie z dnia 27 marca 2019 roku pozwany (...) wniósł o oddalenie powództwa także w rozszerzonym zakresie. Jednocześnie podniósł zarzut przedawnienia odsetek ustawowych dochodzonych od kwoty 24.300 zł za okres od 15 grudnia 2015 roku do 6 marca 2016 roku.

(pismo k. 262)

W piśmie z dnia 25 kwietnia 2019 roku pozwany Szpital przyłączył się do zarzutu przedawnienia podniesionego przez pozwanego (...) w piśmie z dnia 27 marca 2019 roku.

(pismo k. 280-281)

Do zamknięcia rozprawy stanowiska stron nie uległy zmianie.

Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 17 grudnia 2011 roku powódka przewróciła się i doznała urazu prawej ręki.

(bezsporne)

Z miejsca wypadku powódka udała się do Ambulatorium Pogotowia (...) w Ł., gdzie po wykonaniu badania RTG rozpoznano złamanie dalszej nasady kości prawego przedramienia z przemieszczeniem. W ramach pierwszej pomocy założono powódce unieruchomienie prowizoryczne nadgarstka i skierowano ją do Szpitala im. (...) w Ł.. W Szpitalu dokonano nastawienia w znieczuleniu dożylnym i unieruchomiono kończynę w gipsie ramiennie – dłoniowym. Kontrolne badanie RTG potwierdziło prawidłową repozycję odłamów. Czucie, ukrwienie w obwodzie określono jako zachowane. Powódka została zwolniona do domu z zaleceniem kontroli w poradni ortopedycznej za 5 – 7 dni, elewacji kończyny, doraźnie leków przeciwbólowych.

W dniu 18 grudnia 2011 roku powódka ponownie trafiła do Szpitala im. (...) z powodu bólu i silnego obrzęku palców prawej dłoni. Gips został rozcięty na całej długości. Po badaniu kończyny stwierdzono, że ręka została złożona prawidłowo i ponownie założono gips.

W dniu 23 grudnia 2011 roku powódka była badana przez ortopedę w Poradni Przychodni. Wykonano badanie RTG przez gips i stwierdzono prawidłowe ustawienie odłamów. Czucie i ukrwienie palców oceniono jako prawidłowe.

W dniu 16 stycznia 2012 roku skrócono opatrunek gipsowy do łokcia. W dniu 30 stycznia 2012 roku zdjęto opatrunek gipsowy. W obrazie RTG badający powódkę lekarz bez specjalizacji ocenił obraz jako krzywozrost. W

badaniu klinicznym stwierdzono ograniczenie ruchów w stawie promieniowo – nadgarstkowym. Zlecono powódce rehabilitację. W badaniu ortopedycznym z dnia 27 lutego 2012 roku opisano bóle nadgarstka z ograniczeniem ruchomości, a w RTG – zrost kostny. Skierowano powódkę na zabiegi fizjoterapeutyczne. W badaniu ortopedycznym z dnia 11 kwietnia 2012 roku odnotowano niewielką poprawę. Utrzymało się nadal ograniczenie zgięcia grzbietowego ręki, osłabienie siły mięśniowej. W RTG – zrost nasady dalszej. RTG stawu łokciowego wykazało niewielkiego stopnia zmiany zwyrodnieniowe. Zalecono kontynuowanie rehabilitacji.

W dniu 6 lutego 2012 roku powódka zgłosiła się do poradni rehabilitacji. W badaniu stwierdzono obrzęk ręki, ograniczenie ruchów nadgarstka o 1/3 zakresu. Od 9 lutego 2012 roku powódka rozpoczęła leczenie usprawniające w formie rehabilitacji dziennej w Ośrodku (...) w Ł.. W badaniu klinicznym opisywano cechy zespołu (...): zwiększoną potliwość ręki, ścięczenie skóry, obrzęk. Zakres ruchów: odwracanie przedramienia 60 st, nawracanie 85 st, zgięcie grzbietowe nadgarstka 15 st, dłoniowe 50 st. Bez zaburzeń czucia na opuszkach, siła uchwytu 3. Po zastosowanym leczeniu uzyskano poprawę zakresu ruchów prawego barku, łokcia i nadgarstka. Leczenie usprawniające w Szpitalu (...) zakończono w dniu 21 marca 2012 roku. Powódka nadal korzystała z cykli leczenia rehabilitacyjnego do października 2012 roku.

W dniu 23 kwietnia 2012 roku powódka badana była w Poradni (...) Ręki. W wyniku badania (...) stwierdzono cechy zespołu cieśni nadgarstka. W obrazie tomografii komputerowej – zmiany zwyrodnieniowe nadgarstka. Powódkę skierowano na zabieg operacyjny. W badaniu z dnia 12 listopada 2012 roku stwierdzono obecność nieznacznych zaników mięśni kłębu kciuka. W opisie tomografii komputerowej z dnia 1 czerwca 2012 roku – pourazowy zrost kostny III-ej kości śródreżca z kością główkowatą i wielokątną mniejszą.

W okresie od 17 września 2012 roku do 7 kwietnia 2014 roku powódka korzystała z cykli zabiegów w Poradni dla (...) Wojska w W.. Badanie densytometryczne kręgosłupa lędźwiowego z dnia 30 października 2012 roku wykazało cechy osteoporozy.

(dokumentacja lekarska k. 25-73)

Wykonane u powódki badania RTG prawego nadgarstka wykazały:

- w dniu 18 grudnia 2011 roku – złamanie dalszej nasady kości promieniowej typu C. z przemieszczeniem obwodowym odłamów obwodowego z zagięciem kątowym grzbietowym ok. 25 st. Po nastawieniu (przez gips) ustawienie odłamów skorygowane. Ręka ustawiona w wymuszonym ustawieniu w zgięciu dłoniowym,
- w dniu 23 grudnia 2011 roku – przez gips – ustawienie odłamów nie uległo zmianie,
- w dniu 30 stycznia 2012 roku – postępujący zrost odłamów z niewielkim (ok. 10 st.) kątowym przemieszczeniem grzbietowym, bez skrócenia kości promieniowej; wyraźne odwapnienie nasad i kości nadgarstka; częściowy zrost złamania wyrostka rylcowatego,
- w dniu 9 lutego i 27 lutego 2012 roku – cechy dalej postępującego zrostu w korzystnym ustawieniu; duża demineralizacja kości nadgarstka,
- w dniu 11 kwietnia 2012 roku – pełen zrost złamania z przemodelowaniem kostnym; odwapnienie wydaje się mniejsze.

Żadne z powyższych zdjęć nie obrazuje cech złamania kości śródreżca i nadgarstka.

(opinia pisemna biegłego ortopedy k. 135, opinia ustna uzupełniająca biegłego k. 159-161, opinia pisemna uzupełniająca biegłego k. 180-181)

Leczenie ortopedyczne powódki w dniu 18 grudnia 2011 roku w Szpitalu im. (...) i na dalszych etapach ambulatoryjnego w (...) Szpitala im. (...) zostało przeprowadzone prawidłowo. Powódce w znieczuleniu nastawiono

odłamy i unieruchomiono kończynę w opatrunku gipsowym. W toku dalszych kontroli ortopedycznych wykonywano zdjęcia RTG, które potwierdzały postępujący zrost odłamów w korzystnym ustawieniu. Niewielkiego stopnia pozostałe przemieszczenie kątowe grzbietowe do 10 st. nie można uważać za błąd w postępowaniu ortopedycznym. Nie stanowiło ono wskazań do korekcy ustawienia odłamów na drodze zachowawczej bądź operacyjnej. Późniejsze powikłania w postaci odwapnienia pourazowego i zespołu cieśni nadgarstka, nie wynikają z nieprawidłowości leczenia. Nawet gdyby uznać za prawidłowy opis radiologiczny CT nadgarstka z rozpoznaniem przebitego złamania kości główkowej i podstawy III-ej kości śródreżca, to nie zmieniłyby to postępowania leczniczego. Nieprawidłowy był zapis lekarza (bez specjalizacji) leczącego powódkę w ocenie zdjęcia RTG z dnia 30 stycznia 2012 roku o krzywozroście. K. jest takim zniekształceniem po złamaniu kości, które bezpośrednio wpływa negatywnie na funkcje kończyny i wymaga korekcy operacyjnej. U powódki nie było wskazań do korekcy operacyjnej. Żaden z później leczących powódkę lekarzy nie stwierdził u niej krzywozrostu.

Złamanie dalszej nasady kości promieniowej u powódki wiąże się z dolegliwościami bólowymi, jak każde złamanie. Ból spowodowany jest zarówno złamaniem, jak i obrzękiem pourazowym. Obrzęk jest nieodłącznym elementem urazu. U powódki ten obrzęk był znaczny i wymagał odpowiedniego postępowania leczniczego. Powódka miała zalecane elewacyjne ustawienie ręki. Dodatkowo przecięto wzdłuż opatrunek gipsowy, dając możliwość nieujawnienia się tendencji do ucisku ważnych struktur nerwowo-naczyniowych w okolicach miejsca złamania.

Nie było potrzeby wykonywania u powódki badania densytometrycznego w związku ze złamaniem. Tak samo należy leczyć chorego z osteoporozą jak i bez.

U powódki na dalszych etapach doszło do odwapnienia pourazowego, które jest dość często spotykane.

U powódki nie występuje zespół (...), który charakteryzuje się odwapnieniem w postaci trwałej demineralizacji kości z towarzyszącym zespołem przykurczów, zmian zanikowych mięśni, a także zmian w obrębie skóry. U powódki proces opisywany w lutym i marcu 2012 roku był procesem odwracalnej demineralizacji pourazowej kości. U kości przedramienia i nadgarstka uległo stopniowej poprawie wraz z upływem czasu i po efektywnej rehabilitacji. Często są spotykane stany odwapnienia pourazowego, spowodowane obrzękiem i unieruchomieniem. U powódki nie występowały objawy kliniczne w postaci takich ograniczeń ruchów i zmian skórnych oraz zaburzenia czucia jak w zespole (...). Zespół (...) cechuje się dużym bólem i jest zespołem zmian utrwalonych, a u powódki wystąpiły zmiany przejściowe.

Niezależnie od tego, nawet gdyby u powódki wystąpił zespół (...), to nie byłby on konsekwencją postępowania zespołu leczniczego. Choć zespół (...) może stanowić konsekwencję za ciasno nałożonego opatrunku gipsowego, to może on występować także u chorych leczonych prawidłowo, jako konsekwencja urazu.

U powódki występują niedużego stopnia ograniczenia ruchomości, ręka jest funkcjonalnie dość sprawna. Występujące ograniczenia są konsekwencją przebitego złamania.

W przypadku powódki nie było konieczności operacyjnego ustawienia odłamów. Do zabiegu wyznacza się tylko takie przypadki, które po nastawieniu nieoperacyjnym nadal w obrazie RTG, wykazują znaczne przemieszczenie odłamów. Często zabieg (uraz operacyjny) powoduje gorsze następstwa, niż akceptacja niewielkiego przemieszczenia odłamów w procesie leczenia zachowawczego. Podstawową zasadą leczenia złamań C. jest postępowanie nieoperacyjne: ręczne nastawienie odłamów i unieruchomienie gipsowe. Poprawność nastawienia sprawdza się wykonując okresowe zdjęcia RTG przez gips. U powódki zastosowano takie postępowanie, zgodnie ze sztuką. Wdrożenie leczenia operacyjnego u powódki, mogłoby pogorszyć końcowy wynik leczenia z uwagi na obecność procesu demineralizacji (odwapnienia) odłamów widoczny już na zdjęciu RTG z dnia 30 stycznia 2012 roku. Uraz operacyjny nakładający się na uraz spowodowany złamaniem kości zwiększa obrzęk tkanek, przedłuża jego obecność i wpływa na rozwój pourazowej algodystrofii, której krańcową fazą jest zespół (...).

Gdyby u powódki występowało złamanie w obrębie śródreżca i nadgarstka, to postępowanie lecznicze byłoby takie samo. Żaden z ortopedów badających powódkę takich złamań nie opisał.

(opinia pisemna biegłego ortopedy k. 134-136, opinia ustna uzupełniająca biegłego ortopedy k. 159-161, opinia pisemna uzupełniająca biegłego ortopedy k. 180-181, opinia pisemna biegłego radiologa k. 2016-217, opinia ustna uzupełniająca biegłego radiologa k. 243-244)

U powódki występuje zespół cieśni nadgarstka niewielkiego stopnia. Zespół ten powstaje jako uszkodzenie nerwu pośrodkowego na wysokości nadgarstka. Badanie przewodnictwa w nerwie pośrodkowym prawym z dnia 5 czerwca 2012 roku potwierdziło obniżoną amplitudę odpowiedzi we włóknach ruchowych. We włóknach czuciowych stwierdzono mierne zwolnienie szybkości przewodnictwa w odcinku nadgarstek – podstawa palca II. Nerw pośrodkowy przebiega w kanale nadgarstka, przestrzeni ograniczonej od przodu troczkiem zginaczy, a z pozostałych stron kostno – więzadłowymi ścianami bruzdy nadgarstka.

Najczęstszą przyczyną zespołu cieśni nadgarstka jest neuropatia „z uwięzienia”. Występuje częściej u kobiet w wieku 55 – 60 lat na skutek zaburzeń hormonalnych, oraz u kobiet pracujących fizycznie rękami. Przyczyną może być wrodzona ciasnota kanału, zmiany kostne, niedoczynność gruczołu tarczowego, cukrzyca, niewydolność nerek, oraz może być skutkiem złamań w obrębie nadgarstka.

U powódki zespół jest niezbyt nasilony i może być spowodowany wieloma przyczynami.

(opinia biegłego neurologa k. 195-198, opinia ustna uzupełniająca biegłego k. 278)

Po zdarzeniu z dnia 17 grudnia 2011 roku i zaopatrzeniu w gips powódka uskarżała się na dyskomfort w obrębie dłoni. Powódka obecnie odczuwa ograniczoną ruchomość ręki, nie może wykonywać niektórych czynności.

(zeznania powódki k. 158-159, k. 309 zeznania świadka M. H. k. 161-162)

Ustalając powyższy stan faktyczny Sąd oparł się na powołanych dowodach, w tym obszernej dokumentacji medycznej powódki, wydanych na jej podstawie opiniach biegłych, oraz w części w oparciu o zeznania świadka i powódki.

W celu ustalenia prawidłowości procesu leczenia powódki w pozwanym Szpitalu, Sąd dopuścił dowód z opinii biegłych: z zakresu ortopedii, radiologii oraz neurologii, jako, że okoliczności istotne dla rozstrzygnięcia w tym zakresie wymagały wiedzy specjalnej.

Opinie te zostały przyjęte przez Sąd jako rzetelne i fachowe. Wszystkie wątpliwości powódki zgłaszane do opinii biegłych zostały w sposób wyczerpujący wyjaśnione w ustnych i pisemnych opiniach uzupełniających. Wszyscy wymienieni powyżej eksperci zgodnie stwierdzili, że podczas leczenia powódki w pozwanym Szpitalu im. (...) w Ł. nie został popełniony błąd w sztuce medycznej. Okoliczności i medyczne konsekwencje przebytego przez powódkę urazu zostały omówione i wyjaśnione przez powołanych w sprawie biegłych, których opinie były dostatecznym źródłem wiadomości fachowych.

Zeznania powódki oraz świadka służyły ustaleniu stanu faktycznego jedynie w części. Osoby te nie posiadają wiedzy medycznej, a nadto powódka bezpośrednio jest zainteresowana wynikiem postępowania. Sąd nie dał z tych względów wiary zeznaniom powódki, oraz zeznaniom świadka w części, gdy przedstawiali subiektywny obraz relacjonowanych zdarzeń, a nie mający oparcia w innych dowodach, w tym w złożonej dokumentacji medycznej. Przy ocenie zeznań powódki i świadka, Sąd miał na uwadze, że osoby te nie posiadają specjalistycznej wiedzy by wiązać odczuwane przez powódkę dolegliwości z przebyłym leczeniem.

Sąd oddalił wniosek powódki o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego z zakresu rehabilitacji medycznej. Powódka była w pozwanym Szpitalu leczona ortopedycznie. Właściwym dla oceny prawidłowości tego leczenia był biegły ortopeda, który sporządził w sprawie opinię. Biegły ten wyjaśnił, że nie ma potrzeby zasięgnięcia dodatkowo opinii

biegłego z zakresu rehabilitacji medycznej /k.161/. Nie ujawniły się takie okoliczności, które wymagałyby dodatkowo opinii biegłego z zakresu rehabilitacji medycznej, a które nie pozostawałyby w zakresie specjalizacji biegłego ortopedy.

Sąd oddalił także wniosek powódki o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego psychiatry, bowiem z uwagi na brak ustalenia podstaw odpowiedzialności pozwanych, ustalenie okoliczności wnioskowanych w tezie dowodowej dla tego biegłego nie miało znaczenia dla rozstrzygnięcia o żądaniu pozwu.

Sąd oddalił także wniosek powódki o dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego ortopedy.

Zgodnie z przepisem art. 286 k.p.c. Sąd może żądać ustnego wyjaśnienia opinii złożonej na piśmie, może też w razie potrzeby żądać dodatkowej opinii od tych samych lub innych biegłych. Powołany przepis nie precyzuje jak należy rozumieć pojęcie „w razie potrzeby”. W orzecznictwie i doktrynie przyjmuje się jednak, iż chodzi tu o takie sytuacje, gdy opinia złożona przez biegłego jest niejasna lub niepełna, wewnętrznie sprzeczna, albo gdy opinia pisemna jest rozbieżna z opinią ustną biegłego. W rozpoznawanej sprawie żadna z wymienionych sytuacji nie miała miejsca. Opinia biegłego J. F. jest przekonująca i dostatecznie wyjaśnia zagadnienie stanowiące przedmiot rozpoznania w niniejszej sprawie. Podobne stanowisko zajął Sąd Najwyższy w orzeczeniu z dnia 21 listopada 1974 roku, II C CR 638/74,(OSPika 1975, numer 5, poz. 108), w którym wypowiedział się, iż nie jest uzasadniony wniosek strony o dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego, jeżeli w przekonaniu sądu opinia wyznaczonego biegłego jest na tyle kategorierna i przekonująca, że wystarczająco wyjaśnia zagadnienie wymagające wiadomości specjalnych. Nadto w orzeczeniach z dnia 15 lutego 1974, II CR 817/73(nie publikowane) oraz z dnia 18 lutego 1974,II CR 5/74 (Biuletyn Sądu Najwyższego 1974, numer 4, poz.64) Sąd Najwyższy wypowiedział się, iż Sąd nie jest obowiązany dopuścić dowód z opinii kolejnych biegłych w wypadku, gdy opinia jest niekorzystna dla strony. Stanowiska wyrażone w powyższych orzeczeniach znajdują poparcie również w doktrynie prawniczej /Tadeusz Ereciński, Jacek Gudowski oraz Maria Jędrzejewska w „Komentarzu do Kodeksu Postępowania Cywilnego Część Pierwsza, Postępowanie Rozpoznawcze”, Tom I (Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1997, tezy 7,8 strony 438-439)/ i jednoznacznie stwierdzają, iż stanowisko odmienne od wyrażonego w powołanych wyżej orzeczeniach oznaczałoby przyjęcie, że należy przeprowadzić dowód z wszelkich możliwych biegłych, aby się upewnić, czy niektórzy z nich nie byłiby takiego zdania, jak strona.

Sąd nie znalazł zatem uzasadnionych podstaw, aby odmówić wiary dowodowi z opinii biegłego J. F.. Biegły sądowy przekonująco uzasadnił w opinii pisemnej z jakich przyczyn brak jest podstaw do stwierdzenia nieprawidłowości w leczeniu powódki. Opinia jest rzeczowa, nie zawiera twierdzeń pozostających ze sobą w sprzeczności oraz jest poparta fachową wiedzą z zakresu specjalności biegłego, czemu biegły dał wyraz w obszernych wyjaśnieniach złożonych w pisemnej opinii uzupełniającej oraz ustnej na rozprawie. Nadto dokonane przez biegłego ortopeda ustalenia, w tym ocena zdjęć RTG powódki korespondują z opinią biegłego radiologa sporządzoną w niniejszej sprawie. W szczególności biegli dokonali tożsamej oceny zdjęć RTG powódki nie dopatrując się w nich nieprawidłowego postępowania lekarzy. Biegli zgodni byli także co do występowania u powódki zespołu (...). Biegła z zakresu neurologii nie mogła w zakresie swojej specjalności ocenić leczenia powódki, jednak także nie stwierdziła, aby na występujący u powódki zespół cieśni nadgarstka miało jakikolwiek wpływ leczenie w pozwanej placówce. Biegła wyjaśniła, że nie spotkała się w praktyce, aby zbyt ciasno założony gips doprowadził do zespołu cieśni nadgarstka. Nadto u powódki stan ten trwał dość krótko, gdyż gips wkrótce po założeniu został rozcięty.

Sąd Rejonowy zważył, co następuje:

Powództwo jako bezzasadne podlega oddaleniu.

W pozwie powódka upatrywała nieprawidłowości po stronie pozwanego szpitala wskazując na nieprawidłowe złożenie jej ręki po złamaniu, a także na zbyt ciasne założenie gipsu.

Podstawę odpowiedzialności publicznego zakładu opieki zdrowotnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych stanowi art. 430 k.c., zgodnie, z którym kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonych

jej czynności. Powołany przepis statuuje odpowiedzialność z tytułu czynu niedozwolonego na zasadzie ryzyka za szkody wyrządzone osobie trzeciej przez podwładnego z jego winy, a więc przyjęcie odpowiedzialności publicznego zakładu opieki zdrowotnej na podstawie art. 430 k.c. wymaga uprzedniego stwierdzenia, iż lekarz wyrządził szkodę w sposób zawiniony i odpowiada z tego tytułu na zasadach ogólnych (art. 415 k.c.). Należy nadmienić, iż także lekarz, mimo dalece posuniętej samodzielności w zakresie wyboru sposobów leczenia pacjenta, jest podmiotem podlegającym kierownictwu organizacyjnemu zakładu opieki zdrowotnej.

Spowodowanie szkody na osobie w warunkach błędu w sztuce medycznej jest specyficzną postacią deliktu prawa cywilnego, którego powstanie wymaga zaistnienia przesłanek odpowiedzialności z tytułu czynu niedozwolonego, czyli szkody, winy i adekwatnego związku przyczynowego.

Ustalenie zasadności roszczeń powódki winno być rozpatrywane w świetle art. 415 k.c. Zgodnie z art. 415 k.c. kto ze swej winy wyrządził drugiemu szkodę, zobowiązany jest do jej naprawienia. Jak wskazuje się w orzecznictwie i literaturze przesłankami odpowiedzialności jest zaistnienie szkody, wystąpienie faktu, z którym ustawa czyni odpowiedzialnym określony podmiot oraz związek przyczynowy pomiędzy czynem niedozwolonym, a szkodą przy czym szkoda winna być jego zwykłym następstwem. Wskazać należy na przepis art. 361 § 1 k.c., który wprowadza dodatkową przesłankę odpowiedzialności, a mianowicie zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła. Z normalnym (adekwatnym) związkiem przyczynowym w rozumieniu powołanego przepisu mamy do czynienia, gdy przyczyna była koniecznym warunkiem wystąpienia skutku, czyli bez tej przyczyny skutek by nie wystąpił (warunek sine qua non). Ponadto, takie powiązanie pomiędzy przyczyną, a skutkiem musi być typowym, oczekiwanym, „normalnym” w zwykłej kolejności rzeczy. Nie może być rezultatem jakiegoś wyjątkowego zbiegu okoliczności. Ocena czy skutek jest normalny powinna być oparta na całokształcie okoliczności sprawy oraz wynikać z zasad doświadczenia życiowego, a także zasad wiedzy naukowej, specjalnej. Wiedza specjalistyczna jest szczególnie istotna w sprawach, w których normalność skutku w rozumieniu art.361 § 1 k.c. nie jest dla laika ewidentna (tak między innymi Sąd Najwyższy w orzeczeniu z dnia 2 czerwca 1956 roku, 3 CR 515/56, OSN 1957 rok, nr 1 poz.24, Tadeusz Wiśniewski w pracy zbiorowej pod red. Gerarda Bieńka „Komentarz do kodeksu cywilnego. Księga trzecia. Zobowiązania.” Tom 1, Warszawa 2002 rok).

Stwierdzenie błędu w sztuce medycznej, w kontekście odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej, w którym miał miejsce zabieg, jest natomiast całkowicie niezależne od osoby konkretnego lekarza oraz od okoliczności podjęcia czynności medycznej. Istotne jest, bowiem to, iż czynność tę wykonał pracownik zakładu w ramach jego działalności.

Błąd medyczny nie jest pojęciem kodeksowym (przepisy nie definiują go), jednakże w literaturze i orzecznictwie wskazuje się, że o błędzie medycznym możemy mówić w sytuacji, w której działanie lub zaniechanie działania jest sprzeczne z aktualnym poziomem wiedzy i praktyki medycznej. Błąd medyczny jest to nieumyślne działanie, zaniechanie lub zaniechanie lekarza powodujące szkodę pacjenta. Na błąd medyczny muszą składać się następujące elementy: postępowanie niezgodne z powszechnie uznanym stanem wiedzy medycznej, wina nieumyślna (tzw. lekkomyślność lub niedbalstwo) lekarza, ujemny skutek popełnionego błędu, związek przyczynowy między popełnionym błędem, a ujemnym skutkiem postępowania leczniczego w postaci śmierci pacjenta, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia. Przy czym zachowanie lekarza przy dokonywaniu zabiegu medycznego powinno zostać poddane ocenie z punktu widzenia fachowości. Te zaś wyznaczają kwalifikacje lekarza (specjalizacja, stopień naukowy), posiadanie doświadczenia ogólnego przy wykonywaniu określonych zabiegów medycznych, charakter i zakres doksztalcania się w pogłębianiu wiedzy medycznej i poznawaniu nowych metod leczenia. O zawinieniu lekarza może zdecydować nie tylko zarzucenie mu braku wystarczającej wiedzy i umiejętności praktycznych, odpowiadających aprobowanemu wzorcowi należytej staranności, ale także niezręczność i nieuwaga przeprowadzanego zabiegu, jeżeli oceniając obiektywnie nie powinny one wystąpić w konkretnych okolicznościach. Ponadto dodać należy także, iż na lekarzu zgodnie z art. 355 k.c. spoczywa obowiązek dołożenia należytej staranności w swoim działaniu.

Art. 444 § 1 k.c. przewiduje m.in., że w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wynikłe z tego powodu koszty. Natomiast art. 445 § 1 k.c. pozwala w takich wypadkach na

przyznanie poszkodowanemu odpowiedniej sumy tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę, czyli szkodę niemajątkową, wyrażającą się w doznanym bólu, cierpieniu, ujemnych doznaniach psychicznych.

Przyjmuje się, iż zasądzenie określonego świadczenia na rzecz powoda w sprawie o naprawienie szkody wynikłej z uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia, nie wyłącza jednoczesnego ustalenia w sentencji wyroku odpowiedzialności pozwanego za szkody mogące powstać w przyszłości z tego samego zdarzenia, w oparciu o art. 189 k.p.c.

Stosownie do treści art. 822 § 1 k.c. przez umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, ubezpieczyciel zobowiązany jest do zapłaty odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim wobec których odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczony. Przy czym jak stanowi art. 822 § 4 k.c. uprawniony do odszkodowania w związku ze zdarzeniem objętym umową odpowiedzialności cywilnej może dochodzić roszczenia bezpośrednio od ubezpieczyciela.

W świetle powołanych powyżej przepisów dla powstania odpowiedzialności pozwanego konieczne jest powstanie łącznie następujących przesłanek: winy, w tym przypadku lekarza podczas prowadzonego leczenia, szkody, jakiej miałyby doznać powódka wskutek działania lub zaniechania lekarza i w końcu istnienie normalnego (adekwatnego) związku przyczynowego pomiędzy winą a szkodą. Brak któregokolwiek z tych elementów skutkuje brakiem odpowiedzialności pozwanego.

Od błędu jako odstępstwa od wzorca i zasad należytego postępowania z uwzględnieniem profesjonalnego charakteru działalności sprawcy szkody, odróżnić należy natomiast powikłanie, które stanowi określoną, niekiedy atypową, reakcję pacjenta na prawidłowo podjęty i przeprowadzony zespół czynności leczniczych.

W niniejszej sprawie analiza materiału dowodowego pod kątem prawidłowości postępowania medycznego względem powódki została przeprowadzona w kilku płaszczyznach, a mianowicie: w zakresie oceny zdjęć RTG w kontekście prawidłowości ustawienia odłamów, sposobu ich ustawienia (czy konieczne było leczenie operacyjne), czy (ewentualnie zbyt ciasne) założenie gipsu spowodowało negatywne konsekwencje dla powódki.

Odnosząc się do zarzutu strony powodowej dotyczącego prawidłowości samego ustawienia odłamów należy wskazać, że biegli nie mieli wątpliwości, że zostało ono przeprowadzone zgodnie z wiedzą medyczną. Ustalono, że zdjęcia RTG powódki nie dają podstaw do innej tezy. Biegli wyjaśnili, że nie jest prawidłowe stwierdzenie w dokumentacji lekarskiej powódki „krzywostu” dokonane przez lekarza bez specjalizacji ortopedycznej. Nie było podstaw do zastosowania u powódki leczenia operacyjnego. Biegły ortopeda wyjaśnił, że dla powódki mogłoby ono mieć dalsze negatywne następstwa z uwagi na nałożenie się urazu operacyjnego na ten spowodowany złamaniem. Jednoznacznie też biegli odnieśli się co do występowania u powódki zespołu (...). Sama powódka zresztą podała na rozprawie (k.244), że „w tej chwili nie ma u niej zespołu (...), przynajmniej nie ma typowych objawów”.

Z opinii biegłych jednoznacznie wynika, iż postępowanie personelu pozwanego szpitala było prawidłowe i zgodne ze sztuką medyczną. Podjęto czynności zmierzające do zaopatrzenia powódki po złamaniu i wydano stosowne zalecenia co do dalszego postępowania.

Powyższej oceny dokonanej na potrzeby ustaleń w niniejszej sprawie nie zmieniają przedłożone przez powódkę prywatne oceny lekarskie, gdyż ich wartość dowodową określa art. 245 k.p.c. Stosownie do treści powołanego przepisu dokument prywatny stanowi jedynie dowód tego, że osoba, która go podpisała, złożyła oświadczenie w nim zawarte.

Biegli w niniejszej sprawie dokonali kompleksowej oceny w zakresie postawionej tezy dowodowej w tym w oparciu o zdjęcia RTG powódki i inną dokumentację medyczną.

Sąd podzielił powyższe wnioski biegłych. W ocenie Sądu nie ma dla rozstrzygnięcia znaczenia treść karty informacyjnej złożonej przez powódkę już po zamknięciu rozprawy (k.313). Jak wynika z niej leczenie zastosowane u powódki miało związek z zespołem cieśni nadgarstka. Brak jest uzasadnienia zawartego w karcie zapisu „po zroście w wadliwym ustawieniu odłamów” i nie wiadomo na jakiej podstawie takowe rozpoznanie postawiono. Powódka – poza dalszym

wnioskowaniem o innego biegłego ortopedę – nie sformułowana innych wniosków i twierdzeń, mogących poddać w wątpliwość dotychczasowe ustalenia. Tym samym brak było podstaw do otwarcia zamkniętej rozprawy, gdyż biegli w niniejszej sprawie dokonali szczegółowej analizy dokumentacji medycznej powódki, w tym zdjęć RTG, a także należycie uzasadnili swoje stanowisko. Biegły ortopeda wyjaśnił, że niewielkiego stopnia pozostałe przemieszczenie kątowe grzbietowe do 10 st. nie można uważać za błąd w postępowaniu ortopedycznym /k.136/, zaś przebyte przez powódkę złamanie może powodować takie dolegliwości jakie u powódki wystąpiły.

Przepis art. 6 kc ustanawia podstawową regułę dowodową, oznaczającą, że ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z faktu tego wywodzi skutki prawne. Zasada ta znajduje potwierdzenie w przepisach Kodeksu postępowania cywilnego, według którego to strony są obowiązane wskazywać dowody dla stwierdzenia faktów, z których wywodzą skutki prawne (art. 232 kpc zdanie pierwsze).

Żadna ze stron nie wnosiła o dalsze uzupełnienie opinii biegłych, a to na stronie powodowej ciążył obowiązek wykazania zasadności (choćby w części) jej roszczenia. Bierność strony w tym zakresie nie zobowiązuje Sądu – poza wyjątkowymi przypadkami – do prowadzenia dowodu z urzędu. Jak wskazuje się w judykaturze Sądu Najwyższego nie jest rzeczą sądu zarządzenie dochodzeń w celu uzupełnienia lub wyjaśnienia twierdzeń stron i wykrycia środków dowodowych pozwalających na ich udowodnienie ani też sąd nie jest zobowiązany do przeprowadzenia z urzędu dowodów zmierzających do wyjaśnienia okoliczności istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17.12.1996 w sprawie sygn. akt: I CKU 45/96, OSNC 1997 r., Nr 6-7, poz. 76). Jeśli zatem strona nie przedstawia dowodów, to uznać należy, że dany fakt nie został wykazany (udowodniony).

Oczywiście w orzecznictwie Sądu Najwyższego głoszone poglądy, iż w przypadku procesów lekarskich kiedy powód domaga się naprawienia szkód pozostających w związku z leczeniem konieczne jest ograniczenie wymagań dowodowych, co sprowadza się do wykazania jedynie prawdopodobieństwa zaistnienia danego zdarzenia (por. wyrok SN z dnia 23 marca 2007 roku, V CSK 477/06, Lex nr 470003). Jednakże wnioski zawarte w przeprowadzonych na gruncie rozpoznawanej sprawy opiniach, jak również pozostały zgromadzony w sprawie materiał dowodowy, nie pozwalają na przyjęcie wystarczającego prawdopodobieństwa dopuszczenia się nieprawidłowości w pozwanej placówce względem powódki.

Podkreślić też należy że nie każda błędna diagnoza może być podstawą odpowiedzialności deliktowej lekarza, czy też szpitala. Do przypisania odpowiedzialności deliktowej konieczne jest w tym względzie wykazanie nienależytej staranności podczas czynności podjętych w czasie diagnozowania pacjenta. Błąd terapeutyczny zachodzi wtedy, gdy została wybrana obiektywnie niewłaściwa z punktu widzenia medycznego metoda leczenia. Jak wynika z opinii biegłych działania lekarzy w pozwanym szpitalu w okresie leczenia powódki w pełni odpowiadały właściwym standardom medycznym i nie można wskazać w tym zakresie jakiegokolwiek uchybienia mogącego skutkować odpowiedzialnością deliktową.

Mając powyższe na względzie należało uznać, że nie spełnione zostały przesłanki odpowiedzialności pozwanych podmiotów, a tym samym brak jest podstaw do uwzględnienia powództwa.

O kosztach postępowania Sąd orzekł na podstawie przepisu art. 102 k.p.c. oraz w zakresie tymczasowo wyłożonych przez Skarb Państwa kosztów - na podstawie art. 113 ust. 4 ustawy z dnia 28 lipca 2005 roku o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 785), uznając, iż składając pozew powódka mogła być przekonana o słuszności swoich żądań, zwłaszcza w oparciu o informacje usłyszane od innych lekarzy biorących udział w procesie jej leczenia i rehabilitacji. Po sporządzeniu opinii przez biegłych powódka, wprawdzie popierała powództwo, Sąd uznał jednak, że sytuacja, w jakiej znalazła się powódka oraz fakt, że w istocie powódka doświadczyła cierpienie w następstwie przebytego złamania, dają podstawę do uznania, że w niniejszej sprawie zachodzi szczególny wypadek uzasadniający nie obciążanie strony przegrywającej kosztami procesu. Za zastosowaniem powołanego przepisu przemawiała również sytuacja materialna powódki, która zdecydowała o częściowym zwolnieniu jej od kosztów sądowych w toku procesu.