

Sygn. akt I C 297/13

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 21 kwietnia 2017 roku

Sąd Okręgowy w Radomiu I Wydział Cywilny

w składzie następującym :

Przewodniczący: SSR (del.) Rafał Socha

Protokolant: st. sekr. sąd. Wiesława Nurek

po rozpoznaniu w dniu 10 kwietnia 2017 roku w Radomiu

sprawy z powództwa K. W.

przeciwko (...) Sp. z o.o. w R.

o zapłatę

1. Zasądza od (...) Sp. z o.o. w R. na rzecz K. W. 10 000 (dziesięć tysięcy) złotych z ustawowymi odsetkami do dnia 13 grudnia 2013 roku do dnia zapłaty.
2. Oddała powództwo w pozostałym zakresie.
3. Nie obciąża powódki kosztami procesu poniesionymi przez pozwanego.
4. Nakazuje ściągnąć na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Radomiu: - od K. W. 1758,58 (jeden tysiąc siedemset pięćdziesiąt osiem i 58/100) złotych;
- od (...) Szpitala (...) 500 (pięćset) złotych tytułem opłaty od pozwu oraz 195,37 (sto dziewięćdziesiąt pięć i 37/100) złotych tytułem wydatków.

Na oryginale właściwy podpis.-

Sygn. akt I C 297/13

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 18 lutego 2013 roku (data wpływu do Sądu) powódka K. W. wniosła o zasądzenie od pozwanego (...) Szpitala (...) w R. na jej rzecz kwoty 100.000 zł tytułem odszkodowania.

W uzasadnieniu podała, że w dniu 8.03.2010 r. została przyjęta na Oddział (...) w R. gdzie przebywała do 26 marca 2010 roku. dnia 16 marca 2010 roku przeprowadzono u niej zabieg endoprotezoplastyki stawu biodrowego lewego – T.. W wyniku błędu medycznego lewa noga powódki została wydłużona o ponad 5 cm. Skutkiem tego były problemy zdrowotne w postaci bólów kręgosłupa, bólów pachwiny, problemów z chodzeniem. Powódka odczuwała również ogólny dyskomfort związany z powyższymi dolegliwościami. W związku z kompilacjami pooperacyjnymi doszło u powódki do dwukrotnego zwichnięcia operowanego wcześniej stawu biodrowego, prze co musiała przejść zabiegi zamkniętej repozycji zwichnięcia protezy stawu biodrowego. W celu polepszenia zdrowia zaczęła uczęszczać na rehabilitację, która jednak nie przyniosła poprawy. W związku z utrzymującymi się dolegliwościami w dniu 19 lipca 2010 roku została ponownie przyjęta na Oddział (...) w pozwanym szpitalu. Przebywała tam do 10 sierpnia 2010 roku. 30 lipca 2010 roku przeprowadzono rewizję operacyjną biodra w wymiana trzpienia t.Protema. Operacja ta

nie dała oczekiwanych rezultatów, ponieważ noga została skrócona o 3 cm, co oznaczało, że pozostawała dłuższa o ok 2 cm. Wydłużenie kończyny doprowadziło do przewlekłego zespołu bólowo-korzeniowego w odcinku lędźwiowo – krzyżowym oraz do napięcia mięśni przykręgosłupowych. Wskutek tego doszło do skoliozy lewostronnej kręgosłupa lędźwiowego. Powódka cierpiała z tego powodu, poruszała się z trudem i odczuwała bóle. Następstwem były także zmiany zwyrodnieniowe stawu kolanowego lewego. Wszystko to sprawiło, że powódka popadła w depresję. Nie jest w stanie pracować, nastąpiło u niej zmniejszenie aktywności życiowej i motywacji do podejmowania działań w kierunku pozyskania dóbr materialnych oraz pogorszenia sytuacji materialnej. (pozew k. 3-6).

W odpowiedzi na pozew z dnia 25 lipca 2013 roku pozwany (...) Szpital(...)wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie kosztów procesu. Przyznał, że powódka leczyła się u pozwanego w okresach wskazanych w pozwie. Dolegliwości jakie powódka ma nie wynikają jednak z przeprowadzonej w dniu 16 marca 2010 roku i 30 lipca 2010 roku operacji ale na skutek licznych schorzeń, jakich doznała powódka, w tym schorzeń kręgosłupa, jeszcze przed przyjęciem jej na leczenie w dniu 8 marca 2010 roku. Po operacjach stawu biodrowego nie zgłaszała dolegliwości z zakresu operowanego biodra ani dyskomfortu chodzenia. Przyczyną licznych dolegliwości bólowych są zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, na które cierpiała zgłaszając się na leczenie. Nadto, z dołączonych do pozwu dokumentów wynika, że poniosła koszty leczenia w wysokości 3 044,48 złotych, przy czym w żaden sposób nie można uznać, że wydatki te mają związek ze skutkami operacji z dnia 16 marca 2010 roku, ale ze zwyrodnieniami kręgosłupa i innymi dolegliwościami. Jeżeli powódka miała na myśli zadośćuczynienie za cierpienie, to winna dokładnie rozgraniczyć kwotę zadośćuczynienia i odszkodowania. Z ostrożności procesowej pozwany podniósł, że kwota zadośćuczynienia jest wygórowana. (k51)

W piśmie z dnia 25 lutego 2014 roku oraz na rozprawie w dniu 27 lutego 2014 roku powódka zmodyfikowała pozew w ten sposób, że wniosła o zasądzenie kwoty 3043,48 złotych tytułem odszkodowania oraz 100 000 złotych tytułem zadośćuczynienia z ustawowymi odsetkami od dnia 13 listopada 2012 roku. (k.215-217). Pozwany nie uznał powództwa. (k.219).

(...) Szpital (...) na podstawie uchwały Zarządu Województwa (...) z 26 listopada 2013 roku został przekształcony w Spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością (odpis KRS k. 220-223).

Powódka popierał powództwo w dalszym toku procesu.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny :

W dniach 19 listopada 2008 roku – 22 listopada 2008 roku K. W. była hospitalizowana na Oddziale (...) Szpitala Miejskiego w P. z powodu wysiłkowych dolegliwości bólowych okolicy krzyża z promieniowaniem do kończyn dolnych, zwłaszcza do lewej w obrębie kostki bocznej. Karta informacyjna leczenia szpitalnego zawiera rozpoznanie: ciasnota zwyrodnieniowa kanału kręgowego L4-L5. R. lędźwiowa obecnie lewostronna. W dniu 20 grudnia 2008 roku wykonano zabieg operacyjny: fenestracja L4-L5 po stronie lewej, zniesienie zachyłka bocznego, poszerzenie otworu międzykręgowego, dystrakcja międzykolcowa In-S. lOmm. W badaniu MR kręgosłupa L-S z dnia 24marca 2005 roku rozpoznano zaawansowane zmiany zwyrodnieniowe tarczy międzykręgowej L4-L5 z zapadnięciem przestrzeni międzykręgowej, ciasnotą otworów międzykręgowych, zwłaszcza lewego. Historia choroby zawiera informacje: od 25 lat wysiłkowe bóle krzyża z promieniowaniem do kończyn dolnych, bardziej lewej; przebieg zabiegu operacyjnego bez powikłań. Dnia 08 marca 2010 r. K. W. została przyjęta na Oddział (...) (...) Szpitala (...) w R. celem wykonania zabiegu operacyjnego lewego stawu biodrowego z powodu jego zmian zwyrodnieniowych. Hospitalizacja trwała do 26 marca 2010. W dniu 16 marca 2010 roku wykonano zabieg operacyjny: endoprotezoplastyka stawu biodrowego lewego - T.. W karcie informacyjnej leczenia szpitalnego wpisano rozpoznanie: choroba zwyrodnieniowa lewego stawu biodrowego. Nadciśnienie tętnicze. Choroba niedokrwienna serca. Astma. Zalecono: Kontrolę w (...) za 5 dni (zdjęcie szwów). Odciążanie chorej kończyny, Rp. C. 0,04, K. D., (...). Z zapisów historii choroby wynika, że dolegliwości bólowe lewego stawu biodrowego istniały od 8 lat, przebieg zabiegu operacyjnego odbył się bez powikłań. W okresie pooperacyjnym stan ogólny powódki uznano za dobry, gojenie rany pooperacyjnej prawidłowe. Stwierdzono wydłużenie operowanej kończyny o 2,0 cm. W okresie od 19 maja 2010 roku do 09 czerwca 2010 roku K. W. przebywała na Oddziale (...) (...) Szpitala (...) w R.. W trakcie pobytu na oddziale zastosowano leczenie farmakologiczne: Valsacor,

Bisopromeck, Lacipil, Tanafen nasal oraz leczenie usprawniające: fizykoterapia i kinezyterapia. Karta informacyjna leczenia szpitalnego zawiera rozpoznanie: stan po endoprotezoplastyce stawu biodrowego lewego z powodu zmian zwyrodnieniowych (03.2010.). Stan po leczeniu operacyjnym ciasnoty zwyrodnieniowej kanału kręgowego L4/L5 (12.2008.) Zmiany zwyrodnieniowe stawu kolanowego lewego. Nadciśnienie tętnicze, z zaleceniami: Dalsze leczenie w Poradni Neurologicznej, Neurochirurgicznej, Ortopedycznej i Rehabilitacyjnej. Historia choroby zawiera informacje: po leczeniu operacyjnym dolegliwości bólowe lewego biodra zmniejszyły się, objaw Lasegue'a obustronnie ujemny; objaw Mackiewicza w obrębie kończyny dolnej lewej dodatni przy kącie 110°, objaw Trendelenburga ujemny, objaw Duchenne'a ujemny; wydłużenie kończyny dolnej lewej o 3,0 cm.; siła mięśniowa w skali Lovetta kończyn dolnych 5°. Następnie w dniach od 19 lipca 2010 roku do 10 sierpnia 2010 K. W. ponownie była hospitalizowana na Oddziale (...) (...) Szpitala (...) w R. z powodu asymetrii kończyn dolnych. Dnia 30 lipca 2010 roku wykonano zabieg operacyjny: rewizyjna operacja biodra z wymianą trzpienia t. Protoma. Karta informacyjna leczenia szpitalnego zawiera rozpoznanie: Przebyta endoprotezoplastyka biodra lewego. Nadciśnienie tętnicze. Astma oskrzelowa, z zaleceniem: Kontrola w Poradni ortopedycznej za 4 tygodnie. Historia choroby zawiera informacje: opis przebiegu zabiegu operacyjnego; wydłużenie kończyny dolnej lewej o 2,0 cm według badania z 19 lipca 2010 roku. W dniu wypisu z oddziału badaniem fizykalnym stwierdzono: kończyny równe, symetryczne, dolegliwości z powodu nierówności kończyn chora nie zgłasza. Od 17 września 2010 roku do 18 września 2010 roku K. W. przebywała na Oddziale (...) (...) Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w K. z powodu zwichnięcia protezy całkowitej lewego stawu biodrowego, którego doznała na skutek upadku w domu. W trakcie hospitalizacji, w krótkim znieczuleniu ogólnym dożylnym wykonano zamkniętą repozycję zwichnięcia protezy lewego stawu biodrowego. Kontrolne zdjęcie rtg wykonane po zabiegu wykazało prawidłowe ustawienie głowy protezy w panewce. Karta informacyjna leczenia szpitalnego zawiera rozpoznanie: „Zwichnięcie protezy całkowitej lewego stawu biodrowego. Zalecono: Kontrolę w (...) za miesiąc lub wcześniej w razie dolegliwości. Chodzenie o kulach. W dniach od 06 grudnia 2010 roku do 31 grudnia 2010 K. W. była hospitalizowana na Oddziale Rehabilitacji Samodzielnego (...) Zakładów Opieki Zdrowotnej w K. z powodu zaostrzenia dolegliwości bólowych kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego na tle przewlekłego zespołu bólowo-korzeniowego kręgosłupa lędźwiowego w przebiegu zmian zwyrodnieniowo-wytwórczych. Okres hospitalizacji bez powikłań. W zastosowanego leczenia uzyskano poprawę stanu klinicznego. Uzyskano obniżenie napięcia mięśni przykręgowych i poprawę ruchomości w stawach międzykręgowych z ustąpieniem dolegliwości bólowych. W dniu wypisu nie stwierdzono obwodowych objawów korzeniowych. Karta informacyjna leczenia szpitalnego zawiera rozpoznanie: „Stan po endoprotezoplastyce totalnej stawu biodrowego lewego. Przewlekły zespół bólowo-korzeniowy w przebiegu zmian zwyrodnieniowo-wytwórczych kręgosłupa w odcinku lędźwiowo-krzyżowym. Nadciśnienie tętnicze. Przewlekła choroba wieńcowa ustabilizowana.” z zaleceniami: kontrola w (...) za miesiąc. W okresie od 17 maja 2011 roku do 06 czerwca 2011 roku K. W. była hospitalizowana na Oddziale (...) (...) Szpitala (...) w R.. W trakcie hospitalizacji dnia 31.05.2011. zastosowano leczenie operacyjne: usunięcie linek systemu Stryker, rewizja nerwu kulszowego. W dniu 23 maja 2011 roku wykonano zdjęcia rtg - kręgosłupa lędźwiowego: i rozpoznano „Skolioza lewostronna kręgosłupa lędźwiowego. Wąska tarczka międzykręgowa L4-L5 ze zmianami zwyrodnieniowymi na tym poziomie - dyskopatia. Nieco węższa tarczka międzykręgowa L5-S1-dyskopatia? Drobne zmiany zwyrodnieniowe w postaci osteofitów na krawędziach trzonów kręgowych. Poza tym kręgosłup L-S zmian nie wykazuje. W dniu 30maja 2011 roku wykonano rtg klatki piersiowej i stwierdzono drobny zrost opłucnowo-osierdziowy po stronie lewej. Poza tym jamy opłucnowe wolne. Płuca bez zagęszczeń. Serce o przewodze komory lewej. Aorta w normie. Karta informacyjna leczenia szpitalnego zawiera rozpoznanie: „Endoprotezoplastyka stawu biodrowego lewego w wywiadzie. Zespół bólowy kręgosłupa L-S.” z zaleceniami: „Kontrola w (...) za tydzień. Historia choroby zawiera informacje: konsultacja neurologiczna - „Chora zgłasza ból i drętwienie lewej kończyny dolnej przy jej obciążeniu. W badaniu neurologicznym bez objawów rozciągowych z zakresu korzeni L-S. Niedoczulica w obrębie podudzia lewego i bocznej pow. lewej stopy. Podejrzenie uszkodzenia pnia nerwu kulszowego lewego na wysokości kości udowej. Zaproponowano badanie EMG celem oceny funkcji nerwu kulszowego lewego.” W dniach 12 czerwca 2011 roku – 13czerwca 2011 roku była ponownie hospitalizowana na Oddziale (...) (...) Zakładów Opieki Zdrowotnej w K. z powodu zwichnięcia protezy całkowitej lewego stawu biodrowego, którego doznała podczas siadania na krzesło. W dniu przyjęcia na oddział w krótkim znieczuleniu ogólnym dożylnym wykonano repozycję zwichnięcia protezy lewego stawu biodrowego. Karta informacyjna leczenia szpitalnego zawiera rozpoznanie: ponowne zwichnięcie protezy całkowitej stawu biodrowego lewego, z zaleceniami: kontrola w (...) za miesiąc lub wcześniej w razie dolegliwości. Chodzenie

o kulach z odciążaniem lewej kończyny dolnej. Następnie w dniach 11 sierpnia 2012 roku – 20 sierpnia 2012 krystyna W. przebywała na Oddziale Neurochirurgii i Neurochirurgii Dziecięcej (...) Publicznego Szpitala (...) w L. z powodu nasilenia dolegliwości bólowych krzyża i prawej kończyny dolnej. Dnia 16 sierpnia 2012 roku wykonano zabieg operacyjny: wycięcie prawej połowy łuku L5, odbarczenie korzeni L5-S1 i L4-L5 po prawej, usunięcie dystraktora In-Space, wszczepienie stabilizatora dynamicznego DIAM 14 mm / przestrzeń międzykolcowa i przyszycie go do sąsiednich wyrostków. Karta informacyjna leczenia szpitalnego zawiera rozpoznanie: „Ciasnota zwyrodnieniowa kanału kręgowego L4-L5. Radikulopatia lędźwiowa obecnie lewostronna” oraz informacje o wykonanym w marcu 2009 roku i sierpniu 2011 roku badaniu rezonansu magnetycznego MR, który wykazał zmiany zwyrodnieniowe przestrzeni międzykręgowej L5-S1 oraz wysunięcie dystraktora z przestrzeni międzykolcowej. Przebieg zabiegu operacyjnego bez powikłań, po zastosowanym leczeniu operacyjnym dolegliwości bólowe o mniejszym nasileniu. Historia choroby zawiera informacje: osłabienie siły mięśniowej lewej kończyny górnej - objaw Bikelesa dodatni; pogłębienie lordozy lędźwiowej, chód utykający, różnica długości kończyn dolnych - bez pomiaru długości. Na dzień 20 sierpnia 2012 roku - dzień wypisu z oddziału: pacjentka w IV dobie po operacji kręgosłupa lędźwiowego, chodząca, wydolna w zakresie samoobsługi, czuje się dobrze. Wypis do domu. Po operacji z 16 marca 2010 roku K. W. trzeciego dnia po operacji po rz pierwszy wstała z łóżka i stwierdziła, że jej prawa noga opada do dołu z powodu wydłużenia lewej nogi po operacji. Zwróciła na to uwagę lekarzom, ale zalecono jej włożenie sobie wkładki z korka i zapewniono, że zdjęcia wykonane po operacji są dobre. Dopiero lekarz na oddziale rehabilitacji stwierdził, że wkładki korkowe nie mogą być stosowane i po obejrzeniu zdjęcia uznała, że stan po operacji nie jest prawidłowy. K. W. udał się na wizytę prywatną lekarską do lekarza A. S., który uznał za konieczne wykonanie korekty i skierował ją do szpitala. Obecnie w badaniu fizykalnym kończyna dolna lewa wydłużona o 2,0 cm w odcinku udowym. Wkładka wyrównująca w prawym bucie 2,0 cm. Staw biodrowy: dwie blizny pooperacyjne o długościach: 16,0 cm i 18,0 cm, skóra bez zmian patologicznych, bez cech stanu zapalnego. Ruchomość czynna i bierna w normie. Staw kolanowy skóra bez zmian patologicznych, bez cech stanu zapalnego. Obrisy zachowane. Trudności ze zgięciem kolana. Chód utykający niewielkiego stopnia - bez obuwia.

Stan faktyczny w sprawie został ustalony w oparciu o załączoną do akt sprawy dokumentację medyczną oraz częściowo także w oparciu o opinie biegłego. Strony nie kwestionowały dokumentów sporządzanych przez placówki medyczne, w których leczyla się powódka. Sąd dał wiarę zeznaniom świadka A. S., częściowo także na uwzględnienie zasługiwały zeznania świadka M. K. oraz M. B. (k.151). Natomiast zeznania świadków A. R. i K. K. (1) nie wniosły istotnych okoliczności do sprawy, wiedza tych świadków na temat zabiegów powódki prowadzonych w pozwanym szpitalu była znikoma.

Także zeznania powódki oraz świadka T. W. zostały przez Sąd uwzględnione w zakresie w jakim dotyczyły skutków zabiegu z 16 marca 2010 roku odczuwanych przez powódkę przed 30 lipca 2010 roku.

W dużej części miarodajnym dowodem w sprawie była opinia biegłego W. P. (1). Zaznaczyć należy przy tym, że dopiero opinia z 26 września 2016 roku, a więc ta, która została poprzedzona badaniem powódki przez biegłego stanowi kompletny środek dowodowy w sprawie. Opinie z 23 listopada 2014 roku 9k.271-274, z 30 marca 2016 roku (k.301-304) jako oparte jedynie o dokumentację nie miały doniosłego znaczenia w kwestii ustalenia aktualnego stanu powódki i długości jej kończyn. Dopiero ostatnia opinia w jasny sposób, w oparciu o osobiste badanie powódki potwierdziła fakt wydłużenia kończyny lewej i lekko utykający chód bez obuwia. Sąd nie uwzględnił jednak tej opinii w tej części, w której biegły stwierdza, że po pierwszej operacji doszło do wydłużenia nogi lewej o 2 cm, które utrzymuje się nadal. Nie można zatem było uwzględnić wniosku biegłego, że nie można postrzegać tego w kategoriach nieprawidłowego postępowania lekarskiego (k.354). Stoi to bowiem w oczywistej sprzeczności z tym co zeznał świadek A. S..

Sąd zważył, co następuje :

Zasadę odpowiedzialności opartą na winie stanowi art. 415 Kc. Zdarzeniem sprawczym, w rozumieniu art. 415kc, jest zarówno działanie, jak i zaniechanie. Pierwsze polega na zachowaniu się aktywnym, drugie na zachowaniu się biernym. To ostatnie może być uznane za „czyn” wówczas, gdy wiąże się ono z ciężącym na sprawcy obowiązku

czynnego działania i niewykonania tego obowiązku. Czyn sprawcy pociągający za sobą odpowiedzialność cywilną musi wykazywać pewne cechy (znamiona) odnoszące się do strony przedmiotowej i podmiotowej. Chodzi o znamiona niewłaściwości postępowania od strony przedmiotowej, co określa się mianem bezprawności czynu, i od strony podmiotowej, co określa się jako winę w znaczeniu subiektywnym. Przy winie nieumyślnej sprawca wprawdzie przewiduje możliwość wystąpienia szkodliwego skutku, lecz bezpodstawnie przypuszcza, że zdoła go uniknąć, albo też nie przewiduje możliwości nastąpienia tych skutków, choć powinien i może je przewidzieć. W obu formach mamy do czynienia z niedbalstwem. Pojęcie niedbalstwa więc wiąże się w prawie cywilnym z niezachowaniem wymaganej staranności. Dla oceny, kiedy mamy do czynienia z winą w postaci niedbalstwa, decydujące znaczenie ma miernik staranności, jaki przyjmuje się za wzór prawidłowego postępowania. W tej kwestii podstawowe znaczenie ma art. 355 kc, który, jako przepis ogólny, odnosi się nie tylko do odpowiedzialności kontraktowej, ale i deliktowej. W wyroku z dnia 13 maja 2005 roku (I CK 662/04, LEX nr 301781) Sąd Najwyższy stwierdził, że spełniając zadania publiczne, a do takich należy opieka zdrowotna wykonywana ze środków publicznych, zakłady opieki zdrowotnej utworzone przez organy administracji, nie stają się organami władzy, gdyż nie kształtują w drodze przymusu sytuacji prawnej pacjentów. Dlatego odpowiedzialność zakładu opieki zdrowotnej w reżimie deliktowym opiera się na przepisach art. 416 k.c., ewentualnie w związku z art. 429 i 430 k.c. Domagając się zasądzenia odszkodowania w deliktowym reżimie odpowiedzialności, poszkodowany nie może powoływać się na domniemanie winy, ponieważ przepisy odpowiedniego tytułu (VI) księgi trzeciej Kodeksu cywilnego takiego domniemanie nie ustanawiają. W wyroku z 7 stycznia 1998 r. (II CKN 703/97) Sąd Najwyższy stwierdził, że dla ustalenia związku przyczynowego wystarczające jest przyjęcie „dostatecznego stopnia prawdopodobieństwa”. W wyrok z 17 lipca 1974 r. (II CR 415/74), z 5 lipca 1967 r. (OSN 1968, Nr 2, póź. 26), przyjęto, że jeśli całokształt okoliczności w konkretnych sytuacjach pozwala przyjąć wysoki stopień prawdopodobieństwa, to od poszkodowanego nie można wymagać ścisłego i pewnego udowodnienia. W wyroku Sądu Najwyższego z dnia 14.10.1997 r. (II CKN 401/97) stwierdzono, że nie dające się usunąć braki w dokumentacji lekarskiej nie mogą być wykorzystywane w procesie na niekorzyść pacjenta.

Pojęcie błędu w każdej sytuacji frazeologicznej oznacza działanie niezgodne z pewnymi przyjętymi szablonami, zasadami, działaniem prowadzące do efektów innych niż zamierzone. Działaniem tym może być każde zachowanie człowieka - tak jego rozumowanie jak i choćby ruchy. Błędem lekarskim będzie każde działanie oraz zaniechanie lekarza, które nie doprowadzi do osiągnięcia założonego celu. Szczególne znaczenie ma tu ogólny przepis art. 2 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty. Zgodnie z powołanym przepisem działalność lekarza polega na: badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, leczeniu i rehabilitacji chorych, udzielaniu porad lekarskich, a także wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich. Błędem lekarskim będzie więc takie działanie lub zaniechanie lekarza, które nie doprowadzi do realizacji założonego celu - czyli w większości przypadków rozpoznania choroby lub jej leczenia. Oczywiście nie każde niepowodzenie w leczeniu, profilaktyce czy rozpoznawaniu chorób będzie błędem lekarskim pociągającym odpowiedzialność lekarza. Błędem jednak nie będą takie sytuacje, które nie są zależne wyłącznie bądź w przeważającym stopniu od okoliczności ubocznych - takich na które sam lekarz nie ma lub nie może mieć bezpośredniego wpływu. Art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2015 r. poz. 464), określa podstawowe zasady, jakimi lekarz winien się kierować przy świadczeniu swoich usług, są to zgodność ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zasadami etyki zawodowej oraz należyta starannością. Błędem, za który lekarz odpowiada jest więc takie zachowanie lub zaniechanie lekarza, które nie prowadzi do celu jakim jest badanie stanu zdrowia, rozpoznawanie chorób i zapobieganie im, leczenie i rehabilitacja chorych, udzielanie porad lekarskich, a także wydawanie opinii i orzeczeń lekarskich w wyniku niedochowania przez lekarza jednej, z poszczególnych lub wszystkich zasad: zgodności ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, zgodności z dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodności z zasadami etyki zawodowej i należytej staranności. Co więcej tak utworzona definicja jeśli wykaże, że dane działanie mieści się w niej wykaże również, że było działaniem niezgodnym z przepisami o wykonywaniu zawodu lekarza, takie zaś działanie pociąga za sobą odpowiedzialność nie tylko cywilną ale i zawodową lekarza zgodnie z przepisami ustawy o izbach lekarskich.

W kwalifikacji prawnej taki błąd jest błędem zawinionym, gdyż lekarz nie wykonał ciążącego na nim obowiązku, niewykonanie to jest obiektywnie naganne, a każdy lekarz niezależnie od stopnia doświadczenia powinien zdawać

sobie sprawę z tej naganności. Te okoliczności zgodnie z utartą linią orzecznictwa oraz równie trwałym stanowiskiem doktryny wystarczą dla przypisania lekarzowi winy.

W niniejszym procesie został dopuszczony dowód z opinii lekarze specjalisty oraz przesłuchani zostali w charakterze świadków lekarze : A. S., K. K. (2), M. B., M. K. i A. R. (k.151-151 i 218). Zarówno biegły z zakresu chirurgii ortopedycznej i traumatologii – W. P. (2) jak i świadkowie byli zgodni co do tego, że nie doszło do popełnienia błędu , a wykonane zabiegi operacyjne były prawidłowe. Wprawdzie strona powodowa kwestionowała opinie biegłego , jednak ostatecznie nie wносиła o dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego, wskazując jednak, że biegły mimo kilku opinii sporządzonych w sprawie konsekwentnie unika odpowiedz na pytanie o przyczyny i cel drugiej operacji. Na szczególną uwagę zasługują jednak zeznania A. S. (k.217). Zeznał on, że powódka była zoperowana w pozwanym szpitalu. Z. oleindoprotezę . Okazało się, że noga, kończyna jest wydłużona. Zaproponowano pani wymianę endoprotezy, na co chora wyraziła zgodę, na ten zabieg. Udało się zredukować to wydłużenie.(00.07:32 do 00.08:30). Na pytanie pełnomocnika o przyczyny wydłużenia nogi świadek zeznał, że nie operował powódki i musiałaby wypowiedzieć się lekarz operujący oraz, że najprawdopodobniej są to przyczyny morfologiczne. Żeby uzyskać wolność stawu, żeby on się nie rozleciał, musiano ułożyć panewkę, głowę szyjkę i udo, w takim rozmiarze, żeby to biodro się trzymało sposób aby się to trzymało. Zeznał także, że po drugim zabiegu chora zgłaszała poprawę (00:10:33 do 00:11:24). Świadek M. K. zeznał, że był obecny przy pierwszym i drugim zabiegu i dodał, że noga może wydłużyć się o 1-2 cm, a niemożliwe jest aby wydłużyła się o 5 cm, bo niemożliwe byłoby zreponowanie stawu, czyli do jego nastawienia (00.42:44). Na pytanie dlaczego miał miejsce drugi zabieg świadek zeznał, że to nie on kierował pacjentką na drugi zabieg oraz że pacjentka nie tolerowała różnicy długości kończyn 2 cm. (00:46:35). W trakcie drugiej operacji doszło do wymiany trzpienia protezy celem wyrównania długości kończyn (00:46:50) Podobnie zeznał świadek M. B., wskazując, że po pierwszym zabiegu powódka zgłaszała dolegliwości bólowe i zastrzeżenia co do długości kończyny (00:57:30).

Biegły W. P. (2) w opinii z dnia 26 września 2016 roku wydanej w oparciu o osobiste zbadania powódki, w badaniu fizykalnym stwierdził wydłużenie kończyny lewej dolnej o 2 cm. (k.351). W kontekście zeznań świadka A. S. o uzyskanym w wyniku drugiej operacji skróceniu lewej nogi powódki, za zgodne z prawdą uznać należy jej twierdzenie o tym, że po pierwszej operacji z 16 marca 2010 roku wydłużenie lewej nogi przewyższało 2 cm. Nie można uznać tego za prawidłowo zastosowany sposób leczenia z 16 marca 2010 roku , jeżeli – jak zeznał świadek K., wymiana trzpienia protezy miała następnie doprowadzić do wyrównania kończyn. Właściwym więc było zastosowanie takiej metody już przy pierwszym zabiegu.

Niezależnie od tego należy zwrócić uwagę na to, że z zeznań świadka M. K. wynikało, że nie wszystkie szczegóły operacji były wpisywane do protokołu operacyjnego (00:53:30). Przedstawione okoliczności faktyczne wynikające z zeznań świadków wskazanych przez pozwanego nie pozwalają na przyjęcie o braku odpowiedzialności strony pozwanej. Nie wynika z nich jednoznacznie, aby proces leczenia powódki przebiegał prawidłowo, zgodnie z zasadami sztuki oraz wiedzy medycznej w zakresie leczenia ortopedycznego. Za wiarygodne należy zatem uznać zeznania powódki, w których wskazywała ona na istnienie znacznej różnicy w długości kończyn po pierwszej operacji oraz utrzymującą się różnicę 2 cm po drugiej operacji. Bez wątplenia, a o ile obecny stan tak w świetle opinii biegłego jak i zeznań świadków mieści się w granicach normy (opinia biegłego k. 273) o tyle stan jaki istniał po 16 marca 2010 roku z całą pewnością wykraczał poza te normy. Oczywistym jest, że nie był on spowodowany celowym i zamierzonym działaniem lekarzy wykonujących zabieg w pozwanym szpitalu, ale nie sposób zaprzeczyć, że był on wynikiem niedbalstwa- rozumianego zgodnie z powołana wyżej definicją. Nie można bowiem inaczej tłumaczyć tego, z czym mamy do czynienia w stanie faktycznym sprawy, a więc z uzyskaniem wyników leczenia mieszczących się w przyjętych granicach dopiero przy drugiej operacji. Nie można uznać za przekonywujące te twierdzenia świadków, w których wskazują oni na „dyskomfort i brak tolerancji ze strony powódki”, jako wyłączne przyczyny kwalifikacji na drugi zabieg. Jest to tylko przyjęta przez świadków forma przedstawienia siebie w jak najlepszym świetle. Wobec jednak jednoznacznego stwierdzenia przez świadka A. S., że druga operacja doprowadziła do skrócenia kończyny lewej powódki, oraz nie budzące wątpliwości ustalenie przez biegłego, że obecnie różnica kończyn wynosi 2 cm, odmienne twierdzenia pozostałych świadków, w szczególności M. K. nie mogą być uznane za wiarygodne.

Istota niniejszej sprawy dotyczyła tego, czy pozwanemu można przypisać odpowiedzialność za rozstrój zdrowia powódki, w szczególności, czy leczenie jej w pozwanym Szpitalu miało wpływ na aktualny stan jej zdrowia oraz czy można przypisać winę pozwanemu za narażenie powódki na cierpienia fizyczne i psychiczne, nie będące wynikiem prawidłowego procesu leczenia. Podstaw prawnych odpowiedzialności pozwanego Szpitala należy poszukiwać w przepisach art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c., a podstawy dochodzonego przez powódkę zadośćuczynienia szukać należały w art. 444 § 1 k.c. i w zw. z art. 445 § 1 k.c. Sąd Najwyższy niejednokrotnie podkreślał, że w sprawach o naprawienie szkód medycznych wykazanie przez poszkodowanego pacjenta przesłanek odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej jest - ze względu na właściwości wchodzących w grę procesów biologicznych - zadaniem ogromnie trudnym, a niekiedy wręcz niewykonalnym. Zauważał też, że istnienie związku przyczynowego między zdarzeniem sprawczym a szkodą z reguły nie może być - gdy chodzi o zdrowie ludzkie - absolutnie pewne, gdyż związków zachodzących w dziedzinie medycyny nie da się sprowadzić do prostego wynikania jednego zjawiska z drugiego. Dlatego też wymaganie całkowitej pewności istnienia związku przyczynowego byłoby w znaczącej liczbie wypadków nierealne (tak Sąd Najwyższy w wyroku z 22 lutego 2012 r., IV CSK 245/11, Lex nr 1164750). W stanie faktycznym sprawy uznać należało, że lekarze wykonujący zabieg w dniu 16 marca 2010 roku popełnili błąd nie dokładając należytej staranności w podejmowanych działaniach medycznych. Do obowiązków lekarzy i personelu medycznego należy przecież podjęcie takich metod leczenia, które gwarantować powinny, przy zachowaniu aktualnego stanu wiedzy i zasad staranności przewidywalny efekt w postaci wyleczenia, a przede wszystkim nie narażanie pacjentów na pogorszenie stanu zdrowia, co w rozpatrywanej sprawie z uwagi na brak staranności lekarzy miało miejsce. Skutki tego błędu zostały usunięte 30 lipca 2010 roku, podczas kolejnej operacji. Krótki czas jaki upłynął pomiędzy tymi zabiegami wyklucza możliwość powołania się na zmiany w metodologii leczenia tego rodzaju schorzeń.

Przechodząc do kwestii zadośćuczynienia oraz odszkodowania należy mieć na uwadze to, że na rozmiar krzywdy, a w konsekwencji wysokość zadośćuczynienia, składają się cierpienia fizyczne i psychiczne, których rodzaj, natężenie i czas trwania należy każdorazowo określić w okolicznościach konkretnej sprawy. Mierzenie krzywdy wyłącznie stopniem uszczerbku na zdrowiu stanowiłoby niedopuszczalne uproszczenie nieznajdujące oparcia w treści art. 445 § 1 k.c. Zadaniem Sądu jest indywidualne określenie stopnia krzywdy doznanej przez powoda i podjęcie próby przełożenia jej na określoną wartość finansową. Stwierdzić należy, że ze względu na niewymierność krzywdy, określenie w konkretnym przypadku odpowiedniej sumy tytułem zadośćuczynienia pozostawione zostało sądowi. Zakres swobody sądu jest tu więc niewątpliwie większy niż przy ustalaniu odszkodowania za szkodę majątkową. Odpowiednia suma w rozumieniu art. 445 § 1 k.c. nie oznacza jednak sumy dowolnej, określonej wyłącznie według uznania sądu, a jej prawidłowe ustalenie wymaga uwzględnienia wszystkich okoliczności, mogących mieć w danym przypadku znaczenie. Zarówno okoliczności wpływające na wysokość zadośćuczynienia, jak i kryteria ich oceny powinny być rozważane indywidualnie w związku z konkretną osobą pokrzywdzonego. W literaturze podkreśla się, że krzywdy polegające na cierpieniach fizycznych lub psychicznych wprawdzie nie mogą być w sposób adekwatny wyrównywane za pomocą świadczeń pieniężnych, natomiast świadczenia te mogą łagodzić wspomniane ujemne przeżycia pokrzywdzonego przez dostarczenie mu środków majątkowych, które pozwolą zaspokoić w szerszej mierze jego potrzeby lub spełnić pragnienia. W tym przejawia się funkcja kompensacyjna zadośćuczynienia. . Jasnym jest, że niewymierny charakter krzywdy jako szkody niemajątkowej powoduje niemożność precyzyjnego i ekwiwalentnego określenia kwoty zadośćuczynienia. Ma to miejsce w wypadku wyrównania poniesionego uszczerbku w dobrach czy interesach danej osoby w przypadku szkody majątkowej. Odpowiedniość kwoty zadośćuczynienia, o której stanowi art. 445 § 1 k.c. ma służyć złagodzeniu doznanej krzywdy, a jednocześnie nie być źródłem wzbogacenia (por. wyrok Sądu Najwyższego z 9 lutego 2000 r., III CKN 582/98, niepubl.). Pojęcie „sumy odpowiedniej” użyte w art. 445 § 1 k.c. w istocie ma charakter niedookreślony. Stąd konieczne jest posiłkowanie się wskazywanymi wyżej a wypracowanymi w judykaturze kryteriami rekompensowania krzywdy. Zdaniem Sądu Apelacyjnego zadośćuczynienie w kwocie 50.000zł nie stanowi zapłaty symbolicznej. Przedstawia ekonomicznie odczuwalną wartość. Kwota ustalonego zadośćuczynienia umożliwi powodowi przystosowanie się do nowej sytuacji życiowej, w której się znalazł. Wysokość zadośćuczynienia jest utrzymana w rozsądnych granicach, odpowiadających aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa (por. wyrok Sądu Najwyższego z 28 września 2001 r., III CKN 427/00, niepubl.).

Jak wynika z dokumentacji medycznej, szczegółowo przeanalizowanej przez biegłego, schorzenie kręgosłupa powódki jest schorzeniem wieloletnim. W wywiadzie lekarskim historii choroby oddziału urazowo- ortopedycznego [str. 161 akt sprawy] istnieje zapis wywiadu lekarskiego: "Od 25 lat wysiłkowe bóle krzyża z promieniowaniem do obu kończyn dolnych, bardziej lewej. Dolegliwości kręgosłupa związane są zatem z powstałymi wcześniej zmianami zwyrodnieniowo-wytwórczymi kręgosłupa w odcinku lędźwiowo-krzyżowym, ciasnoty zwyrodnieniowej kanału kręgowego na poziomie L4-L5, dyskopatii wielopoziomowej. Brak jest zatem podstaw do przyjęcia, że kwota 3043,48 złotych wyłożona przez powódkę na koszt rehabilitacji, leków i leczenie (k.17-26) jest związana z zabiegiem operacyjnym z 16 marca 2010 roku. Żaden z dołączonych do rachunków nie pochodzi bowiem z okresu pomiędzy 16 marca 2011 roku a 30 lipca 2011 roku. W ocenie Sądu, zgromadzony materiał dowodowy nie daje podstaw do ustalenia, że zabieg przeprowadzony w dniu 30 lipca 2011 roku był w jakimkolwiek stopniu nieprawidłowy. Z całą pewnością taki zarzut należy postawić w stosunku do przebiegu i skutków operacji z 16 marca 2010 roku. Zastanawiającym jest przy tym, że w dokumentacji medycznej z 2011 roku są zapisy o wyrównaniu kończyn po 30 lipca 2011 roku, w sytuacji, gdy późniejsze badania ponad wszelką wątpliwość wykazują różnicę w długości kończyn. Z podanych wyżej orzeczeń Sądu Najwyższego płynie nakaz interpretowania tego rodzaju rozbieżności na korzyść pacjenta – powódki.

/-/ Na oryginale właściwy podpis.-