

Sygn. akt I ACa 302/12

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 26 października 2012 r.

Sąd Apelacyjny w Łodzi I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Dorota Ochalska - Gola (spr.)
Sędziowie:	SA Małgorzata Stanek SO del. Joanna Walentkiewicz - Witkowska
Protokolant:	stażysta Joanna Płoszaj

po rozpoznaniu w dniu 26 października 2012 r. w Łodzi

na rozprawie

sprawy z powództwa **A. J. (1)**

przeciwko **Wojewódzkiemu Szpitalowi (...) w Ł.**

z udziałem interwenienta ubocznego po stronie pozwanej (...) **Spółki Akcyjnej Oddziału Okręgowego w Ł. (...)**

o zadośćuczynienie, odszkodowanie i rentę

na skutek apelacji obu stron

od wyroku Sądu Okręgowego w Łodzi

z dnia 5 stycznia 2012 r.

sygn. akt I C 773/06

1. **z apelacji pozwanego zmienia zaskarżony wyrok w punktach 1, 2 i 3 w ten sposób, że oddala powództwo;**
2. **oddala apelację pozwanego w pozostałej części oraz apelację powódki w całości;**
3. **nie obciąża powódki kosztami postępowania apelacyjnego;**
4. **przyznaje i nakazuje wypłacić ze Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Łodzi na rzecz adwokat H. C. z Kancelarii Adwokackiej w Ł. kwotę 3.321 (trzy tysiące trzysta dwadzieścia jeden) złotych brutto tytułem kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej powódce z urzędu w postępowaniu apelacyjnym.**

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 19 października 2006 roku A. J. (2) wniosła o zasądzenie od Wojewódzkiego Szpitala (...) w Ł. zadośćuczynienia w kwocie 100.000 złotych oraz odszkodowania w kwocie 130.000 złotych - z ustawowymi odsetkami od daty wniesienia powództwa do dnia zapłaty. Ponadto powódka wniosła o zasądzenie kwoty 50.000 złotych wyłożonej z góry na niezbędne koszty leczenia w przyszłości, renty na zwiększone potrzeby i z tytułu utraconych zarobków w kwocie 1.800 złotych miesięcznie, domagała się także zwrotu kosztów procesu. W uzasadnieniu pozwu wskazała, iż w czerwcu 2004 roku na Oddziale Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej w pozwanym Szpitalu przeszła operację wymiany stawu biodrowego lewego. Po tej operacji nie powróciła do zdrowia na skutek błędów w procesie leczenia.

W odpowiedzi na pozew pozwany Wojewódzki Szpital (...) w Ł. nie uznał powództwa i wniósł o jego oddalenie, a także o zasądzenie od powódki na rzecz pozwanego kosztów postępowania.

W piśmie procesowym z dnia 26 stycznia 2007 roku (...) S.A. (...) zgłosił interwencję uboczną po stronie pozwanego, nie uznał powództwa, wniósł o jego oddalenie oraz o zasądzenie na jego rzecz kosztów procesu według norm przepisanych.

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 5 stycznia 2012 roku Sąd Okręgowy w Łodzi, I Wydział Cywilny zasądził od pozwanego Wojewódzkiego Szpitala (...) w Ł. na rzecz powódki A. J. (1) kwotę 30.000 złotych z odsetkami ustawowymi od dnia 16 listopada 2006 roku tytułem zadośćuczynienia oraz kwotę 3.212 złotych z odsetkami ustawowymi od dnia 16 listopada 2006 roku tytułem odszkodowania; oddalił powództwo w pozostałym zakresie. Nie obciążył powódki kosztami procesu, a stron nieuiszczonymi kosztami sądowymi.

Powyższy wyrok zapadł w oparciu o następujące ustalenia faktyczne:

Powódka przez ponad 15 laty doznała „wypadnięcia dysku” w odcinku lędźwiowym kręgosłupa, ale zastosowane leczenie zachowawcze okazało się skuteczne. Powódka w dniu 14 kwietnia 2004 roku w nocy w czasie przewracania się na pośladki z boku na bok poczuła silny ból w okolicy kręgosłupa i lewej pachwiny, który skłonił ją do wezwania karetki PR. Lekarz podał zastrzyk przeciwbólowy i próbował „nastawić” kręgosłup powódki. Wywołało to gwałtowne zwiększenie bólu. W ciągu następnych godzin ból nadal miał tendencje do zwiększania się. Do domu powódki przyjechał lekarz specjalista rehabilitacji. Po wykonaniu iniekcji leku w okolicę kręgosłupa i próbie wstania z łóżka ból ponownie zwiększył się. Powódka przez kilka następnych dni w sposób nieprzerwany pozostawała w łóżku. Bóle uległy pewnemu zmniejszeniu i powódka przy pomocy dwóch osób towarzyszących dotarła do lekarza POZ. Największy ból występował w okolicy kręgosłupa lędźwiowo - krzyżowego i w lewej pachwinie. Powódka odczuwała niestabilność lewej kończyny dolnej. Lekarz POZ wystawił powódce skierowanie do specjalisty neurologa. W czasie oczekiwania na termin, powódka w dniu 5 maja 2004 roku wezwała karetkę PR do domu. Lekarz neurolog po badaniu powódki w dniu 10 maja 2004 roku skierował ją na ostry dyżur do szpitala (...) w Ł.. Powódka została zbadana w Izbie Przyjęć pozwanej placówki i odesłana do domu. W dniu 10 maja 2004 roku u powódki stwierdzono podejrzenie wypadnięcia jądra miazdżystego L5/S1. W zdjęciu RTG stwierdzono znaczne obniżenie przestrzeni L5/S1. Ponownie w pozwanym Szpitalu powódka stawiała się w dniu 14 maja 2004 roku. Była konsultowana przez specjalistę neurochirurga. Stwierdzono wypadnięcie jądra miazdżystego. W dniu 15 maja 2004 roku wykonano badanie TK kręgosłupa lędźwiowego. Wykazało ono jedynie niewielkie okrężne wypukliny. Po stwierdzeniu braku podstaw do tak silnych dolegliwości bólowych zasięgnięto porady specjalisty ortopedy i powódka ostatecznie została przyjęta do oddziału ortopedyczno - urazowego w szpitalu(...), gdzie w dniu 2 czerwca 2004 r. zdiagnozowano wieloodłamowe złamanie szyjki kości udowej lewej prawdopodobnie o podłożu patologicznym. Na oddziale ortopedyczno – urazowym powódka przebywała od 2 do 29 czerwca 2004 roku. Początkowo wykonano u niej badania diagnostyczne - badanie USG jamy brzusznej i sutków, które nie wykazały odchyień od normy. Badanie scyntygraficzne kośćca wykonane w dniu 7 czerwca 2006 roku wykazało wzmożone gromadzenie znacznika w obrębie trzonu i panewki

lewej kości biodrowej i w obrębie bliższej przynasady lewej kości udowej. Podejrzewano zmianę nowotworową typu przerzutowego. Zwiększenie wychwytu występowało również w okolicach obu stawów kolanowych, prawdopodobnie na skutek przeciążenia. Przed zabiegiem postawiono rozpoznanie: wieloodłamowe złamanie szyjki lewej kości udowej, prawdopodobnie patologiczne. Lekarzem prowadzącym powódkę był dr M. K. (2). Ordynatorem oddziału był dr M. K. (3). W dniu 14 czerwca 2004 roku wykonano alloplastykę lewego stawu biodrowego powódką wszczepiając bezcementową endoprotezę JJ. Zabieg przeprowadzał dr M. K. (3) i dr L. K.. Przystępując do zabiegu, dr M. K. (3) i dr L. K. podejrzewali u powódką nowotwór. Założyli sztuczną panewkę stawu nieco większą, tak aby oparła się na zdrowych tkankach kości. W czasie zabiegu lekarze nie rozpoznali złamania dna panewki. Rozpoznali ten fakt jako powikłanie śródoperacyjne dopiero po zabiegu. W opisie RTG kontrolnego po zabiegu stwierdzono protruzję panewki. Badanie histopatologiczne wycinka pobranego w trakcie operacji wykazało „rozległe zmiany zwyrodnieniowo - martwicze struktur głowy kości udowej, na powierzchni stawowej pokryte rozległym rozrostem częściowo brodawkowatym błony maziowej oraz masami włókniaka. Ogniskowo w obrębie jamy szpikowej stwierdzono włóknienie z rozproszonymi komórkami wielojądrowymi typu osteoklasta i fragmentami typu martwaków". W epikryzie w historii choroby podano, że przebieg leczenia pooperacyjnego był niepowikłany. Powódka została wypisana do domu z zaleceniami ćwiczeń operowanej kończyny według wyuczonego schematu i bezwzględny zakaz jej obciążania. Powódce zezwolono na siadanie w łóżku i spuszczenie nóg. Kontrolę w oddziale wyznaczono za cztery tygodnie. Powódka do tego czasu miała otrzymywać leki przeciwzakrzepowe. Po wypisie do domu powódka przez cztery tygodnie przestrzegała reżimu łóżkowego. Następny pobyt powódką w oddziale ortopedyczno - urazowym pozwanego Szpitala miał miejsce w dniach 27 lipca – 9 sierpnia 2004 roku. Powódka miała w domu zakładane buty derotacyjne z poprzeczką. Unieruchomienie to zostało zdjęte. Kontrolne zdjęcie RTG wykazało prawidłowe osadzenie elementów endoprotezy. Wdrożono leczenie usprawniające w postaci pionizacji i chodzenia przy pomocy dwóch kul i z markowanym obciążeniem operowanej kończyny. Powódka po kontroli zaczęła poruszać się przy pomocy wózka inwalidzkiego aż do stycznia 2005 roku. Miała także leczenie usprawniające w rehabilitacyjnym oddziale szpitalnym w Tuszynie. Przebywała tam w dniach 18 stycznia – 8 lutego 2005 roku. Stwierdzono wtedy przykurcz lewego stawu biodrowego i kolanowego, zmiany zwyrodnieniowe lewego biodra, stan po alloplastyce z powodu prawdopodobnie złamania patologicznego. Po zastosowanym leczeniu usprawniającym nastąpiła poprawa chodzenia, zmniejszyły się dolegliwości bólowe. Powódka chodziła później przy pomocy dwóch kul przez kolejne 12 miesięcy. W poradni rehabilitacyjnej miała wykonane 2 - 3 cykle zabiegów w zakresie fizjo - i fizykoterapii. Miejski ZSON w dniu 23 listopada 2004 roku zaliczył powódkę do znacznego stopnia niepełnosprawności okresowo do dnia 31 grudnia 2005 roku. W dniu 10 marca 2006 roku ZSON zaliczył powódkę do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności okresowo do 31 marca 2009 roku.

Po wyjściu ze szpitala opiekę nad powódką sprawowała sąsiadka B. G., sąsiad E. B. oraz siostra powódką - E. M.. Wykonywali oni wszystkie czynności, które były potrzebne - robili zakupy, przygotowywali posiłki. Córka powódką - P. J. (1) przebywała w tym czasie za granicą.

Powódka nadal odczuwała bóle kręgosłupa w odcinku lędźwiowo - krzyżowym. Dolegliwości zwiększają się w okresie zmian atmosferycznych. Powódka uważa, że po operacji ma dłuższą lewą kończynę dolną od prawej około 4-5 cm i nosi tej wysokości wyrównanie obuwi. Występują trudności w chodzeniu, zwłaszcza po schodach. Powódka pomaga sobie jedną kulą łokciową. Może przejść po płaskim terenie odległość ok. 200 metrów bez konieczności zatrzymania się. Okresowo przyjmuje leki przeciwbólowe.

W oparciu o pisemne i ustne opinie biegłego sądowego z zakresu ortopedii A. W. Sąd I instancji ustalił między innymi, iż na zdjęciach RTG miednicy wykonanych w dniu 2 czerwca 2004 roku widoczne było zastarzałe wieloodłamowe złamanie podłogowe szyjki lewej kości udowej. Na zdjęciu wykonanym w dniu 14 czerwca 2004 roku widoczna jest endoproteza bezcementowa JJ. Część panewkowa osadzona ok. 1 cm zbyt głęboko. Widoczne jest wieloodłamowe złamanie dna panewki z protruzją implantu ok. 4 mm w głąb miednicy mniejszej. Wyraźnie jest zniekształcenie i zwężenie przestrzeni międzytrzonowej L5/S1.

Powódka A. J. (1) w dniu 14 kwietnia 2004 roku w zakresie narządów ruchu doznała złamania patologicznego szyjki lewej kości udowej. W czasie leczenia nastąpiła nieprawidłowość w postaci założenia zbyt dużej panewki endoprotezy

lewego stawu biodrowego. Dobrano nie ten rozmiar panewki. Skutkowało to śródoperacyjnym powikłaniem w postaci wieloodłamowego złamania dna panewki lewego stawu biodrowego i zagłębieniem się (protruzją) implantu do jamy miednicy mniejszej. Złamanie dna panewki to nie jest błąd w sztuce lekarskiej, jest to powikłanie śródoperacyjne, z którym należy się liczyć przy zabiegu. Panewka była zbyt duża w stosunku do utworzonej łoży pod panewkę. Do złamania dna panewki doszło na skutek nacisku powierzchni panewki, nie zaś na skutek oczyszczania z tkanek patologicznych. Postępowanie polegające na oczyszczaniu tkanki kostnej było prawidłowe. Tkanek patologiczną należy usunąć w miarę szeroko. Gdyby panewka była dobrana właściwie to zwiększony nacisk poprzez założenie większego trzpienia skutkowałaby przykurczem stawu biodrowego, a nie złamaniem dna panewki. U powódki doszło do pełnego zrostu złamania, wszystkie elementy są dobrze zamontowane, nie ma obluźowania. Natomiast występuje ograniczenie ruchomości biodra i wydłużenie kończyny i skutkiem tego jest gorsza czynność tego stawu. Nieprawidłowość w poruszaniu się na skutek wydłużenia kończyny może powodować dolegliwości bólowe ze strony kręgosłupa i narastanie zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa. Właściwie założona panewka z dobraniem właściwego trzpienia nie powinna spowodować złamania dna i wydłużenia kończyny. Ustalenie, czy w trakcie implantacji dochodzi do złamania dna panewki jest sprawą oceną. Tego złamania nie widać w trakcie implantowania panewki sztucznej, bowiem jest „pod spodem” (pod panewką). Może być słyszalny odgłos trzasku, może być wyczuwalny moment nietypowego poddania się tkanki, ale są to sprawy ocenne.

Na podstawie tego samego dowodu z opinii biegłego A. W., Sąd Okręgowy przyjął także do ustaleń faktycznych, że założono również nieco zbyt duży trzpień i głowę endoprotezy, co skutkowało ostatecznym zwiększeniem długości względnej lewej kończyny dolnej o ok. 1,5 cm. Wydłużenia kończyny nie należy jednak traktować jako nieprawidłowości, gdyż tego rodzaju dysproporcje zdarzają się dość często i są wynikiem, z jednej strony ograniczonej ilości rozmiarów wszczepów, a z drugiej dążeniem chirurgów do uzyskania odpowiedniej stabilności stawu po implantacji endoprotezy. Występujące u powódki obecnie względne wydłużenie lewej kończyny dolnej o ok. 4 cm jest, najprawdopodobniej, wynikiem nakładania się skutków operacji oraz rotacji i asymetrycznego przechylenia miednicy na skutek skrzywienia dolnego odcinka kręgosłupa. Nie można także wykluczyć, że już przed operacją u powódki lewa kończyna była wydłużona o 1-2 cm, bowiem tego typu zmiany występują u 2-8 % populacji.

W ślad za konkluzją opinii biegłego A. W. Sąd I instancji przyjął także, że o nieprawidłowości w postaci założenia zbyt dużej panewki endoprotezy lewego stawu biodrowego świadczy zalecenie powódce tzw. reżimu łóżkowego polegającego na czterotygodniowym zakazie opuszczania łóżka, pozostawania w pozycji leżącej z kończynami unieruchomionymi w butach derotacyjnych z poprzeczką. Powódce zezwolono jedynie na siadanie z opuszczonymi kończynami dolnymi. Zalecono wykonywanie ćwiczeń stawów, ale z bezwzględnym zakazem obciążania operowanej kończyny. Dopiero po upływie 4 tygodni i kontroli w pozwanym szpitalu powódkę spionizowano i zezwolono na chodzenie przy pomocy dwóch kul i tylko z markowanym obciążeniem operowanej kończyny przez dalsze 6 tygodni. Gdyby nie było powyższej nieprawidłowości po implantacji endoprotezy podobnego rodzaju, jaki wszczepiono u powódki, pionizacja występuje już po 2-3 dniach po zabiegu. Złamanie szyjki kości udowej nawet patologiczne nie powoduje mechanicznego uszkodzenia panewki stawu i nie skutkuje koniecznością kilkumiesięcznego odciążania operowanego biodra po wszczępieniu endoprotezy. Postępowanie jakie miało miejsce u powódki w pozwanym szpitalu jest typowe, ale dla zaistnienia powikłania w postaci niekontrolowanego uszkodzenia dna panewki.

Ostatecznie Sąd Okręgowy ustalił, że u powódki doszło do nadmiernego zagłębienia sztucznej panewki i niekontrolowanego wyłamania środkowej części dna panewki kostnej. Uszczerbek na zdrowiu powódki w zakresie uszkodzeń narządów ruchu związany ze skutkami nieprawidłowości w leczeniu w pozwanym Szpitalu w czerwcu 2004 roku w postaci ograniczenia ruchomości stawu jest stały i wynosi obecnie 10 %. Ostateczny uszczerbek na zdrowiu osiągnął u powódki wielkość 50 %, ale 40 % przypada na uszczerbek powstały w związku z urazem lewego stawu biodrowego. Innymi słowy przy prawidłowo wykonanym zabiegu implantacji endoprotezy nie należy oczekiwać niższego uszczerbku niż 40 % zwłaszcza u osób, które jak powódka, dotknięte są wcześniejszymi schorzeniami kręgosłupa.

Nieprawidłowości w leczeniu powódki w pozwanym szpitalu skutkowały wydłużeniem jej cierpień o ok. 2 miesiące i zwiększeniem z tym związanych kosztów. Było to związane z odczuwalnym bólem, koniecznością długotrwałego

odciążania operowanej kończyny, ograniczeniami sprawności. Koszt przyjmowanych przez powódkę w sposób okresowy leków o działaniu przeciwbólowym mógł zamknąć się w kwocie 30,00 zł miesięcznie. Przy systematycznym ich stosowaniu koszt mógł wynosić ok. 100,00 zł miesięcznie. Ze względu na nieprawidłowości w leczeniu powódka wymagała systematycznej i bardzo szerokiej pomocy innych osób przez dwa miesiące. Z uwagi na te nieprawidłowości powódka nie ma zwiększonych innych potrzeb, nie wymaga dalszego leczenia specjalistycznego, nie musi ponosić żadnych kosztów poza kosztami leków przeciwbólowych przez okres 2 miesięcy i kosztami opieki osób trzecich przez okres 2 miesięcy.

Aktualny stan zdrowia powódki jest dobry. Powódka może pracować, nie powinna wykonywać jedynie prac, które zmuszają do długotrwałego stania, chodzenia, przenoszenia znacznych ciężarów. Gdyby powódka miała wszczepioną endoprotezę bez powikłań to też takich prac nie mogłaby wykonywać. Fakt zaistnienia powikłania w znaczącym zakresie nie ogranicza możliwości powódki wykonywania pracy. Wydatki powódki nie wzrosły w znaczącym zakresie na skutek powikłania, w stosunku do wydatków, które ponosiłaby na skutek prawidłowego założenia endoprotezy. Aktualnie rehabilitacja powódki wiąże się dolegliwościami typu subiektywnego i w sposób znaczący nie poprawi jej stanu zdrowia nawet przy poddawaniu się intensywnym zabiegom usprawniającym. Zabiegi rehabilitacyjne nie poprawią zakresu ruchomości. Z uwagi na powikłanie nie występuje konieczność ponoszenia dodatkowego kosztu leków przeciwbólowych. Ponowna operacja i założenie innej endoprotezy teoretycznie może poprawić sprawność powódki, lecz w tak niewielkim zakresie, że podejmowanie ryzyka powikłań związanych z każdym zabiegiem jest zbyt duże. Brak jest także dostatecznych podstaw do stwierdzenia, że powódka przebywając w pozwanym szpitalu w sierpniu 2003 r. po podaniu, że uległa wypadkowi na skutek potrącenia przez rowerzystę została niewłaściwie leczona.

Powódka w dniu 6 lipca 2005 r. zgłosiła się do Poradni Zdrowia Psychicznego Jako chorobę zasadniczą rozpoznano zaburzenia adaptacyjne o obrazie depresyjno-lękowym. Wymieniane przez powódkę objawy, które były powodem zgłoszenia się do PZP wskazują na zaburzenia adaptacyjne, a ze względu na długotrwały przebieg po okresie przekraczającym sześć miesięcy należało rozpoznać reakcję depresyjną przedłużoną. Zaburzenia psychiczne, które rozwinęły się u powódki mają związek z leczeniem w Szpitalu im. (...). Przed leczeniem w tym szpitalu nie leczyła się u psychiatry, ani nie wymagała tego rodzaju pomocy.

Nie można dokonać oceny procentowej stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu powódki, ponieważ zaburzenia adaptacyjne, które występują u powódki nie są następstwem urazów i wypadków, w których doszłoby do trwałych uszkodzeń OUN, takich jak: utrwalone nerwice związane z urazem czaszkowo-mózgowym i ujawnienie się psychozy w następstwie ciężkiego stresu a także nie są zaburzeniami neurologicznie i psychicznie uwarunkowanymi organicznie.

Powódka od 2005 roku do chwili obecnej jest na zasiłku z MOPS w kwocie 444 zł. Ma orzeczenie o stopniu niepełnosprawności od 2005 roku, przyznane do 2013 roku. Nie przysługuje jej prawo do renty z uwagi na niewypracowane lata. Przed operacją pracowała jako sprzedawca w sklepie z używaną odzieżą. Po operacji nie podjęła pracy, utrzymuje się z zasiłku oraz prac chałupniczych. Z tego tytułu osiąga dochód w wysokości 300-400 zł miesięcznie. Powódka korzysta z pomocy finansowej córki. Powódka leczy się psychiatrycznie w Przychodni Rejonowej w Ł. przy ul. (...). Nie dysponuje rachunkami za korzystanie z prywatnej rehabilitacji. Zakupiła wózek inwalidzki za kwotę 600 zł, kule za kwotę 50 zł i basen za 40 zł.

Oceniając zebrany w sprawie materiał dowodowy Sąd Okręgowy wskazał, iż dokonując ustaleń faktycznych co do nieprawidłowości w leczeniu powódki, uszczerbku na zdrowiu i zwiększonych potrzeb dokonał wyłącznie w oparciu o opinię biegłego sądowego z zakresu ortopedii A. W.. W ocenie Sądu I instancji, biegły przekonywująco uzasadnił fakt, iż u powódki w trakcie zabiegu doszło do wieloodłamowego złamania dna naturalnej panewki stawu biodrowego na skutek wprowadzenia zbyt dużej panewki endoprotezy. Nadto Sąd Okręgowy podzielając wnioski opinii biegłego A. W. podkreślił, iż zalecenie zastosowania przez powódkę po opuszczeniu szpitala tzw. reżimu łóżkowego, było skutkiem zaistnienia powikłania w postaci niekontrolowanego uszkodzenia dna panewki. Przy braku tego powikłania po implantacji endoprotezy totalnej takiego rodzaju, jaki wszczepiono u powódki, pionizacja następuje już po 2-3 dniach po zabiegu.

Na podstawie tak zakreślonej podstawy faktycznej Sąd I instancji uznał, że powództwo zasługuje na uwzględnienie co do zasady. Wskazał, iż podstawą odpowiedzialności pozwanego szpitala jest przepis art. 420 k.c. i art. 417 k.c. w brzmieniu obowiązującym do dnia 1 września 2004 roku tj. do dnia wejścia w życie ustawy z dnia 17 czerwca 2004 r. o zmianie ustawy Kodeks cywilny raz niektórych innych ustaw (Dz.U. Nr 162, poz. 1692).

Sąd Okręgowy wskazał, iż w świetle opinii biegłego A. W. fakt powstania szkody u powódki nie budzi wątpliwości. Stwierdzono bowiem u powódki uszczerbek na zdrowiu wynoszący 10% w zakresie uszkodzeń narządu ruchu związany ze skutkami nieprawidłowego leczenia. Wobec tego w pozwanym Szpitalu w czasie operacji w dniu 14 czerwca 2004 roku nastąpiły nieprawidłowości przy wykonywaniu powierzonych czynności, wskutek których doszło do uszczerbku na zdrowiu powódki w zakresie uszkodzeń narządów ruchu. Z tych względów Sąd I instancji uznał, że spełnione zostały opisane w art. 420 k.c. przesłanki konieczne do przypisania pozwanemu odpowiedzialności za szkodę, jakiej doznała powódka.

Na podstawie art. 445 § 1 k.c. Sąd Okręgowy uznał, iż z uwagi na rozmiar doznanej przez A. J. (1) krzywdy odpowiednią kwotą zadośćuczynienia jest kwota 30.000 zł. Określając wysokość należnego zadośćuczynienia Sąd I instancji uwzględnił między innymi, iż u powódki nie udało się odtworzyć prawidłowego kształtu stawu na skutek nieprawidłowości w leczeniu. Dzięki temu występują zwiększone zaburzenia czynnościowe i zespół bólowy. Jednocześnie jednak doszło do pełnego zrostu złamania dna panewki, wszystkie elementy endoprotezy są dobrze zamontowane i nie ma obluźowania. Nie ma także podstaw, aby wydłużenie kończyny występujące aktualnie u powódki wiązać z nieprawidłowościami w procesie leczenia. Tego rodzaju dysproporcje zdarzają się dość często i są wynikiem z jednej strony ograniczonej ilości rozmiarów wszczepów, a z drugiej dążeniem chirurgów do uzyskania odpowiedniej stabilności stawu po implantacji endoprotezy. Stan zdrowia powódki wynika przede wszystkim z patologicznego złamania, na skutek którego powódka poniosła uszczerbek na zdrowiu w wysokości 40 %. Występujące u powódki zaburzenia psychiatryczne – reakcja depresyjna przedłużona, mają co prawda związek z leczeniem w pozwanej placówce, ale nie da się oddzielić, w jakim stopniu zaburzenia te są związane z nieprawidłowościami stwierdzonymi przez biegłego A. W., a w jakim z samym leczeniem patologicznego złamania. Nadto przy określeniu wysokości zadośćuczynienia Sąd I instancji wziął po uwagę to, że uszczerbek na zdrowiu powódki w zakresie uszkodzeń narządów ruchu związany ze skutkami nieprawidłowości w leczeniu w pozwanym szpitalu w czerwcu 2004 roku jest stały i wynosi obecnie 10% , a owe nieprawidłowości wydłużyły proces leczenia i cierpienia powódki o około 2 miesiące. W pozostałym zakresie żądanie zadośćuczynienia jako niezasadne podlegało oddaleniu.

W oparciu o art. 444 § 1 k.c. Sąd Okręgowy zasądził od pozwanego szpitala na rzecz powódki kwotę 3.212 zł tytułem odszkodowania, na które złożył się koszt opieki – 2.412 zł, koszty leków – 200 zł, zakup wózka inwalidzkiego – 600 zł. W pozostałym zakresie żądanie pozwu co do odszkodowania nie zostało wykazane zwłaszcza, że z opinii biegłego A. W. wynika, iż z uwagi na wskazane nieprawidłowości w procesie leczenia powódka nie wymagała dodatkowego leczenia i rehabilitacji, a wydatki powódki nie są większe na skutek powikłania aniżeli po założeniu endoprotezy. Z tych samych przyczyn oddaleniu podlegało powództwo w zakresie roszczenia o rentę wyrównawczą i na zwiększone potrzeby. Potrzeby powódki są spowodowane samym faktem wszczepienia endoprotezy i gdyby nie wystąpiły nieprawidłowości byłyby takie same. Podobnie tożsame są ograniczenia w wykonywaniu pracy zarobkowej.

Sąd I instancji nie znalazł również podstaw dla uwzględnienia na podstawie art. 444 § 1 zdanie drugie k.c. roszczenia o wyłożenie kosztów leczenia w kwocie 50.000 zł. Nie ma bezwzględnych wskazań dla kolejnej operacji, a ryzyko ewentualnych powikłań jest zbyt duże.

O odsetkach ustawowych orzeczono na podstawie art. 481 § 1 k.c. , zasądzając je od dnia doręczenia stronie pozwanej odpisu pozwu.

Orzeczenie o kosztach zapadło w oparciu o art. 102 k.p.c. i art. 113 ust. 4 ustawy z dnia 28 lipca 2005 roku o kosztach sądowych w sprawach cywilnych. Na podstawie przepisu § 2 i § 6 pkt 7 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 roku w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów

nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu Sąd Okręgowy przyznał pełnomocnikowi powódki ustanowionemu z urzędu wynagrodzenie.

Apelację od powyższego wyroku wniosły obie strony.

Pozwany zaskarżył powyższy wyrok w całości, zarzucając:

I. obrazę przepisów prawa procesowego, która miała istotny wpływ na treść rozstrzygnięcia, a to:

1. art. 233 § 1 k.p.c. przez jego niezastosowanie, które polegało na braku dokonania wszechstronnego rozważenia materiału dowodowego poprzez:

a) brak jakiegokolwiek analizy opinii wydanych przez biegłego P. J. (2) i Instytut – (...)w K. zarówno w zakresie ich wiarygodności, jak i mocy tychże dowodów, choć obie powyższe opinie kwestionowały brak nieprawidłowości w procesie leczenia powódki, pozostając tym samym w całkowitej sprzeczności z opinią biegłego A. W. (2), co uniemożliwia przeprowadzenie kontroli instancyjnej wydanego rozstrzygnięcia;

b) dokonanie jedynie wybiórczej analizy opinii biegłego A. W. polegające na pominięciu stwierdzeń odnoszących się do dochowania przez pozwanego należytej staranności przy leczeniu powódki;

2. art. 233 w zw. z art. 278 § 1 i art. 286 k.p.c. poprzez dowolne danie wiary opinii biegłego A. W., przy pominięciu opinii innych biegłych, w sytuacji gdy powyższa opinia obejmująca opinię podstawową i opinie uzupełniające jest wewnętrznie sprzeczna w zakresie wskazywanych przez biegłego nieprawidłowości w leczeniu powódki, stanowiących przypisanie pozwanemu winy;

3. art. 328 § 2 k.p.c. poprzez brak wskazania przyczyn dla których Sąd orzekający odmówił wiarygodności i mocy dowodowej opinii wydanych przez biegłego P. J. (3) i Instytut- (...) w K.;

II. błąd w ustaleniach faktycznych przyjętych za podstawę rozstrzygnięcia polegający na:

1. ustaleniu , że część panewkowa endoprotezy bezcementowej JJ osadzona jest około 1 centymetr zbyt głęboko, co doprowadziło do wieloodłamowego złamania dna panewki, którego to ustalenia Sąd dokonał w oparciu o opinię biegłego A. W., ten zaś jak wskazał w opinii, oparł się jedynie na zdjęciu RTG z 14 czerwca 2004 roku, a w toku dalszego postępowania przyznał, że „pomiar jest rzeczą względną na zdjęciu RTG”;

2. ustaleniu, że u powódki doszło do śródoperacyjnego powikłania - wieloodłamowego złamania dna panewki, podczas gdy zgromadzony materiał dowodowy nie pozwala na wyprowadzenie takich wniosków;

3. ustaleniu, że u powódki nastąpiła nieprawidłowość w leczeniu polegająca na założeniu zbyt dużej panewki endoprotezy lewego stawu biodrowego, w oparciu o opinię biegłego A. W., w sytuacji gdy ustalenia opinii w powyższym zakresie są niespójne;

4. ustaleniu, że pozwany ponosi winę za powstałą u powódki szkodę, mimo że ze zgromadzonego materiału dowodowego wynika, że jedynie jeden biegły uznał, że w czasie leczenia nastąpiła nieprawidłowość, która nie stanowiła jednak błędu w sztuce, przy jednoczesnym przyjęciu, że pozwany dochował należytej staranności przy leczeniu powódki;

III. obrazę przepisów prawa materialnego, to jest:

1. art. 445 § 1 k.c. poprzez zasądzenie zadośćuczynienia w rażąco wygórowanej wysokości, nieuwzględniającej aktualnych warunków oraz stopy życiowej społeczeństwa kraju, w którym mieszka poszkodowany, jak również nieuwzględniającej warunków majątkowych powódki;

2. art. 481 § 1 k.c. w zw. z art. 445 § 1 k.c. oraz art. 817 § 1 i 2 k.c. przez błędną wykładnię polegającą na przyjęciu, że zasądzenie zadośćuczynienia następuje wraz z ustawowymi odsetkami od dnia doręczenia pozwanemu odpisu pozwu, nie zaś od dnia wyrokowania.

W konkluzji apelujący wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie od powódki na swoją rzecz zwrotu kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa adwokackiego za obie instancje. Skarżący sformułował ewentualny wniosek o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi I instancji z obowiązkiem orzeczenia o kosztach postępowania odwoławczego.

Powódka zaskarżyła wyrok w części, to jest w zakresie punktu od 1 do 3, zarzucając mu naruszenie przepisów postępowania, a w szczególności art. 233 § 1 k.p.c. przez nierozważenie całości zebranego materiału dowodowego, w szczególności przez pominięcie w całości opinii biegłej psychiatry E. K., opinii P. J. (2) w części dotyczącej czasookresu i rozmiaru cierpień powódki, niezbędnej pomocy osób trzecich oraz możliwości zarobkowych po zabiegu, a także pominięcie faktu popełnienia przez pozwanego także błędu decyzyjnego w dniach 10 i 14 maja 2004 roku, a w konsekwencji zasądzenie zaniżonych kwot zadośćuczynienia i odszkodowania oraz uznania za niezasadne domagania się przez powódkę renty oraz wyłożonej z góry kwoty na pokrycie niezbędnych kosztów leczenia w przyszłości.

W konkluzji apelująca wniosła o zmianę wyroku przez zasądzenie od pozwanego na rzecz powódki:

- tytułem zadośćuczynienia kwoty 100.000 złotych z ustawowymi odsetkami od dnia 16 listopada 2006 roku;
- tytułem odszkodowania kwoty 14.600 złotych oraz kwoty 50.000 złotych wyłożonej z góry na niezbędne koszty leczenia w przyszłości z ustawowymi odsetkami od dnia 16 listopada 2006 roku;
- renty w kwocie po 1.800 złotych miesięcznie płatnej z góry do 10 każdego miesiąca z ustawowymi odsetkami w przypadku zwłoki, począwszy od dnia wniesienia pozwu;
- kosztów procesu według norm przepisanych.

Ponadto wniosła o przyznanie pełnomocnikowi powódki ustanowionemu z urzędu kosztów udzielonej pomocy prawnej, które nie zostały pokryte ani w całości ani w części.

Sąd Apelacyjny akceptuje i w tej części przyjmuje za własne ustalenia Sądu I instancji dotyczące zdarzenia z dnia 14 kwietnia 2004 roku i przebiegu diagnostyki schorzenia powódki do dnia 2 czerwca 2004 r., kiedy to A. J. (1) znalazła się na oddziale chirurgiczno – urazowym pozwanego Szpitala, a także czynności diagnostycznych, zabiegu operacyjnego oraz rehabilitacji w pozwanym Szpitalu w okresie od 2 do 29 czerwca 2004 r. oraz od dnia 27 lipca do dnia 8 września 2004 r. W oparciu o zebrany w toku postępowania przed Sądem Okręgowym i nie kwestionowany materiał dowodowy, Sąd Apelacyjny dokonał jedynie następujących uzupełniających ustaleń w tym zakresie, uznając przywołane dowody za w pełni wiarygodne:

W trakcie wizyt Pogotowia Ratunkowego u powódki w dniach 14 kwietnia 2004 r. i 5 maja 2004 r. lekarze udzielający doraźnej pomocy diagnozowali dyskopatię lędźwiową (karty informacyjne k 121). W dniu 30 kwietnia 2004 r. dr. M. B. – Wojewoda z Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy wystawiła powódce skierowanie do szpitala na oddział neurologiczny z rozpoznaniem rwa kulszowa lewostronna (skierowanie k 17). Kolejne skierowanie do szpitala na oddział neurochirurgiczny z tożsamym rozpoznaniem wystawiła w dniu 10 maja 2004 r. dr. E. G. – B. także z Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy (skierowanie k 15). W tym dniu powódka została przebadana w pozwanym Szpitalu przez specjalistę neurochirurga dr. Z. P. i dr. A. K., którzy stwierdzili brak wskazań do leczenia w ramach ostrego dyżuru neurochirurgicznego i wskazanie do diagnostyki na oddziale neurologicznym (adnotacja na skierowaniu k 65 V). W tym samym dniu na szpitalnym oddziale ratunkowym pozwanej placówki powódka została poddana badaniu przez lekarza neurologa i lekarza chirurga. Lekarz neurolog odnotował w karcie, że pacjentka zgłasza bóle odcinka l-s kręgosłupa promieniujące do lewej kończyny dolnej. W trakcie konsultacji zbadano u powódki objaw Laseque`a kończyny dolnej lewej. Stwierdzono znaczne obniżenie przestrzeni L5 - S1 i odnotowano,

że chora została skierowana do oddziału neurologii Szpitala im. (...) (karta informacyjna k 18). Kolejne skierowanie do szpitala na oddział neurochirurgiczny wystawiła powódce w dniu 24 maja 2004 r. dr. S. B. ze Spółdzielni Pracy Lekarzy Specjalistów w Ł. z rozpoznaniem wielopoziomowej dyskopatii lędźwiowej (skierowanie k 25).

W chwili przyjęcia powódki do pozwanego Szpitala w dniu 2 czerwca 2004 r. złamanie szyjki kości udowej lewej było zastarzałe, mogło nastąpić orientacyjnie około 10 dni wcześniej. Za zastarzałe uznaje się każde złamanie po upływie 24 godzin (zeznanie świadka M. K. k 178, opinia biegłego A. W. k 187). Przystępując do zabiegu wszczepienia endoprotezy u powódki lekarze w oparciu o wyniki badań radiologicznych i scyntygraficznych podejrzewali proces nowotworowy. Zabieg w takich przypadkach jest trudny i wymaga bardzo dokładnego oczyszczenia tkanek, które wydają się być zmienione patologicznie tak długo jak nie otrzyma się zdrowej kości. W tego rodzaju zabiegach zakłada się nieco większą sztuczną panewkę, tak by oparła się na zdrowych tkankach. W trakcie operacji nie można rozstrzygnąć przyczyny patologicznego rozrostu tkanek tj. ustalić czy jest to zmiana nowotworowa złośliwa, łagodna, czy też jedynie rozrost nieprawidłowej tkanki. Stąd w trakcie operacji pobrano wycinek tkanki poddany następnie badaniu histopatologicznemu (zeznanie świadka M. K. k 280, zeznanie świadka M. K. k 149). W chwili wypisywania powódki ze Szpitala w dniu 29 czerwca 2004 r. wynik badania histopatologicznego nie był jeszcze znany, gdyż ten wysłano z Zakładu (...) w Ł. dopiero w dniu 30 czerwca 2004 r. (wynik badania histopatologicznego k 19). Zalecenie leżenia wskazane w karcie wypisu ze Szpitala w dniu 29 czerwca 2004 r. wynika z przyjętej przez lekarzy praktyki, zgodnie z którą po około 6 tygodni leżenia po tego rodzaju zabiegach, jak u powódki, pacjenci są sprowadzani ponownie do Szpitala celem pionizacji i nauki chodzenia (zeznanie świadka M. K. k 178). W przypadku powódki zalecenie leżenia przez okres 6 tygodni wynikało ze znacznych zmian w obrębie miednicy (zeznanie świadka M. K. k 149).

W karcie informacyjnej pobytu powódki na oddziale chirurgii urazowo – ortopedycznej pozwanego Szpitala w okresie od 27 lipca do 9 sierpnia 2004 r. odnotowano, że po zdjęciu unieruchomienia, wdrożono u pacjentki ćwiczenia mięśni i stawów oraz pionizację, a następnie chodzenie przy pomocy kul z markowanym obciążeniem kończyny dolnej lewej (karta informacyjna k 32 – 39).

W oparciu o materiał dowodowy zebrany przed Sądem I instancji, a także na podstawie uzupełniającej opinii Instytutu (...) przeprowadzonej w postępowaniu odwoławczym, Sąd Apelacyjny dokonał następujących własnych odmiennych ustaleń faktycznych dotyczących prawidłowości procesu leczenia powódki w pozwanym Szpitalu:

Operacja wszczepienia protezy bezcementowej typu J-J. C. przeprowadzona u powódki w dniu 14 czerwca 2004 roku w Wojewódzkim Szpitalu (...) w Ł. była trudna technicznie. Podczas operacji stwierdzono rozrost tkanki łącznej jak i osteolizę kostną w obrębie panewki. W tych warunkach wykonanie implantacji protezy bezcementowej przez poszerzenie obwodu panewki następuje przez odpowiednie frezy, które muszą odsłonić zdrową gąbczastą kość, w którą stabilizuje się panewkę protezy. Trudno operatorowi zarzucić nieprawidłowe osadzenie panewki, czy też dobór jej wielkości, która wymuszona jest przez warunki kliniczne w obrębie operowanego stawu. W przypadku powódki dobra stabilizacja brzegów panewki protezy spowodowała osadzenie panewki protezy i tym samym uraz okołoperacyjny w postaci złamania dna panewki podczas jej wkręcania w kości gąbczastej. U powódki zaistniało wymuszenie frezowania panewki o dużym wymiarze ze względu na jakość jej kości, co spowodowało zmniejszenie dna panewki. W efekcie musiało zostać powiększone łożo do wkręcenia panewki i dlatego jej wymiar na radiogramach jest większy. Siła potrzebna do stabilizacji panewki stawu u powódki prawdopodobnie spowodowała uraz dna panewki kostnej w postaci złamania, które podczas operacji jest nie do określenia i jest niesłyszalne dla operatora. Nie ma innej możliwości złamania dna panewki, jak podczas jej wkręcania. Złamanie dna panewki należy potraktować jako normalne następstwo przy założeniu, że były zmiany patologiczne w obrębie stawu biodrowego. Stabilizacja protezy jako całości jest prawidłowa, mimo zagłębienia części panewkowej protezy około 0,5 cm. Złamanie dna panewki stawu biodrowego lewego zostało stwierdzone po wykonaniu RTG w dniu 14 czerwca 2004 roku (opinia pisemna biegłego P. J. k. 380-382; pisemna opinia uzupełniająca biegłego P. J. k. 473-474; ustna opinia uzupełniająca biegłego P. J. k. 500-502).

Dobranie implantu o większej średnicy było działaniem prawidłowym i ma skutecznie zapobiegać obłuzowaniu protezy panewki, jak i ewentualnemu przemieszczaniu się panewki protezy do miednicy mniejszej. O rozmiarze

implantu decyduje chirurg po usunięciu biologicznego biodra i ostatecznym przygotowaniu operacyjnym miejsca pod panewkę sztuczną. Niewielkie obserwowane przemieszczenie endoprotezy panewki do miednicy mniejszej należy wiązać z uwarunkowaniami anatomicznymi i osłabieniem struktury kostnej biologicznej panewki, jakie występowały u powódki, a nie nieprawidłowością techniki operacyjnej. Gdyby doszło do wieloodłamowego złamania dna panewki na skutek nieprawidłowego pogłębienia panewki, to panewka w całości przemieściłaby się do wnętrza miednicy mniejszej. Doszłoby do utraty stabilności osadzenia panewki, zwicznienia stawu biodrowego i powódka wymagałaby ponownej skomplikowanej operacji z użyciem przeszczepów kostnych. Leczenie złamania szyjki kości udowej lewej u powódki ocenić należy jako prawidłowe (pismna opinia Instytutu (...) k. 619-622; ustna opinia uzupełniająca biegłego P. K. k. 673, 730v, 732)

Wydłużenie kończyny lewej powódki o pomiarze względnym 1 cm nie ma związku z osadzeniem panewki, jej rozmiarem i złamaniem panewki. Nie może być postrzegane w kategoriach nieprawidłowego postępowania lekarskiego w leczeniu protezoplastyką związaną z ograniczoną możliwością ingerencji w struktury kostne pacjenta. Nie da się określić długości kończyny lewej powódki przez zabiegiem. Wydłużenie kończyny nie powinno skutkować zmianami patologicznymi na zdrowiu powódki w przyszłości. Ograniczenie ruchu w obrębie stawu biodrowego pozostaje w związku z operacją. Ograniczenie ruchu w odcinku lędźwiowym nie pozostaje w związku z operacją.

(pismna opinia uzupełniająca biegłego P. J. k. 473-474, pismna opinia Instytutu (...)k. 619-622; ustna opinia uzupełniająca biegłego P. K. k. 675)

Powódka na skutek złamania patologicznego szyjki kości udowej lewej poniosła trwałe uszczerbek na zdrowiu – 40%, który jest wyłącznie następstwem choroby samoistnej, jaką jest złamanie w obrębie martwiczo zwyrodnieniowo zmienionego stawu biodrowego lewego. Natomiast nie poniosła uszczerbku na zdrowiu wskutek podjętego leczenia i z tego też powodu nie wymagała pomocy osób trzecich.

(opinia pismna biegłego P. J. k. 380-382; pismna opinia Instytutu (...)k. 619-622)

Wykonane w dniu 10 maja 2004 roku u powódki badanie objawu Laseque`a, stwierdziło jego obecność w lewej kończynie dolnej. Badanie polega na zgięciu kończyny w stawie biodrowym do kąta 90-110 stopni oraz w kolanie do kąta 110-120 stopni i powolne prostowanie zgiętego kolana i ocena pod jakim kątem pojawiają się dolegliwości bólowe. W dniu 10 maja 2004 roku nie istniało u powódki złamanie szyjki kości udowej lewej, w przeciwnym razie niemożliwe byłoby wykonanie wymienionego badania albowiem próba zgięcia kończyny w biodrze powodowała by powstanie silnego bólu uniemożliwiającego przeprowadzenie badania. W dacie tego badania nie mogło mieć miejsce złamanie szyjki głowy kości udowej także z uwagi na niemożliwe do pominięcia w badaniu fizykalnym charakterystyczne ułożenie kończyny w przypadku złamań tego rodzaju. Stwierdzone u powódki dolegliwości bólowe mogły być wynikiem zaostrenia stwierdzonych zmian dyskopatycznych, brano także pod uwagę możliwość naczyniowego pochodzenia bólu , czego dowodzi konsultacja chirurgiczna. Nie można także pominąć, że staw biodrowy powódki był już w tym momencie znacznie zmieniony (vide wyniki badania histopatologicznego) i również on mógł dawać dolegliwości bólowe. W tym okresie obraz schorzenia nie był jednoznaczny , a pozwany nie popełnił błędu nierozpoznania złamania szyjki kości udowej lewej. Postępowanie personelu medycznego pozwanego Szpitala w dacie badania powódki w dniach 10 i 14 maja 2004 roku było prawidłowe i nacechowane oczekiwaną starannością. Przyjmując hipotetycznie, że gdyby w tych datach wykonano zdjęcie miednicy ze stawami biodrowymi lub stawu biodrowego lewego, do których nie było jednak z punktu widzenia wiedzy ex ante wskazań, stwierdzono by zawansowane zmiany zwyrodnieniowe stawu biodrowego lewego, co powodowałoby wpisanie powódki na listę oczekujących na zabieg założenia endoprotezy. Samo stwierdzenie zmian nie stanowi wskazań do operacji protezoplastyki biodra w ramach ostrego dyżuru.

(pismna opinia uzupełniająca Instytutu (...)k.866-867; opinia ustna uzupełniająca biegłego P. K. k. 677)

Samo złamanie, którego doznała powódka w obrębie panewki nie stanowiło żadnych przeciwwskazań do wstrzymania rehabilitacji (ustna uzupełniająca opinia biegłego P. J. (2) k. 501).

Biorąc pod uwagę nieznaną przyczynę złamania patologicznego szyjki kości udowej lewej u powódki, przedłużenie okresu nie obciążania operowanej kończyny i ułożenia jej w derotacji było w tym przypadku całkowicie uzasadnione. W stawie biodrowym toczył się od dłuższego czasu proces patologiczny o nieznanym etiologii. Potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego duże zmiany patologiczne w stawie biodrowym musiały spowodować znaczne osłabienie mechaniczne jego elementów kostnych. W tej sytuacji zbyt wczesne obciążanie stawu po przeprowadzonej operacji, przy istniejącym osłabieniu struktury kostnej panewki, mogło naruszyć stabilność endoprotezy i spowodować jej obluzowanie. Dłuższy niż przeciętnie okres odciążenia stawu biodrowego pozwolił na lepszą konsolidację endoprotezy i leprze jej związanie z łożyskiem kostnym. Było to działanie na korzyść chorej, które pozwoliło na uniknięcie poważnego powikłania, jakim jest obluzowanie lub zwchnięcie endoprotezy. W przypadku stwierdzenia zmian patologicznych w obrębie operowanego stawu biodrowego, zagrażających stabilności endoprotezy, chirurg musi odstąpić od przyjętych schematów i wybrać sposób postępowania bezpieczny dla chorego, pozwalający na zmniejszenie ryzyka wystąpienia powikłań pooperacyjnych (pisemna opinia uzupełniająca Instytutu (...)k 762 -763).

Powyższych ustaleń faktycznych Sąd Apelacyjny dokonał w oparciu o pisemne i ustne opinie sporządzone przez biegłego P. J. (2) oraz przez Instytut (...)w K., uznając je za jasne, logiczne i w pełni miarodajne. Z uwagi na tożsamość argumentacji, szczegółowa ocena tych dowodów, a także dowodu z opinii pisemnych i ustnych biegłego sądowego A. W., zostanie przedstawiona w dalszej części uzasadnienia w ramach rozważań poświęconych ocenie przywołanego w apelacji strony pozwanej zarzutu naruszenia prawa procesowego tj. art. 233 w zw. z art. 278 § 1 i art. 286 k.p.c.

Sąd Apelacyjny odmówił wiary twierdzeniom powódki w zakresie w jakim podała, że w okresie do stycznia 2005 roku z przyczyn obiektywnych uzasadnionych stanem operowanej kończyny nie była w stanie samodzielnie się poruszać nawet po mieszkaniu i musiała korzystać w tym celu z wózka inwalidzkiego i pomocy osób trzecich. Powyższe depozycje powódki pozostają w sprzeczności z dokumentacją medyczną z pobytu powódki w pozwanym Szpitalu na przełomie lipca i sierpnia 2004 roku, z której wynika, że już wówczas zastosowano pionizację powódki i naukę chodzenia oraz że powódka poruszała się przy pomocy kul łokciowych z markowanym obciążeniem KDL. Warto także zwrócić uwagę na załączoną do akt sprawy historię choroby z Poradni Chirurgicznej z dnia 24 listopada 2004 roku (k 58-59) , gdzie badający powódkę lekarz odnotował, iż tylko z wywiadu przeprowadzonego z pacjentką wynika, że nie może się ona samodzielnie poruszać, natomiast w trakcie badania sprawnie przemieszczała się z fotela na leżankę na jednej nodze. Badający powódkę lekarz nie znalazł żadnych przeciwwskazań dla poruszania się A. J. przy pomocy kul łokciowych i takie zalecenie umieścił w historii choroby. Podkreślić trzeba, że obiektywne wskazania dla pozostawiania powódki w unieruchomieniu przez okres blisko pół roku nie wynikają także z żadnej z przeprowadzonych w sprawie opinii biegłych sądowych.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

W pierwszej kolejności wypada rozważyć argumenty apelacji strony pozwanej, nakierowane na podważenie samej zasady odpowiedzialności Wojewódzkiego Szpitala (...) w Ł., bowiem nie budzi wątpliwości, że analiza ta przełoży się na ocenę zarzutów apelacji powódki, w ramach których kwestionowana jest jedynie wysokość zasądanego roszczenia.

W ocenie Sądu Apelacyjnego, apelacja pozwanego okazała się zasadna, za wyjątkiem żądania zmiany zaskarżonego wyroku w zakresie rozstrzygnięcia o kosztach procesu.

Podnosząc zarzut naruszenia prawa procesowego tj. art. 233 § 1 k.p.c., art. 278 k.p.c. i art. 286 k.p.c. oraz art. 328 § 2 k.p.c. , a także zarzut błędów w ustaleniach faktycznych, polegającego na wyprowadzeniu tych ustaleń z wadliwego ocenionego materiału dowodowego, skarżący stara się podważyć podstawę faktyczną rozstrzygnięcia przyjętą w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku, która w efekcie przełożyła się na przypisanie stronie pozwanej odpowiedzialności deliktowej za nieprawidłowości w procesie leczenia powódki.

Zasada swobodnej oceny dowodów określona w przepisie art. 233 k.p.c. wyraża się w ocenie dokonanej według własnego przekonania Sądu, opartego na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału dowodowego. Jej istotną cechą jest bezstronność, brak arbitralności i dowolności, przestrzeganie zasad logicznego rozumowania

i zasad doświadczenia życiowego w wyciąganiu wniosków. Wszechstronne rozważenie zebranego materiału oznacza natomiast uwzględnienie wszystkich dowodów przeprowadzonych w postępowaniu oraz wszystkich okoliczności towarzyszących przeprowadzaniu poszczególnych środków dowodowych, a mających znaczenie dla ich mocy dowodowej i wiarygodności. Jednocześnie na Sądzie spoczywa obowiązek przeprowadzenia selekcji dowodów, to jest dokonania wyboru tych, na których się oparł, i ewentualnie odrzucenia innych, którym odmówił wiarygodności i mocy dowodowej. Natomiast uzasadnienie wyroku, według wiążącej dyrektywy wynikającej z art. 328 § 2 k.p.c., powinno wskazywać między innymi przyczyny, dla których Sąd przeprowadzonym środkiem dowodowym odmówił wiarygodności i mocy dowodowej, co ma na celu ułatwienie skutecznej kontroli instancyjnej. W tym znaczeniu uzasadnienie wyroku umożliwia ocenę, czy Sąd należycie wykonał obowiązek wszechstronnego rozważenia zebranego materiału dowodowego.

W rozpatrywanej sprawie lektura uzasadnienia zaskarżonego wyroku prowadzi do wniosku, iż Sąd I instancji z naruszeniem zarówno przepisu art. 233 § 1 k.p.c., jak i dyspozycji art. 328 § 2 k.p.c. uchylił się od oceny przeważającej części materiału dowodowego zebranego w sprawie w postaci opinii biegłego sądowego P. J. (2) oraz mającej szczególny walor dowodowy, kolegialnej opinii Instytutu (...), a także kolerujących z nimi zeznań świadków M. K. i M. K. – lekarzy zajmujących się powódkę. Za wiarygodne i wiążące przyjął wyłącznie odosobnione konkluzje opinii biegłego sądowego A. W., przy czym w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku nie pokusił się nawet o wyjaśnienie rozbieżności między tym dowodem a pozostałymi powołanymi opiniami. Tymczasem bez dokładnego wyjaśnienia rozbieżności w opiniach biegłych i wykazania przyczyn, dla których oparto ustalenia na jednych dowodach, a odmówiono wiary innym, zaprezentowana przez Sąd I instancji ocena dowodów w sposób oczywisty narusza granice swobody wyznaczone przepisem art. 233 § 1 k.p.c. Powyższe uchybienie skutkowało naruszeniem art. 328 § 2 k.p.c., bowiem w pisemnych motywach rozstrzygnięcia Sąd Okręgowy nie wskazał, z jakich przyczyn odmówił wiarygodności lub mocy dowodowej opiniom sporządzonym przez biegłego P. J. i Instytut (...) w K., ograniczając się do stwierdzenia, że sporną kwestią między biegłymi był fakt negocjowania przez biegłego P. J. i Instytut zaistnienia u powódki w czasie operacji powikłania w postaci wieloodłamowego złamania dna naturalnej panewki stawu biodrowego na skutek wprowadzenia zbyt dużej panewki endoprotezy. Stanowisko Sądu I instancji jest o tyle niezrozumiałe, że podjęcie decyzji o powołaniu kolejnego biegłego, a także dopuszczenie szczególnego dowodu, o którym mowa w art. 290 k.p.c., musiało przecież wynikać z faktu, iż opinie dotychczas wydane w sprawie nasuwały istotne wątpliwości. Jest oczywiste, że potrzeba zasięgnięcia opinii kolejnego biegłego, czy też odwołania się do dowodu z opinii instytutu, nie zachodzi wtedy, gdy już wydana opinia jest na tyle kategoryczna i przekonująca, że wystarczająco wyjaśnia zagadnienia wymagające wiadomości specjalnych. Jak podkreślił Sąd Najwyższy w uzasadnieniu wyroku z dnia 27 lipca 2010 r. w sprawie II CSK 119/10 (Lex nr 603161), sąd ma obowiązek dopuszczenia dowodu z dalszych biegłych lub opinii instytutu, gdy zachodzi taka potrzeba, a więc wtedy gdy przeprowadzona już opinia zawiera istotne luki, jest niekompletna, bo nie odpowiada na postawione tezy dowodowe, niejasna, czyli nienależycie uzasadniona lub nieweryfikowalna, tj. gdy przedstawiona ekspertyza nie pozwala organowi orzekającemu zweryfikować zawartego w niej rozumowania co do trafności wniosków końcowych. Zakładając racjonalność działania Sądu I instancji, należy przyjąć, że taka sytuacja zachodziła także w rozpatrywanej sprawie, co dało asumpt dla poszerzenia materiału dowodowego o opinie kolejnych biegłych.

W przekonaniu Sądu Apelacyjnego, skarżący trafnie podważa wiarygodność dowodu z opinii biegłego sądowego A. W. i wskazuje, że jedynie opinie biegłych P. J. (2) oraz Instytutu Zakładu Medycyny Sądowej (...) J. pozwalają prawidłowo ocenić przebieg procesu leczenia powódki w pozwanym Szpitalu. Warto przypomnieć, że w myśl ugruntowanego w orzecznictwie poglądu opinia biegłego podlega ocenie według art. 233 § 1 k.p.c., lecz w oparciu o szczególne dla tego dowodu kryteria oceny, które stanowią: poziom wiedzy biegłego, podstawy teoretyczne opinii, sposób motywowania sformułowanego w niej stanowiska oraz stopień stanowczości wyrażonych ocen, a także zgodność z zasadami logiki i wiedzy powszechnej. Specyfika oceny tego dowodu wyraża się w tym, że sfera merytoryczna opinii kontrolowana jest przez sąd, który nie posiada wiadomości specjalnych, w istocie tylko w zakresie zgodności z zasadami logicznego myślenia i wiedzy powszechnej (tak SN w wyroku z dnia 21 października 2004 r. w sprawie V CK 143/04, Lex nr 585885; w wyroku z dnia 7 kwietnia 2005 r. w sprawie II CK 572/04, Le nr 151656; SA w P. w wyroku z dnia 17 września 2009 r. w sprawie I ACa 598/09, Lex nr 756674). Przekładając te rozważania na okoliczności

sporu nie sposób pominąć, że dla wszystkich wydanych w sprawie opinii swoistym „punktem wyjścia” była ocena tego samego dokumentu w postaci zdjęcia RTG wykonanego po operacji w dniu 14 czerwca 2004 r. Jedynie biegły sądowy A. W. w oparciu o ten ogląd sformułował tezę o dobraniu niewłaściwych rozmiarów endoprotezy oraz o powikłaniu śródoperacyjnym w postaci wieloodłamowego złamania dna panewki naturalnego stawu. Pozostali trzej biegli oglądający ten sam materiał radiologiczny nie potwierdzili tego rozpoznania, wskazując jedynie na złamanie (przerwanie) dna panewki, jako powikłanie niezależne od operatora, które w żaden sposób nie przełożyło się na pozytywny wynik zabiegu. W istocie zatem dalsze wnioski opinii biegłego A. W. opierały się na jego subiektywnej percepcji przy ocenie zdjęcia RTG. Jak słusznie dostrzegł pozwany, powołane zdjęcie RTG z dnia 14 czerwca 2004 r. nie zawiera miernika metrycznego, a zatem wszelka jego ocena z założenia obarczona jest pewnym błędem. Wszyscy biegli opisali w swych opiniach zjawisko nieznacznej protruzji (zagłębienia) operowanego stawu biodrowego powódki, jednakże jedynie biegły A. W. łączy je z nieprawidłowościami w procesie leczenia. Ta teza jego opinii pozostaje przy tym w sprzeczności z przekonującymi wywodami biegłego P. J. oraz biegłych z Instytutu (...), którzy dostrzeżoną protruzję wiązali z naturalnymi uwarunkowaniami anatomicznymi u powódki i rozpoznany wcześniej schorzeniem kręgosłupa w odcinku lędźwiowym. Uważna analiza dowodu z opinii ustnych i pisemnych biegłego A. W. wskazuje również na wyraźne niekonsekwencje i wzajemne nieścisłości, trafnie uchwycone w apelacji strony pozwanej. I tak, w pierwotnej opinii biegły A. W. wskazuje, że nieprawidłowością w działaniu lekarzy pozwanego Szpitala był dobór zbyt dużej panewki sztucznego stawu, co skutkowało śródoperacyjnym powikłaniem w postaci wieloodłamowego złamania dna naturalnego stawu. W innym fragmencie opinii ustnej zwraca jednak uwagę na to, że założono zbyt małą panewkę i za duży trzpień endoprotezy (vide k 284). W ocenie Sądu Apelacyjnego za niejasne należy uznać także stwierdzenia opinii ustnej (k. 219), w których biegły z jednej strony podaje, że złamanie dna panewki nastąpiło w trakcie zabiegu, z drugiej zaś wskazuje, że powódce nie założono panewki adekwatnej do zaistniałego powikłania w postaci złamania dna panewki. Powyższa konkluzja biegłego budzi szczególne wątpliwości w kontekście dalszych jego wywodów w których podał, że ustalenie, czy w trakcie implantacji dochodzi do złamania jest sprawą oceną oraz że złamania nie widać w trakcie implantowania panewki sztucznej, bo jest pod spodem, może być słyszalny odgłos trzasku, może być wyczuwalny przez ręce chirurga moment nietypowego poddania się tkanki, ale są to wszystko sprawy ocenne i nie zawsze daje się to obiektywnie stwierdzić. Ponadto należy zwrócić uwagę na okoliczność, iż biegły jedynie w opinii pisemnej zawarł kategoryczny wniosek o nieprawidłowym działaniu personelu medycznego pozwanego Szpitala w postaci założenia zbyt dużej panewki endoprotezy. Natomiast w kolejnych opiniach pisemnych i ustnych biegły podaje, że w tego typu operacjach jak u powódki trzeba liczyć się z takimi nieprawidłowościami i może się zdarzyć, że nie uda się dobrać odpowiedniej wielkości sztucznej panewki, czego rezultatem może być złamanie dna naturalnej panewki kostnej. Stwierdza ponadto, że w procesie leczenia powódki nie doszło do błędu lekarskiego, rozumianego jako wykonywanie czynności wbrew przyjętym zasadom, natomiast powstanie wieloodłamowego złamania dna panewki stawu biodrowego przy tego typu operacjach jest powikłaniem śródoperacyjnym, które zdarza się nawet przy prawidłowo prowadzonym zabiegu i nie jest to błąd w sztuce (vide opinia ustna k 282 -283).

Sąd Okręgowy opierając się na opinii A. W. dużą wagą przydał tym wnioskowi biegłego, które dotyczyły zalecenia zastosowania przez powódkę tzw. reżimu łóżkowego. Zdaniem biegłego, to zalecenie miałoby potwierdzać tezę o zaistnieniu powikłania w postaci niekontrolowanego wieloodłamowego uszkodzenia dna panewki. W ocenie Sądu Apelacyjnego większy walor wiarygodności posiada w tym zakresie opinia Instytutu (...), w której jednoznacznie podano, iż z uwagi na nieznaną przyczynę złamania patologicznego, które wystąpiło u powódki, przedłużenie okresu nie obciążania operowanej kończyny i ułożenie jej w derotacji było w tym przypadku całkowicie uzasadnione. Było to postępowanie nacechowane oczekiwaną ostrożnością, zapobiegające ewentualnemu obluzowaniu panewki protezy. Na powyższe zwrócił uwagę także świadek M. K. (2) – lekarz prowadzący leczenie powódki w pozwanym Szpitalu, podając, iż zalecenie reżimu łóżkowego przez okres 6 tygodni wynikało z faktu, iż w obrębie miednicy były duże zmiany i ten czas był potrzebny na wygojenie się takiego stanu. Podobne wnioski płyną także z zeznań świadka M. K. (3) – ordynatora oddziału, na którym operowano powódkę. Wskazał on na powszechną praktykę zalecenia tzw. reżimu łóżkowego przez okres około 6 tygodni przy tego rodzaju zabiegach, jak ten wykonany u powódki. Wydaje, iż biegły A. W. wyprowadzając wnioski na temat przyczyn zastosowania u powódki pooperacyjnego reżimu łóżkowego pominął niezwykle istotną kwestię patologicznego charakteru złamania, która rzutowała na przebieg zabiegu i rekonwalescencji. Nie dostrzegł także, iż w chwili wypisu w dniu 29 czerwca 2004 r. i zalecenia dalszego

unieruchomienia kończyny, personel pozwanego Szpitala nie miał informacji o etiologii patogenu, bowiem w tej dacie nie był jeszcze znany wynik badania histopatologicznego, które ostatecznie wykluczyło zmiany nowotworowe. Wnioski opinii biegłego A. W. podważają także twierdzenia biegłego P. J., który analizując przebieg usprawniania powódki po zabiegu, wyjaśnił, iż samo złamanie dna panewki naturalnego stawu nie byłoby wskazaniem dla tak długiego unieruchomienia (około 6 miesięcy), a okres rozpoczęcia rehabilitacji po 6 tygodniach od operacji uznać należy za prawidłowy (ustna opinia biegłego P. J. k 504). W tym stanie rzeczy Sąd Apelacyjny przyjął, że z uwagi na sprzeczność z pozostałym zebrany w sprawie materiałem dowodowym, wewnętrzne nieścisłości i niespójności, a także wnioskowanie z pominięciem niektórych istotnych okoliczności dotyczących procesu leczenia powódki, opinia pisemna podstawowa oraz uzupełniająca opinie pisemne i ustne biegłego sądowego A. W. nie zasługują na wiarę.

Dokonując własnych ustaleń faktycznych dotyczących prawidłowości działań personelu pozwanego Szpitala w procesie diagnostyki i leczenia powódki, Sąd Apelacyjny oparł się ostatecznie na opinii biegłego P. J. i kolegialnej opinii Instytutu (...) Powyższe opinie zostały sporządzone w oparciu o cały materiał dowodowy zebrany w aktach sprawy, wzajemnie się uzupełniają, a ich konkluzje postają zbieżne. Jednocześnie nie budzą wątpliwości Sądu Apelacyjnego pod względem ich poprawności i rzetelności, bowiem biegli odwołując się do posiadanych wiadomości specjalnych w pełni umotywowali wnioski opinii oraz w sposób rzeczowy i spójny wyjaśnili, z jakich przyczyn dokonali pozytywnej oceny procesu diagnostyki i leczenia powódki w pozwanym Szpitalu. Biegły P. J. (2) w swoich opiniach w sposób konsekwentny wskazywał, iż leczenie powódki w pozwanym szpitalu w czerwcu 2004 roku przebiegało prawidłowo. Przekonywująco wyjaśnił, z jakich przyczyn doszło u powódki do złamania dna panewki w trakcie zabiegu, wskazując jednoznacznie, iż w trakcie operacji lekarze dokonali prawidłowej stabilizacji brzegów panewki protezy, a uraz okołoperacyjny w postaci złamania dna panewki nastąpił podczas jej wkręcania w kość. Kategorycznie stwierdził, że złamanie dna panewki podczas operacji jest nie do określenia i jest niesłyszalne dla operatora. Jednocześnie wskazał, że złamanie dna panewki należy potraktować jako normalne następstwo przy założeniu, że wystąpiły zmiany patologiczne w obrębie stawu biodrowego. Wnioski wyprowadzone przez biegłego P. J. znalazły potwierdzenie w opiniach Instytut (...)w K., który także wykluczył jakiegokolwiek nieprawidłowości w leczeniu powstałego u powódki złamania szyjki kości udowej lewej. Zarówno opinia biegłego P. J. jak i Instytutu wykluczyły, aby doszło wieloodłamowego złamania dna panewki i doboru niewłaściwego rozmiaru panewki, na co w ich ocenie jednoznacznie wskazuje zdjęcie RTG z dnia 14 czerwca 2004 roku. W efekcie biegli nie stwierdzili, by powódka poniosła jakiegokolwiek uszczerbek na zdrowiu w związku z nieprawidłowym przebiegiem jej leczenia w pozwanej placówce w czerwcu 2004 roku, natomiast doznany przez nią trwały uszczerbek na zdrowiu w wysokości 40% jest efektem samoistnej choroby, jaką było złamanie w obrębie martwiczo zwyrodnieniowo zmienionego stawu biodrowego lewego.

W oparciu o ocenioną jako w pełni wiarygodną opinię biegłych z Instytutu (...)w K. Sąd Apelacyjny przyjął także, iż w dacie jedyne pełnego badania powódki w pozwanym Szpitalu przed dniem 2 czerwca 2004 r. tj. w dniu 10 maja 2004 r. nie doszło jeszcze do wieloodłamowego złamania szyjki kości udowej lewej. Powołana opinia jako jedyna odwołuje się do rodzaju badań przeprowadzonych u powódki na szpitalnym oddziale ratunkowym pozwanego i wskazuje na stwierdzony dodatni objaw Laseque`a, którego zbadanie nie byłoby możliwe w przypadku wieloodłamowego złamania szyjki kości udowej lewej. Biegli z Instytutu zwrócili także uwagę na szczególną rotację i ułożenie kończyny w przypadku tego rodzaju złamania i zasadnie podnosili, że wobec przeprowadzenia w dniu 10 maja 2004 r. badania przez zatrudnionych w pozwanym Szpitalu lekarzy różnych specjalności (neurologa, chirurga i dwóch neurochirurgów) tego rodzaju objaw zewnętrzny nie mógłby ująć ich uwadze. Dodać należy, że wbrew twierdzeniom powódki, a także przyjętym w oparciu o nie założeniom opinii biegłych A. W. i P. J., którzy złamanie szyjki kości udowej lewej wiązali ze zdarzeniem z dnia 14 kwietnia 2004 r., jedynie opinia Instytutu pozwala wyjaśnić, z jakich przyczyn rzekomego złamania z dnia 14 kwietnia 2004 r. nie rozpoznał żaden z lekarzy Pogotowia Ratunkowego, czy lekarzy neurologów, u których powódka stawiała się na wizyty i leczyła się zachowawczo aż do dnia 2 czerwca 2004 r.. Nie sposób także pominąć, iż wszystkie trzy skierowania powódki do szpitala z dnia 30 kwietnia 2004 r., 10 maja 2004 r. i 24 maja 2004 r. zawierają zgola odmienne rozpoznanie, wiążąc dolegliwości powódki ze schorzeniami kręgosłupa. Biegli P. K. i J. O. przekonująco wyjaśnili także przyczyny istniejących silnych dolegliwości bólowych u A. J., wskazując na patologiczny proces zmiany stawu biodrowego i istotne schorzenia kręgosłupa. Wypada zauważyć,

że dopiero po opinii Instytutu z dnia 28 lutego 2010 r. , w której po raz pierwszy zawarto twierdzenie o braku wieoodłamowego złamania szyjki kości udowej lewej powódki w dniu 15 maja 2004 r., wiążąc tą tezę z dodatnim objawem Laseque`a, który nie byłby możliwy do zbadania i - co najistotniejsze - jest charakterystyczny jedynie dla diagnozowanego wówczas schorzenia kręgosłupa (vide ustna opinia k 677), powódka po raz pierwszy w trakcie swego przesłuchania podała informacje o nieznosnym bólu w trakcie badania w dniu 10 maja 2004 r. połączonym z nietrzymaniem moczu. Tymczasem tego rodzaju adnotacji brak w karcie informacyjnej, w której, co warto zauważyć, adnotacje czyniło kilku lekarzy. Trudno zakładać by żaden z nich nie dostrzegł tego rodzaju objawu i nie odnotował go w dokumentacji. Tezę opinii Instytutu w tym zakresie dodatkowo wzmacnia zeznanie świadka M. K. złożone na rozprawie w dniu 17 sierpnia 2007 r. (k 178), a zatem w początkowej fazie procesu. Świadek podał wtedy, iż złamanie u powódki diagnozowane w dniu 2 czerwca 2004 r. mogło mieć około 10 dni. W sprawie bezsporne było przy tym, iż użytym przy opisie złamania terminem „zastarzałe” określa się każde złamanie starsze niż 24 godziny (tak świadek M. K. k 178, podobnie biegły A. W. z odwołaniem do literatury fachowej k 187). Warto także podkreślić, że powódka aż do dnia 2 czerwca 2004 r. nie pozostawała pod opieką lekarzy z pozwanej placówki, leczyla się wyłącznie u lekarzy z innych jednostek służby zdrowia, a w dniu 14 maja 2004 r. wykonała jedynie zlecone prywatnie przez dr. D. (vide uzasadnienie pozwu) badanie TK kręgosłupa w Centrum Diagnostycznym (...), które nie jest wykazane w Krajowym Rejestrze Sądowym jako jednostka organizacyjna strony pozwanej (vide odpis z KRS k 52 – 54).

W świetle omawianego dowodu zasadne pozostaje ustalenie, iż proces diagnozowania schorzenia powódki w pozwanym Szpitalu przebiegał prawidłowo, a zatem i w tym zakresie nie sposób dopatrzeć się odstępstw od wymaganego wzorca działania personelu medycznego. Jedynie na marginesie wypada zauważyć, że nawet opinia biegłego P. J. oparta na odmiennym założeniu o wystąpieniu złamania szyjki kości udowej lewej już w dniu 14 kwietnia 2004 r., nie wiąże działań diagnostycznych podejmowanych w pozwanym Szpitalu w dniu 10 maja 2004 r. z wydłużeniem procesu leczenia i nie dostrzega w działaniach personelu placówki nieprawidłowości.

Dostrzeżone przez Sąd Apelacyjny uchybienia procesowe Sądu I instancji, skutkowały przyjęciem odmiennej oceny zebranych przez Sąd Okręgowy i uzupełnionych w postępowaniu apelacyjnym dowodów, a w konsekwencji ustaleniem własnej podstawy faktycznej rozstrzygnięcia. Podkreślenia wymaga fakt, iż Sąd II instancji, zachowując pełną swobodę jurysdykcyjną, ograniczoną jedynie granicami zaskarżenia, ma obowiązek merytorycznie rozpoznać sprawę, nie ograniczając się tylko do skontrolowania legalności orzeczenia wydanego przez Sąd I instancji. Skoro istotą postępowania apelacyjnego jest merytoryczne sądzenie sprawy, to Sąd II instancji ma nie tylko uprawnienie, ale wręcz obowiązek rozważenia na nowo całego zebranego w sprawie materiału oraz dokonania jego własnej, samodzielnej i swobodnej oceny, w tym oceny dowodów zgromadzonych w postępowaniu przed sądami obu instancji (tak SN w postanowieniu z dnia 8 kwietnia 2011 r. w sprawie II CSK 474/10, Lex nr 1027171; podobnie w wyroku z dnia 18 marca 2011 r. w sprawie III CNP 13/10, Lex nr 1050462 i w wyroku z dnia 30 listopada 2011 r. w sprawie III CSK 28/11, Lex nr 110226). Uchybienie przez Sąd I instancji dyspozycji art. 233 § 1 k.p.c. i potrzeba dokonania przez Sąd Apelacyjny samodzielnej odmiennej oceny dowodów i w jej następstwie odmiennych ustaleń faktycznych nie uzasadniają zatem konieczności uchylenia zaskarżonego wyroku. Podobnie uchybienie przez Sąd I instancji przepisowi art. 328 § 2 k.p.c. nie jest przyczyną, która samodzielnie powoduje konieczność uchylenia zaskarżonego wyroku Sądu Okręgowego, a naruszenie powołanej normy proceduralnej może być skutecznie sanowane przez Sąd Apelacyjny (tak SN w wyroku z dnia 12 maja 2011 r. w sprawie III CSK 222/10, Lex nr 964472).

Poczynione przez Sąd Apelacyjny własne ustalenia wskazują, że czynności diagnostyczne w pozwanym Szpitalu w maju 2004 r. oraz proces leczenia w okresie od 2 do 29 czerwca 2004 r. przebiegały prawidłowo, zgodnie z wzorcem zachowania uzasadnionym stanem wiedzy medycznej , adekwatnym do stwierdzonych u powódki dolegliwości i nacechowanym należyta starannością. Za prawidłowe należy także uznać dalsze postępowanie pracowników pozwanego Szpitala związane z zaleceniem tzw. reżimu łóżkowego i wdrożeniem leczenia rehabilitacyjnego po około 6 tygodniach od zabiegu operacyjnego. Aktualny stan zdrowia powódki i występujący trwałe uszczerbek na zdrowiu są zatem wyłącznie następstwem choroby samoistnej, jaką było złamanie w obrębie martwiczo zwyrodnieniowo zmienionego stawu biodrowego lewego. Warto podkreślić, że powódka w toku postępowania w żaden sposób nie wykazała, by rehabilitacja podjęta na przełomie lipca i sierpnia 2004 r. nie przyniosła zmierzonego rezultatu z powodu

obiektywnie istniejących przeciwwskazań medycznych, uzasadnionych nieprawidłowościami w procesie leczenia w pozwanym Szpitalu . Jednocześnie oczywiste rozbieżności między twierdzeniami powódki o braku pionizacji i nauki chodzenia o kulach ,a treścią dokumentacji medycznej z pobytu w pozwanej placówce w okresie od 27 lipca do 9 sierpnia 2004 r. , Sąd Apelacyjny rozstrzygnął na korzyść dowodu z dokumentu. Za całkowicie niewiarygodne uznać bowiem należy twierdzenia powódki, że przy wypisie wydano jej dokumentację sfałszowaną co do postępów leczenia, zaś dostrzegając te rzekome rozbieżności powódka nie podjęła żadnych starań w celu ich wyjaśnienia i usunięcia. Od 11 sierpnia 2004 r. powódka pozostawała pod opieką innej placówki służby zdrowia (vide skierowanie k 119, karta choroby k 117), a badający ją lekarz rehabilitant odnotował w karcie silny lęk pacjentki przed pionizacją i obciążaniem kończyny, co mogło przełożyć się na postępy rehabilitacji (dokumentacja lekarska k 121). Sama negatywna subiektywna ocena powódki co do procesu leczenia i jego efektów nie uzasadnia również ewentualnej odpowiedzialności Wojewódzkiego Szpitala (...) w Ł. za zaburzenia psychiczne, jakie wystąpiły u A. J. w związku z doznanym schorzeniem i zabiegiem operacyjnym. Brak obiektywnego elementu winy w postaci bezprawności działania nie pozwala bowiem na przypisanie stronie pozwanej jakiegokolwiek odpowiedzialności deliktowej za aktualny stan zdrowia powódki.

W świetle powyższych rozważań całkowicie chybione pozostają wywody Sądu I instancji , który podstaw prawnych dochodzonych w pozwie roszczeń upatrywał w dawnym przepisie art. 420 k.c. (w brzmieniu obowiązującym do dnia 1 września 2004 roku tj. do dnia wejścia w życie ustawy z dnia 17 czerwca 2004 r. o zmianie ustawy Kodeks cywilny raz niektórych innych ustaw (Dz.U. Nr 162, poz. 1692)) w związku art. 417 k.c. i argumentował, że wszystkie przesłanki odpowiedzialności strony pozwanej zostały w okolicznościach sporu spełnione.

W świetle przedstawionych wywodów bezprzedmiotowe stało się rozważanie pozostałych zarzutów apelacji pozwanego wskazujących na naruszenie przepisów prawa materialnego tj. art. 445 § 1 k.c. oraz art. 481 § 1 k.c. w związku z art. 445 § 1 k.c. i art. 817 § 1 i 2 k.c., które ostatecznie nie znajdują w rozpatrywanej sprawie zastosowania.

Bezzasadne okazały się także zarzuty apelacji powódki oparte na naruszeniu przepisu prawa procesowego tj. art. 233 § 1 k.p.c. i nakierowane na wykazanie przesłanek uzasadniających uwzględnienie roszczenia o zadośćuczynienie i odszkodowanie w wyższych kwotach niż zasądzone w zaskarżonym wyroku, a nadto na uwzględnienie roszczenia o rentę na zwiększone potrzeby i z tytułu utraconych zarobków. Z powołanych wyżej rozważań wynika bowiem, iż stronie pozwanej nie można przypisać odpowiedzialności deliktowej za ewentualne szkody na osobie , a aktualny stan zdrowia powódki wynika wyłącznie z okoliczności niezależnych od pozwanego Szpitala. Jedynie uzupełniająco wypada ponownie zauważyć, iż apelująca całkowicie błędnie odczytuje wnioski opinii biegłego P. J., który nie potwierdził tezy o złym diagnozowaniu powódki w pozwanym Szpitalu i wykluczając w sposób kategoryczny nieprawidłowości w procesie leczenia, nie wiązał wydłużonego procesu rehabilitacji z jakimikolwiek błędami po stronie personelu pozwanej placówki. Dodatkowo wypada zauważyć, iż wbrew wywodom powódki zebrany w sprawie materiał dowodowy, w tym także powołane opinie biegłego A. W., nie dawały żadnych podstaw dla uznania, iż apelująca poniosła szkodę podlegającą wyrównaniu w trybie przepisu art. 444 § 2 k.c. oraz art. 444 § 1 zdanie drugie k.c.

Mając powyższe na uwadze, Sąd Apelacyjny , uznając apelację strony pozwanej w tym zakresie za słuszną, na podstawie art. 386 § 1 k.p.c. zmienił zaskarżony wyrok w punktach 1, 2, 3 i oddalił powództwo jako bezzasadne. Sąd Apelacyjny nie znalazł jednak podstaw dla modyfikacji zaskarżonego w ramach apelacji pozwanego rozstrzygnięcia o kosztach procesu , zawartego w punkcie 4 zaskarżonego wyroku. W tym zakresie wypada podzielić wnioski Sądu Okręgowego, który uznał, iż w okolicznościach sporu występują szczególne przesłanki uzasadniające zastosowanie art. 102 k.p.c. Taką ocenę motywuje przede wszystkim sytuacja materialna A. J.. Powódka jest osobą samotną, nie może liczyć na stałe wsparcie osób bliskich i utrzymuje się wyłącznie z niewielkich świadczeń z opieki społecznej. Nie bez znaczenia pozostaje także fakt, iż wystąpiła na drogę sądową kierując się błędnymi (jak pokazał wynik postępowania) informacjami uzyskanymi od rehabilitantów, działając jednak w pełnym zaufaniu do udzielonej jej porady. Kwestia oceny prawidłowości działania personelu pozwanego Szpitala wymagała przy tym wysoko specjalistycznej wiedzy medycznej, którą powódka z oczywistych względów nie dysponowała. W tej zatem części apelacja pozwanego podlegała oddaleniu jako bezzasadna w oparciu o art. 385 k.p.c.

Na podstawie art. 385 k.p.c. Sąd Apelacyjny oddalił także apelację powódki uznając ją za bezzasadną.

O kosztach postępowania apelacyjnego orzeczono na podstawie art. 102 k.p.c., nie obciążając powódki obowiązkiem ich ponoszenia. Orzekając w tym zakresie Sąd Apelacyjny kierował się przedstawionymi wyżej przesłankami, które uzasadniają ocenę, iż w rozpatrywanej sprawie mamy do czynienia ze szczególnie uzasadnionym wypadkiem.

Koszty pomocy prawnej udzielonej powódce z urzędu w postępowaniu apelacyjnym, które nie zostały pokryte ani w części ani w całości, Sąd Apelacyjny nakazał wypłacić adwokat H. C. ze Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Łodzi. Wysokość wynagrodzenia pełnomocnika z urzędu została ustalona w oparciu o § 6 pkt. 6 w zw. z § 13 pkt. 2 w zw. § 2 pkt. 3 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 roku w sprawie opłat za czynności adwokatów oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu (Dz. U. z 2002 r., Nr 163, poz. 1348 ze zm.).