

Sygn. akt I C 728/16

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 28 marca 2024 r.

Sąd Okręgowy w Warszawie, I Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący: sędzia Piotr Królikowski

Protokolant: stażysta Agata Chmielewska

po rozpoznaniu w dniu 22 marca 2024 r. w Warszawie

na rozprawie sprawy z powództwa U. J.

przeciwko (...) w Ł. (...), (...) S.A. z siedzibą w W.

o zapłatę odszkodowania, zadośćuczynienia i renty

1. oddała powództwo;
2. odstępuje od obciążenia powódki U. J. kosztami procesu.

sędzia Piotr Królikowski

Sygn. akt: I C 728/16

UZASADNIENIE WYROKU

z dnia 28 marca 2024 r. (k. 451)

Pozwem złożonym 04 lipca 2016 r. (data prezentaty) do Sądu Okręgowego w Warszawie U. J. wniosła o zasądzenie od pozwanych – (...) w Ł.(...) oraz (...) S.A. w W.:

- a) kwoty 300.000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę
- b) kwoty 50.000 zł tytułem odszkodowania,

przy czym spełnienie świadczenia wraz z odsetkami ustawowymi od dnia doręczenia pozwu stronie przeciwnej przez jednego z tych pozwanych zwalniało z obowiązku zapłaty drugiego pozwanego,

- c) kwoty 1.500 zł tytułem renty, płatnej z góry do 5 dnia każdego miesiąca z odsetkami ustawowymi, od dnia doręczenia pozwu stronie przeciwnej, w przypadku uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat, przy czym spełnienie świadczenia przez jednego z tych pozwanych zwalniało z obowiązku zapłaty drugiego pozwanego,

- d) a także o ustalenie, że pozwani ponoszą odpowiedzialność za mogące się ujawnić w przyszłości szkody wynikające z nieprawidłowego zamontowania protezy stawu kolanowego lewego u powódki podczas jej pobytu w (...) w Ł. w okresie od 27 czerwca 2013 r. do 07 lipca 2013 r.

Powódka wniosła także o zasądzenie kosztów procesu wraz z kosztami zastępstwa procesowego. (pozew k. 2 – 15).

Powódka wskazywała, że na skutek operacji kolana lewego – wstawienia endoprotezy – która to operacja została w sposób nieprawidłowy przeprowadzona w pozwanym Szpitalu, obecnie jest osobą niepełnosprawną, wymagającą pomocy, jeżdżącą na wózku. Wadliwie przeprowadzona operacja nie tylko powoduje ból nogi, jej puchnięcie co jest

związane także z koniecznością przejścia szeregu innych zabiegów medycznych, w tym redresji stawu kolanowego w czasie której lekarz stwierdził rotację protezy, ale też jest przyczyną tego, że powódka odczuwa ogólne pogorszenie stanu fizycznego i psychicznego. Kolano nie spełnia swoich funkcji, powódka skutkiem tego przeciąża drugie z kolan, jak również kręgosłup. Ponosi z tego tytułu koszty prywatnych wizyt lekarskich, badań, koszty opieki osób trzech oraz rehabilitacji. Uszczerbek na zdrowiu doznany przez powódkę jest dożywotni i nie rokuje poprawy na przyszłość, w stosunku do powódki orzeczono także trwałą niezdolność do pracy ze względu na niepełnosprawność postanowieniem z 12 grudnia 2014 r.

W odpowiedzi na pozew (...) S.A. (dalej: Ubezpieczyciel) wnosił o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie kosztów procesu w tym kosztów zastępstwa procesowego i opłaty skarbowej od pełnomocnictwa (odpowiedź na pozew k. 34 – 58).

Pozwany zarzucił, że powódka nie wykazała istnienia szkody oraz jej rozmiaru, ani nie wykazała, aby został popełniony błąd medyczny. W ocenie Ubezpieczyciela nie zostały także wykazane przesłanki do zasądzenia żądanej przez powódkę renty ani odszkodowania – co do wysokości ani co do zasady. Zarazem Ubezpieczyciel wskazał iż dopiero z chwilą doręczenia mu odpisu pozwu zostało po raz pierwszy dokonane zgłoszenie mu roszczeń, zatem ich wymagalność nie nastąpiła na dzień udzielenia odpowiedzi na pozew.

(...) w Ł. (dalej: Szpital) w odpowiedzi na pozew domagało się oddalenia powództwa w całości i zasądzenia kosztów postępowania (odpowiedź na pozew k. 60- 120). Szpital wskazał, że zabieg protezoplastyki lewego kolana został wykonany bez powikłań. Następnie powódka była rehabilitowana w T. – po zgłoszeniu się ponownym do Szpitala u powódki stwierdzono zginąłość kolana 70%. W poradni zaproponowano powódce reoperację na tkankach miękkich celem poprawy zakresu ruchów, ze względu na to że po alloplastyce stawu kolanowego dochodzi o bliznowacenia tkanek miękkich co skutkuje także ograniczeniem ruchów w stawie. Jednakże powódka zrezygnowała z propozycji Szpitala, poddając się w to miejsce regresji stawu kolanowego w Szpitalu (...) w Ł. i uzyskała w tym zakresie znaczną poprawę ruchów. Szpital nie zgodził się z opinią lekarza wykonującego regresję stwierdzając, że w obrazie CT nie ma możliwości stwierdzenia rotacji elementu udowego. Zaś w zakresie orzeczenia lekarza ZUS Szpital podnosił, że jako przyczyna niesprawności powódki została wskazana alloplastyka kolana prawego, podczas gdy w Szpitalu operowano kolano lewe.

W toku postępowania strony podtrzymywały swoje stanowiska.

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:

U powódki U. J. zdiagnozowano chorobę zwyrodnieniową stawów kolanowych (gonartozę) i z takim rozpoznaniem przyjęto ją w trybie planowym do pozwanego Szpitala Miejskiego w dniu 27.06.2013 r. gdzie przebywała do dnia 08.07.2013 r. (historia choroby k. 62 – 62v). Szpital miał ubezpieczenie OC wynikające z umowy zawartej z pozwanym Ubezpieczycielem (...) S.A. w W. (bezsporne). W wywiadzie przy przyjęciu ustalono, że powódka ok 25 lat wcześniej doznała urazu kolana lewego – doszło do złamania bliższej nasady lewej kości piszczelowej z obniżeniem kłykcia bocznego w 1989 r. Powódka co najmniej od lipca 2006 r. pozostawała pacjentką w Poradni (...) przy Szpitalu Miejskim w Ł.. Cierpiała z powodu uszkodzonego kolana, okresowo bóle nasilały się – powódka przyjmowała leki przeciwbólowe. Również okresowo cierpiała na nasilające się bóle prawego barku oraz bóle kręgosłupa lędźwiowego. U powódki pięciokrotnie był wykonywany zabieg artroskopii, dostawała także zastrzyki kwasu hialuronowego, przez dwa lata przed przyjęciem do szpitala poruszała się o kulach łokciowych. Powódkę zakwalifikowano do operacji wszczępienia endoprotezy typu (...) i przeszczepów kostnych autogennych. U powódki wówczas zgięcie kolana nie przekraczało 100°. (dokumentacja lecznicza k. 62 – 114, 120, 321).

U powódki został przeprowadzony zabieg 28 czerwca 2013 r. i miał on charakter rutynowy. W jego trakcie nie doszło do żadnych zdarzeń o charakterze szczególnym. Powódkę przed zabiegiem poinformowano o ryzykach związanych z zabiegiem m. in o możliwości niedowładu nerwów oraz możliwości obłuzowania czy zwknięcia endoprotezy, wyraziła pisemną zgodę na jego przeprowadzenie, aczkolwiek w treści zgody nie zawarto pouczenia o konkretnie takim ryzyku powikłania, które wystąpiło u powódki tj. rotacji endoprotezy. Powódce podano wszystkie leki i przeprowadzono

wszelkie niezbędne badania, założono szwy i dren. Niemniej w trakcie operacji doszło do powikłania w postaci niedostatecznego skorygowania rotacji implantu udowego. Poruszanie się na tak uszkodzonym kolanie jak u powódki przez 24 lata spowodowało niesymetryczne zużycie chrząstki na kłykciach udowych, szczególnie w części tylnej, co powinno być uwzględnione przy wyznaczaniu rotacji uda – nie jest to jednakże uszkodzenie, które jest możliwe do zdiagnozowania w RTG lub CT przedoperacyjnym. Chrząstki są bowiem na tyle przezroczyste, że nie są uwidaczniane na zdjęciach. Ich stan ocenia się i stwierdza w trakcie operacji i koryguje „z ręki”, aczkolwiek jest to bardzo trudne do wykonania. Sama proteza ma ustawioną rotację na 3° natomiast u powódki powinna ona wynieść 4°, ze względu na specyficzną budowę i istniejące w dacie operacji uszkodzenia jej kolana. Prawidłowa rotacja elementu udowego protezy jest ważna ze względu na wpływ na właściwe zbalansowanie szpary stawowej w zgięciu kolana i na trakcję rzepki. Rotacja wewnętrzna jest rzadko spotykana i u powódki wystąpiła ze względu na wcześniejsze uszkodzenia kłykcia z 1989 r. U powódki bezpośrednio po zabiegu utrzymywały się bardzo mocne bóle operowanego kolana, opuchlizna oraz pojawiał się krwiak śródstawowy, które opóźniły i spowolniły rehabilitację, aczkolwiek nie miało to wpływu na odzyskanie przez powódkę sprawności. Powstała także pooperacyjna artrofibroza. Powódka okładała sobie kolano kapustą i lodem, skarżyła się na gorące kolano, przyjmowała w związku z tym leki przeciwbólowe. Powódka pomimo rehabilitacji po upływie 2,5 miesiąca od zabiegu uzyskała zgięcie 70° a próby zwiększenia zakresu ruchu kończyły się nasileniem bólu i wysiękiem w stawie. Powódce przedstawiono w pozwanym Szpitalu możliwość reoperacji, w tym artroskopii oraz operacji przedłużania mięśnia. Ze względu na obawy związane z ponownym otwarciem stawu powódka udała się do (...) w Ł. do dra. J. K., który stwierdził rotację protezy i przeprowadził u niej zabieg redresji stawu kolanowego, polegający na usunięciu zrostów ograniczających zakres ruchomości stawu - u powódki po operacji doszło do masywnego przerostu błony maziowej i wytworzenia blizn. Powódka przeszła dwie kuracje radiosynovektomii izotopowej tj. zniszczenia zapalnie zmienionej błony maziowej za pomocą promieniowania beta emitowanego przez radioizotop. Wszystko to spowodowało znaczne poprawienie ruchomości kolana i dalszy postęp rehabilitacji powódki. Po 7 latach od endoprotezoplastyki staw kolanowy jest stabilny i bez wysięku, proteza jest zamocowana stabilnie. U powódki nadal obserwuje się zwiększoną rotację wewnętrzną uda powodującą także zwiększone przyparcie rzepki po stronie bocznej oraz niewielkie obniżenie rzepki i słabą jej ruchomość, mogące być odległym skutkiem przebytej artrofibrozy. Obecnie artrofibroza nie występuje u powódki. Na datę badania powódki w toku procesu nie stwierdzono nadmiernego zużycia wkładki ani cech poluzowania protezy, zgięcie kolana wynosi 120°. Powódka porusza się używając kijków trekkingowych, ogranicza swoje funkcjonowanie i korzysta od czasu do czasu z rehabilitacji. Sporadycznie korzysta z wózka inwalidzkiego. Powódka nadal ma problemy z prawym barkiem oraz kręgosłupem na odcinku lędźwiowym – utykanie powoduje przeciążenie kręgosłupa, zaś osteopenia uwidoczniła w badaniach jest skutkiem odciążania przez powódkę jednej nogi. Obecnie żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować powódce, że reoperacja spowoduje poprawę jej stanu. Zalecono jej poczekanie na naturalne zużycie protezy co trwa ok 20 lat. W 2023 r. powódka została skierowana na operację kręgosłupa. (dokumentacja medyczna powódki k. 62 – 114, 120, 321, zeznania S. W. k. 184 -185 znacznik 00:04:41 – 00:19:10, zeznania D. J. k. 444v – 445 v znacznik 00:05:55 - 00:36:32, zeznania J. K. k. 446 – 446v znacznik 00:40:24 – 00:49:11, zeznania U. J. k. 447 v – 448 znacznik 01:20:18 – 01:37:39, opinia biegłego k. 189 – 297, k. 345 – 346, k. 404, k. 446v – 447 znacznik 00:54:40 – 01:17:16).

Sąd Okręgowy ustalił powyższy stan faktyczny na podstawie dokumentów zgromadzonych w aktach sprawy, w tym załączonych do pozwu oraz odpowiedzi na pozew, których autentyczności nie kwestionowała żadna ze stron a i Sąd nie znalazł podstaw do odmówienia im mocy dowodowej.

Sąd oparł się także na zeznaniach świadków:

- S. W. (k. 184 -185 znacznik 00:04:41 – 00:19:10), którego zeznaniom dał wiarę w całości; świadek nie przypominał sobie powódki ale na podstawie dokumentacji złożonej do akt wskazał, że przebieg operacji był typowy, bez powikłań w jej trakcie. Zeznania świadka były zgodne z dokumentacją zgromadzoną w aktach i niekwestionowaną pod kątem jej mocy dowodowej a także zgodna z opinią biegłego dopuszczoną w sprawie;
- D. J. (k. 444v – 445 v znacznik 00:05:55 - 00:36:32), córki powódki, dając im wiarę w części. Sąd dał jej wiarę w zakresie w jakim opisywała, że powódka bardzo cierpiała po operacji kolana, poszukiwała dodatkowej pomocy lekarskiej i w związku z tym zwróciła się do dra K. który skonsultował i wdrożył u powódki dodatkowe

leczenie; świadek wiarygodnie zeznawała że obecnie funkcjonowanie powódki się poprawiło, w stosunku do wcześniejszego stanu; niewiarygodne były zeznania świadka w zakresie w którym wskazywała, że przed operacją powódka poruszała się samodzielnie i ogólnie jej stan był lepszy niż po operacji, bowiem było to niezgodne z dokumentacją medyczną zgromadzona w sprawie, a przede wszystkim opinią biegłego. W tym zakresie Sąd uznał, iż świadek przedstawiła swą subiektywną ocenę stanu zdrowia matki,

- J. K. (k. 446 – 446v znacznik 00:40:24 – 00:49:11) lekarza który konsultował powódkę po protezoplastyce i przeprowadził u niej zabieg redresji, w zakresie w jakim świadek potwierdził na podstawie dokumentacji z akt sprawy wykonanie zabiegu oraz przeprowadzenie badań, które zostały wykorzystane dla sporządzenia opinii przez biegłego. Sąd nie brał pod uwagę zeznań świadka w zakresie oceny zabiegu wykonanego w pozwanym Szpitalu, bowiem nie występował on jako biegły w sprawie i mógł zeznawać jedynie o faktach a nie formułować oceny, co należało do sądu w oparciu o opinię biegłego wydaną w sprawie.

Sąd oparł się także na zeznaniach strony powodowej – U. J. (k. 447 v – 448 znacznik 01:20:18 – 01:37:39) którym dał wiarę w zakresie w jakim były one zgodne z dokumentacją zgromadzoną w aktach sprawy oraz pozostałymi wiarygodnymi dowodami ocenionymi powyżej, mając na uwadze fakt że dowód z zeznań strony ma charakter subsydiarny.

Sąd Okręgowy oparł się także na opinii biegłego sądowego w zakresie ortopedii (opinia k, 189 – 297) wraz z opiniami uzupełniającymi, wydanymi ze względu na zastrzeżenia zgłoszone przez stronę powodową (k. 345 – 346, k. 404) oraz ustnych wyjaśnieniach opinii na rozprawie (k. 446v – 447 znacznik 00:54:40 – 01:17:16). W ocenie Sądu Okręgowego opinia biegłego została sporządzona w sposób rzetelny, klarowny i przekonujący. Biegły uzupełnił początkową opinię, ze względu na niedołączenie wyniku badania CT do dokumentacji na etapie sporządzania pierwotnej opinii. Opinia biegłego wraz z jej ustnymi wyjaśnieniami w sposób pełny odpowiedziała na pytanie postawione w tezie dowodowej i posłużyła do ustalenia stanu faktycznego w sprawie. Ze względu na wnioski do jakich doszedł Sąd na jej podstawie zbędne było uwzględnianie kolejnych wniosków dowodowych strony powodowej, jako prowadzących jedynie do przedłużenia postępowania i nieprzydatnych do ustalenia stanu faktycznego (postanowienie k. 448 znacznik 01:42:12).

Sąd Okręgowy zważył co następuje:

Roszczenie powódki nie zasługiwało na uwzględnienie, albowiem nie wykazała, by stronie pozwanej można było przypisać popełnienie błędu medycznego.

Powódka wskazywała, że na skutek błędu medycznego popełnionego przez personel placówki medycznej – pozwanego Szpitala, wykonano nieprawidłowo zabieg endoplastyki kolana lewego, skutkiem czego poniosła szkodę oraz krzywdę, domagała się także zasądzenia na jej rzecz renty (bez sprecyzowania jakim tytułem renta miała zostać zasądzona). Odpowiedzialności Ubezpieczyciela powódka upatrywała na podstawie art. 822 k.c.

W odniesieniu do roszczenia odszkodowawczego z tytułu poniesionego uszczerbku na zdrowiu podstawę prawną roszczenia stanowi art. 415 k.c. Zgodnie z treścią przywołanego przepisu, kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia. Przesłanki odpowiedzialności deliktowej w świetle przywołanego przepisu stanowią zatem wina, szkoda oraz związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy zdarzeniem sprawczym wywołującym szkodę a tą szkodą. Zakład leczniczy ponosi odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przez personel medyczny. Obowiązkiem całego personelu szpitala jest dołożenie należytej staranności w leczeniu każdego pacjenta. Odpowiedzialność szpitala wynika z treści art. 430 k.c. a przesłankami odpowiedzialności są: 1) powierzenie na własny rachunek wykonania czynności podwładnemu; 2) zawiniony czyn niedozwolony podwładnego; 3) szkoda wyrządzona przy wykonywaniu powierzonych podwładnemu czynności; 4) związek przyczynowy między czynem niedozwolonym podwładnego a szkodą.

Zachowanie lekarzy czy też innego personelu medycznego musi być obiektywnie bezprawne i subiektywnie zawinione. Placówka medyczna ponosi odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przez wskazane podmioty. Konstrukcja ta

pozwała zerwać personalną więź między działaniem lub zaniechaniem prowadzącym do powstania szkody, a zarzutem niewłaściwego zachowania się, poprzestając na ustaleniu, że niewątpliwie zawinił organ lub któryś z pracowników pozwanego zakładu opieki zdrowotnej. Tym samym wina zostaje odniesiona do dostrzeżonych wadliwości w działaniu zespołu ludzi lub funkcjonowaniu określonej struktury organizacyjnej.

Kodeks cywilny przyjął dualistyczną koncepcję winy, polegającą na tym, że wina łączy w sobie element obiektywny, tj. niezgodność działania sprawcy z określonymi regułami postępowania, czyli każde zachowanie niewłaściwe, a więc niezgodne bądź z przepisami prawa przedmiotowego lub też – w stosunku do lekarza – naruszenie obowiązujących reguł wynikających z zasad wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii zawodowej lub też zachowania się sprzecznego z powszechnie obowiązującymi zasadami współżycia. Bezprawność zaniechania ma miejsce wówczas, gdy istniał obowiązek działania, występował zakaz zaniechania lub też zakaz sprowadzenia skutku, który przez zaniechanie mógłby być sprowadzony. Element subiektywny winy wyraża się w niewłaściwym nastawieniu psychicznym sprawcy szkody (w postaci umyślności lub nieumyślności) i może – w zakresie dotyczącym techniki medycznej - wyrażać się w niewiedzy lekarza, nieostrożności w postępowaniu, nieuwadze bądź też niedbalstwie polegającym na niedołożeniu pewnej miary staranności. Zachowanie lekarza musi być obiektywnie bezprawne i subiektywnie zawinione, a między działaniem lekarza, a powstałą szkodą musi istnieć związek przyczynowy.

Mimo, iż w orzecznictwie w procesach o „błędy medyczne” wykształcił się pogląd, że związek przyczynowy pomiędzy postępowaniem lekarza, a szkodą nie musi być ustalony w sposób pewny, to pokreślić jednak należy, iż niezbędne przesłanki odpowiedzialności deliktowej lekarza lub szpitala muszą zostać wykazane łącznie i nie wystarczy, aby charakteryzował je niski lub średni stopień prawdopodobieństwa.

Zgłoszone przez stronę powodową żądanie należało zbadać w kontekście zaistnienia błędu medycznego. Błąd medyczny w prawie cywilnym rozumiany jest wąsko, mianowicie jako postępowanie sprzeczne z zasadami wiedzy i nauki medycznej w zakresie dla lekarza dostępnym (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 1 kwietnia 1955 roku, sygn. akt IV CR 39/54; OSN 1957/7). Na lekarzu (personelu medycznym) spoczywa bowiem szczególnie obowiązek dochowania należytej staranności i powszechnie obowiązujących reguł postępowania według aktualnie obowiązującej wiedzy medycznej. Sformułowanie „w zakresie dla lekarza dostępnym” wyznacza granicę odpowiedzialności z uwagi na możliwość przewidzenia błędu lub zapobieżenie mu, gdyż pomimo dużego postępu medycyny w wielu sferach nauka ta pozostaje w dalszym ciągu bezsilna. Podnosi się, że obowiązująca wiedza medyczna powinna być oceniana na dzień nastąpienia błędu, w żadnym wypadku – na dzień wyrokowania, ponieważ możliwa jest sytuacja, w której w okresie między wystąpieniem błędu medycznego a wyrokowaniem powstały nowe rozwiązania, które mogłyby zapobiec powstaniu błędu. Błąd medyczny jest więc kategorią obiektywną, niezależną od indywidualnych cech czy zdolności konkretnego lekarza (personelu medycznego) i od okoliczności, w jakich udziela świadczeń zdrowotnych. Ujęcie to odpowiada tendencjom panującym powszechnie w nauce i orzecznictwie innych państw, które wyłączają z zakresu błędu medycznego zaniedbania oraz uchybienia lekarza (personelu medycznego) nie dotyczące sfery fachowej: diagnozy i terapii, lecz mające charakter pomyłek, błędów lub innego rodzaju niedociągnięć o charakterze technicznym bądź organizacyjnym, prowadzących do powstania u pacjenta szkody. W piśmiennictwie prawniczym i medycznym wprowadza się różne podziały i klasyfikacje błędów lekarskich. Sąd Najwyższy, oceniając na tle poszczególnych stanów faktycznych kwestię cywilnej odpowiedzialności za szkody wyrządzone przy leczeniu odwołuje się do trzech typów (kategorii) błędu, wyróżnionych w oparciu o kryterium czynności, w związku z podjęciem których dochodzi do błędu medycznego. Wyliczyć zatem należy błąd rozpoznania (tzw. diagnostyczny), błąd prognozy (rokowania) oraz błąd w leczeniu (terapeutyczny).

Ustalenie winy lekarza (personelu medycznego) wymaga odwołania się do wiadomości biegłych sądowych. Opinią biegłych Sąd nie jest co prawda związany w zakresie zastrzeżonym do wyłącznej kompetencji Sądu, mianowicie co do oceny, czy zachowanie lekarza (personelu medycznego) było obiektywnie bezprawne i subiektywnie zawinione. Jeżeli zachowanie lekarza (personelu medycznego) odbiega na niekorzyść od przyjętego, abstrakcyjnego wzorca postępowania lekarza (personelu medycznego), przemawia to za jego winą w razie wyrządzenia szkody. Wzorzec jest budowany według obiektywnych kryteriów takiego poziomu fachowości, poniżej którego postępowanie danego lekarza (personelu medycznego) należy ocenić negatywnie. Właściwy poziom fachowości wyznaczają kwalifikacje

zawodowe (specjalizacja, stopień naukowy), posiadane doświadczenie, charakter i zakres dokształcania się w pogłębianiu wiedzy medycznej i poznawaniu nowych metod leczenia. O zawinieniu lekarza (personelu medycznego) może zdecydować nie tylko zarzucenie mu braku wystarczającej wiedzy i umiejętności praktycznych, odpowiadających aprobowanemu wzorcowi należytej staranności, ale także niezręczność i nieuwaga, jeżeli oceniając obiektywnie nie powinny one wystąpić w konkretnych okolicznościach. Nie chodzi zatem o staranność wyższą od przeciętnej wymaganej wobec lekarza, lecz o wysoki poziom przeciętnej staranności każdego lekarza jako staranności zawodowej (zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 5 marca 2014 roku, sygn. akt I ACa 1274/13).

Do obowiązków lekarzy oraz personelu medycznego należy podjęcie takiego sposobu postępowania (leczenia), które gwarantować powinno, przy zachowaniu aktualnego stanu wiedzy i zasad staranności, przewidywalny efekt w postaci wyleczenia, a przede wszystkim nie narażenia pacjentów na pogorszenie stanu zdrowia. Pojęcie bezprawności należy rozumieć szeroko jako sprzeczność z obowiązującym porządkiem prawnym, przez który należy rozumieć nie tylko ustawodawstwo, ale również obowiązujące w społeczeństwie zasady współżycia społecznego. Wśród nich mieści się działanie zgodne ze sztuką lekarską i z najwyższą starannością wymaganą od profesjonalistów w zakresie medycyny (zob. wyrok Sądu Najwyższego z 10 lutego 2010 r., sygn. akt V CSK 287/09).

Analiza niniejszej sprawy doprowadziła Sąd Okręgowy do przekonania, że w sprawie nie wystąpił błąd medyczny a powikłanie śródoperacyjne - od błędu jako odstępstwa od wzorca i zasad należytego postępowania z uwzględnieniem profesjonalnego charakteru działalności sprawcy szkody, odróżnić należy powikłanie, które stanowi określoną, niekiedy atypową reakcję pacjenta na prawidłowo podjęty i przeprowadzony zespół czynności leczniczych, a także tzw. niepowodzenie medyczne. (por. wyrok SA Łódź z 30.05.2014 r. I ACa 795/11). Zarazem uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia, stanowiące powikłanie związane ze świadczeniem zdrowotnym może być uznane za następstwo nieudzielenia należytej informacji o tym powikłaniu tylko wtedy, gdy są wystarczające podstawy do przyjęcia, że w razie udzielenia należytej informacji pacjent odmówiłby zgody na udzielenie tego świadczenia (tak: wyrok SN – Izba Cywilna z 19.06.2019 r., II CSK 279/18).

Odnosząc powyższe rozważania prawne do niniejszej sprawy, na podstawie zebranego materiału dowodowego zdaniem sądu brak jest podstaw do przyjęcia, iż doszło do nieprawidłowości po stronie pozwanej placówki medycznej – w sprawie nie zaistniał błąd medyczny, zaś usunięcie skutków powstałych powikłań śródoperacyjnych - powstałych zrostów i zapalenia błony maziowej – świadczy o poprawie stanu zdrowia powódki w zakresie stanu kolana lewego. Niemniej długotrwałość choroby zwyrodnieniowej i związany z tym ogólny stan zdrowia powódki także ma wpływ na jej obecną kondycję. Sąd Okręgowy opierając się na opinii biegłego doszedł do przekonania, że nieprawidłowe skorygowanie rotacji nogi powódki nie było błędem medycznym. Operacja przebiegła w sposób typowy i bez jakichkolwiek powikłań, czynności podejmowane przez personale medyczny były prawidłowe i zgodne ze sztuką medyczną. Mocowanie endoprotezy jest prawidłowe jeśli idzie o jej zespolenie. Natomiast pozostała lekka rotacja nogi, która dla powódki jest ponadprzeciętnie bolesna. Jak wyjaśnili lekarze przesłuchiwani w sprawie, w tym biegły są przypadki osób, które mają endoprotezy z rotacją ale nie odczuwają dolegliwości bólowych, jest to kwestia osobnicza. Jak wskazał biegły w swojej opinii oraz ustnych wyjaśnieniach do niej, 20% pacjentów z wszczepioną endoprotezą nie toleruje dobrze tej metody leczenia i odczuwa dolegliwości bólowe. Powódka liczyła, że operacja wszczepienia endoprotezy poprawi znacznie jej funkcjonowanie i uwolni od bólu z którym żyła od wielu lat – jak wynika to z dokumentacji lekarskiej - w tym od problemów z kręgosłupem lędźwiowym oraz bólem prawego barku – ich występowanie jest odnotowane już w 2007 r. we wpisach w karcie zdrowia. Jednakże degradacja zdrowia powódki postępująca od czasu wypadku z 1989 r. spowodowała nieodwracalne zmiany, które również ze względu na powikłanie śródoperacyjne, są nieodwracalne nie dały się odwrócić. W oparciu o opinie biegłego należało uznać, że nieprawidłowa rotacja kolana powódki stanowi powikłanie śródoperacyjne – noga powódki na skutek złamania z 1989 r. jest zmieniona w stosunku do zwykłego układu kolana, doszło o obniżenia rzepki oraz kłykcia bocznego, wytarcia chrząstki – ta zmiana nie mogła zostać uwidoczniła w zwykłych badaniach przedoperacyjnych. Spowodowało to konieczność dodatkowego zrotowania endoprotezy w stosunku do zwykłego jej układu, co jest przeprowadzane ręcznie w trakcie operacji. Jak wyjaśnił biegły jest to bardzo trudny manewr, szczególnie, że endoprotezy mają swoje „ustawienia fabryczne” czyli wskazaną procedurę prawidłowego jej zamocowania, która została zachowana

przez lekarzy operujących powódkę. Nawet zaś dodatkowe zrotowanie ręczne endoprotezy nie gwarantowało, że powódka nie będzie odczuwać dolegliwości bólowych – biorąc pod uwagę ogólny jej stan zdrowia. Z tych względów należało uznać, iż strona powodowa nie wykazała zawinienia lekarzy, a zatem przesłanki niezbędnej do przypisania im odpowiedzialności, jak również wystąpienia błędu medycznego w postaci zamocowania endoprotezy niezgodnie z wiedzą i standardami medycznymi. Ponadto obecnie stan powódki uległ poprawie w stosunku do tego, jaki występował przed operacją, zatem cel zabiegu został co do zasady osiągnięty – zwiększyła się ruchomość stawu kolanowego i możliwość jego zgięcia do 120° w stosunku do stanu przedoperacyjnego. Wprawdzie wymagało to usunięcia jeszcze powikłań operacyjnych w postaci blizn wewnętrznych, które pojawiły się po operacji (redresji) oraz naświetlań izotopem w celu zlikwidowania zapalenia błony maziowej, jednakże w ocenie Sądu nie było to skutkiem błędu medycznego. Reasumując, opinia biegłego doprowadziła Sąd Okręgowy do przekonania, że nie nastąpiło jakiegokolwiek niedbalstwo przy wykonywaniu zabiegu endoprotetyki u powódki. Biegły stanowczo wskazał, iż procedury okołoperacyjne zostały zachowane.

Przy tym opinia dra K., który w czasie zeznań wskazywał że jego zdanie na temat prawidłowości przebiegu operacji jest odmienne od oceny biegłego - nie mogła stanowić podstawy do stanowczych ustaleń w sprawie – został on powołany w toku procesu jako świadek a nie jako biegły. Strona powodowa nie wносиła zarazem, aby dopuścić dowód z opinii innego biegłego z zakresu ortopedii niż dr J. G., którego opinia była jasna i pełna.

Zarazem z samego faktu powstania uszczerbku w zdrowiu powódki – stwierdzonego przez lekarza ZUS - nie można domniemywać błędu lekarza. Odpowiedzialność szpitala nie opiera się na zasadzie ryzyka tylko na zasadzie winy. W myśl dominującego w orzecznictwie i doktrynie poglądu, pojęciem dozwolonego ryzyka jest objęte również niepowodzenie medyczne (powikłanie). Nawet bowiem przy postępowaniu zgodnym z aktualną wiedzą medyczną i przy zachowaniu należytej staranności nie da się wykluczyć ryzyka powstania szkody. Dołożenie należytej staranności nie oznacza bowiem, iż do wystąpienia powikłań nie dojdzie, a przestrzeganie wszelkich reguł sztuki lekarskiej odnośnie zapobiegania wystąpienia powikłaniom oznacza zmniejszenie ryzyka ich pojawienia się, a nie ich całkowitą eliminację. Powikłanie jakie może pojawić się po przeprowadzeniu określonego zabiegu nie uchybia więc prawidłowości takiego leczenia. Leczenie zawsze wiąże się z ryzykiem wystąpienia określonych powikłań, a pacjent poinformowany o istniejącym ryzyku wyrażając zgodę na leczenie, wyraża tym samym zgodę na ewentualne możliwe powikłania i wiążące się z nimi dolegliwości (por. wyrok SA Kraków z 14.10.2019 r., I ACa 987/18). Podkreślić wypadnie, że stan jej kolana przed zabiegiem był zły i wymagał jej przeprowadzenia. Choć operacja nie spełniła w pełni oczekiwań powódki, to stan jej kolana jest lepszy niż gdyby jej nie przeprowadzono. Podkreślić wypadnie, iż skutek takiej operacji nigdy nie jest pewny, o czym świadczy to, iż żaden z lekarzy nie jest w stanie zagwarantować powódce, że reoperacja poprawi stan jej kolana i to mimo, iż obecnie wiemy jak powinno się zrotować endoprotezę.

Ze względu na te ustalenia Sąd nie rozważał już szczegółowo na temat pozostałych roszczeń (w tym niesprecyzowanego roszczenia o rentę), jako zbędnych w ustalonym stanie sprawy, wobec niewykazania winy pozwanego Szpitala co do zasady. Brak winy zaś rzutował także na brak odpowiedzialności Ubezpieczyciela, ponieważ nie doszło do wypadku objętego jego odpowiedzialnością.

Z tych przyczyn Sąd Okręgowy orzekł jak w sentencji w punkcie 1.

Sąd Okręgowy orzekł o kosztach procesu na podstawie art. 108 §1 k.p.c. w zw. z art. 102 k.p.c. oraz art. 113 u.k.s.c. mając na względzie że uwzględniając wniosek powódki postanowieniem z 04 sierpnia 2016 r. powódka została zwolniona od kosztów sądowych w całości (postanowienie k. 23). W ocenie Sadu na datę wyrokowania sytuacja finansowa powódki nie poprawiła się w stosunku do tej z 2016 r. – powódka nadal pozostaje osobą niepełnosprawną, niepracującą, musi korzystać z rehabilitacji oraz poddać się dalszemu leczeniu. Ponadto powódka wnosząc pozew w sprawie mogła pozostawać w usprawiedliwionym przekonaniu o zasadności powództwa – Sąd miał na względzie także fakt i skalę przebytych przez nią cierpień po operacji, związanych z powikłaniami śródoperacyjnymi i uzyskaną w 2013 r. ocenę lekarza o nieprawidłowym przeprowadzeniu zabiegu endoprotezoplastyki. Dopiero w toku postępowania, na skutek opinii biegłego i jej ustnych wyjaśnień ostatecznie Sąd Okręgowy ustalił, że wprawdzie doszło do błędu ale nie miał on charakteru błędu medycznego a powikłania (błędu technicznego). Z tego względu należało dojść do przekonania

o zaistnieniu podstaw do zastosowania ze względu na szczególne okoliczności ujawnione w niniejszej sprawie, do zastosowania wobec powódki dobrodziejstwa art. 102 k.p.c. poprzez nieobciążanie jej kosztami procesu. Z tego względu orzeczono jak w sentencji w punkcie 2.

Sędzia Piotr Królikowski