

**Sygn. akt: I C 436/14**

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 21 lutego 2018 r.

Sąd Okręgowy w Olsztynie I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący:	SSO Wojciech Waclaw
Protokolant:	sekretarz sądowy Joanna Kamińska

po rozpoznaniu w dniu 7 lutego 2018 r. w Olsztynie

na rozprawie

sprawy z powództwa **A. D.**

**przeciwko (...) S.A. w W.**

**o zapłatę i rentę**

**I zasądza od pozwanego (...) S.A. w W. na rzecz powoda A. D. kwotę 30 000,- zł (trzydzieści tysięcy złotych) tytułem zadośćuczynienia wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 21 lutego 2018 r. do dnia zapłaty**

**II oddala powództwo w pozostałej części**

**III nie obciąża powoda kosztami procesu na rzecz pozwanego a także kosztami sądowymi na rzecz Skarbu Państwa.**

**I C 436/14**

## UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 12 sierpnia 2014 r. powód A. D. wniósł o zasądzenie na jego rzecz od pozwanego (...) SA w W. kwoty 130 000,- zł tytułem zadośćuczynienia, kwoty 150 000 tytułem odszkodowania za wywołanie rozstroju zdrowia i uszkodzenie ciała, kwoty 2180,09 zł tytułem zwrotu kosztów leczenia i renty w kwocie 2000,- zł z tytułu całkowitej niezdolności do pracy, zwiększonych potrzeb oraz zmniejszenia widoków powodzenia na przyszłość.

W uzasadnieniu swych żądań powód podał, iż był pracownikiem (...)w G. - obecnie(...)Sp. z o.o. z siedzibą w G..

W dniu 24 maja 2012 r., w trakcie wykonywania obowiązków, w wyniku wypadku przy pracy doznał skręcenia stawu kolanowego prawego wraz z zerwaniem więzadła krzyżowego przedniego.

W dniu 14 czerwca 2012 r. w ówczesnym (...) w G. przeszedł zabieg artroskopowej plastyki więzadła krzyżowego przedniego kolana prawego. W ocenie powoda zabieg rekonstrukcji więzadła został wykonany nieprawidłowo, m.in.:

w główce kości udowej wywiercono aż 3 otwory do zamocowania zaczepu przeszczepu, sam zaś przeszczep ułożono nieprawidłowo w kanaliku główki kości udowej i piszczelowej.

W wyniku wadliwie wykonanego zabiegu, pojawiły się u powoda zdecydowanie większe niż przy prawidłowym wykonaniu zabiegu, dolegliwości bólowe.

Dolegliwości bólowych nie były w stanie uśmierzyć podawane leki i ostatecznie rozpoczęto również podawanie morfiny, co także nie przynosiło pożądanych efektów.

Ponadto u powoda pojawiło się również drętwienie dwóch palców (I. i II.) oraz goleni nogi i utrata czucia.

Lekarze początkowo rozważali wykonanie u powoda prześwietlenia i tomografu celem ujawnienia przyczyny bólu, jednakże z nieznanych przyczyn nie zostało to zrealizowane.

W dniu 20 czerwca 2012 r. powód pomimo opisanego wyżej stanu został wypisany z wenflonem ze szpitala, przy adnotacji o dobrym stanie pacjenta i braku przepisania leków przeciwbólowych. Zalecono też odciążanie kończyny, chodzenie o kulach, ćwiczenia według wyuczonego schematu i utrzymanie ortezy przez 6 tygodni.

Z uwagi na to iż, opisany stan powoda nie poprawiał się, bowiem dolegliwości bólowe operowanej nogi nie ustępowały, zaś kolano było opuchnięte, a jego obrysy zniekształcone, w dniu 12 lipca 2012 r. powód zgłosił się do szpitala (...)w E. (...) Sp. z o.o. w E.), gdzie przebywał do dnia 3 sierpnia 2012 r.

Pomimo leczenia usprawniającego w wymienionej jednostce, ból nie ustąpił, wobec czego to powód odbył szereg konsultacji i badań zmierzających do ustalenia dalszego toku postępowania wobec niego.

Podczas jednej z konsultacji poinformowano powoda, że operacja przeprowadzona w czerwcu 2012 r. jest nieudana i niezbędnym jest przeprowadzenie operacji usunięcia wszczepionego więzadła, a następnie powtórzenie operacji wszczępienia więzadła krzyżowego.

Operacje takie kolejno przeprowadzono i spowodowały one znaczące zmniejszenie bólu.

Okazało się, że u powoda pojawiły się zmiany zwyrodnieniowe i związane z tym wątpliwości co do szans na wyleczenie kolana.

Z powodem rozwiązano umowę o pracę, został on uznany za osobę niepełnosprawną i rozpoczął terapię psychologiczną. W ocenie powoda, gdyby zabieg operacyjny z dnia 14 czerwca 2012 r. wykonany był prawidłowo powód powróciłby do dawnej sprawności i mógłby wykonywać swą pracę.

Ubezpieczyciel uznał zasadę odpowiedzialności szpitala i wypłacił zadośćuczynienie w kwocie 20 000,- zł.

Legitymacja pozwanego wynika z faktu zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej szpitala.

Na dochodzoną pozewem kwotę składają się zadośćuczynienia: za całokształt negatywnych przeżyć i odrębnie za uszkodzenie ciała i rozstrój zdrowia, odszkodowanie tytułem zwrotu kosztów leczenia oraz renta związana z niepełnosprawnością.

Kolejnymi pismami (k. 212, 310, 359, 381 i 720) powód rozszerzał sukcesywnie powództwo o kolejne kwoty odszkodowania wynikające z kolejno ponoszonych przezeń kosztów związanych z leczeniem.

Pozwany (...) SA w W. wniósł o oddalenie powództwa podnosząc, iż brak było po stronie ubezpieczonego Szpitala podstaw odpowiedzialności deliktowej, bowiem tenże, pomimo wypłacenia przez ubezpieczyciela zadośćuczynienia za jedynie przedłużenie leczenia związanego z niewłaściwym umiejscowieniem przeszczepu, nie przyznał, by postępowanie lecznicze wobec powoda było w jakimkolwiek zakresie niewłaściwe i zawinione.

Niezależnie od tego podniósł, iż powód przed doznanym urazem cierpiał na liczne problemy związane z uszkodzeniem stawu kolanowego.

U powoda bowiem już w roku 2011 stwierdzono w badaniu artroskopowym całkowite uszkodzenie ACL (więzadła krzyżowego przedniego) kolana prawego.

Przy przyjęciu też powoda do szpitala w G. stwierdzono uprzednie wielokrotne urazy stawu kolanowego. (odpowiedź na pozew k. 183 i nast.)

### **Sąd ustalił co następuje:**

Powód A. D. był pracownikiem (...)w G. - obecnie Szpitala (...) Sp. z o.o. z siedzibą w G..

W dniu 24 maja 2012 r., w trakcie wykonywania obowiązków służbowych pielęgniarza na (...), został skierowany do pracy na Blok Operacyjny, gdzie w wyniku wypadku przy pracy doznał skręcenia stawu kolanowego prawego wraz z zerwaniem więzadła krzyżowego przedniego.

W dniu 14 czerwca 2012 r. w ówczesnym (...) w G. A. D. przeszedł zabieg artroskopowej plastyki więzadła krzyżowego przedniego kolana prawego.

Po przeprowadzeniu w dniu 15 czerwca 2012 r. konsultacji, lekarz - anestezjolog wskazała na brak skutecznego leczenia bólu" jako jedną z hipotetycznych przyczyn przemawiających za usunięciem cewnika".

Podawano leki: paracetamol, pyralgina, ketonal, jednakże nie przynosiło to odczuwalnego skutku wobec czego sięgnięto po leki silniejsze mianowicie tramadol, co okazało się również niewystarczające.

Ostatecznie rozpoczęto podawanie morfiny.

Zastosowane środki przeciwbólowe nie przynosiły pożądanych efektów. W czwartej dobie po zabiegu powodowi w dalszym ciągu towarzyszyły silne dolegliwości bólowe operowanej nogi.

Od dnia 18 czerwca 2012 r. podawano pacjentowi równolegle: Perfalgan (4 razy dziennie) - zamiennie z pyralgina (2 razy dziennie), morfinę (5 mg), ketonal (2 razy po 100 mg), oraz poltram (4 razy po 100 -g).

Ponadto u powoda pojawiło się również drętwienie dwóch palców (I. i II.) oraz goleni nogi i utrata czucia w nich czucia.

Lekarze początkowo rozważali wykonanie u powoda prześwietlenia i tomografu celem ujawnienia przyczyny bólu, jednakże nie zostało to zrealizowane.

W dniu 20 czerwca 2012 r. powód pomimo utrzymującego się bólu został wypisany z wenflonem ze szpitala, przy adnotacji o dobrym stanie pacjenta i braku przepisania leków przeciwbólowych. Zalecono też przy wypisie odciążanie kończyny, chodzenie o kulach, ćwiczenia według wyuczonego schematu i utrzymanie ortezy przez 6 tygodni.

Z uwagi na to iż, stan powoda nadal nie poprawiał się, bowiem dolegliwości bólowe operowanej nogi nie ustępowały, zaś kolano było opuchnięte, a jego obrysy zniekształcone, w dniu 12 lipca 2012 r. powód zgłosił się do szpitala (...)w E. ( (...) Sp. z o.o. w E.), gdzie przebywał do dnia 3 sierpnia 2012 r.

Pomimo leczenia usprawniającego w wymienionej jednostce, ból nie ustąpił, wobec czego to powód został wypisany z zaplanowanym dalszym leczeniem ustalonym z prowadzącym ortopedą.

Od tego czasu powód odbył szereg konsultacji i badań zmierzających do ustalenia dalszego toku postępowania wobec niego.

Tak też w dniu 10 września 2012 r., wyniki rezonansu magnetycznego, : prawego kolana wykazały ubytki chrząstki rzepkowej.

Podczas jednej z konsultacji poinformowano też powoda, że operacja w czerwcu 2012 r. była nieudana i niezbędnym jest przeprowadzenie operacji usunięcia wszczepionego więzadła, a następnie powtórzenie operacji wszczępienia więzadła krzyżowego.

Usunięcie przeszczepu przeprowadzono w (...) szpitalu (...)w dniu 1 lutego 2013 r. W trakcie pobytu w szpitalu okazało się, że A. D. cierpi na artrofibrozę prawego kolana (zwlóknienia powodujące ograniczenia w ruchu stawu kolanowego), oraz chondromalację tego kolana (rozmiękczenie chrząstki stawowej).

W celu przywrócenia kolana do dawnej sprawności niezbędne okazało się również uwolnienie troczka bocznego rzepki i wykonanie resekcji ciała Hoffa, resekcji błony maziowej, resekcji zrostów i fałdu, oraz tzw. debridement ti. usunięcie martwej tkanki w stawie kolanowym.

.W okresie pooperacyjnym, dolegliwości bólowe u powoda znacząco się zmniejszyły.

Ponowny zabieg plastyki więzadła krzyżowego przedniego kolana prawego został wykonany w Szpitalu (...) w E. w dniu 20 sierpnia 2013 r., przy czym przeszczepem jaki został umieszczony w kolanie, był fragment ze ścięgna mięśnia smukłego i półścięgniastego lewej nogi.

W trakcie kolejnej wizyty lekarskiej powód dowiedział się, że wymaga dalszej diagnostyki i leczenia. Tak też kolejny zabieg wykonano w dniu 10 07 2014 r. kiedy to powód przebywał w szpitalu (...) w E. w związku z urazem drugiej (lewej) nogi.

Wtedy to dokonano usunięcia uszkodzonego fragmentu łąkotki, resekcji ciał Hoffa i błony maziowej uwolnienia troczka bocznego rzepki i resekcji neofitów nogi prawej.

Powód po wypisaniu ze szpitala nadal chodził na rehabilitacje oraz konsultacje ortopedyczne, w tym jeździł do prywatnej kliniki do W..

W marcu 2017 r podjęto decyzję o zakwalifikowaniu powoda do zabiegu w prywatnej klinice - (...), którą polecali lekarze ze szpitala (...) w E..

Chodziło przede wszystkim o osteotomię, której polecaną powodowi nowszą metodą nie wykonywał szpital (...). Takiej też operacji powód się poddał. Operacja ta w pierwszej kolejności zmierzała do poprawienia rotacji i geometrii nogi, która do tego czasu „uciekała do wewnątrz”.

Pociągnęło to jednocześnie za sobą konieczność korekty umiejscowienia więzadła i dostosowania jego lokalizacji do nowej uzyskanej w wyniku zabiegu geometrii.

W ten sposób, w wyniku korekty połączonej z nowym już umiejscowieniem więzadła został osiągnięty w ocenie powoda stan w pełni pożądanym, bowiem w tym zakresie leczenie zostało zakończone.

Obecnie powód podjął pracę na analogicznym stanowisku jak przed wypadkiem, choć w innej placówce medycznej.

Na rencie w związku z wypadkiem i leczeniem przebywał do dnia 31 stycznia 2018 r.

Postępowanie podjęte wobec powoda w ramach przeprowadzonego w dniu 14 czerwca 2012 r. zabiegu operacyjnego nie było postępowaniem nieprawidłowym, natomiast zostały naruszone prawa powoda jako pacjenta w zakresie braku objęcia go jakąkolwiek opieką zmierzająca do wyeliminowania utrzymującego w chwili wypisania ze szpitala silnego bólu.

Nie przeprowadzono też jakichkolwiek badań zmierzających do ustalenia jego przyczyny i nietypowego jak na normalnie oczekiwane w takich sytuacjach jego nasilenia, pomimo uskarżania się na ten ból powoda i niemożności podjęcia z tego powodu jakichkolwiek ćwiczeń, niezbędnych z punktu widzenia pierwszych dni po zabiegu.

***Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił w oparciu o dołączoną przez strony a także pozyskaną w toku postępowania dokumentację, w tym dokumentację medyczną (również w formie elektronicznej), nadto zeznania świadków, zeznania powoda a także opinie biegłych: pisemną i ustną złożoną w trakcie telekonferencji.***

***Sąd zważył co następuje:***

Powództwo zasługiwało na uwzględnienie w nieznacznej jego części, przy czym nie w odniesieniu do zadośćuczynienia z art. 445 kc oraz odszkodowania i renty z art. 444 kc.

Na wstępie i dla porządku stwierdzić należy, iż świetle wskazanej w pozwie podstawy prawnej i faktycznej powództwa, jego podstawy należało upatrywać w odpowiedzialności ubezpieczyciela jako pochodnej z tytułu ubezpieczenia OC w stosunku do odszkodowawczej deliktowej, zatem opartej na zasadzie winy, skoro powód dochodził stosownej kompensaty w pierwszej kolejności za nieprawidłowe wykonanie zabiegu rekonstrukcji więzadła krzyżowego przedniego w szczególności nieprawidłowego jego ułożenia w kanaliku główek kości udowej i piszczelowej.

W konsekwencji zatem odpowiedzialność szpitala wobec pacjentów ( a tym samym jego ubezpieczyciela od odpowiedzialności cywilnej) ma tu charakter deliktowy, co zostało już potwierdzone w dotychczasowym orzecznictwie.

Elementami konstytuującymi tę odpowiedzialność, rodzącą obowiązek zapłaty odszkodowania lub zadośćuczynienia są: szkoda i odpowiednio krzywda jako uszczerbek na dobrach prawnie chronionych, wina na którą składa się zarówno obiektywny jak i subiektywny jej element, oraz związek przyczynowy pomiędzy szkodą (krzywdą) a zawinionym działaniem bądź zaniechaniem.

W sprawie niekwestionowanym przy tym jest fakt, iż powód został poddany zabiegowi rekonstrukcji więzadła w ubezpieczonym w pozwanym Zakładzie szpitalu.

Pozwany jednakże podejmując merytoryczną obronę w toku postępowania konsekwentnie kwestionował fakt, by zaistniał w sprawie element postępowania po stronie szpitala zawinionego, z którym wiązać można byłoby skutki o jakich mowa w pozwie, w szczególności by doszło do wadliwości zabiegu, który to sam przez się spowodowałoby u powoda uszczerbek w całości lub w części.

W kontekście powyższego istota rozstrzygnięcia w niniejszej sprawie ogniskowała się wokół prawnej możliwości przypisania winy ubezpieczonemu szpitalowi i związanego z tym skutku w postaci uszczerbku, przy czym przy odpowiedzialności deliktowej z art. 415 w zw. z art. 430 kc lub 429 kc, ciężar udowodnienia tych okoliczności spoczywał na stronie powodowej.

W samym jednakże zabiegu w ocenie Sądu takowej winy w świetle okoliczności sprawy nie sposób było się dopatrzeć.

Prawdą jest, iż dla stwierdzenia wzmiankowanej odpowiedzialności wystarczy, że zostanie wykazana wina obiektywna, rozumiana jako działanie dotknięte obiektywną wadą pojmowaną szeroko.

Obiektywny element winy wypełnia tu bowiem każde niewłaściwe zachowanie się, a więc niezgodne bądź z przepisami prawa przedmiotowego, bądź z zasadami etycznymi, bądź w ogóle z obowiązkiem ostrożności. W stosunku do lekarza będzie to zwykle naruszenie obowiązujących przepisów lub reguł wynikających z zasad wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii zawodowej.

Subiektywny zaś element winy można ogólnie określić jako ujemną ocenę postępowania lekarza, niezgodnego z jego obowiązkami wynikającymi z różnych przepisów prawa, ogólnych reguł zachowania się, czy istoty zawodu.

Wina przy tym będzie przejawiać się najczęściej pod postacią niedbalstwa polegającego na niedołożeniu miary należytej staranności.

Miara tejże staranności oceniana może być w płaszczyźnie wiedzy medycznej, jednocześnie przez pryzmat Kodeksu Etyki Lekarskiej, który to nakłada na lekarza obowiązek przeprowadzenia wszelkich postępowań diagnostycznych, leczniczych i zapobiegawczych z należyłą starannością, poświęcając im niezbędny czas (art. 8 Kodeksu Etyki Lekarskiej).

Jest oczywistym, iż lekarz będzie ponosił odpowiedzialność za każdą nieuwagę, nieostrożność, niedbalstwo, czy również wykazane niedostatki wiedzy, jeżeli jego postępowanie sprzeczne było z zasadami sztuki lekarskiej.

Prawo nie zawiera przy tym definicji pojęcia „błędu w sztuce lekarskiej”.

Powszechnie przyjmuje się natomiast, iż błędem w sztuce lekarskiej jest postępowanie sprzeczne z powszechnie uznanymi zasadami wiedzy medycznej. Oznacza to, że kategoria ta dotyczy zatem tylko sytuacji, gdy lekarz postąpił niezgodnie z wiedzą medyczną.

Ustalając w tej mierze stan faktyczny niniejszej sprawy Sąd opierał się przede wszystkim na dokumentach, których prawdziwości i wiarygodności żadna ze stron nie kwestionowała.

Z uwagi też na wcześniej wskazane sporne okoliczności dotyczące w istocie nieprawidłowości w zakresie wykonania zabiegu, zaszła konieczność dopuszczenia dowodu z opinii biegłych celem ustalenia prawidłowości jego wykonania, przede wszystkim w kontekście zgodności ze sztuką lekarską, wiedzą i dobrą praktyką.

Przede wszystkim, zważywszy na treść obu opinii pisemnych a także ustnej, w ocenie Sądu brak jest podstaw dla poczynienia w tej mierze pozytywnych dla powoda ustaleń i wysnucia korzystnych dlań wniosków w zakresie ustalenia działania niedbałego czy niedostatecznie starannego w kontekście przywołanych wcześniej zasad i kryteriów.

Biegli bowiem w swej opinii odnosząc się do samego zabiegu wskazali jednoznacznie, iż na podstawie analizy akt sprawy oraz dokumentacji medycznej, w szczególności zapisu zabiegu artroskopii z dnia 14.06.2012 r. na płycie CD oraz badania techniką rezonansu magnetycznego wykonanego po zabiegu w postępowaniu medycznym związanym z diagnostyką i leczeniem powoda w czasie hospitalizacji w dniach 12-20.06.2012 r. brak jest podstaw do stwierdzenia nieprawidłowości w postępowaniu medycznym mającym miejsce w Oddziale (...)w G..

Biegli mianowicie wyjaśnili, iż tego typu zabiegi zwykle wykonuje się dwuczasowo, , bowiem pierwsza artroskopia (zwiadowcza, diagnostyczna) pozwala na postawienie ostatecznego rozpoznania uszkodzeń wewnątrzstawowych, często usuwa się tu uszkodzoną łąkotkę przyśrodkową, zmiany zwyrodnieniowe, przerośniętą błonę maziową, ciało tłuszczowe. Przy potwierdzeniu w tej artroskopii uszkodzenia więzadeł krzyżowych i utrzymujących się dolegliwościach u pacjenta wykonuje się drugi zabieg operacyjny rekonstrukcji uszkodzonych więzadeł.

Zabieg artroskopii w przypadku powoda miał charakter planowy i był odroczony w czasie od pierwotnego urazu, co miało na celu zapewnić lepsze warunki śródoperacyjne, zaś zabieg miał charakter diagnostyczno-leczniczy.

Dalej biegli wyjaśnili, iż dostępny zapis zabiegu nie daje podstaw do stwierdzenia, że dopuszczono się błędu technicznego w zakresie przeprowadzonej rekonstrukcji więzadła, w tym w szczególności się, że brak podstaw dla postawienia sformułowanego pozwem podstawowego zarzutu nieprawidłowego osadzenia przyczepu więzadła.

Co do zarzucanych treścią pozwu wielu otworów biegli podkreślili, iż ilość wywierconych otworów w czasie zabiegu rekonstrukcji nie ma żadnego

znaczenia dla sprawy, albowiem są one zlokalizowane na powierzchni stawu nieobciążanej zaś wywiercenie dodatkowego otworu ma miejsce w sytuacji, gdy nie uzyskano zadawalającego kanału do przeprowadzenia rekonstruowanego więzadła. Dodali też, iż w niektórych przypadkach przy plastyce dwupęczkowej wierce się np.

4 otwory. Podkreślili nadto, że za stabilność stawu kolanowego odpowiada układ więzadłowy jak i mięśniowy, a u powoda po przebytych urazie i leczeniu, ze względu na unieruchomienie stawu kolanowego doszło do zaników mięśniowych prawej kończyny dolnej, co mogło wpływać na niestabilność kolana pomimo zrekonstruowania więzadła.

Utrzymywanie się płynu w stawie kolanowym po zabiegu, jak i nasilone dolegliwości bólowe mogły wynikać z reakcji organizmu na zastosowane materiały, które stanowiły ciało obce.

Biegli jednocześnie nadmienili, że u powoda przed wypadkiem doszło do urazu prawego stawu kolanowego i następstwem urazu i każdej operacji jest powstawanie wcześniejszych i coraz bardziej rozległych zmian zwyrodnieniowych kolana, które objawiają się powstawaniem ubytków w chrząstce stawowej, zwężeniem przestrzeni międzystawowych, powstawaniem zwłóknień wewnątrzstawowych, w efekcie czego taki stan rzeczy doprowadza do dalszego ograniczenia ruchomości w stawie i nasilenia dolegliwości bólowych.

Potwierdzenie powyższego obrazuje progresja powyższych zmian uwidocznioma w badaniach obrazowych i w czasie kolejnych zabiegów.

Jeśli zaś chodzi o ubytki chrząstki kolana których wystąpienie przypisane zostało operującemu szpitalowi to biegli stwierdzili, iż ubytki te występują po urazie zarówno mechanicznym, jak i operacyjnym, przy czym operacja ma na celu odświeżenie chrząstki, kiedy to wykonuje się w niej mikrołamania w celu jej regeneracji.

Jeśli zaś chodzi o negatywne następstwa, to nie są one spowodowane operacją jako taką a urazem, który kwalifikował powoda do leczenia operacyjnego.

Co do niestabilności zaś prawego kolana to wynikała ona z pierwotnego urazu oraz dalszych powikłań, które to nie były następstwem wadliwego leczenia a były zwykłym następstwem choroby zwyrodnieniowej i powikłań ograniczenia ruchomości stawu, co się sumuje i powoduje wcześniejsze powstawanie zmian zwyrodnieniowych.

W ocenie Sądu sporządzona w sprawie opinia jest w tym zakresie jednoznaczna i w sposób kategoryczny odpowiada na pytania zawarte w postanowieniu dowodowym, jeśli chodzi o prawidłowość zabiegu.

Biegli przy tym odnieśli się wprost do kluczowego zarzutu - zbyt pionowego osadzenia przeszczepu więzadła.

Tak też w opinii uzupełniającej wskazali i powtórzyli, że za stabilność stawu kolanowego jest odpowiedzialny zarówno układ więzadłowy kolana jak i układ mięśniowy.

Dalej co do zarzutu błędu technicznego w postaci nieprawidłowego umieszczenia przeszczepu zrekonstruowanego więzadła krzyżowego przedniego, przekonująco wskazali, iż można to ocenić w dwóch aspektach tj. nieanatomicznego przebiegu przeszczepu więzadła widocznego w badaniach dodatkowych rezonansu magnetycznego czy artroskopii oraz w płaszczyźnie niemniej ważkiej, istotnej z punktu widzenia biomechaniki stawu tj. stanu klinicznego polegającego na badaniu podczas operacji czynnika stabilności kolana.

W ich ocenie w czasie operacji można zmienić położenie przeszczepu lub rodzaj zabiegu rekonstrukcji więzadła, jeżeli zastosowane metody są niezadowolające, przy czym śródzabiegowa ocena stabilności stawu kolanowego ma miejsce, gdy u pacjenta jest zastosowane znieczulenie, a więc ocena funkcji mięśniowej nie jest wówczas możliwa.

Jednocześnie biegli podkreślili, iż zbyt pionowe umiejscowienie przyczepu więzadła właśnie przy zachowanej stabilności kolana w normalnych warunkach nie powinno mieć wpływu i wystąpienie silnych dolegliwości bólowych kolana, a jedynie na ewentualne większe ryzyko zerwania przeszczepu więzadła przy obciążeniu kończyny. To ostatnie powikłanie natomiast nie miało miejsca w przedmiotowym przypadku, wobec czego to nieanatomiczny przebieg przeszczepu więzadła nie tłumaczył stanu klinicznego pacjenta.

W opinii uzupełniającej potwierdzono też, że zauważone uszkodzenie chrząstek stawowych występuje u każdej osoby wraz z wiekiem. Choroba zwyrodnieniowa ulega nasileniu w związku z wiekiem, obciążeniem narządu ruchu,

przebytymi urazami stawu czy jego niestabilnością, progresja zmian zwyrodnieniowych zaś wykazuje osobniczo zmienną dynamikę.

Tak potwierdzona i pogłębiona opinia stanowi w ocenie Sądu w pełni miarodajne źródło wiedzy co do oceny tego, czy wykonujący operację dopuścili się błędu kierując się śródoperacyjnym kryterium przede wszystkim stabilności kolana, przy braku w normalnym biegu zdarzeń i w świetle praktyki medycznej związku pomiędzy nieznacznym przesunięciem przyczepu (w celu osiągnięcia przede wszystkim wzmiankowanego wcześniej pożądanego stanu stabilności kolana) a występowaniem nieoczekiwanych trudnych skądinąd do zniesienia skutków bólowych.

Takiego błędu bowiem w świetle opinii nie było i brak jest podstaw, by tak przedstawiony przez biegłych tok rozumowania zakwestionować.

Biegli natomiast potwierdzili to, iż rehabilitacja u chorego po zabiegu rekonstrukcji więzadła powinna zostać włączona od dnia operacji i ma na celu wzmacnianie mięśni operowanej kończyny i powinna być prowadzona do końca leczenia. Zauważyli też, iż w konsultacji ortopedycznej z dnia 18.06.2012 r. było odnotowane, że występowały u powoda silne dolegliwości bólowe w tym podczas rehabilitacji, o czym to jeszcze będzie mowa w dalszej części uzasadnienia.

Co do rehabilitacji biegli jedynie wskazali, iż zlecający rehabilitację powinien sporządzić kartę zleceń dla fizjoterapeuty, który wykonuje zabiegi fizjoterapeutyczne, gdzie powinny znajdować się określone procedury fizjoterapeutyczne (np. nazwy zabiegów fizykalnych i ćwiczeń), częstość wykonywania w ciągu dnia i czas wykonywać. Zaniechanie też wczesnej rehabilitacji byłoby działaniem nieprawidłowym, które mogło przyczynić się powstania zaników mięśniowych i ograniczeń ruchomości w stawie.

W ocenie Sądu w oparciu o powyższe ustalenia i wnioski obu opinii pisemnych pierwszej, jak i pisemnej uzupełniającej nie sposób zatem było przypisać szpitalowi w G., a zatem i pozwanemu odpowiedzialności za wszelkie stwierdzone poniewczasie u powoda a opisane wcześniej niedomogi takie jak zmiany w powierzchni stawu kolanowego czy zmiany w geometrii kończyny, wymagające ingerencji zabiegowej „jako skutki zabiegu wykonanego przez ubezpieczony u pozwanego szpitala.

Odrębnego omówienia wymagało natomiast złożenie opinii ustnej złożonej przez biegłego M. S. w ramach odbytej telekonferencji.

Ostatecznie bowiem w jej toku, biegły pomimo wcześniejszych kategorycznych ustaleń i wniosków obu opinii, w trakcie opinii ustnej składanej w trybie telekonferencji, zawarł w swych wyjaśnieniach pewne stwierdzenia dotyczące możliwości uznania, iż niewykluczonym jest, że przyczyną dojmującego bólu jakiego doznawał powód po wykonaniu zabiegu było takie a nie inne umiejscowienie więzadła, przy czym w ocenie Sądu owo stwierdzenie nie mogło z góry i w sposób dostatecznie kategoryczny przesądzić o przypisywanym szpitalowi „błędzie lekarskim”.

Biegły bowiem niewątpliwie wsparł się tu na podawanej przez powoda w czasie telekonferencji okoliczności, iż po kolejnej i ostatnio wykonanej operacji powrócił do pewnej sprawności w tym przynajmniej znaczeniu, iż uzyskane w jej wyniku efekty pozwalają na podjęcie przezeń ponownie pracy i jest to w zasadzie jedyna podstawa dla stwierdzenia, że przyczyną bolesności mogło być takie a nie inne umiejscowienie i przeszczepu.

Jest to jednak w ocenie Sądu jedynie stwierdzenie, a w zasadzie przypuszczenie opierające się ciągle i wyłącznie na konstrukcji pewnego domniemania, które nie może kategorycznie przesądzać o wadliwości umiejscowienia więzadła, i takiej wadliwości jednoznacznie zresztą biegły nie stwierdził.

W tym bowiem zakresie przedstawiony tok rozumowania sprowadził się w istocie do tego rodzaju wnioskowania, że skoro kolejne zabiegi przynosiły odczuwalną ulgę powodowi, to oznaczać może, że początkowe, pierwsze umiejscowienie więzadła mogło być przyczyną początkowych, znacznych jak na przeprowadzony zabieg bolesności. („o złym ułożeniu więzadeł może świadczyć to, że kolejne operacje wyeliminowały dolegliwości bólowe” - k.800 v.)



Była to jak z powyższego wynika w istocie jedna i jedyna okoliczność, która skłoniła biegłego do wysnucia takiego domysłu, przy czym co należy powtórzyć za wcześniejszymi rozważaniami - biegły w żadnej części opinii nie powołał się na to, iż są określone ściśle (tj. „geometryczne”) reguły dotyczące umiejscowienia przeszczepu, przeciwnie podkreślił, iż owo umiejscowienie jest weryfikowane w trakcie operacji.

Wskazał też konsekwentnie, iż jeśli nie jedynym to podstawowym kryterium właściwego osadzenia przyczepu jest tu stabilność kolana tzn. uzyskanie sytuacji, kiedy kolano „nie ucieka”. (800 v.), co jest weryfikowane w trakcie operacji.

Jeśli zatem tym kierowano się w trakcie pierwszej operacji (tj. kryterium ułożenia stabilnego), to z punktu widzenia prawidłowości zabiegu brak jest podstaw dla sformułowania w tym zakresie wobec operujących lekarzy zarzutu.

Wzmiankowana stabilność kolana jako kryterium umiejscowienia więzadła pojawia się zresztą konsekwentnie - co wymaga powtórzenia- w kolejnych fragmentach wypowiedzi biegłego jak np. na k. 801v gdzie biegły wskazuje, iż jeśli przy zbyt pionowym osadzeniu stabilność jest zachowana, to więzadło należy w tym miejscu pozostawić, „jeśli zaś stabilności nie ma, należy je przesunąć”.

Ta właśnie stabilność ma sprawiać, że osadzenie więzadła jest z operacyjnego punktu widzenia właściwe, co również potwierdza biegły na k. 802, konkludując, iż ostatecznie „postępowanie w G. można uznać za poprawne”

Fakt natomiast, iż nawiercono kilka otworów można odczytywać w ten sposób, iż w trakcie zabiegu właśnie próbowano w kolejnych próbach zmiany umiejscowienia więzadła, gdyż nie uzyskiwano efektu stabilności kolana. (tak opinia - k. 802).

Biegły co prawda stwierdził, iż „zastanawiające jest wystąpienie i utrzymywanie się bólów” . Nie znalazł jednakże podstaw dla uznania, iż były one wynikiem wadliwego umiejscowienia więzadła.

Jest zaś z kolejnej strony w świetle okoliczności sprawy oczywistym i nie wymagającym z uzasadnienia, iż występowanie bólu o atypowej jak na oczekiwane wyniki zabiegu skali jako kryterium, czy wiążący medycznie sygnał dla przesunięcia umiejscowienia przyczepu, nie wchodziło w trakcie operacji w rachubę, skoro ta była prowadzona pod znieczuleniem, zaś ból następczy jest nieodłącznym elementem śród- oraz pooperacyjnym ustępującym dopiero z czasem.

Natomiast nie sposób uznać, by uzyskanie w chwili obecnej oczekiwanych przez powoda efektów miało samo przez się przesądzać o medycznych nieprawidłowościach pierwszej operacji, takie bowiem rozumowanie w świetle całokształtu okoliczności sprawy byłoby nieuprawnione.

Jakkolwiek bowiem prawdą jest, iż w dotychczasowym orzecznictwie dopuszcza się możliwość wsparcia się w sprawach „lekarskich” szerzej na układzie określonych domniemań faktycznych, to te nie mogą mieć bezpośredniego przełożenia na ocenę dowodów w sprawie niniejszej.

Orzeczenia te bowiem dotyczyły przede wszystkim zakażeń, które w istocie nie należą do ścisłej kategorii błędów medycznych (w szczególności diagnostycznych i leczniczych), lecz w istocie dotyczą zaniedbań czy niedomogów w sferze nadzorczo – organizacyjnej jednostki i trudnych do ustalenia i udowodnienia przez poszkodowanego poniewczasie faktów.

Znalazło to odzwierciedlenie m.in. w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 6 listopada 1998 r. - III CKN 4/1998 gdzie dano wyraz zapatrywaniu, iż „Przeprowadzenie dowodu istnienia związku przyczynowo-skutkowego między pobytem w szpitalu a późniejszym zachorowaniem na żółtaczkę jest zadaniem ogromnie trudnym, w grę bowiem wchodzi procesy biologiczne trudno uchwytne i nie poddające się obserwacji, dokumentacji itp. Z tej przyczyny w orzecznictwie przyjmuje się, że w braku dowodu pewnego - wystarczające jest ustalenie wysokiego, graniczącego z pewnością, stopnia prawdopodobieństwa, że zakażenie nastąpiło w szpitalu (tak m.in. w orz. SN z 17 VI 1969 - nie publ., II CR 165/69 - OSPiKA 1969 nr 7-8 poz. 155, z 17 VII 1974, II CR 415/73 - nie publ.).

Po to zatem by przyjąć tok rozumowania czy tezę sformułowaną przez powoda w tej mierze należałoby po pierwsze, ustalić prawdopodobieństwo określonego ciągu zdarzeń i ich przyczynowości graniczące z pewnością, co nie zostało w opinii potwierdzone, po wtóre od strony procesowej dysponować innymi dowodami, które układając się w logiczną całość, inną ewentualność faktycznie by wykluczały.

Takiego ciągu logicznego jednakże w ocenie Sądu na tle stanu faktycznego niniejszej sprawy nie sposób w świetle wyłożonych wcześniej okoliczności i poczynionych rozważań przeprowadzić.

Nie jest to zatem sytuacja dowodowa o jakiej mowa w cytowanych wyżej orzeczeniach, a przeciwnie, jak się wydaje zachodzi tu co najmniej nagromadzenie wątpliwości o skali oraz stopniu, których ocena nie przynosi wniosków jednoznacznych lub graniczących z pewnością.

Skoro tak, nie sposób obciążać pozwanego (a w istocie szpitala) wszelkimi nieomogami zdrowotnymi eliminowanymi lub łagodzonymi kolejnymi zabiegami przeprowadzonymi w innych jednostkach.

Sąd przy tym pominął wniosek o kolejnych biegłych ortopedów, skoro w świetle okoliczności sprawy w ocenie Sądu stanowił on jedynie swoisty wyraz procesowego nieusatisfakcjonowania strony co do wniosków opinii niezgodnych z jej oczekiwaniami.

Nie było zaś potrzeby ponawiania opinii, wobec wniosków opinii już w tym zakresie złożonych.

Dla uzupełnienia i pogłębienia powyższego stanowiska a niejako dla przeciwwagi przyjęcia, iż względna czy „postępująca” skuteczność kolejnych zabiegów miałyby sama przez się przesądzać o wadliwości pierwszego, dodatkowo zauważyć należy, iż po pierwsze, szpital w E. miał do czynienia z sytuacją „zastaną” w tym znaczeniu, że utrzymujący się znaczny ból jako nietypowe i nieprzewidziane następstwo przeprowadzonej już operacji mogło wskazywać na konieczność wtórnej ingerencji chirurgicznej wobec zaistnienia sytuacji niezadawalającej.

Po wtóre, w zaistniałej sytuacji i przy kolejnej diagnostyce szpital ten dokonał szerszych przedmiotowo zabiegów, bowiem m.in. oczyszczono jednocześnie chrząstki stawowe, wycięto ciało Hoffa, a także wycięto fałdy, a także uwolniono troczek boczny.

Jak stwierdził biegły, w G. prawdopodobnie śródoperacyjnie nie stwierdzono przerostów błony oraz ciała Hoffa, co mogło mieć wpływ na ból.

Po trzecie, szpital (...) pomimo poszerzonego zakresu przeprowadzonej operacji nie wyeliminował w całości negatywnych skutków zerwania więzadła, co logicznie rzecz biorąc może zaświadczać o tym, że przypadek powoda nie był przypadkiem typowym i łatwo operowalnym, lecz nader skomplikowanym.

Oznacza to, że samo powikłanie „bólowe” u powoda nie było wynikiem oczywistego błędu, co zdaje się być sugerowane pozwem, skoro kolejny zabieg („reoperacyjny”) nie przyniósł pożądanego efektu.

Wreszcie po czwarte, zauważyć wypada, iż jak wynika z samych zeznań powoda, ostateczny, jak należy mieć nadzieję, udany medycznie zabieg, miał miejsce w klinice wysoce specjalistycznej i przede wszystkim polegał na wykonaniu osteotomii tj. w tym wypadku na wycięciu małego klina z kości piszczelowej w celu spowodowania zmiany osi kończyny dolnej i zmiany powierzchni obciążenia w stawie.

Takiej też operacji nie podejmował się wykonać szpital w E. , jak należy rozumieć nie dysponujący bądź doświadczeniem i wyszkoloną kadrą, bądź nie stosujący metod, które w ocenie powoda gwarantowałyby powodzenie operacji.

Skoro zatem dopiero osteotomia połączona z kolejną rewizyjną rekonstrukcją więzadła kolana przyniosła pożądaną efekt - nie sposób w ocenie Sądu konieczności przeprowadzenia wszystkich tych zabiegówłożyć jedynie na karb

zabiegu pierwszego, skoro kolejne korygujące (co do których jak należy rozumieć co zasady zastrzeżeń powód już nie ma) również oczekiwanego rezultatu nie przyniosły.

Nie sposób w każdym razie w ocenie Sądu, z przedstawionej powyżej sekwencji zdarzeń wyciągnąć wniosku w postaci wadliwości wykonania pierwotnego zabiegu, tym bardziej, iż za powyższym przemawiać może fakt, iż powód przed odniesioną kontuzją miał przypadki kilku urazów kolana oraz ok. 10 zabiegów artroskopowych. (fragm. końcowy zeznań powoda - k. 830 v).

Potwierdzać to może dodatkowo nietypowość sytuacji i wysokie ryzyko nieprzewidzianych powikłań.

Tym samym w ocenie Sądu w świetle zebranego w sprawie materiału dowodowego nie sposób dopatrzeć się błędu w leczeniu powoda skutkującego odpowiedzialnością odszkodowawczą szpitala z tytułu uszczerbku na zdrowiu powiązanego przyczynowo z wykonanym zabiegiem.

W ocenie Sądu istnieją natomiast podstawy dla zasądzenia na rzecz powoda zadośćuczynienia w ramach alternatywnego podstawy faktycznej zgłoszonej zarówno w pozwie jak i potwierdzonej na rozprawie w dniu 12 10 2016 r. (k. 487).

Powód bowiem faktycznie formułując w pozwie żądanie zadośćuczynienia powołał się na okoliczność jedną z tych o jakiej mowa w art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta.

Konsekwentnie zatem wskazywał w pozwie na bardzo silne dolegliwości bólowe, które nie ustępowały pomimo stosowanych silnych środków, na brak skutecznego leczenia bólu, wypisanie ze szpitala pomimo utrzymywania się tych silnych dolegliwości i tego że wbrew zapisowi w karcie informacyjnej, stan pacjenta nie był „dobry”, zaś żadnych leków przeciwbólowych mu nie przepisano.

Jednocześnie wskazał, iż wbrew prowadzonej dokumentacji jakakolwiek czynna rehabilitacja nie była wobec powoda faktycznie prowadzona, co ocenie Sądu zostało w oparciu o zeznania powoda i okoliczności sprawy dowiedzione.

Dopuszczalność orzekania zadośćuczynienia w oparciu o wskazaną podstawę z art. 4 powołanej ustawy jako podstawę alternatywną, wynikającą z przytaczanych przez stronę faktów była już przedmiotem rozważań w orzecznictwie sądów powszechnych, gdzie m.in. dano wyraz zapatrywaniu, iż opóźnienie w diagnostyce może być kwalifikowane jako naruszenie art. 7 ust. 1 ustawy z 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, zgodnie z którym pacjent ma prawo do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na stan zagrożenia zdrowia lub życia. Naruszenie przez szpital tak zdefiniowanego prawa pacjenta daje podstawę do zasądzenia zadośćuczynienia na podstawie art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta w związku z art. 448 k.c. (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 10 czerwca 2016 r. - I ACa 1767/15 - baza orz. LEX nr 2069290)

W ocenie Sądu ujawnione w toku niniejszego postępowania okoliczności dają podstawę dla uznania, iż przesłanki do zasądzenia zadośćuczynienia z powodu naruszenia prawa pacjenta na podstawie przywołanych przepisów faktycznie wystąpiły.

W pierwszej przy tym kolejności wskazać należy, iż niezaprzeczoną w sprawie pozostaje, że powód został wypisany ze szpitala w sytuacji, gdy w sposób stanowczy i konsekwentny uskarżał się na bóle, które w swym nasileniu w żaden sposób nie przystawały do zwykle w podobnych sytuacjach medycznych oczekiwanych i z czasem ustających.

Jak też wynika z niekwestionowanych w tej mierze zeznań powoda, (a także dokumentacji medycznej powyższe potwierdzającej) od początku zgłaszał on skrajnie nietypowe dolegliwości bólowe, skutkujące koniecznością stosowania bardzo silnych leków przeciwbólowych, w tym morfiny, co jednakże okazywało się być nieskuteczne.

Jak dalej zeznał powód, w dalszej kolejności stanowiło to przyczynę faktycznego zaniechania wobec niego wdrożenia ćwiczeń rehabilitacyjnych typowych dla tych jakie zwykle są stosowane i zmierzają do uzyskania końcowego efektu leczniczego, co szerszego uzasadnienia nie wymaga i jest potwierdzone w samej opinii biegłego.

Ten bowiem potwierdził istotność - z punktu widzenia powrotu do zdrowia- niezwłocznie podjętej, prawidłowej rehabilitacji.

Jakkolwiek, jak to już wcześniej zostało wyjaśnione, samej zawnionej przyczyny wystąpienia wzmiankowanych bólów ubezpieczonemu szpitalowi Sąd nie przypisał, to jednak powyższe samo przez się nie może oznaczać, iż dalsze postępowanie wobec powoda można było uznać za odpowiadające standardom opieki leczniczej właściwej o jakiej mowa w przywołanej wcześniej ustawie. Tak też nie jest w sprawie kwestionowanym fakt, iż powód do chwili wypisania ze szpitala cierpiał na bóle, które wymagały aplikowania środków najsilniejszych, i skala odczuwania tychże uniemożliwiała faktyczne podjęcie rehabilitacji. W tej mierze Sąd w pełni dał wiarę zeznaniom powoda, który skalę bólu określił czy umiejscowił na pograniczu swej bólowej wytrzymałości.

W tej mierze Sąd przyjął jego twierdzenia za prawdziwe i udowodnione, tym bardziej, iż znajdują one swe pełne procesowe zakotwiczenie nie tylko w pozostałym w sprawie materiale dowodowym, lecz w niekwestionowanych w sprawie okolicznościach.

Z jednej bowiem strony sam biegły w swej opinii stwierdził, iż skala bólu u powoda dalece wykraczała poza normalnie w danych warunkach oczekiwaną.

Z kolejnej strony nie sposób tracić z pola widzenia faktu, iż powód niezwłocznie po opuszczeniu szpitala udał się do innych lekarzy i jednostek lecznictwa, celem podjęcia działań zaradczych, diagnostycznych czy naprawczych, które w pierwszej kolejności doprowadziłyby do wyeliminowania czy załagodzenia istniejącego bólu.

Jest też oczywistym, iż powód nie podjąłby tychże niezwłocznych działań, gdyby po temu obiektywnej i pilnej potrzeby nie było.

Przeciwnie, sama uciążliwość kolejnych badań i zabiegów niewątpliwie dowodzi w tej mierze prawdziwości jego twierdzeń.

W tej też sytuacji wypisanie powoda ze szpitala bez jakiegokolwiek dodatkowego wsparcia, choćby skierowania na dodatkowe badania diagnostyczne, ukierunkowane na ustalenie przyczyn bólu oraz jego wyeliminowanie, zaordynowanie leków przeciwbólowych, czy innego rodzaju działania, w tym również monitorujące możliwość eliminacji, bądź załagodzenia nieustępującego bólu, nie mogło być uznane za zgodne postępowaniem w tej mierze wzorcowym lub do wzorcowego zbliżonym. (jak zeznał powód rozważano przeprowadzenie dodatkowych badań w postaci prześwietlenia i tomografii jednakże powyższego poniechano z nieznanymi powodami przyczyn)

O tym, że takie działania w zaistniałej sytuacji mogły i winny być podjęte jako wynik podejrzenia co do braku w pełni oczekiwanego i pożądanego medycznie rezultatu świadczy dodatkowo fakt, iż sam pozwany wypłacił pewną kwotę tytułem zadośćuczynienia w oparciu o opinię i badanie wyznaczonego przez siebie biegłego.

Jakkolwiek oczywistym jest, iż taka postawa, choć zawiera w sobie elementy uznania zasady odpowiedzialności, z procesowego i materialnoprawnego punktu widzenia sama przez się odpowiedzialności tej nie kreuje, wobec braku obiektywnych, merytorycznych podstaw dla jej ustalenia.

Dlatego też wszelka argumentacja przedstawiona w tym kontekście przez stronę powodową a dotycząca uznania jako elementu przesądzającego odpowiedzialność szpitala (i dalej pozwanego) nie mogła odnieść zamierzanego skutku. Natomiast dodatkowo może wskazywać właśnie na niewłaściwe potraktowanie powoda z punktu widzenia zasady poszanowania praw pacjenta przyświecającej w tym zakresie uregulowaniom powołanej ustawy.

Sam fakt zresztą, iż powód był cały czas poddawany kolejnym zabiegom zaświadcza o obiektywnej konieczności udzielenia mu wszechstronnej, daleko idącej pomocy.

Inną rzeczą jest tu ustalenie wystąpienia i rozmiaru krzywdy związanej z brakiem działań, które dawałyby powodowi pełne poczucie tego, iż jego stan (z punktu widzenia należytej pieczy na postępowaniach leczenia) jest pod stałą kontrolą

i są podejmowane racjonalne i właściwe dalsze procedury wobec jego osoby, jednakże i w tym zakresie okoliczności sprawy przemawiają za zadośćuczynieniem.

Nie trzeba przy tym wskazywać dobra osobistego jakie tu zostało naruszone, bowiem uregulowanie art. 4 powołanej wcześniej ustawy zasada się na założeniu, iż naruszenie praw pacjenta przesądza o naruszeniu dobra osobistego. W związku z tym pokrzywdzony nie musi udowadniać, że doszło do naruszenia prawnie chronionego dobra osobistego - wystarczy wskazać konkretne naruszenie praw pacjenta.

Skoro zatem doszło do wypisania i pozostawienia pacjenta w sytuacji, gdy przebieg dalszych wydarzeń unaocznia oczywistą potrzebę co najmniej medycznego „pochylenia się” nad nietypowym przypadkiem powoda – można uznać, iż krzywda nastąpiła i to w rozmiarze wymagającym jej godziwej kompensaty.

Nie ulega bowiem wątpliwości, iż powód przez początkowy i późniejszy okres pooperacyjny, doznawał określonych i niekwestionowanych cierpień, które w fazie zaraz po wypisaniu nie były na bieżąco łagodzone środkami ordynowanymi przez operujący szpital, bowiem takich środków nie przepisano.

Powód tkwił jednocześnie w nieświadomości i niepewności co do tego, co jest przyczyną silnych bolesności i drętwienia kończyn, w szczególności, czy są to uleczalne jakkolwiek oraz z jakim skutkiem objawy.

Powód potwierdził w całej rozciągłości powyższe okoliczności w zeznaniach złożonych na ostatniej rozprawie.

Niewątpliwie właśnie, co najmniej próba szybszej diagnozy i podjęcia kolejnych decyzji co do ewentualnej reoperacji i jej ukierunkowania uświadomiłoby powoda, bądź pomogłoby usunąć czy istotnie załagodzić stan niepewności co do swego stanu zdrowia i przyczyn powyższego.

Niezależnie od powyższego powtórzyć należy, iż skoro samo przeprowadzenie kolejnej operacji przyniosło określoną ulgę w cierpieniu i odczuwalne zmiany samopoczucia na lepsze, można tu bez jakiegokolwiek ryzyka popełnienia błędu sformułować wniosek, iż w jakiejś mierze przedłużający się czas oczekiwania na zweryfikowanie efektów wdrożonego leczenia przysporzył w zaistniałym stanie rzeczy dodatkowych cierpień powodowi, co również można rozpatrywać w kategoriach przywołanej podstawy prawnej.

Oczywiście ów „dodatkowy” rozmiar siłą rzeczy nie jest mierzalny i weryfikowalny z powodu braku uniwersalnych kryteriów i mierników określania cierpienia fizycznego, z uwagi choćby na przydaną każdemu osobniczą wrażliwość na ból. Stąd pominięcie ostatecznie dowodu z opinii anestezjologa, przy ustaleniu i uznaniu przez Sąd dowodzonej okoliczności co do skali bólu zgodnie z formułowaną tezą o jego ogromnej skali.

Również dowód ten byłby nieprzydatny o tyle, że nie sposób jakkolwiek przeprowadzić symulacji przebiegu i wyników wykonanej np. wcześniej reoperacji, co odpowiednio przekłada się na ocenę skali „dodatkowego” cierpienia związanego z jej ewentualnym opóźnieniem.

Sąd przy tym oddalił wniosek o opinię biegłego z zakresu psychologii właśnie z tychże przyczyn, przy czym uznał, iż skala cierpienia tak psychicznego jak i fizycznego w okresie pooperacyjnym była znaczna, zgodnie z twierdzeniami i zeznaniami powoda, którym w tym zakresie Sąd dał wiarę.

Dlatego też całokształt okoliczności sprawy dotyczący konieczności ponowienia czy wdrożenia wszechstronnego zdiagnozowania powoda, pozostawiania w niepewności co do swego stanu zdrowia, a tym samym pewnego wydłużenia przebiegu dalszego leczenia, związany niewątpliwie z negatywnymi przeżyciami opisanymi wcześniej, musiał znaleźć stosowne odzwierciedlenie w zadośćuczynieniu, które to w kwocie 50 000,- zł z jednej strony odpowiada przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa i nie prowadzi niewątpliwie do nadmiernego wzbogacenia powoda, z drugiej strony nie jest dla pozwanego nadmiernie represyjne i wygórowane. Odpowiada też opisanej wcześniej skali krzywdy.

W tych warunkach po zaliczeniu na poczet wzmiankowanej kwoty, kwoty już wypłaconej tj. 20 000,- zł czy też, jeśli nie wprost ją zaliczając, to uwzględniając tę kwotę jako łagodząca doznana krzywdę - należało orzec jak w pkt I wyroku w pozostałej części z przyczyn wcześniej wyluszczonej powództwo oddalając (pkt II).

Końcowo należy jedynie podnieść, iż Sąd nie znalazł podstaw dla uznania, iż biegli sporządzający w sprawie opinię nie mają czy nie mieli dostatecznych kwalifikacji dla jej sporządzenia.

Nie ma bowiem dla autora opinii sądowej wymogu bycia biegłym sądowym na czas sporządzenia opinii, jeśli faktycznie kwalifikacje po stronie osoby sporządzającej opinię istnieją, co dotyczy tak biegłego ortopedy jak i biegłego z zakresu medycyny sądowej.

Ta ostatnia gałąź jest przy tym rozumiana bardzo szeroko i często specjaliści z tejże dziedziny współuczestniczą w opiniach z różnych zakresów specjalności medycznych.

Jeśli zaś chodzi o świadka w osobie ortopedy na podstawie którego to opinii ubezpieczyciel wypłacił kwotę 20 000 zł, dowód ten był bezprzedmiotowy o tyle, iż osoba ta wydała swą opinię w oparciu jedynie o dokumenty, strona zaś nie powołała jakichkolwiek okoliczności faktycznych istotnych dla rozstrzygnięcia jakie miałyby być przedmiotem dowodzenia, a byłyby sporne.

Nie jest bowiem kwestionowaną oceną jaką świadek sformułował co do umiejscowienia przyczepu oraz dokumentacja na której się oparł, natomiast z przyczyn oczywistych niedopuszczalnym z kolei byłoby traktowanie jego zeznań jako dodatkowego źródła wiedzy fachowej, bowiem co do prawidłowości wzmiankowanego umiejscowienia rola procesowa w tym zakresie przypisana jest biegłym, z których to opinii dowód Sąd dopuścił i na którym to oparł swe ustalenia oraz ocenę.

O kosztach orzeczono po myśli 98 i 108 oraz posiłkowo art. 102 kpc, mając na uwadze okoliczności niniejszej sprawy.

Powód bowiem mógł być w sposób uzasadniony przekonany o racji swych żądań, skoro w istocie rozstrzygnięcie znalazło swe oparcie w opinii biegłych. Co więcej pozwany przedprocesowo wypłacił już część zadośćuczynienia, co mogło powoda dodatkowo utwierdzić w swym przekonaniu.

Na tle podobnej sytuacji wypowiedział się Sąd Najwyższy w sprawie I CZ 88/74 (postanow. SN z dnia 4 07 1974r – baza orz. LEX nr 7546) dając wyraz pogładowi, iż w sytuacji, gdy przed wytoczeniem powództwa, a nawet we wstępnej fazie postępowania, powód nie mógł ustalić przyczyn wyrządzenia mu szkody, gdyż wymagało to znajomości wszystkich okoliczności i oceny przez osobę dysponującą wiadomościami specjalnymi, brak byłoby podstaw - mimo oddalenia ostatecznie powództwa przeciwko pozwanemu - do obciążenia powoda obowiązkiem zwrotu kosztów procesu.

Taka sytuacja sprawia, iż obciążanie jej kosztami na rzecz strony przeciwnej stosownie do wyniku sprawy przy już poniesionych kosztach sądowych byłoby z punktu widzenia przepisów o kosztach procesu niesłuszne i czyniące zasądzenie zadośćuczynienia i jakkolwiek satysfakcję zeń iluzorycznym.

To samo zadecydowało również o odstąpieniu od ściągnięcia kosztów sądowych.