

Sygn. akt **IC 262/09**

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 30 czerwca 2014 r.

Sąd Okręgowy w Lublinie I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący: SSO Maria Stelska

Protokolant: Dorota Twardowska

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 26 czerwca 2014 roku w Lublinie

sprawy z powództwa L. R.

przeciwko (...) Publicznemu Szpitalowi (...) w L.

przy udziale interwenienta ubocznego - (...) S.A. z siedzibą w W.

o zadośćuczynienie, odszkodowanie i rentę

I. powództwo oddała;

II. nie obciąża powódki L. R. obowiązkiem zwrotu kosztów procesu na rzecz pozwanego i interwenienta ubocznego;

III. koszty sądowe, których powódka nie miała obowiązku uiszczać przejmują na rachunek Skarbu Państwa;

IV. zasądza od Skarbu Państwa na rzecz adwokata E. M. kwotę 3 600 (trzy tysiące sześćset) złotych plus podatek VAT, tytułem kosztów pomocy prawnej udzielonej powódce L. R. z urzędu.

Sygn. akt IC 262/09

UZASADNIENIE

W pozwie z dnia 10 kwietnia 2009 roku powódka L. R. domagała się zasądzenia od pozwanego (...) Publicznego Szpitala (...) w L. na swoją rzecz łącznie kwoty 164.658,01zł, w tym kwoty:

- 150.000,00zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę wraz z ustawowymi odsetkami od dnia doręczenia pozwanemu odpisu pozwu do dnia zapłaty;
- 1.000,00zł miesięcznie tytułem renty z racji zwiększonych potrzeb oraz zmniejszenia widoków powodzenia na przyszłość, płatnej z góry, do dnia 10-go każdego miesiąca, począwszy od dnia 26 sierpnia 2007 roku;
- 2.658,01zł odszkodowania z tytułu zwrotu kosztów zakupu leków oraz usług opiekuńczych wraz z ustawowymi odsetkami od dnia doręczenia pozwanemu odpisu pozwu do dnia zapłaty.

W uzasadnieniu pozwu wskazała, iż w dniu 26 sierpnia 2007 roku doznała urazu prawej kończyny, w wyniku którego doszło do złamania prawej goleni. Zastosowano leczenie zachowawcze, tj. udowy opatrunek gipsowy. W dniach od 26 sierpnia 2007 roku do dnia

22 października 2007 roku powódka leczyła się w Poradni Ortopedycznej Przyklinicznej pozwanego (...) Publicznego Szpitala (...) w L.. W dniu 26 września 2007 roku stwierdzono u powódki owrzodzenie troficzne bocznej powierzchni goleni oraz brak tętna na tętnicy grzbietowej stopy. W Poradni tej powódka miała wykonywane mokre opatrunki do gipsu na owrzodzenie i zmieniany opatrunek gipsowy. W dniu 11 września 2007 roku podczas wizyty kontrolnej lekarz ortopeda stwierdził owrzodzenie troficzne widoczne w wyciętym w gipsie okienku. Od dnia

22 października 2007 roku, w którym usunięto opatrunek gipsowy, powódka nie kontynuowała leczenia w tej Poradni. Po zdjęciu gipsu, podczas wizyty

w Poradni Chorób Naczyń, lekarz chirurg stwierdził okężne owrzodzenie goleni prawej. Podniesiono, iż w następstwie zaniedbań jakich dopuścił się personel medyczny pozwanego w czasie leczenia gipsem udowym kończyny u powódki doszło do znacznego pogorszenia stanu zdrowia. Leczenie długim gipsem udowym początkowo trwało przez okres sześciu tygodni, a następnie – mimo zrośnięcia się kości – leczenie gipsem ciężkim kontynuowano przez następne dwa tygodnie. W okresie od dnia 3 października 2007 roku do końca miesiąca października 2007 roku wykonywano mokre opatrunki na owrzodzenie na nodze. W szczelnym gipsie kończyna dolna była przez cały ten czas mokra, w procesie leczenia doszło do odparzeń, owrzodzenia kończyny, a następnie martwicy skóry z jej ubytkiem na 2/3 powierzchni nogi, a w konsekwencji do amputacji nogi (pozew z uzasadnieniem k. 2-7).

W odpowiedzi na pozew z dnia 5 maja 2009 roku pozwany (...) Publiczny Szpital (...) w L. wniósł o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie od powódki na swoją rzecz kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

W uzasadnieniu odpowiedzi na pozew pozwany wskazał, iż powódka L. R. była pacjentką Poradni Ortopedycznej pozwanego od 1995 roku, wielokrotnie była leczona z powodu różnych urazów spowodowanych najczęściej upadkami pozostającymi w związku z przebytą chorobą Heinego Medina. W dniu 28 kwietnia 1998 roku powódka była hospitalizowana

w Klinice Ortopedii pozwanego gdzie stwierdzono złamanie prawej goleni i niedowład prawej kończyny po przebytych polio. Po hospitalizacji powódka odbyła 13 wizyt w Poradni Ortopedycznej pozwanego, gdzie leczona była zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej. Założenie gipsu długiego nie było błędem bowiem z uwagi na miejsce złamania istniała konieczność unieruchomienia dwóch sąsiednich stawów. Podniesiono, iż problem owrzodzenia bocznej powierzchni goleni prawej zaistniał wkrótce w procesie leczenia powódki i miał związek z zaburzeniami naczyniowymi na kończynie. Pozwany dołożył wszelkiej staranności w procesie leczenia powódki, jak również w procedurze informowania powódki o zagrożeniach dla kończyny na skutek niestosowania się do zaleceń lekarza i o zagrożeniach dla kończyny spowodowanych samodzielnym leczeniem oraz o konieczności leczenia u chirurga naczyniowego. Wskazano, iż okoliczności, w jakich doszło do komplikacji zdrowotnych u powódki, nie wskazują jakoby istniał związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy procesem leczenia w Poradni Ortopedycznej pozwanego a amputacją jej kończyny. Z ostrożności procesowej pozwany podniósł, że wysokość żądań zgłoszonych w pozwie jest wygórowana (odpowiedź na pozew k.119-122).

Pismem procesowym z dnia 5 maja 2009 roku pełnomocnik pozwanego (...) Publicznego Szpitala (...) w L. wniósł o zawiadomienie (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. o toczącym się postępowaniu. Wskazał, że pozwany szpital ubezpieczony jest w zakresie odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzonej działalności medycznej w (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą w W. (pismo procesowe k. 109-110).

W piśmie procesowym z dnia 7 sierpnia 2009 roku (...) Spółka Akcyjna z siedzibą w W. oświadczył, że wstępuje do sprawy w charakterze interwenienta ubocznego po stronie pozwanej. Interwenient uboczny podtrzymał stanowisko pozwanego Szpitala wnosząc o oddalenie powództwa i zasądzenie kosztów procesu (pismo procesowe k. 152).

W toku dalszego postępowania strony popierały swoje stanowiska

w sprawie, pełnomocnik powódki popierał powództwo, a pełnomocnicy pozwanego i interwenienta ubocznego wnosili o jego oddalenie (protokoły rozpraw k. 135, k. 174, k. 405, k. 442, k. 456, k. 542, k. 644, k. 756, k. 788, k. 920, k. 966, k. 999, k. 1022, k. 1042).

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 26 sierpnia 2007 roku powódka L. R. spadła z krzesła doznając urazu prawego kolana. Po tym zdarzeniu została przewieziona do (...) Publicznego Szpitala (...) w L. gdzie po wykonanych badaniach rozpoznano złamanie bliższych przynasad obu kości prawej goleni. U powódki zastosowano leczenie zachowawcze w postaci udowego opatrunku gipsowego. Z powodu stałego stosowania u powódki acenokumarolu odstąpiono od zlecenia heparyn drobnocząsteczkowych (karta informacyjna k. 187).

Powódka odbyła szereg wizyt kontrolnych w Poradni Ortopedycznej pozwanego Szpitala. W procesie leczenia zastosowano profilaktykę przeciwzakrzepową. W dniu 17 września 2007 roku wycięto klapę w gipsie w okolicy kostki bocznej celem obserwacji rany z uwagi na zgłaszane przez powódkę dolegliwości bólowe i pieczenie. Zalecono wizytę u chirurga naczyniowego w celu korekcyjnej profilaktyki przeciwzakrzepowej. W dniu 26 września 2007 roku stwierdzono owrzodzenie troficzne podudzia, wycięto klapę w gipsie aby uzyskać dostęp do rany. Stwierdzono zagrożenie kończyny i skierowano powódkę na ponowną konsultację do chirurga naczyniowego. Unieruchomienie opatrunkiem gipsowym kontynuowano przez 8 tygodni, uzyskując po tym czasie zrost kostny. W trakcie leczenia wielokrotnie zmieniano opatrunek gipsowy ze względu na jego rozmoczenie opatrunkami i utratę właściwości mechanicznych (sztywności) opatrunku gipsowego. Powódka stosowała samodzielnie, bez zaleceń lekarzy, przymoczeki

z nieznanym płynem, także wbrew zaleceniom lekarzy obciążała chorą kończynę. Na wizytę kontrolną w dniu 12 listopada 2007 roku powódka nie zgłosiła się (historia choroby k. 676-679, historia choroby k. 484, zeznania R. W. k. 406, zeznania M. P. k. 442v-443v, zeznania M. Ł. k. 443v-444, zeznania S. M. k. 757-758, zeznania K. G. k. 457, zeznania A. K. k. 457v, zeznania D. S. k. 457v, zeznania M. S. k. 458, zeznania J. Ł. k.458v-459).

Jeszcze przed urazem, tj. w dniu 1 czerwca 2007 roku wykonano u powódki badanie dopplerowskie żył prawej kończyny dolnej, które wykazało zakrzepicę żyły piszczelowej tylnej (wynik badania k. 28).

W dniu 13 listopada 2007 roku powódka zgłosiła się do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Okręgowego Szpitala (...) Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w L. z powodu owrzodzenia i martwicy skóry goleni prawej. U powódki zastosowano leczenie zachowawcze (karta informacyjna k. 31).

W okresie od dnia 23 listopada 2007 roku do dnia 10 grudnia 2007 roku powódka była hospitalizowana w Oddziale Chirurgii Ogólnej Okręgowego Szpitala (...) Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w L. z rozpoznaniem owrzodzenia podudzia lewego i stanem po zakrzepowym zapaleniu żył głębokich podudzia lewego. Zastosowano również leczenie zachowawcze (karta informacyjna k. 26, zeznania P. B. k. 789-790).

W dniu 4 stycznia 2008 roku powódka zgłosiła się do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (...) Publicznego Szpitala (...) w L. z owrzodzeniem prawego podudzia, uzyskała poradę ambulatoryjną (karta k. 35).

W dniu 6 stycznia 2008 roku powódka zgłosiła się do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (...) Publicznego Szpitala (...) w L. celem zmiany opatrunku na kończynie dolnej (karta k. 27).

W okresie od 10 do 16 stycznia 2008 roku powódka była hospitalizowana w Oddziale Chirurgii Ogólnej Okręgowego Szpitala (...) Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w L. z rozpoznaniem owrzodzenia podudzia lewego i zapalenia tkanek miękkich podudzia prawego. Posiew z owrzodzenia podudzia wykazał obecność bakterii *Pseudomonas aeruginosa*. Zastosowano leczenie zachowawcze (karta informacyjna k. 25).

W okresie od dnia 20 do 29 lutego 2008 roku powódka była hospitalizowana w Klinice Dermatologii Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr (...) w L. z rozpoznaniem owrzodzenia martwiczego podudzia prawego. Wykonano konsultację chirurga naczyniowego i włączono zalecane leczenie. Pomimo terapii nie uzyskano zadowalających efektów leczenia zachowawczego (karta informacyjna k. 29-30, historia choroby k. 359-365).

W okresie od dnia 9 kwietnia 2008 roku do dnia 28 kwietnia 2008 roku powódka była hospitalizowana w Oddziale Chirurgicznym 1 Szpitala Wojskowego z Przychodnią Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w L. z rozpoznaniem olbrzymiego zainfekowanego owrzodzenia goleni prawej. Zastosowano leczenie zachowawcze uzyskując poprawę jej stanu zdrowia, owrzodzenie uległo całkowitemu oczyszczeniu, ustąpił obrzęk kończyny i zmniejszyły się dolegliwości bólowe. Pojawiła się ziarnina (karta informacyjna k. 21, wynik badania k. 36, historia choroby k. 219-234).

W okresie od dnia 21 maja 2008 roku do dnia 5 czerwca 2008 roku powódka była hospitalizowana w Oddziale Chirurgicznym 1 Szpitala Wojskowego z Przychodnią Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w L. z rozpoznaniem infekcji rany podudzia prawego.

Po raz kolejny zastosowano leczenie zachowawcze, uzyskując rezultat w postaci oczyszczenia ran, ustąpienia obrzęku i zaczerwienienia goleni (karta informacyjna k. 22, historia choroby k. 235-248).

W okresie od dnia 6 czerwca 2008 roku do dnia 11 lipca 2008 roku powódka była hospitalizowana w Oddziale Chirurgicznym 1 Szpitala Wojskowego z Przychodnią Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w L. z rozpoznaniem owrzodzenia goleni prawej. W dniu

6 i 20 czerwca 2008 roku wykonano u powódki przeszczep naskórkowy celem pokrycia ubytków skóry na prawym podudziu (karta informacyjna k. 23, historia choroby k. 249-290).

W okresie od dnia 14 do 17 lipca 2008 roku powódka była hospitalizowana w Oddziale Chirurgicznym (...) Szpitala (...) z Przychodnią Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej

w L. z rozpoznaniem infekcji, martwicy okolicy położonego przeszczepu prawego podudzia. W dniu 14 lipca 2008 roku wykonano zabieg operacyjny przy użyciu noża harmonicznego w warunkach bloku operacyjnego i dokonano oczyszczenia przeszczepu płatowego na prawym podudziu (karta informacyjna k. 24, historia choroby k. 291-302).

W okresie od dnia 8 września 2008 roku do dnia 24 września 2008 roku powódka ponownie hospitalizowana była w Oddziale Chirurgicznym 1 Szpitala Wojskowego z Przychodnią Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w L. z rozpoznaniem ropowicy i martwicy goleni prawej. W dniu 12 września 2008 roku zastosowano leczenie operacyjne – amputację goleni prawej. Kikut wygoił się bez powikłań (karta informacyjna k. 20, historia choroby k. 316-351).

Z opinii biegłego sądowego specjalisty chirurgii urazowej i ortopedii lek. med. L. J. wynika, iż dokumentacja leczenia powódki prowadzona była przez personel pozwanego prawidłowo. W przypadku takiego złamania jak u powódki powinno być stosowane leczenie opatrunkiem gipsowym udowym obejmującym kończynę od stopy do pachwiny, a zgodnie z zasadami leczenia takich złamań czas unieruchomienia kończyny w opatrunku gipsowym powinien wynosić nie mniej niż 8 tygodni. Ze względu na powikłania naczyniowe konieczne było zasięgnięcie opinii chirurga naczyniowego. Konsultacji takiej powódka dokonała w Przychodni przy ul. (...) w L., gdzie leczyła się jeszcze przed urazem. W opinii biegłego, wszystkie czynności medyczne dające szansę na prawidłowe wygojenie złamania zostały u powódki wykonane, zaś personel Poradni Ortopedycznej pozwanego szpitala dołożył wszelkiej staranności w leczeniu schorzenia powódki i doprowadził do uzyskania zrostu kostnego. Konsultacja medyczna lekarza specjalisty z zakresu chirurgii ogólnej bądź chirurgii naczyniowej powinna być przeprowadzona w momencie zauważenia ubytku skóry. Biegły wskazał, iż w jego ocenie brak jest związku przyczynowego pomiędzy leczeniem złamania a amputacją podudzia powódki. W przeszłości prawa kończyna dolna powódki doznawała złamań i była leczona unieruchomieniami, co zawsze spowalnia przepływ krwi żyłnej i zwiększa prawdopodobieństwo

wystąpienia zakrzepicy nawet pomimo stosowania leków obniżających krzepliwość. Taka sytuacja miała miejsce w tym przypadku. Powódka leczyła się z powodu zapalenia żył głębokich od czerwca 2007 roku, czyli przed datą urazu. Wykonane w dniu

1 czerwca 2007 roku badania USG zobrazowało niedrożność żyły odpiszczelowej tylnej z powodu wypełniającej ją skrzepliny. Unieruchomienie kończyny w opatrunku gipsowym upośledza krążenie krwi, ale w tym przypadku nie było możliwości zastosowania innego leczenia. Biegły podkreślił, iż kolejne unieruchomienie również pogorszyło krążenie żyłne w kończynie powódki. Niewydolność krążenia żylnego była tak znaczna, iż nawet zdjęcie opatrunku gipsowego nie poprawiło mikrokrążenia żylnego i skóra ulegała dalszej martwicy niezależnie od sposobu leczenia. Znamienny jest w opinii biegłego fakt martwicy przeszczepów naskórkowych położonych wiele miesięcy po zdjęciu gipsu, krążenie było tak poważnie zaburzone, że nawet przeszczep naskórkowy nie wygoił się. Zdaniem biegłego, przyczyną amputacji kończyny powódki była przewlekła niewydolność żylna, która nasiliła się podczas unieruchomienia, a nie złamanie. Powstanie owrzodzenia było natomiast skutkiem niewydolności żylnego, nie zaś unieruchomienia kończyny w opatrunku gipsowym z okienkami umożliwiającymi pielęgnację ran. Początkowo kończynę powódki zaopatrzono pełnym gipsem ponieważ ciągłość skóry była zachowana. Zagrożenie dla kończyny powstało w dacie badania, tj w dniu 26 września 2007 roku, o czym powódka została powiadomiona. Stan zdrowia powódki jest obecnie stabilny, w przyszłości funkcja chodu winna ulec poprawie, powódka powinna być zaopatrzona protezą modułarną, co umożliwi jej samodzielne poruszanie się i uniezależni od opieki innych osób. Amputacja kończyny nie była wynikiem zaniedbań personelu leczącego tylko skutkiem schorzenia samoistnego wpisanego w ryzyko leczenia każdego złamania w obrębie kończyny dolnej. Uszczerbek na zdrowiu powódki spowodowany amputacją podudzia biegły określił na 50% (opinia biegłego k. 471-477, k. 505-508, k. 535-536 i k. 1022v-1023v).

W opinii biegłego sądowego w zakresie chirurgii ogólnej, chirurgii naczyniowej i torakochirurgii em. prof. nadzw. dr hab. n. med. M. G., dokumentacja medyczna dotycząca leczenia powódki była prowadzona prawidłowo. Biegły wskazał, iż zakrzepica żylna prawej kończyny dolnej występowała u powódki co najmniej od dnia 29 września 2006 roku, a więc jeszcze przed wypadkiem z dnia 26 sierpnia 2007 roku. Rozpoznanie zakrzepicy żylnego w zakresie prawej żyły piszczelowej tylnej zostało potwierdzone u powódki badaniem USG Doppler układu żylnego przeprowadzonym w dniu 1 czerwca 2007 roku. Biegły wskazał, iż u powódki dokonywano nad wyraz częstej zmiany unieruchomienia gipsowego prawej kończyny dolnej między innymi z uwagi na fakt stałego moczenia gipsu wydzieliną z owrzodzenia oraz stosowanymi preparatami leczniczymi, co skutkowało utratą sztywności unieruchomienia gipsowego. U powódki stosowana była adekwatna profilaktyka przeciwzakrzepowa. Niestety u wielu pacjentów zakrzepica żylna powstaje i rozwija się, a także daje powikłania pomimo stosowania adekwatnej profilaktyki przeciwzakrzepowej, czego przykładem jest przebieg choroby powódki. W zakresie leczenia ambulatoryjnego powódki u pozwanego dołożono należytej staranności. Wprawdzie biegły uznał, że winno się rozważyć ewentualność hospitalizacji powódki po stwierdzeniu u niej objawów owrzodzenia troficznego prawej goleni, to o takiej hospitalizacji zdecydować winien chirurg naczyniowy. Powódka była pod opieką chirurga naczyniowego spoza kręgu chirurgów naczyniowych zatrudnionych przez pozwanego. Biegły wskazał, iż u powódki, z nieznanых przyczyn, już pod koniec 2007 roku, wystąpiła uporczywa infekcja rany szczepami bakteryjnymi *Pseudomonas aeruginosa*. W tym czasie powódka była wielokrotnie hospitalizowana zarówno w Oddziałach Chirurgicznych, jak i Klinice Dermatologii. W okresie hospitalizacji uzyskiwano poprawę, natomiast po wypisaniu powódki do domu następowało pogorszenie. We wrześniu 2008 roku stwierdzono ropowicę i martwicę goleni prawej, wystąpiła toksemia stanowiąca zagrożenie dla życia. Z tych przyczyn zdecydowano się przeprowadzić amputację prawej goleni. Biegły wskazał, iż istota sprawy leży w istniejącej w organizmie powódki samoistnej chorobie - zakrzepicy żylnego, która doprowadziła w warunkach powypadkowych do znacznego nasilenia dolegliwości miejscowych oraz bliżej niezidentyfikowanych czynników, które legły u podstaw wyjątkowo niekorzystnego przebiegu leczenia owrzodzenia troficznego żylnego prawej goleni, co skutkowało wystąpieniem ogólnoustrojowych powikłań i zagrożeniem życia powódki. W ocenie biegłego, dopiero początek września 2008 roku należy przyjąć jako datę wystąpienia realnego, rzeczywistego zagrożenia żywotności kończyny

powódki. Analiza przebiegu całości leczenia powódki pozwala na stwierdzenie, że w procesie leczenia powódki u pozwanego dołożono należytej staranności, użyto nowoczesnych metod leczenia (opinia biegłego k. 565-572, k. 616-622, k. 636).

Bakteria *Pseudomonas aeruginosa* jest powikłaniem ran długo gojących się, poparzeń. W efekcie u powódki doszło do nadkażenia owrzodzenia bakterią *Pseudomonas* i pogorszenia gojenia się skóry aż do tworzenia martwicy włącznie. Nadkażenie zostało stwierdzone w styczniu 2008 roku. Przyczyną owrzodzenia są zaburzenia troficzne (ukrwienia skóry) wynikające z wcześniejszej zakrzepicy, gorszego przepływu naczyniowego, nasilonego przez unieruchomienie i założenie gipsu. Uszkodzenie skóry

z powodu gorszego ukrwienia stanowi wrota zakażenia dla bakterii znajdujących się w środowisku zewnętrznym. Stosowany przez pozwanego lek – opatrunki z OcteniSeptu był odpowiedni (opinia biegłego specjalisty z zakresu chorób zakaźnych, epidemiologii i zdrowia publicznego prof. dr hab. n. med. J. Z. k. 835-843, k. 861-865).

Pełny zrost trzonów kości piszczelowej i strzałkowej u powódki widoczny jest na radiogramie z dnia 29 października 2007 roku. Badanie rtg jest zwyczajowo wykonywane w dniu zdjęcia gipsu. U powódki nie nastąpiło opóźnienie w usunięciu opatrunku gipsowego

(opinia biegłego radiologa dr n. med. D. B. k. 955-957, k. 999v-1000).

Prawa kończyna dolna powódki była niedowładna z powodu niedowładu i niedorozwoju będącego konsekwencją infekcji układu nerwowego przebytej w wieku 3 lat. Przed zdarzeniem z dnia 26 sierpnia 2007 roku, kończyna ta doznawała wielokrotnie urazów, była wielokrotnie unieruchomiana opatrunkiem gipsowym, w miesiącu lutym 2007 roku również była leczona opatrunkiem gipsowym z powodu złamania dalszej przynasady kości piszczelowej. Kończyna powódki była odwapniona

z powodu jej niedorozwoju. Lekarze pozwanego szpitala informowali powódkę, że wielokrotne łamanie kończyny w wyniku choroby H.-Medina powoduje problem z ukrwieniem kończyny, powódka „już od pierwszego lekarza ortopedy słyszała o zagrożeniu”, „lekarz ortopeda mówił mi, że noga jest zagrożona, dlatego byłam oburzona, że nadal jest gips i opatrunki”. Powódka korzysta z pomocy opiekunki z Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w L., korzysta też z doraźnej pomocy koleżanki. Powódka jest podopieczną Zespołu Dziennego Pomocy Społecznej, korzystała i korzysta z masażu. Obecnie ma 71 lat, jest emerytką. Leczy się na nadciśnienie i dolegliwości brzuszne związane z zaburzeniami trawiennymi (historia choroby k. 188-202 i k.429, zeznania S. B. k. 407v-408v, zeznania B. K. k. 409-409v, zeznania W. K. k. 409v-410, zeznania D. T.

k. 458-458v, zeznania powódki k. 174v-176v w zw. z k. 1024).

(...) Publiczny Szpital (...) w L. był ubezpieczony w zakresie odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzonej działalności medycznej w (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą w W. (bezsporne).

Powyższy stan faktyczny ustalił Sąd z oparciem o dokumentację medyczną zgromadzoną w aktach sprawy, opinie biegłych, zeznania świadków i częściowo zeznania powódki.

W toku niniejszego postępowania, powódka składając zeznania twierdziła, iż jej leczenie po wypadku z dnia 26 sierpnia 2007 roku w Poradni Ortopedycznej pozwanego Szpitala nie było prowadzone prawidłowo, co doprowadziło w konsekwencji do amputacji kończyny. Analiza dokumentacji medycznej, przesłuchanych w sprawie świadków a w szczególności tezy zawarte w opiniach biegłych nie potwierdziły stawianych przez powódkę zarzutów. W swoich zeznaniach powódka nie przytoczyła żadnych konkretnych dowodów na potwierdzenie wystąpienia błędu w diagnozie, leczeniu czy też błędu organizacyjnego pozostającego w związku

z przyczynowym z amputacją kończyny. Podawane przez powódkę informacje potwierdziły jedynie fakt częstych jej pobyków w szpitalu, wizyt u lekarzy specjalistów i złego ogólnego psycho-fizycznego stanu zdrowia oraz schorzeń, na które cierpiała przed zdarzeniem z dnia 26 sierpnia 2007 roku oraz potwierdziły fakt, iż już na początku leczenia w Poradni Ortopedycznej pozwanego Szpitala powódka była informowana o zagrożeniu kończyny. Przesłuchani w sprawie świadkowie w osobach lekarzy i pielęgniarzek

z Poradni Ortopedycznej pozwanego w swoich zeznaniach opisywali objawy

i stan zdrowia L. R. po wypadku z dnia 26 sierpnia 2007 roku oraz przeprowadzoną diagnostykę i leczenie. Zeznania te Sąd uznał za wiarygodne. Trudno jest, bowiem nie dać wiary tym zeznaniom w zakresie podjętej diagnostyki i leczenia i przypisać złą wolę w procesie leczenia zwłaszcza w sytuacji braku dowodów przeciwstawnych.

Kluczowymi dla oceny trafności zarzutów powódki stawianych w tej sprawie były opinie biegłych. Sąd podzielił wnioski płynące z opinii biegłych sądowych wywołanych dla potrzeb niniejszej sprawy ponieważ zostały wydane przez osoby posiadające wiedzę specjalistyczną w swojej dziedzinie, kwalifikacje i doświadczenie, na podstawie dokumentacji medycznej znajdującej się w aktach sprawy. Opinie są w ocenie Sądu rzetelne, obiektywne, zawierają wyczerpujące odpowiedzi na postawione pytania oraz na zastrzeżenia strony powodowej, można z nich wyprowadzić jednakowe wnioski, iż personel medyczny pozwanego szpitala w stosunku do L. R. postępował zgodnie z zasadami wiedzy medycznej i zastosował prawidłowe badania, opiekę i sposób leczenia.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Powództwo podlega oddaleniu.

Podstawowe znaczenie w niniejszej sprawie ma ocena istnienia odpowiedzialności po stronie pozwanego (...) Publicznego Szpitala (...) w L. za brak prawidłowego leczenia powódki L. R. w Poradni Ortopedycznej pozwanego szpitala, w dniach od 26 sierpnia 2007 roku do dnia 29 października 2007 roku.

Powódka w toku niniejszego postępowania wskazywała, iż personel medyczny pozwanego w trakcie jej leczenia gipsem udowym dopuścił się zaniedbań, czego skutkiem było znaczne pogorszenie się stanu zdrowia powódki, a w konsekwencji amputacja kończyny dolnej.

Przystępując do merytorycznej oceny zasadności roszczeń powódki L. R. wskazać należy, że zasady odpowiedzialności deliktowej pozwanego za spowodowane szkody reguluje art.430 kc w zw. z art.415 kc. Zgodnie z art. 430 kc, kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega jego kierownictwu

i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności. Przepis ten stanowi więc podstawę prawną do skierowania powództwa przeciwko pracodawcy zatrudniającego lekarzy, którym powódka zarzuca dopuszczenie się w/w zaniedbań, zastosowanie niewłaściwego leczenia. W orzecznictwie wykształciło się pojęcie „winy organizacyjnej”. Ma ona miejsce w sytuacji, gdy szkoda została wyrządzona na skutek nieodpowiednich warunków zabiegu, czy podjęcia niewłaściwego leczenia itd. Winę tego rodzaju należy, więc przypisać zakładowi leczniczemu

w miejsce indywidualnie oznaczonej osoby. Bez wątplenia pojęcie winy organizacyjnej obejmuje zaniedbania w zakresie organizacji bezpieczeństwa, opieki nad chorym podczas jego pobytu w zakładzie leczniczym (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 29 grudnia 1969 r., sygn. II CR 551/69, OSPiKA 1970, poz. 224). W sprawie będącej przedmiotem rozstrzygnięcia nie ma konieczności indywidualizowania pracownika, czy pracowników, których działanie lub zaniechanie było źródłem szkody. Powództwo w tego rodzaju sprawach jest bowiem kierowane nie przeciwko tej osobie, ale przeciwko jednostce służby zdrowia, która ją zatrudnia. Dla rozstrzygnięcia sprawy wystarczające jest ustalenie, że winę ponosi jeden z członków określonego zespołu pracowników (tzw. wina bezimienna, anonimowa por. uchwała Sądu Najwyższego z dnia 15 lutego 1971 r., III CZP 33/70, OSNCP 1971, nr 4, poz.59).

Dla powstania odszkodowawczej odpowiedzialności cywilnej muszą łącznie zostać spełnione następujące przesłanki:

- 1) wystąpienie zdarzenia wyrządzającego szkodę,
- 2) istnienie normalnego związku przyczynowego pomiędzy zdarzeniem i szkodą,
- 3) powstanie szkody mającej charakter majątkowy (na osobie lub mieniu) lub niemajątkowy (doznana krzywda).

Błąd w sztuce lekarskiej to działanie niezgodne z powszechnie przyjętymi zasadami wiedzy medycznej, zaś aby mówić o jego zaistnieniu, musi nastąpić ujemny skutek takiego działania i zachodzić adekwatny związek przyczynowy pomiędzy takim działaniem a zaistniałym skutkiem.

W piśmiennictwie prawniczym i lekarskim wprowadza się różne podziały błędów lekarskich. Najczęściej spotykany to podział na:

- 1) błąd diagnostyczny (rozpoznanie),
- 2) błąd terapeutyczny (błąd w leczeniu),
- 3) błąd rokowania (prognozy).

Powódka L. R. domaga się w pozwie zasądzenia od pozwanego szpitala zadośćuczynienia w kwocie 150.000,00 zł, które ma być rekompensatą za doznane cierpienia i krzywdy spowodowane niewłaściwym leczeniem (błąd terapeutyczny), odszkodowania oraz renty miesięcznej z racji zwiększonych potrzeb i zmniejszonych widoków powodzenia na przyszłość.

Sąd uznał żądania powódki wysuwane w pozwie za nieuzasadnione w realiach niniejszej sprawy i oddalił powództwo w całości.

Jak wykazało postępowanie dowodowe, postępowanie lekarzy i personelu medycznego (...) Publicznego Szpitala (...) w L. stosowane wobec L. R. było prawidłowe i zgodne ze wskazaniami współczesnej wiedzy medycznej. Powódka została otoczona właściwą opieką medyczną. Zdaniem biegłych lekarzy opiniujących w niniejszej sprawie, prawidłowo prowadzona była też, poza drobnymi uwagami, dokumentacja medyczna powódki. W przypadku złamania jakie wystąpiło u powódki, powinno być stosowane leczenie opatrunkiem gipsowym udowym obejmującym kończynę od stopy do pachwiny, a zgodnie z zasadami leczenia takich złamań, czas unieruchomienia kończyny w opatrunku gipsowym powinien wynosić nie mniej niż 8 tygodni. Ze względu na powikłania naczyniowe konieczne było zasięgnięcie opinii chirurga naczyniowego. Powódka zdecydowała, że konsultację i leczenie w tym zakresie przeprowadzi w przychodni i u chirurga naczyniowego, u którego leczy się od lat, a zatem swoim obowiązkom w zakresie skierowania powódki do oceny chirurga naczyniowego pozwany dochował, uwzględniając życzenie powódki. Podjęcie decyzji w tym przedmiocie L. R. potwierdziła własnoręcznym podpisem złożonym w dokumentacji medycznej (k 195).

Wszystkie czynności medyczne dające szansę na prawidłowe wygojenie złamania zostały u powódki wykonane, zaś personel Poradni Ortopedycznej pozwanego szpitala dołożył wszelkiej staranności w leczeniu schorzenia powódki, doprowadzając do uzyskania zrostu kostnego. Brak jest związku przyczynowego pomiędzy leczeniem złamania, a amputacją podudzia powódki. Powódka leczyła się z powodu zapalenia żył głębokich od czerwca 2007 roku, a z powodu zakrzepicy żyłnej, co najmniej od września 2006r., czyli przed datą urazu. Wykonane w dniu 1 czerwca 2007 roku badania USG zobrazowało niedrożność żyły odpiszczelowej tylnej z powodu wypełniającej ją skrzepliny. Przyczyną amputacji kończyny powódki była zatem przewlekła niewydolność żylna, która nasiliła się podczas unieruchomienia. Powstanie owrzodzenia kończyny było natomiast skutkiem niewydolności żyłnej, nie zaś unieruchomienia kończyny w opatrunku gipsowym. Początkowo kończynę powódki zaopatrzono pełnym gipsem, ponieważ ciągłość skóry była zachowana. W przypadku urazu powódki, nie było innej możliwości leczenia. Zagrożenie dla kończyny powstało w dniu 26 września 2007 roku, o czym powódka została powiadomiona. Amputacja kończyny nie była wynikiem zaniedbań personelu leczącego tylko skutkiem schorzenia samoistnego wpisanego w ryzyko leczenia każdego złamania w obrębie kończyny dolnej. U powódki stosowana była adekwatna profilaktyka przeciwzakrzepowa. Z nieznanых jednakże przyczyn, już pod koniec 2007 roku, wystąpiła uporczywa infekcja rany szczepami bakteryjnymi *Pseudomonas aeruginosa*. W tym czasie powódka była wielokrotnie hospitalizowana zarówno w Oddziałach Chirurgicznych, jak i Klinice Dermatologii. W okresie hospitalizacji uzyskiwano poprawę, natomiast po wypisaniu powódki do domu następowało pogorszenie, co może wskazywać, że w warunkach domowych powódka stosowała niedozwolone

przez lekarzy formy leczenia, które przyniosły odmienny od zamierzonego skutek. We wrześniu 2008 roku u powódki stwierdzono ropowicę i martwicę goleni prawej, wystąpiła toksemia stanowiąca zagrożenie dla życia. Z tych przyczyn zdecydowano się przeprowadzić amputację prawej goleni. Analiza przebiegu całości leczenia powódki pozwala na stwierdzenie, że w procesie leczenia dołożono należytej staranności, użyto nowoczesnych metod. Bakteria *Pseudomonas aeruginosa* jest powikłaniem ran długo gojących się, poparzeń. W efekcie u powódki doszło do nadkażenia owrzodzenia bakterią *Pseudomonas* i pogorszenia gojenia się skóry aż do tworzenia martwicy włącznie. Nadkażenie zostało stwierdzone w styczniu 2008 roku. Przyczyną owrzodzenia są zaburzenia troficzne (ukrwienia skóry) wynikające z wcześniejszej zakrzepicy, gorszego przepływu naczyniowego, nasilonego przez unieruchomienie i założenie gipsu.

Pełny zrost trzonów kości piszczelowej i strzałkowej u powódki uzyskano w dniu 29 października 2007 roku, a zatem nie można mówić, że nie nastąpiło opóźnienie w usunięciu opatrunku gipsowego.

Z uwagi na powyższe Sąd uznał, że strona powodowa nie wypełniła zasad dowodzenia winy z art.6 k.c. i nie zdołała wykazać stawianych pozwanemu zarzutów popełnienia błędu w leczeniu, diagnozie czy organizacji.

Błąd w sztuce lekarskiej to działanie niezgodne z powszechnie przyjętymi zasadami, zaś aby mówić o jego zaistnieniu muszą być spełnione określone przesłanki. Po pierwsze, konkretne działanie medyczne należy zakwalifikować jako niezgodne z powszechnie uznanym stanem wiedzy, musi nastąpić ujemny skutek takiego działania i zachodzić adekwatny związek przyczynowy pomiędzy takim działaniem a zaistniałym skutkiem. W sprawie nie występuje wspomniany związek. Niepowodzenia leczenia w tym wypadku nie można zakwalifikować jako niezgodnego ze sztuką lekarską. Błąd w sztuce lekarskiej może przyjmować postać błędu w rozpoznaniu, leczeniu, czy też nawet zapobieganiu. Błąd w leczeniu ma miejsce wówczas, gdy lekarz zastosuje niewłaściwy sposób leczenia, lub wcale nie leczy pacjenta, bądź też wystąpi niewłaściwe postępowanie podczas przeprowadzania zabiegu operacyjnego (tzw. błąd operacyjny). Z wywołanych w sprawie opinii biegłych nie wynika, aby lekarze leczyli i diagnozowali powódkę w sposób nieprawidłowy i niecelowy. Należy pamiętać, że nie każdy błąd lekarski, ale tylko błąd zawiniony może powodować odpowiedzialność lekarza za wynikłą dla pacjenta szkodę (...). (2001.04.18 wyrok SN I PKN 361/00 OSNP 2003/3/62). Specyfikacja spraw o zadośćuczynienie strat i krzywd powstałych u pacjentów placówek zdrowia w związku z zaordynowanym im sposobem leczenia wyraża się m.in. w tym, że nie jest możliwe pozyskanie wiedzy o pewności związku przyczynowego pomiędzy pogorszonym stanem zdrowia tego pacjenta a działaniem (zaniechaniem) pracowników tej placówki. Niedoskonałość poziomu nauki i wiedzy medycznej w tych sprawach nakazuje odwoływać się do prawdopodobieństwa takiego związku (2000.03.21 wyrok s. apel. I ACa 192/00 OSA 2002/1/3). Jak podane zostało wyżej, dla powstania odszkodowawczej odpowiedzialności cywilnej spełnione muszą być przesłanki, jak zdarzenie wyrządzające szkodę, szkoda mająca charakter majątkowy lub niemajątkowy, związek przyczynowy pomiędzy tym zdarzeniem, a szkodą oraz wina osoby, która spowodowała powstanie szkody. Powódka L. R. nie udowodniła ani winy personelu medycznego z Poradni Ortopedycznej pozwanego szpitala w podjęciu według niej nieprawidłowego leczenia, ani nawet prawdopodobieństwa winy po ich stronie w postaci wykazania choćby najmniejszego związku przyczynowo- skutkowego pomiędzy działaniami (zaniechaniami) lekarzy a doznaną przez powódkę krzywdą w postaci jednostek chorobowych, które w konsekwencji doprowadziły do amputacji kończyny.

W doktrynie i orzecznictwie podkreśla się, że o przypisaniu winy a tym samym i odpowiedzialności można mówić jedynie w sytuacjach gdy porównanie postępowania lekarza z przyjętym standardem leczenia wypadnie na niekorzyść lekarza, gdy w jego działaniu można stwierdzić brak należytej staranności. Natomiast brak jest odpowiedzialności lekarza (szpitala) w sytuacji, gdy błędne stwierdzenie choroby, czy też błędnie postawiona diagnoza była usprawiedliwiona objawami, a zastosowane leczenie i podjęte czynności diagnostyczne były celowe. Od lekarza nie można wymagać nieomyślności, co do sposobu leczenia zwłaszcza w sytuacjach wątpliwych, jeżeli zachowana jest wymagana staranność dla danego rodzaju zabiegu, kuracji czy też postawienia właściwej diagnozy (vide wyrok z dnia 8.12.70r. II CR 543/70 OSN 1971 poz.136).

Zdaniem sadu pogląd ten jest jak najbardziej słuszny i zasługujący na aprobatę.

Konkludując w sprawie niniejszej działaniami personelu medycznego pozwanego szpitala w okolicznościach tej sprawy nie można przypisać ani braku należytej staranności, ani winy, a tym samym odpowiedzialności za powstałą szkodę.

Podkreślenia wymaga, iż powódka L. R. niewątpliwie doznała krzywdy w wyniku amputacji kończyny, ale nie była ona następstwem zawinienia pozwanego szpitala lecz samoistnego schorzenia – zakrzepicy żyłnej.

Uwypuklenia wymaga również fakt, iż na gruncie spraw medycznych podstawowa zasada procesu wyrażona w art. 6 k.c., a dotycząca ciężaru dowodu musi być stosowana z uwzględnieniem charakteru tych spraw. Nie umknęło uwadze Sądu, że w tego typu sprawach trudne do udowodnienia są fakty, iż konkretne działanie lekarza wywołało określony skutek i wskazanie, że w łańcuchu przyczynowo-skutkowym nie występowały inne elementy. Jednak w okolicznościach tej sprawy strona powodowa reprezentowana przez zawodowego pełnomocnika nawet nie uprawdopodobniła konkretnych zaniedbań, których miałyby dopuścić się zespół medyczny pozwanego szpitala. Wręcz przeciwnie dowody zebrane w sprawie uprawniają do przyjęcia braku odpowiedzialności tego zespołu za popełnienie błędu lekarskiego i braku związku przyczynowego pomiędzy niewłaściwym działaniem a wielomiesięcznym procesem leczenia, który doprowadził w konsekwencji do amputacji kończyny.

Mając powyższe na uwadze należało przyjąć, że podawana przez powódkę szkoda w żadnej mierze nie powstała na skutek działania lekarzy czy personelu medycznego pozwanego szpitala, lecz była nieprzewidywalnym zdarzeniem losowym. W takiej sytuacji nie można było przyjąć, że pomiędzy szkodą, a działaniami pozwanego zachodzi adekwatny związek przyczynowy. Powództwo należało wobec tego oddalić.

Z tych też względów niecelowa była w niniejszym postępowaniu ocena przesłanek merytorycznych zasądzenia zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, odszkodowania czy renty.

Rozstrzygnięcie o kosztach procesu należało oprzeć na art. 102 k.p.c. Mając na uwadze sytuację majątkową i rodzinną powódki Sąd odstąpił od obciążenia jej kosztami poniesionymi przez pozwanego i interwenienta ubocznego. Powódka jest osobą samotną, niepełnosprawną, wymagającą pomocy w sprawach życia codziennego. Utrzymuje się wyłącznie z emerytury, korzysta z pomocy społecznej, otrzymuje też dodatek mieszkaniowy. W tej sytuacji Sąd uznał, że obciążenie powódki nawet symboliczną kwotą byłoby dla niej ciężarem finansowym, któremu nie byłaby w stanie sprostać.

Zdaniem Sądu okoliczności tej sprawy pozwalają na odstępstwo od zasad ogólnych przewidzianych w art. 98 §1 kpc.

W związku ze zwolnieniem powódki od kosztów sądowych i braku podstaw do obciążenia tymi kosztami przeciwnika procesowego, Sąd koszty te przejął na rachunek Skarbu Państwa na podstawie(a contrario) art.113 § 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych, Sąd nieuiszczone koszty przejął na rachunek Skarbu Państwa. Sąd w toku postępowania przyznał powódce adwokata z urzędu. Wobec faktu, że koszty pomocy prawnej świadczonej powódce z urzędu nie zostały uiszczone Sąd przyznał je na podstawie art.§19,20 i art. 6 ust. 6 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002r. w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu(Dz. U. z 2002r., Nr 163 poz.1348 ze zm.).

Z tych wszystkich względów, Sąd orzekł jak w wyroku.