

Sygn. akt I ACa 383/20

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 29 marca 2023 r.

Sąd Apelacyjny w Łodzi - I Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący: Sędzia SA Marek Kruszewski

po rozpoznaniu w dniu 29 marca 2023 r. w Łodzi na posiedzeniu niejawnym

sprawy z powództwa E. S.

przeciwko SP ZOZ Wojewódzkiemu Szpitalowi (...) w P.

o zadośćuczynienie, odszkodowanie i ustalenie

na skutek apelacji powódki

od wyroku Sądu Okręgowego w Płocku

z dnia 20 grudnia 2019 r., sygn. akt I C 81/15

I/ zmienia pkt 1 zaskarżonego wyroku w ten sposób, że zasądza od Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala (...) w P. na rzecz E. S.:

a/ 20'000,00 zł (dwadzieścia tysięcy złotych) tytułem zadośćuczynienia z ustawowymi odsetkami od 4 marca 2015 roku do 31 grudnia 2015 roku oraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od 1 stycznia 2016 roku do dnia zapłaty,

b/ 11'605,08 (jedenaście tysięcy sześćset pięć złotych osiem groszy) tytułem odszkodowania z ustawowymi odsetkami od 4 marca 2015 roku do 31 grudnia 2015 roku oraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od 1 stycznia 2016 roku do dnia zapłaty,

c/ 1'711,00 zł (jeden tysiąc siedemset jedenaście złotych) tytułem odszkodowania z ustawowymi odsetkami od 4 sierpnia 2015 roku do 31 grudnia 2015 roku oraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od 1 stycznia 2016 roku do dnia zapłaty,

d/ 35,00 zł (trzydzieści pięć złotych) tytułem zwrotu kosztów procesu,

i oddala powództwo w pozostałej części;

II/ oddala apelację w pozostałej części;

III/ znosi między stronami koszty procesu w postępowaniu apelacyjnym;

IV/ przyznaje adwokatowi R. K. opłatę za pomoc prawną z urzędu świadczoną w postępowaniu apelacyjnym, w wysokości 3'478,00 zł (trzy tysiące czterysta siedemdziesiąt osiem złotych) w tym VAT i nakazuje wypłatę tej należności z funduszy Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Płocku;

V/ zasądza od Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala (...) w P. na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Apelacyjnego w Łodzi 1'730,48 zł (jeden tysiąc siedemset trzydzieści złotych czterdzieści osiem groszy) tytułem zwrotu części nieopłaconych

kosztów sądowych w postępowaniu apelacyjnym i nie obciąża powódki pozostałą częścią tych kosztów.

I ACa 383/20

UZASADNIENIE

Wyrokiem z 20 grudnia 2019 roku Sąd Okręgowy w Płocku oddalił powództwo E. S. przeciwko Wojewódzkiemu Szpitalowi (...) w P. o zadośćuczynienie, odszkodowanie i ustalenie odpowiedzialności pozwanego na przyszłość za następstwa błędnego leczenia powódki w związku ze złamaniem nasady dalszej kości promieniowej prawej oraz złamaniem wyrostka rylcowatego kości łokciowej, których doznała w marcu 2013 roku, przyznał pełnomocnikowi powódki opłatę za pomoc praną świadczoną z urzędu i nie obciążył powódki obowiązkiem zwrotu kosztów procesu na rzecz strony pozwanej.

Orzeczenie to poprzedziły następujące ustalenia co do faktów.

3.03.2013 r. powódka potknęła się i upadła, doznając urazu prawej ręki. W celu uzyskania pomocy medycznej powódka wraz mężem udała się do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Wojewódzkiego Szpitala (...) w P.. Przyjął ją lekarz M. T.. Powódka otrzymała zastrzyk przeciwko tężcowi. Lekarz wykonał zaopatrzenie otarcia naskórka. Zlecił badanie RTG, które wykonano. Na jego podstawie rozpoznano złamanie bez przemieszczenia nasady dalszej kości promieniowej oraz złamanie bez przemieszczenia wyrostka rylcowatego kości łokciowej prawej ręki. Lekarz dyżurujący założył gipsu dłoniowo-ramieniowy, którym unieruchomił prawą rękę powódki. Złamanie było bez istotnych przemieszczeń. Nie wymagało repozycji. Dlatego lekarz zdecydował się na złożenie tradycyjnego (ciężkiego) gipsu dłoniowo-ramiennego, aby zabezpieczyć powódkę przed wtórnym przemieszczeniem odłamów. Zalecił kontrolę za tydzień w Poradni Urazowo Ortopedycznej oraz wizytę w (...) w razie zaistnienia niepokojących objawów np. wystąpienia opuchnięcia. Wskazał też, że do rozważenia jest możliwość skrócenia gipsu, podczas dalszego leczenia, o ile podczas kontroli lekarz uzna to za zasadne. Zalecił powódce noszenie ręki na temblaku, ruszanie palcami dłoni. Nie wypisał leków przeciwzkrzepowych kierując się zaleceniami Konsultanta Krajowego ds. ortopedii. Powódka pytała, czy jest możliwe założenie lekkiego gipsu. Lekarz nie wyraził zgody, gdyż powódka nie dysponowała takim gipsem.

Gips sięgał od ¼ bliższej nasady ramienia do podstawy palców ręki prawej.

04.03.2013 r. powódka otrzymała zwolnienie lekarskie.

14.03.2013 r. powódka zgłosiła się do kontroli w ambulatorium ortopedycznym. Tu wykonano kontrolne RTG. Wystawiono też powódce kolejne zwolnienie lekarskie. Poinformowano o prawidłowym stanie unieruchomionej kończyny. Lekarz nie zgodził się na zdjęcie lub skrócenie założonego gipsu. Powódka informowała lekarza, że ręka ją boli

Następna wizyta miała miejsce 16.04.2013 r. Wówczas, po 45 dniach, zdjęto powódce opatrunek gipsowy. Wykonano RTG przedramienia. Sprawność ręki prawej, palców i całej kończyny górnej prawej była zła. Ruchy palców i nadgarstka prawnie nie istniały, zaś ruchy łokcia oraz rotacja przedramienia były w znacznym stopniu ograniczone. Opisując stan kończyny w dokumentacji lekarz odnotował „zrost wystarczający, odwapnienie - (...)”, czyli zespół algodystroficzny ((...)). Ręka była całkowicie usztywniona i bezwładna, zaczęła puchnąć oraz boleć. Pacjentka otrzymała zalecenie zabiegów rehabilitacyjnych - 10x S., jonoforeza, pole magnetyczne i ćwiczenia czynno-bierne; zalecono zabiegi z zakresu fizykoterapii i ćwiczenia.

W dalszym okresie powódka przechodziła wiele form leczniczych z rehabilitacją i fizykoterapią, w tym leczenia sanatoryjne, dwukrotnie operacyjne.

Zabiegi rehabilitacyjne wykonywane były do 14.06.2013 r. Z uwagi na fakt, iż powódka odczuwała znaczny ból, udała się na wizytę prywatną do Spółdzielni Lekarzy (...) w P. przy ul. (...) do dr. K. M. - specjalisty chirurgii urazowej i ortopedii. Lekarz stwierdził cechy algodystrofii układu współczulnego i dał powódce skierowanie na Oddział (...) Sp.

z o.o. w G.. Powódka była tam hospitalizowana w okresie 21.06 do 31.07.2013 r. Mimo intensywnej rehabilitacji w dniu wypisu stwierdzono zmiany zanikowe oraz przykurcze zgięciowo-wyprostne w stawie nadgarstkowym oraz w drobnych stawach ręki prawej, ręka pozostawała w ułożeniu szpotawym, znaczne ograniczenie ruchów precyzyjnych. Nadal utrzymywały się dolegliwości bólowe. Zalecono powódce dalszą rehabilitację. Dlatego, w okresie od 12.09.2013 r. do 23.10.2013 r., powódka przebywała na Oddziale (...) Ogólnoustrojowej w G., gdzie poddana była intensywnym zabiegom. Dodatkowo w sierpniu, wrześniu i listopadzie 2013 r. kontynuowała rehabilitację ambulatoryjną. Ponadto, wykonywała zalecone ćwiczenia w domu. W tym czasie uzyskano zwiększenie zakresu ruchu w stawie nadgarstkowym oraz drobnych stawach ręki prawej, pojawiły się ruchy pronacji i supinacji przedramienia .

Od 1.09.2013 r. zostało przyznane powódce przez ZUS świadczenie rehabilitacyjne, początkowo na okres pięciu miesięcy, z dalszym przedłużeniem o kolejne pięć miesięcy. Orzeczono wobec powódki umiarkowany stopień niepełnosprawności. W ramach prewencji ZUS poszkodowana została też skierowana do sanatorium (...) w W., gdzie przebywała od 28.11.2013 r. do 21.12.2013 r. Rozpoznano u powódki stan po złamaniu dalszej nasady prawej kości promieniowej i wyrostka rylcowatego prawej kości łokciowej z ograniczeniem ruchomości oraz zespołem (...), stan po cholecystektomii. W tym czasie została poddana zabiegom kinezyterapii, fizykoterapii, psychoedukacji, treningowi relaksacyjnemu oraz edukacji zdrowotnej. Z powodu braku istotnej poprawy, dr M. zalecił konsultację u prof. Ż..

W lutym 2014 r. powódka była konsultowana przez prof. Ż., od którego uzyskała informację, iż unieruchomienie ręki było za duże i za długie. Nadto, że aktualny stan jej ręki nie jest spowodowany algodystrofią (Zespołem (...)) tylko „zesztywnieniem z nieczynności”. Profesor zalecił zastrzyki hormonalne oraz kolejną rehabilitację polegającą na ćwiczeniach czynno-biernych ręki i palców

Od 10.03.2014 r. do 16.04.2014r. powódka była ponownie rehabilitowana na Oddziale (...) Szpitala w S.. Po zakończonej rehabilitacji ambulatoryjnej, 22.04.2014 r. została ponownie skierowana na rehabilitację w warunkach szpitalnych oraz badania rezonansu magnetycznego ręki i nadgarstka. Po odbytych zabiegach powódka była jeszcze kilkakrotnie kierowana na rehabilitację: 16.05.2014 r. – rehabilitacja ambulatoryjna, 06.06.2014 r. - pilnie skierowana na oddział rehabilitacyjny, 26.06.2014 r. - skierowanie na rehabilitację, badania RTG. Wykonano jej również rezonans magnetyczny, (...), RTG. Podejmowane zabiegi nie przynosiły jednak oczekiwanych rezultatów. Od 1.09.2014 r. do 29.09.2014 r. powódka ponownie trafiła na oddział rehabilitacyjny Szpitala w S.. Podczas kolejnej konsultacji dr. M. K. (1) stwierdził, że ręka została unieruchomiona na zbyt długi czas, za ciężko zagipsowana, zaś rehabilitacja została podjęta zbyt późno. Lekarz zasugerował dalsze badania tj. USG i RTG, po wykonaniu których zaproponowano powódce zabieg operacyjny. Operacja odbyła się 28.10.2014 r. w W. w Przychodni (...). Wykonano operacyjne uwolnienie przykurczów.

Od 19.05.2014 r. powódka zaczęła korzystać ze wsparcia psychologicznego i psychiatrycznego, ze względu na rozpoznanie depresji.

Od 27.11 do 20.12.2014 r. powódka przebywała w sanatorium w I.. Pomimo zastosowanej terapii nadal pozostało u pacjentki upośledzenie ruchu zginania i prostowania prawego nadgarstka oraz w stawach śródrečno-palcowych i międzypaliczkowych.

Od 22.06 do 15.07.2015 r. powódka przebywała w sanatorium w U., gdzie uzyskano poprawę stanu jej zdrowia.

W dniach 11. - 12.08.2015 r. powódka po raz drugi przebywała w Centrum (...), gdzie wykonano operacyjną artroskopową artrolizę prawego nadgarstka, uwolnienie przykurczów stawów, przecięcie troczka palca prawej ręki. Natomiast od 04.0. do 15.10.2015 r. po raz trzeci powódka przebywała w oddziale rehabilitacyjnym A. (...). Po zastosowaniu leczenia uzyskano niewielką poprawę. Jednakże powódka posługiwała się ręką w codziennych czynnościach.

W dniach 11. - 12.07.2017 r. powódka po raz kolejny przebywała w Centrum (...) na skutek wieloodłamowego złamania kości promieniowej lewej. Natomiast 18.06.2018 r. po upadku na oba kolana stwierdzono u powódki złamania kłykci bocznych obu kości piszczelowych bez przemieszczenia odłamów.

Powódka poniosła samodzielne koszty: operacji, części zabiegów rehabilitacyjnych, leków, konsultacji specjalistycznych oraz dojazdów. Część terapii była w ramach środków z NFZ.

Po opisanym leczeniu powódka była w stanie zginać palce prawej dłoni, uchwycić większe przedmioty. Miała problem z trzymaniem mniejszych przedmiotów. Musiała zrezygnować z cięższych prac w ogrodzie i domu.

W marcu 2013 roku E. S. miała 54 lata, nie leczyła się na żadne schorzenia. Pracowała jako starszy technik w (...) w D. Higieny Pracy. Była osobą praworęczną. Zarabiała ok. 1'600,00 do 1'700,00 zł netto miesięcznie. W czasie wolnym zajmowała się prowadzeniem domu, ogrodem oraz opiekowała wnuczką.

Po urazie z 3 marca 2013 roku powódka musiała zrezygnować z opieki nad wnuczką. Od 27.06.2014 r. do końca 2015 r. pozostawała na rencie otrzymując świadczenie w wysokości ok. 1'304,00 zł miesięcznie netto.

W dalszym ciągu poszkodowana odczuwa bóle prawej ręki. Chłód, wilgoć wpływają na większe usztywnienie dłoni. Nadal występuje wyraźne upośledzenie czynności ruchowych stawów obwodowych kończyny, a mianowicie stawu nadgarstkowego prawego oraz wszystkich palców a także stawów promieniowo-łokciowych pod postacią niedoskonałości supipronacyjnych ruchów przedramienia prawego. Skóra przedramienia, nadgarstka i grzbietu ręki jest atroficzna barwy jasno-siwawej, cienka, chłodna.

E. S. poniosła część kosztów związanych z prywatnym leczeniem i rehabilitacją oraz kosztami dojazdów, zakupu leków.

Od 03.03.2013 r. do 28.02.2014 r., na skutek przebywania na zwolnieniu lekarskim powódka utraciła dochody w kwocie 4'682,24 zł.

U powódki wystąpił przebyte złamanie w miejscu typowym przedramienia prawego z minimalnym kątowym przemieszczeniem grzbietowym części obwodowej kości promieniowej prawej. Zespół algodystrofii pourazowej (syndrom (...)) w okresie III. Podjęte w pozwanym szpitalu leczenie było prawidłowe i w momencie podejmowania decyzji oparte na uznanych zasadach sztuki medycznej w zakresie ortopedii, dotyczącymi złamań. W sposób jednoznaczny stanowią one, że w przypadku złamań kończyn unieruchomienie musi obejmować dwa stawy sąsiadujące z okolicą złamania. W tym przypadku były to staw ramiennie-łokciowy z sąsiadującym z nim stawem promieniowo-łokciowym i ramiennie – promieniowym. Nawet przy złamaniach stabilnych i bez przemieszczenia, takie działanie było dla powódki bardziej bezpieczne i pewniejsze w skutkach. Charakter urazu został prawidłowo rozpoznany.

Zmiana zasady leczenia i zastosowanie krótszego gipsu wymagałoby od lekarza dużego doświadczenia i podjęcia większego ryzyka dla pacjenta, związanego z możliwością wystąpienia przemieszczeń złamanych kości.

Zastosowane u powódki unieruchomienie zostało wykonane w prawidłowy sposób z uwzględnieniem wagi i długości gipsu. Gips nie ograniczał ruchu zginania stawów palców. Ustawienie nadgarstka w lekkim zgięciu nie może być uznane za „wymuszone” i sprzyjające powikłaniom. Jest powszechnie stosowane.

Informacje przekazywane przez powódkę lekarzom pozwanego nie dawały podstaw do zastosowania odmiennych działań. Ze stanu kończyny po zdjęciu gipsu, braku cech skórnych ucisku gipsu wynika, że nie było potrzeby zmiany gipsu w trakcie leczenia. Skrócenie zaś opatrunku pozostawione do uznania lekarza leczącego w danej chwili – jeśli jego zdaniem nie wchodziło w rachubę – nie mogło być wykonane na życzenie powódki. Nie było to zalecenie lekarskie. Zgłaszane przez powódkę podczas wizyty kontrolnej dolegliwości bólowe jednego miejsca były tak niewielkie, że nie obliowały do skrócenia gipsu.

Nie ma pewnych danych wskazujących na związek między wielkością i rodzajem unieruchomienia a powikłaniem, które wystąpiło u powódki. Im większy gips tym większy jego ciężar. Dlatego unieruchomione stawy wymagają bardziej intensywnych zabiegów usprawniających po zdjęciu unieruchomienia.

Objawy zespołu (...) mogą występować również po zastosowaniu tzw. krótkiego gipsu; nawet także w sytuacji całkowitego braku gipsu.

Zespół algodystrofii (...) o niezupełnie znanej etiologii występuje przede wszystkim po urazach lub nawet niewielkich stłuczeniach. Trudno więc uznać, że w przypadku powódki, to gips wpłynął na jego pojawienie się. Zaburzenia sprawności stawów także nie da się powiązać z wielkością opatrunku gipsowego. Mimo unieruchomienia stawu łokciowego powódki, nie wykazuje on znaczących ubytków sprawności. U powódki niesprawność ogniskuje się w okolicach bliskich urazowi i tam też najwyraźniej pojawiają się objawy, np. kostne, zespołu (...) w postaci zaniku gruboplamistego tkanki kostnej.

Nie ma zaleceń medycznych, aby w stosunkowo niewielkich urazach, w szczególności nie dotyczących kończyn dolnych, podawać leki przeciwzakrzepowe. Nie sugeruje tego Krajowy Konsultant ds. ortopedii. Pozostawia się tą decyzję lekarzowi leczącemu. Nie podanie tych leków powódce nie było sprzeczne z aktualną wiedzą medyczną.

Wdrożenie u powódki rehabilitacji usprawniania od momentu unieruchomienia było zgodne z aktualną wiedzą medyczną oraz ściśle przestrzegana w pracy lekarskiej. Powódka została poinformowana o potrzebie stałego ćwiczenia kończyny.

To nie zastosowane leczenie lecz sam fakt urazu jest przyczyną wystąpienia u powódki powikłań charakterystycznych dla tego typu przypadków. Fakt wystąpienia Zespołu (...) było powikłaniem statystycznym, występującym w ok. 20% przypadków. Czas leczenia powódki i rekonwalescencji byłby krótszy, gdyby nie wystąpiły powikłania.

Brak było zaleceń co do skrócenia gipsu. Nie ma żadnych podstaw do stwierdzenia, że ewentualne skrócenie gipsu w pełni zabezpieczyłoby przed wystąpieniem u powódki cech zespołu (...).

Nie istnieje w pełni skuteczne leczenie zespołu (...).

U powódki istniały czynniki predysponujące do wystąpienia zespołu (...), w postaci: labilności emocjonalnej, skłonności do depresji, braku odporności na stresy życia codziennego, płci (zespół (...) występuje dwukrotnie częściej u kobiet), zaawansowanego wieku.

Brak jest podstaw do stwierdzenia, że zespół (...) u powódki mógł zostać spowodowany chorobą przewlekłą – osteoporozą, na którą choruje lub że był spowodowany demineralizacją kości związaną z menopauzą bądź samą menopauzą.

Przepisanie przez lekarza (...) w P. leków na poprawienie ukrwienia i uwapnienia oraz skierowanie na rehabilitację ręki nie gwarantowało usunięcia ryzyka wystąpienia zespołu (...).

W 2017 r. ustąpiły zmiany kostne u powódki charakterystyczne dla Zespołu (...).

Dokonując przytoczonych ustaleń Sąd Okręgowy nie uwzględnił zeznań świadka R. S., który uczestniczył w procesie rehabilitacji powódki i nie posiadał wiedzy, co do przyczyny wystąpienia u pacjentki zespołu (...).

Sąd a quo uznał za wiarygodne zeznania świadka M. T. - lekarza mającego pierwszy kontakt z powódką po urazie uznając, że zeznania te znajdują potwierdzenie w dokumentacji medycznej z tego okresu.

Sąd pierwszej instancji nie dał wiary zeznaniom powódki i jej męża J. S. na okoliczność tego, że w trakcie leczenia w placówce pozwanej doszło do błędu medycznego skutkującego powstaniem zespołu (...). Przeczy temu dokumentacja medyczna zgromadzona w sprawie oraz wnioski wynikające z opinii biegłych: lek. M. R. oraz dr n.

med. A. W.. Obaj biegli opracowali opinie rzetelnie, z uwzględnieniem własnego doświadczenia zawodowego. Nadto, A. W. odwołał się do piśmiennictwa dotyczącego przedmiotu sprawy. Obaj biegli wszechstronnie przeanalizowali wszystkie etapy leczenia powódki, także pod kątem zgłaszanych przez nią dolegliwości. Nadto, A. W. odniósł się do zdarzeń mających miejsce po urazie prawej ręki powódki. Przeanalizował ich ewentualny związek z powikłaniami jakie wystąpiły u powódki. Obaj biegli precyzyjnie odnieśli się do wszystkich postawionych pytań oraz do zgłoszonych zastrzeżeń. Nadto, przedstawili argumenty uzasadniające zakwestionowanie prawidłowości ustaleń dokonanych przez lek. J. C.. Sąd ten uznał za warte podkreślenia, że lek. M. R. jest specjalistą chirurgii ortopedycznej i traumatologii. Od ponad 53 lat zajmuje się leczeniem. Obaj biegli logicznie uzasadnili swoje stanowiska. Przedstawili kategorię wniosków. Ich opinie są wykonane rzetelnie. Dlatego ich ustalenia Sąd podziela w całości.

Twierdzenia powódki i jej męża oparte były na subiektywnych odczuciach, nie poparte wiedzą medyczną. Wprawdzie powódka odwołała się do tego, co przekazał jej prof. Ż., jednakże dosyć ogólne stwierdzenie nie ma waloru dowodu z opinii biegłego. Pomimo tego, że prof. Ż. jest autorytetem w swojej dziedzinie nie wyjaśnił, w postawionej pisemnie diagnozie, dlaczego wykluczył u powódki zespół (...) ani dlaczego uznał, że powikłania, które wystąpiły u powódki mają związek z długością gipsu. Natomiast z opinii dr n. med. A. W. wynika, że przedstawiona przez prof. Ż. diagnoza jest sprzeczna z jego własnymi poglądami prezentowanymi w piśmiennictwie. Tym samym nie może być uznana za prawidłową.

Sąd Okręgowy nie uwzględnił też opinii biegłego lek. J. C. z (...) Polska w G. (k. 271-279, 296-297) dostrzegając jej wewnętrzną sprzeczność. Wbrew treści opinii należy stwierdzić, że pozostawienie długiego gipsu nie wywołało niepożądanych skutków, gdyż w stawie łokciowym nie stwierdzono powikłań. Nadto, z opinii wynika, że choroba (...) jest chorobą o niedookreślonej etiologii. Jednocześnie biegły wskazuje, że „ilość popełnionych błędów w leczeniu pourazowym powódki złożyła się na wysokie prawdopodobieństwo wystąpienia powikłań w postaci choroby (...)”. Stanowisko to jest wewnętrznie sprzeczne. Skoro bowiem etiologia choroby nie jest znana, to nie można twierdzić, że sposób leczenia powódki skutkowało wystąpieniem wskazanych powikłań. Sąd nie może też opierać się na „wysokim prawdopodobieństwie”, czy oceniać z „dużą dozą prawdopodobieństwa”. Sąd musi stwierdzić, czy występuje adekwatny związek przyczynowy. Zwłaszcza, że jak wskazano w opinii „wielu pacjentów zaopatrzonych w podobny sposób uzyskało prawidłowy wzrost i powrót funkcji kończyny górnej. Przy czym jest pokaźna grupa pacjentów zaopatrzona w jak najlepszy sposób, u których wystąpiła Choroba (...)”. Tym samym, w ocenie Sądu a quo, ani wcześniejsze uwolnienie stawu łokciowego, ani niezastosowanie gipsu okrężnego, nie gwarantowało braku przedmiotowych powikłań, skoro przy takim leczeniu uzyskuje się pozytywne rezultaty, a jego zastosowanie nie gwarantuje ich niewystąpienia. Należy więc ocenić wskazaną opinię jako nielogiczną, wewnętrznie sprzeczną, opartą jedynie na pewnym prawdopodobieństwie, a nie na rzetelnej i obiektywnej wiedzy medycznej, która – w świetle samej opinii – „nie wskazuje jednoznacznego remedium na to schorzenie”. Przy czym, nawet z tej opinii wynika, że waga gipsu nie ma istotnego znaczenia. Stosowanie lekkich gipsów syntetycznych nie jest normą. Taki gips nie wpłynąłby na uniknięcie powikłań.

Sąd pierwszej instancji uznał za zbędne analizowanie rachunków i paragonów złożonych w sprawie (k. 46-60, 136-144), wobec zakwestionowania roszczenia powódki, co do zasady.

Przechodząc do rozważań prawnych Sąd Okręgowy wskazał, że odpowiedzialność pozwanego oparta jest na art. 430 k.c. Jej przesłankami są:

- szkoda wyrządzona osobie trzeciej,
- wina podwładnego,
- wyrządzenie szkody nastąpiło przy wykonywaniu czynności powierzonej podwładnemu.

Ciężar dowodu w zakresie wykazania zarówno istnienia szkody jak i związku przyczynowego między powstaniem szkody a działaniem lub zaniechaniem sprawcy szkody, a także faktu, iż szkoda została wyrządzona z winy osoby pociągniętej do odpowiedzialności, spoczywa na poszkodowanym (art. 6 k.c.).

Placówka medyczna ponosi odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przez lekarza, jako podwładnego, jeżeli działanie lub zaniechanie lekarza jest zawinione. Nie jest wymagane wykazanie przez poszkodowanego winy po stronie placówki medycznej, gdyż odpowiada ona za zasadzie ryzyka w sposób bezwzględny, wyłączający możliwość ekskulpacji. Natomiast, oceny zachowania personelu Szpitala należy dokonać przez pryzmat przepisu art. 415 k.c. Zgodnie z tym przepisem: kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia.

Zawinione będzie działanie lub zaniechanie personelu medycznego wówczas, gdy nastąpi: umyślne uchybienie obowiązków zawodowych lub w wyniku niedbalstwa (nieuwagi, nieostrożności, niestaranności).

Odwołując się do orzecznictwa Sądu Najwyższego Sąd pierwszej instancji wskazał, że 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 narażenie pacjentów na pogorszenie stanu zdrowia.

W niniejszej sprawie personel medyczny pozwanego zastosował metody leczenia zgodne z aktualnym stanem wiedzy medycznej, z zachowaniem zasad staranności, w trosce o wyleczenie pacjentki oraz nie narażanie jej na pogorszenie stanu zdrowia. Powódka została prawidłowo zaopatrzona w długi ciężki okrężny opatrunek gipsowy. Taki rodzaj opatrunku miał na celu ograniczenie ryzyka wystąpienia przesunięć pękniętych kości. Był zgodny ze standardami dotyczącymi leczenia analogicznych przypadków. Umożliwił powódce podjęcie bezwzględnej rehabilitacji – poprzez pozostawienie możliwości zginania palców. Gips nie był za ciasny, gdyż nie stwierdzono śladów ucisku gipsu po jego zdjęciu. Nie zachodziły przesłanki do jego skrócenia, czy wcześniejszego zdjęcia. Nie było wskazań do zlecenia określonej diety, czy leczenia przeciwzakrzepowego. Po zdjęciu gipsu wdrożono właściwą rehabilitację.

Powikłania, które wystąpiły u powódki w postaci zespołu (...) nie są związane z zastosowanym sposobem leczenia. Mogłyby wystąpić także przy założeniu krótkiego gipsu, a nawet bez takiego opatrunku. Nie jest bowiem znana etiologia tych powikłań. Przed zdjęciem gipsu nie wskazywało na to, że powikłanie takie wystąpi.

Przyjęta przez lekarza metoda leczenia gwarantowała powódce pełen zrost złamania.

Tym samym, działania personelu medycznego pozwanego nie były bezprawne i zawinione.

Brak jest adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy zastosowanym leczeniem, a powikłaniem w postaci zespołu (...) skutkującym rozstrojem zdrowia powódki.

Tym samym roszczenie powódki jest nieuzasadnione, na podstawie art. 415 k.c. i art. 430 k.c., co skutkowało oddaleniem powództwa.

O kosztach procesu Sąd a quo orzekł na podstawie art. 102 k.p.c. oraz przyznał adv. R. K. wynagrodzenie za pomoc prawną świadczoną z urzędu w kwocie 3.600 zł powiększonej o należny podatek Vat 23%, na mocy § 4 i 6 pkt. 6) Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r.

Wydatki tymczasowo poniesione przez Skarb Państwa – Sąd Okręgowy w Płocku wyniosły łącznie 10.110,20 zł (k. 197, 218, 283, 298, 423, 452).

Powódka korzystała z częściowego zwolnienia od kosztów sądowych, tj. od opłaty od pozwu i wydatków na biegłego, ponad kwotę 100zł.

Sąd Okręgowy nie obciążył powódki pozostałą częścią opłaty sądowej od oddalonej części powództwa oraz kosztami zastępstwa procesowego strony pozwanej, na mocy art. 102 k.p.c. biorąc pod uwagę szczególne okoliczności sprawy, zły stan zdrowia powódki i jej niskie dochody.

Powódka wniosła apelację od tego wyroku. Zaskarżając orzeczenie w całości apelująca zarzuciła rozstrzygnięciu:

1/ naruszenie prawa procesowego, mające wpływ na treść wyroku, tj.:

a/ art. 233 § 1 k.p.c. poprzez brak wskazania jednoznacznego kryterium oraz argumentacji pozwalającej na uznanie dowodu w postaci stanowiska prof. Ż. zawartego w dokumentacji medycznej powódki, a także opinii biegłego J. C., który korzystał z zawartej w jego (dr Ż.) publikacjach wiedzy i doświadczenia, a które to depozycje zostały przez sąd uznane za niewiarygodne. Nieuwzględnienie dowodu z opinii biegłego J. C., czerpiącej z doświadczeń specjalisty w dziedzinie chirurgii ręki stanowi przejaw bezzasadnego pomięcia dowodu, który prowadzi do odmiennych ustaleń niż ustalenia przyjęte jako podstawa orzeczenia. Zadaniem skarżącego jest to błąd w logicznym rozumowaniu Sądu prowadzący do wniosku jakoby opinia biegłego C., była niewiarygodna tylko ze względu na fakt istnienia dwóch opinii z nią sprzecznych, próbujących konwalidować wadliwe postępowanie lekarzy w zakresie leczenia powódki. Kryterium ilościowe opinii negatywnych przyćmiło wartość merytoryczną jednej, dyskredytowanej przez sąd w uzasadnieniu opinii.

b/ art. 233 § 1 k.p.c., przez nieuwzględnienie w postępowaniu dowodu z zeznań powódki oraz świadka J. S.(k. 155v-156v) na okoliczność diagnozy dr. M. K. (1), poprzez brak wskazania przyczyn, dla których Sąd zeznaniom tym odmówił wiarygodności. Pominięcie tego dowodu podczas dokonywania ustaleń faktycznych prowadzi do błędnego wnioskowania sprzecznego z treścią dowodu,

c/ błędne ustalenie stanu faktycznego poprzez przyjęcie, że dnia 4.03.2013 r. w Poradni Urazowo-Ortopedycznej powódce zostało wykonane badanie RTG. Takie ustalenie Sądu wydaje się nieprawdopodobne w kontekście zeznań powódki, w których zaprzeczyła jakoby była na oddziale poradni w dniu 4.03.2013r,

d/ błędne ustalenie stanu faktycznego poprzez przyjęcie, że lekarz udzielający Powódce pomocy medycznej w Szpitalnym Oddziale ratunkowym 3.03.2013 r. zalecił noszenie ręki na temblaku oraz ruszanie palcami dłoni podczas, gdy prowadzona dokumentacja oraz zeznania powódki tego nie potwierdzają,

e/ błędne ustalenie stanu faktycznego poprzez przyjęcie, że zmiana zasady leczenia i zastosowanie krótszego i lżejszego gipsu wymagałoby od lekarza dłuższego doświadczenia i podjęcia większego ryzyka dla pacjenta, związanego z możliwością wystąpienia przemieszczeń złamanych kości. Przyjęte przez Sąd ustalenia faktyczne pozostają w sprzeczności z stanowiskiem dr. Ż. oraz opinii medyczną J. C., a także diagnozą dr. M. K. (2),

f/ błędne ustalenie stanu faktycznego poprzez przyjęcie, że założony gips nie ograniczał ruchów zginania stawów palcowych wbrew temu, co zeznała powódka,

g/ błędne ustalenie stanu faktycznego poprzez przyjęcie, że dolegliwości bólowe, o których powódka informowała lekarza podczas wizyty kontrolnej zostały ustalone jako niewielkie oraz nieobligujące do skrócenia gipsu. Zarzut stawiany powyższym ustaleniom dotyczy braku wskazania jednoznacznego kryterium według którego Sąd dokonał pomiaru wielkości tj. rozmiaru i natężenia dolegliwości bólowych w oparciu o które ocenił ból jako niewielki,

h/ błędne ustalenie stanu faktycznego poprzez przyjęcie, że informacje przekazywane lekarzom przez powódkę nie rodziły potrzeb odmiennych działań lekarzy a także, że nie było potrzeby ingerencji w opatrunek gipsowy w trakcie leczenia;

2/ naruszenie prawa materialnego tj. art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c. przez przyjęcie, że te przepisy nie stanowią uzasadnionej podstawy dla uwzględnienia powództwa w sytuacji, gdy w wyniku nieprawidłowo udzielonej pomocy medycznej doszło do naruszenia dobra osobistego powódki jakim jest niewątpliwie jej zdrowie.

3/ naruszenie prawa materialnego tj. art.10 Kodeksu Etyki Lekarskiej z dnia 2 stycznia 2004, przez jego niezastosowanie w zakresie, w jakim przepis ten stanowi, iż jeżeli zakres czynności przewyższa umiejętności lekarza, wówczas winien się on zwrócić do bardziej kompetentnego kolegi. Zgodnie z ustaleniem Sądu wskazanym w uzasadnieniu zmiana zasady leczenia Powódki oraz zastosowanie krótszego gipsu wymagałoby od lekarza świadczącego pomoc medyczną dłuższego doświadczenia i podjęcia większego ryzyka dla pacjenta. Jednakże kodeks deontologiczny nakłada na lekarza obowiązek działania według zasad w nim wyznaczonych tj. uzyskania konsultacji bardziej doświadczonego specjalisty.

Opierając się na tych zarzutach apelująca wniosła o zmianę wyroku Sądu I instancji poprzez:

1/ zasądzenie od pozwanego na rzecz powódki 60.000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznany ból i cierpienie będące wynikiem nieprawidłowego sposobu udzielenia powódce pomocy lekarskiej wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wytoczenia powództwa do dnia zapłaty,

2/ zasądzenie od pozwanego na rzecz powódki odszkodowania na podstawie art. 444 k.c. na pokrycie poniesionych uzasadnionych kosztów leczenia, rehabilitacji oraz podróży i zakwaterowania w kwocie 35.568, 36 zł

3/ przyjęcie przez pozwanego odpowiedzialności za wszelkie konsekwencje zdrowotne wynikające z niewłaściwego leczenia powódki mogące powstać w przyszłości a nieujawnione w chwili wniesienia powództwa, pozostające ze zdarzeniem w adekwatnym związku przyczynowym.

4/ zasądzenie od pozwanego na rzecz powódki kosztów postępowania obejmujących koszty zastępstwa procesowego zarówno w pierwszej, jak i drugiej instancji.

Na rozprawie 31 stycznia 2022 roku pełnomocnik powódki wniósł także o przyznanie mu kosztów pomocy pranej świadczonej z urzędu, które nie zostały opłacone.

Pozwany wniósł o oddalenie apelacji oraz zasądzenie od powódki na swoją rzecz kosztów procesu z uwzględnieniem wynagrodzenia pełnomocnika w wysokości podwójnej stawki minimalnej.

Sąd Apelacyjny ustalił, co następuje:

Podczas zaopatrywania powódki na (...) pozwanego lekarz nie informował pacjentki o konieczności wykonywania ćwiczeń palcami w trakcie noszenia opatrunku gipsowego. Wzmianki o takim zaleceniu nie zamieszczono w karcie pacjenta. Podczas wizyty kontrolnej odbytej 14 marca 2013 roku lekarz także nie przekazał powódce takiego zalecenia.

(karta pacjenta – k. 15, zeznania uzupełniające powódki – k 577)

Ból zgłaszany przez powódkę 14 marca 2013 roku pojawił się około tygodnia po urazie. Była to dolegliwość zlokalizowana na grzbiecie dłoni między kciukiem i palcem wskazującym, tuż nad nadgarstkiem. W subiektywnym odczuciu pacjentki jego nasilenie wynosiło 7 w skali od 1 do 10.

(zeznania uzupełniające powódki – k 577)

Nie ma dokładnej cezurę czasowej dotyczącej pojawienia się pierwszych objawów zespołu (...) od momentu złamania kości ręki. Zwykle, jeśli taki zespół pojawia się jest diagnozowany nie wcześniej, niż po 4-6 tygodniach od urazu, czyli po zdjęciu opatrunku gipsowego w celu oceny zrostu złamania. Wcześniej zgłaszane dolegliwości, gdy kończyna pozostaje w unieruchomieniu, mają zwykle charakter obrzęku, zasinienia tkanki podskórnej, bólu o różnym charakterze, trudności w poruszaniu palcami i są związane z samym urazem. Dopiero połączone objawy zasinienia, utraty czucia, drętwienia palców mogą sugerować zaistnienie ucisku naczyń i nerwów. Powinny skłaniać lekarza do rozcięcia (rozluźnienia) gipsu.

Podczas wizyty 14 marca 2013 roku nie odnotowano aby powódka zgłaszała dolegliwości bólowe; lekarz nie opisał żadnych zaburzeń w ukrwieniu ani w unerwieniu kończyny. Wykonał zdjęcia kończyny w gipsie i uznał, że ustawienie odłamów jest „do zaakceptowania”. Poprawność tej diagnozy potwierdzają udostępnione przez powódkę zdjęcia RTG. Zgłaszane przez powódkę dolegliwości określone jako punktowy, piekący ból były tak niewielkie, że nie można ich uznać za obligujące do „skrócenia” gipsu. Zgłaszanie przez pacjentkę większych dolegliwości powinno raczej skutkować przecięciem gipsu na tzw. atrapę (w ten sposób z gipsu okrężnego powstaje szyna gipsowa) i dokładne skontrolowanie całości kończyny w celu stwierdzenia np. odleżyn na skutek miejscowego (punktowego) ucisku przez gips. Takiej sytuacji (i takiej konieczności) u powódki jednak nie było; po zdjęciu gipsu nie stwierdzono u pacjentki śladów ucisku ani odleżyn.

W sytuacji pierwotnego zastosowania „długiego” gipsu w celu zmniejszenia prawdopodobieństwa wtórnych przemieszczeń odłamów praktykowane jest (choć nie zawsze jest to regułą) skracanie gipsu do przedramiennego, ale dopiero po upływie trzech tygodni. Jest to czas powstawania pierwszych objawów zrostu w miejscu złamania. Natomiast w dniu 14.04.2013 r. upłynęło dopiero jedenaście dni.

Niewykonywanie przez powódkę ćwiczeń palców w okresie unieruchomienia kontuzjowanej ręki w opatrunku gipsowym mogło mieć wpływ na pojawienie się u chorej części objawów zespołu (...). Z praktyki wiadomo, że regularne wykonywanie takich ćwiczeń w okresie unieruchomienia ręki sprzyja złagodzeniu objawów zespołu (...). Jest regułą, że wykonywanie ćwiczeń palcami unieruchomionej kończyny korzystnie przyczynia się do uzyskania lepszych efektów rehabilitacji podjętej przez pacjentkę po zdjęciu opatrunku gipsowego. Istotne jest również stosowanie, zwłaszcza w pierwszym okresie po urazie, tzw. pozycji przeciwobrzękowej, czyli w uniesieniu kończyny w opatrunku w pozycji podparcia na łokciu i zwróceniu palcami pionowo ku górze. W takiej pozycji wykonywanie ruchów zginania i prostowania palców powoduje skurcze mięśni, które z kolei wykonują naprzemienny ucisk naczyń krwionośnych i limfatycznych sprzyjający odpływowi obrzęku z kończyny. Istotne jest również wykonywanie ruchów zginania i prostowania palców w pełnym zakresie, czyli możliwość zaciśnięcia pięści. Zaniechanie takich ćwiczeń sprzyja powstawaniu przykurczów stawów palców i rozrzedzeniu struktury kości, czyli części objawów zespołu (...). Z dostępnej dokumentacji (zdjęcia RTG w gipsie) wynika, że opatrunek był prawidłowy i nie uniemożliwiał pacjentce zginania palców prawej ręki w pełnym zakresie.

Wykonywanie w sposób prawidłowy opisanych wyżej ćwiczeń sprzyja też uzyskaniu lepszych efektów rehabilitacji podjętej po zdjęciu opatrunku gipsowego. Z wysokim prawdopodobieństwem możliwe jest uzyskanie poczucia pełnej sprawności ręki tzn. pełnego prostowania palców i zaciskania ich w pięść nawet wówczas, gdy następstwem złamania z przemieszczeniem jest trwale zniekształcenie nadgarstka. W przypadku braku prawidłowych ćwiczeń palców w okresie unieruchomienia ręki znacząco zmniejsza się możliwość uzyskania korzystnych rezultatów rehabilitacji podjętej po zdjęciu unieruchomienia. Nie należy jednak całkowicie negować możliwości powrotu do poczucia pełnej, lub prawie pełnej sprawności w takiej sytuacji. Jest to jednak wyraźnie trudniejsze, dłużej trwa i jest zależne od odpowiedniej dyscypliny w przestrzeganiu zaleceń lekarskich co do intensywności i poprawności wykonywania ćwiczeń.

Wykonywanie ćwiczeń palców przed zdjęciem opatrunku gipsowego wpływa na skrócenie czasu trwania i intensywność rehabilitacji po zdjęciu unieruchomienia. W wielu przypadkach po zdjęciu gipsu ruchomość palców już jest prawidłowa, pozostaje jeszcze ćwiczenie ruchów zginania i prostowania w stawie nadgarstkowym oraz ruchów pronacyjno-supinacyjnych przedramienia. Ponadto, wykonywanie ćwiczeń palców w okresie unieruchomienia zmniejsza prawdopodobieństwo wystąpienia i zakres objawów zespołu (...). Nie można jednak określić stopnia prawdopodobieństwa ich wystąpienia, ponieważ zespół (...) czasem rozwija się w sposób trudny do jednoznacznego określenia jego przyczyn.

Nie ma możliwości operacyjnego leczenia zespołu (...). Leczeniu takiemu poddaje się schorzenia będące odległymi konsekwencjami jego wystąpienia, np. chirurgiczna korekcja utrwalanych przykurczów palców.

Aktualnie, w obrębie prawej ręki powódki znajdują się dobrze wygojone blizny na grzbietowej powierzchni i na palcu V; nieznaczne zniekształcenie okolicy prawego nadgarstka; ograniczenie ruchomości prawego stawu promieniowo-

nadgarstkowego. Zginanie możliwe jest do ok. 80°, prostowanie wynosi tylko ok. 15°. Palec V prawej ręki jest przykurczony ok. 55° w stawie międzypaliczkowym bliższym (PIP) i ok. 30° w stawie międzypaliczkowym dalszym (...), palec IV jest przykurczony o ok. 15° w obwodowym stawie międzypaliczkowym (...). Do pełnego zamknięcia palców II i III w pięść brak jest po ok. 1,5 cm, do pełnego zamknięcia palców IV i V w pięść brak jest po ok. 2-3 cm; opuszek kciuka w pozycji zginania pozostaje w odległości ok. 2 cm od powierzchni kłębika. Widoczne są zaniki mięśni kłębu i kłębika. Ruch supinacji prawego przedramienia jest ograniczony o ok. 15° w porównaniu z lewą kończyną górną. Poza tym - w zakresie całej prawej kończyny górnej, w prawym stawie ramiennym brak jest ok. 15° zginania i ok. 10° rotacji wewnętrznej, w prawym stawie łokciowym brak jest ok. 10° zginania w porównaniu z lewą kończyną górną. W porównaniu do stanu istniejącego w czasie badania przeprowadzonego 17.04.2019 r. nastąpiło widoczne pogorszenie: zwiększył się o ok. 20° przykurcz zgięciowy w stawie międzypaliczkowym bliższym (PIP) V palca, do pełnego zamknięcia palców II i III w pięść brak jest po ok. 1,5 cm, a przedtem zamknięcie tych palców w pięść było możliwe. Niewielkie pogorszenie zakresu ruchów w obrębie prawego stawu ramiennego i łokciowego jest najprawdopodobniej wynikiem samoistnego procesu zwyrodnieniowego, bez uchwytne go związku przyczynowo-skutkowego z pojawieniem się u powódki zespołu (...).

Z ortopedycznego punktu widzenia nie ma obecnie możliwości dokładniejszego określenia stopnia uszczerbku na zdrowiu będącego wyłącznie następstwem zespołu (...). Możliwy jest jedynie do określenia istniejący aktualnie stały uszczerbek na zdrowiu w wysokości 15%. Prawidłowo leczone złamanie dalszych nasad kości przedramienia skutkuje zwykle stałym uszczerbkiem na zdrowiu nie mniejszym, niż 5%. Zbyt dużym uproszczeniem jest jednak wyciąganie arytmetycznego wniosku, że stopień uszczerbku na zdrowiu będący u powódki wyłącznie następstwem zespołu (...) wynosi 10%. Nie wiadomo, jak kształtowałby się uszczerbek na zdrowiu gdyby u powódki nie doszło do powstania zespołu (...), ale nie wykonywałaby ona w sposób właściwy ćwiczeń zarówno w opatrunku gipsowym, jak i po jego zdjęciu.

Stan prawej ręki powódki wydaje się już utrwalony. Wysoce wątpliwe jest uzyskanie poprawy przez dalsze ćwiczenia czy nawet leczenie operacyjne (chirurgiczne uwolnienie przykurczu stawów palców). Nie można wykluczyć zaistnienia w przyszłości u powódki dalszej progresji wielostawowych zmian zwyrodnieniowych, w tym także zmian w obrębie małych stawów (śródręczno-paliczkowych i międzypaliczkowych) prawej ręki. Objawy teraz zgłaszane przez powódkę (pojawianie się nocnych drętwień w okolicy prawego łokcia, postępujące osłabienie całej prawej kończyny górnej) sugerują możliwość narastania zmian zwyrodnieniowych w odcinku szyjnym kręgosłupa.

(opinie uzupełniające biegłego A. W. – k 540-541, k. 579-582)

W latach 2013-2015 na zakup leków związanych z następstwami doznanego urazu powódka wydała 2'815,78 zł. Za przeprowadzone w tym okresie prywatnie konsultacje, badania, rehabilitacje oraz zabieg wydała 8'789,30 zł. Powódka kontynuowała rehabilitację w 2015 roku i w związku z tym na badania, zabiegi i leki wydała wówczas 1'711,00 zł.

(paragony, rachunek i faktury – k 46-60, Faktury i paragony – k 137-144)

W wydatkach tych nie uwzględniono kosztów zakupu espumisanu, sylimarolu, xanax, hydroxizinum, belissy i polocardu, ponieważ ich stosowanie nie miało związku z urazem ortopedycznym.

(opinia biegłego A. W. – k 409-421)

Od 3 marca 2013 roku do 28 lutego 2014 roku powódka utraciła dochody w wysokości 7'627,16 zł, co było następstwem długotrwałego przebywania na zwolnieniu lekarskim i zasiłku rehabilitacyjnym.

(zaświadczenie – k. 61)

W pozostałym zakresie Sąd Apelacyjny akceptuje ustalenia poczynione przez Sąd pierwszej instancji.

Dokonując oceny zgromadzonych dowodów Sąd ad quem nie dał wiary świadkowi M. T. co do faktu zalecenia powódce noszenia ręki na temblaku i ruszania palcami (k. 155 odwrót). Twierdzenie to jest sprzeczne z zeznaniami powódki,

a nadto nie znajduje odzwierciedlenia w dokumentacji medycznej z wizyty w (...) (k. 15) wbrew temu, co stwierdził Sąd Okręgowy. Jest też mało prawdopodobne, aby lekarz przyjmujący na co dzień wielu pacjentów szczegółowo pamiętał po upływie dwóch i pół roku zalecenia udzielone poszkodowanej z dosyć typowym urazem. Jest to tym mniej prawdopodobne, że świadek wcześniej wyraził swoje wątpliwości, czy odnotował w karcie zalecenie zgłoszenia się na (...) w przypadku dolegliwości (k. 155), co świadczy o tym, że tak naprawdę nie pamiętał szczegółów związanych z pomocą udzieloną powódce. Za taką oceną tych zeznań przemawia także stanowisko wyrażone w odpowiedzi na pozew, w której stwierdzono: „Dr T. wydał zalecenia kontroli za tydzień w Poradni Urazowo-Ortopedycznej oraz skrócenia gipsu po 3 tygodniach. Wyjaśnił chorej także, żeby w razie obrzęku pod gipsem natychmiast zgłaszała się ponownie na (...)” Cały akapit wywodów kończy natomiast zdanie: „Chora otrzymała kopię karty informacyjnej (...) z wszystkimi zaleceniami” (k. 88). Nie bez znaczenia jest również fakt, że świadek należał do personelu medycznego pozwanego szpitala, natomiast roszczenia powódki oparte zostały m.in. na zarzucie nieprawidłowego zaopatrzenia złamania przez tego właśnie lekarza. W tej sytuacji świadek był zainteresowany przedstawieniem w jak najkorzystniejszym dla siebie i pracodawcy świetle całej sytuacji związanej z udzieleniem powódce pomocy w dniu 3 marca 2013 roku.

Sąd Apelacyjny podzielił stanowisko Sądu a quo odnośnie negatywnej oceny opinii sporządzonej przez J. C.. Poza uwagami podniesionymi przez Sąd pierwszej instancji warto zauważyć, że opinia ta nie zawiera ani opisu zgłaszanych przez powódkę dolegliwości, ani opisu badania przedmiotowego. Wynika z tego, że opiniujący nie przeprowadził wywiadu z powódką i jej nie zbadał mimo, że w postanowieniu dowodowym zlecono sporządzenie opinii po przeprowadzeniu badania powódki. Jest to rzadko spotykana praktyka w przypadku opinii, których przedmiotem jest ocena skutków urazów ortopedycznych lub ocena błędów przy leczeniu takich urazów, co świadczy o niezbyt rzetelnym podejściu opiniującego do metodyki pracy biegłego i jest kolejnym argumentem za odrzuceniem jego opinii.

Rozważania prawne:

Apelacja okazała się częściowo uzasadniona.

Bezasadny jest zarzut naruszenia art. 233 § 1 kpc w tej części, która odnosi się do nieprzydatności „stanowiska” prof. Ż. oraz opinii biegłego J. C.. Co do tej drugiej, Sąd Apelacyjny wypowiedział się już w ramach oceny dowodów. Odnośnie dokumentu złożonego na karcie 145 należy zauważyć, że z pewnością nie ma on waloru opinii w rozumieniu art. 278 § 1 kpc, a jedynie dokumentu prywatnego, który zgodnie z art. 245 kpc może dowodzić, że osoba na nim podpisała złożyła zawarte w nim oświadczenie. Taki dowód nie może zastąpić opinii w wypadkach wymagających wiedzy specjalnej, ani nawet służyć do oceny poprawności opinii biegłego. Zawarte w dokumencie wnioski są bardzo lakoniczne i nie zawierają żadnego uzasadnienia, a z procesowego punktu widzenia ocena ich poprawności nie może opierać się wyłącznie na bezspornym autorytecie prof. A. Ż.. Ponadto, konsultujący powódkę, z dużym prawdopodobieństwem graniczącym z pewnością nie dysponował dokumentacją medyczną pacjentki w takim zakresie, jak biegły opiniujący w tej sprawie. Na marginesie jedynie warto odnotować, że biegły A. W. opierał się obszernie na literaturze, której autorem jest prof. A. Ż..

Z tych samych względów chybiony jest zarzut naruszenia art. 233 § 1 kpc odnoszący się do informacji przekazanych powódce i jej mężowi przez dr. M. K. (1).

W konsekwencji, powyższe dowody nie mogły być podstawą ustalenia, że założenie krótszego gipsu nie wymagało od lekarza większego doświadczenia, zaś teza przeciwna wynika z opinii dwóch innych biegłych ortopedów. Nie mogły być też podstawą ustalenia, że u powódki założony zbyt długi i zbyt ciężki opatrunek, a tym bardziej, że było to przyczyną wystąpienia zespołu (...).

Niezrozumiały jest zarzut dotyczący błędnego ustalenia jakoby 4 marca 2013 roku wykonano powódce badanie rtg. W części faktograficznej uzasadnienia zaskarżonego wyroku nie ma takiego stwierdzenia, zaś wspomniana data widnieje tam jedynie w kontekście wystawionego powódce zwolnienia.

Niezasadny jest zarzut jakoby opatrunek gipsowy uniemożliwił chorej zginanie palców kontuzjowanej ręki. Fakt ten został zweryfikowany przez biegłego A. W. na podstawie zdjęcia rtg wykonanego, gdy ręka była w gipsie. Dokument ten dostarczyła biegłemu sama powódka.

Zarzut bezpodstawnej oceny rozmiaru dolegliwości bólowych, które odczuwała powódka podczas wizyty kontrolnej z 14 marca 2013 roku jest niezasadny o tyle, że takie ustalenie było wnioskiem wyciągniętym z opinii biegłego A. W., który oparł się na subiektywnym opisie dolegliwości przedstawionym przez powódkę. Nota bene, z całokształtu opinii tego biegłego, uzupełnionej także w postępowaniu apelacyjnym wynika, że dolegliwości tego rodzaju występujące jedenaście dni po urazie nie dawały podstaw do zdiagnozowania zespołu (...), niezależnie od ich natężenia, ani nie obliżowały lekarza do skrócenia lub zdjęcia opatrunku gipsowego. W tym też kontekście należy ocenić zarzut opierający się na pominięciu przez Sąd a quo faktu, że zgłaszane przez powódkę dolegliwości zostały zignorowane.

Niezasadny jest także zarzut dotyczący błędnego ustalenia faktu, że dolegliwości zgłaszane przez powódkę podczas wizyty 14 marca 2013 roku powinny skutkować podjęciem przez lekarza działań zmierzających do rozpoznania pierwszych objawów zespołu (...). Z uzupełniającej opinii biegłego A. W. sporządzonej w postępowaniu apelacyjnym wynika, że objawy tego schorzenia są diagnozowane zwykle po 4 do 6 tygodniach od urazu, zaś dla prawidłowej diagnozy konieczne jest wystąpienie kilku objawów, a nie jednego. Piekący ból, który pojawił się po kilku dniach od zdarzenia, niezależnie od jego natężenia nie dawał podstaw do rozpoznania zespołu (...), a nawet podejrzenia jego rozwoju.

Zasadny okazał się natomiast zarzut błędnego ustalenia faktu udzielenia poszkodowanej zalecenia noszenia ręki na temblaku oraz ruszania palcami. Sąd Okręgowy dając wiarę w całości zeznaniom świadka M. T. stwierdził, że „Jego zeznania znajdują potwierdzenie w dokumentacji medycznej z tego okresu.” (strona 9 uzasadnienia – k 477). Twierdzenie to jest tylko częściowo prawdziwe i nie dotyczy tego konkretnego zalecenia. Z tych względów Sąd Apelacyjny dokonał w tym zakresie ponownej oceny dowodów zgromadzonych w postępowaniu w pierwszej instancji stosownie do przepisu art. 382 kpc, odmówił wiarygodności zeznaniom wspomnianego świadka odnośnie udzielenia powódce stosownego zalecenia i w konsekwencji skorygowała w tym zakresie stan faktyczny będący podstawą rozstrzygnięcia.

Dalszą konsekwencją tego uchybienia była konieczność uzupełnienia opinii biegłego ortopedy w celu wyjaśnienia związku między wspomnianym zaniechaniem a wystąpieniem u powódki zespołu (...) i jego dalszymi konsekwencjami zdrowotnymi.

Korekta i uzupełnienie stanu faktycznego sprawy skutkowały uznaniem zarzutu naruszenia przepisów prawa materialnego za częściowo uzasadniony.

Niezasadny jest zarzut naruszenia kodeksu etyki lekarskiej o tyle, że z opinii biegłych nie wynika, aby w dniu przyjęcia powódki do (...) zachodziła potrzeba zasięgnięcia opinii odnośnie sposobu unieruchomienia złamanej ręki u bardziej doświadczonego lekarza, niż dyżurujący wówczas M. T..

Sąd Apelacyjny podziela ocenę Sądu a quo dotyczącą zastosowania u powódki prawidłowego opatrunku gipsowego w dniu 3 marca 2013 roku, braku przesłanek obliżujących do jego skrócenia lub zmiany na inny rodzaj unieruchomienia podczas kontroli w dniu 14 marca 2013 oraz braku objawów, które podczas tej drugiej wizyty powinny być dla lekarza sygnałem rozwoju zespołu (...). Nie został także wykazany związek przyczynowy między rodzajem i ciężarem zastosowanego unieruchomienia a wystąpieniem wspomnianego schorzenia lub jego nasileniem. Na tej płaszczyźnie należy uznać, że Sąd Okręgowy prawidłowo ocenił postępowanie personelu pozwanego i zasadnie stwierdził brak przesłanek odpowiedzialności opartej na art. 430 kc. w zw. z art. 415 kc.

Niemniej jednak, z ustalonych faktów wynika, że po stronie personelu medycznego doszło do uchybienia polegającego na nieudzieleniu pacjentce właściwego zalecenia o konieczności wykonywania regularnych ćwiczeń palcami

kontuzjowanej ręki w okresie jej unieruchomienia, ani podczas zakładania opatrunku, ani podczas wizyty kontrolnej. Skutkuje to odpowiedzialnością pozwanego za wynikłą stąd szkodę na podstawie art. 430 kc w zw. z art. 415 kc.

Z uzupełniających opinii biegłego A. W. wynika, że wykonywanie tego rodzaju ćwiczeń miało istotne znaczenie dla usprawnienia przepływu płynów ustrojowych w unieruchomionej ręce. Opinia nie daje podstaw do kategorycznego stwierdzenia, że istnieje adekwatny związek przyczynowy w rozumieniu art. 361 § 1 kc między zaniechaniem personelu szpitala a samym wystąpieniem u pacjentki zespołu (...), pozwalający na sformułowanie kategorycznego wniosku – gdyby prawidłowo poinstruowana powódka regularnie wykonywała zalecane ćwiczenia nie doszłoby do rozwinięcia się algodystrofii. Związek taki zachodzi niewątpliwie między uchybieniem lekarzy pozwanego a przebiegiem zespołu (...) oraz przebiegiem i efektem końcowym rehabilitacji podjętej po zdjęciu opatrunku gipsowego. Wyraża się on w tym, że niewykonywanie ćwiczeń w okresie unieruchomienia ręki mogło mieć wpływ na pojawienie się u chorej części objawów zespołu (...), ponieważ sprzyja powstawaniu przykurczów stawów palców i rozrzedzeniu struktury kości. Z wysokim prawdopodobieństwem ćwiczenia takie sprzyjają złagodzeniu objawów zespołu (...) w sytuacji ich wystąpienia mimo ich wykonywania. Nie mniej istotne jest, że ćwiczenie palców unieruchomionej ręki korzystnie przyczynia się do uzyskania lepszych efektów późniejszej rehabilitacji, wpływając na skrócenie czasu jej trwania i zmniejszenie intensywności, dając możliwość uzyskania poczucia pełnej sprawności ręki oraz eliminując konieczność operacyjnego leczenia dalszych następstw zespołu (...). Istota problemu sprowadza się do tego, że brak należytego zalecenia w tym względzie naraził pacjentkę na dodatkowy ból, utrudnienia w życiu codziennym wynikające z niesprawności ręki, długotrwałe poddawanie się uciążliwej rehabilitacji oraz dwukrotnym operacjom i ponoszenie dodatkowych kosztów. Z drugiej strony powódka została pozbawiona szansy na uzyskanie satysfakcjonujących efektów rehabilitacji, a co za tym idzie – na poprawę stanu swojego zdrowia nawet w sytuacji, gdyby zespół (...) wystąpił niezależnie od wykonywania przez nią ćwiczeń.

Z tych względów należało uznać roszczenia powódki za częściowo usprawiedliwione co do zasady.

Rozważania dotyczące wysokości należnych powódce świadczeń wypada poprzedzić stwierdzeniem, że specyfika tej sprawy powoduje, że nie sposób określić dokładnie rozmiaru szkody spowodowanej zaniechaniem personelu pozwanego. Wynika to z faktu, że nawet przy prawidłowych zaleceniach nie można wykluczyć, że u powódki rozwinęłyby się zespół (...). Niemniej jednak niektóre jego objawy mogłyby w ogóle nie wystąpić, albo wystąpiłyby z mniejszym nasileniem, proces rehabilitacji mógłby trwać krócej, byłby mniej dolegliwy dla chorej i co istotne mógłby zostać przeprowadzony w ramach publicznej służby zdrowia nie narażając powódki na wydatki. Sam efekt rehabilitacji, tzn. poprawa stanu zdrowia pacjentki, byłby z całą pewnością lepszy niż jest obecnie.

Przywołane okoliczności powodują, że ściśle udowodnienie wysokości zgłoszonych w pozwie żądań jest co najmniej nader utrudnione, jeśli nie niemożliwe, co uzasadnia oparcie rozstrzygnięcia na art. 322 kpc.

Po rozważeniu wszystkich okoliczności Sąd Apelacyjny doszedł do wniosku, że adekwatnym zadośćuczynieniem należnym na podstawie art. 445 § 1 kc w zw. z art. 444 § 1 kc jest kwota 20'000,00 zł. Przemawia za tym zakres cierpień fizycznych i psychicznych, na które narażona została powódka poprzez długą i bolesną rehabilitację i zabiegi operacyjne oraz ograniczenie wcześniejszej aktywności życiowej. Także fakt, że zaniechanie personelu medycznego z wysokim prawdopodobieństwem przyczyniło się do pogorszenia stanu zdrowia poszkodowanej, chociaż trudno określić dokładnie w jakim rozmiarze, miał znaczenie dla rozmiarów zadośćuczynienia. Nie bez znaczenia jest też negatywny wpływ konsekwencji owego uchybienia na aktywność zawodową powódki, chociaż szczególny charakter sprawy powoduje, że nie da się przypisać pozwanemu odpowiedzialności za częściową, a tym bardziej całkowitą utratę zdolności do pracy. Przede wszystkim nie ma podstaw do przyjęcia, że przez cały okres po wypadku zdolność poszkodowanej do świadczenia pracy była następstwem wyłącznie zaniechania ze strony personelu medycznego. Zwolnienie lekarskie udzielone powódce po zdarzeniu z 3 marca 2013 roku było przecież następstwem doznanego złamania, a nie zespołu (...). Co do świadczenia rehabilitacyjnego, trudno jest określić jak długo trwałoby ono, gdyby powódka wykonywała ćwiczenia palcami w okresie unieruchomienia. Z całą pewnością kontuzjowana kończyna wymagałaby usprawnienia po unieruchomieniu nawet wówczas, gdyby zespół algodystroficzny nie wystąpił. Tym

bardziej rehabilitacja byłaby konieczna, gdyby zespół (...) wystąpił mimo wykonywania ćwiczeń, czego wykluczyć nie można.

Z drugiej strony, określając wysokość należnego zadośćuczynienia należało uwzględnić fakt, że zespół (...) mógłby wystąpić także wówczas, gdyby powódka otrzymała prawidłowe zalecenia co do ćwiczeń i zastosowała się do nich. Zatem część dolegliwości związanych z tym schorzeniem i konieczność podjęcia wynikającej z jego wystąpienia rehabilitacji i tak by wystąpiły.

Nie bez znaczenia jest także stosunkowo niewielki uszczerbek na zdrowiu spowodowany wyłącznie następstwami zespołu (...), który w świetle opinii biegłego jest nie większy niż 10%.

Ustalając wysokość należnego zadośćuczynienia należało także uwzględnić realia ekonomiczne, w szczególności przeciętną stopę życiową społeczeństwa. Świadczenie to nie może mieć wymiaru symbolicznego, musi stanowić realną wartość ekonomiczną dla pokrzywdzonego. Z drugiej strony, nie powinno być nadmiernie wygórowane.

Za usprawiedliwione co do zasady należało uznać żądanie odszkodowania oparte na art. 444 § 1 kc. Sąd Apelacyjny uwzględnił przy tym wszystkie udokumentowane wydatki poniesione przez powódkę na konsultacje, zakup leków – w tym zakresie nie uwzględniono leków pozostających bez związku z zespołem (...) oraz tych dokumentów, które były nieczytelne, badania, rehabilitacje oraz operacje. Wydatki te były o tyle uzasadnione, że ich poniesienie nie byłoby z pewnością konieczne nawet wówczas, gdyby u powódki wystąpił zespół (...) mimo wykonywania ćwiczeń palcami. Jak wynika z opinii biegłego, stan zdrowia chorej nie wymagałby ani tak intensywnej i długotrwałej rehabilitacji, a zatem wystarczyłaby refundowana, przyjmowania leków, prywatnych konsultacji medycznych czy wykonywania badań. W pozostałym zakresie żądanie zasądzenia zwrotu wydatków podlega oddaleniu jako nieudowodnione. Dotyczy to w szczególności kosztów dojazdów także z tej przyczyny, że nie można wykluczyć, iż w przypadku wygojenia złamania bez powikłań lub wystąpienia zespołu (...) mimo prawidłowych zaleceń, powódka wymagałaby rehabilitacji, na którą także musiałaby dojeżdżać.

Odsetki od uwzględnionej części powództwa zostały zasądzone od dnia następnego po doręczeniu pozwanemu odpisu pozwu, co nastąpiło 3 marca 2015 roku, natomiast w części obejmującej wydatki poniesione w 2015 roku – od daty zgłoszenia tego roszczenia w procesie, stosownie do art. 481 § 1 kc w zw. z art. 455 kc.

Sąd nie uwzględnił także roszczenia odszkodowawczego w zakresie obejmującym utracone wynagrodzenie z przyczyn omówionych już w rozważaniach dotyczących zadośćuczynienia.

Niezasadne okazało się też żądanie ustalenia odpowiedzialności pozwanego na przyszłość. Powódka nie wykazała interesu prawnego w uzyskaniu takiego rozstrzygnięcia, co jest przesłanką wynikającą z art. 189 kpc. Co prawda z ostatniej opinii uzupełniającej biegłego A. W. wynika, że następstwa zespołu (...) mogą wpłynąć na pogłębienie się w przyszłości zmian zwyrodnieniowych, jednak przepis art. 442¹ § 3 kc wyklucza możliwość przedawnienia ewentualnego roszczenia opartego na zaistnieniu takiego zdarzenia przed jego wystąpieniem. Ponadto, zasada odpowiedzialności pozwanego za konkretne zaniechanie została w tym procesie przesądzona, zatem nie będzie wymagała ponownego dowodzenia w przyszłości.

Mając na uwadze przytoczone argumenty Sąd Apelacyjny na podstawie art. 386 § 1 kpc zmienił zaskarżony wyrok w pkt. 1 poprzez częściowe uwzględnienie powództwa, rozstrzygając przy tym o kosztach procesu obejmujących poniesione przez strony wydatki na podstawie art. 100 kpc, z zastosowaniem zasady ich stosunkowego rozdzielenia proporcjonalnie do stopnia, w jakim powództwo zostało uwzględnione, tj. 35%.

W pozostałym zakresie apelacja podlegała oddaleniu na podstawie art. 385 kpc.

O kosztach procesu w postępowaniu apelacyjnym orzeczono na podstawie art. 100 kpc zdanie pierwsze uznając, że uzasadnia to wysokość wydatków poniesionych przez każdą ze stron oraz wynik tego etapu postępowania.

W pkt. IV orzeczono na podstawie § 2 pkt 6 w zw. z § 10 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie.

Na podstawie art. 113 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych w zw. z art. 98 kpc pozwany został obciążony częścią nieopłaconych kosztów sądowych postępowania apelacyjnego, proporcjonalnie do stopnia uwzględnienia apelacji. Obejmowały one opłatę od apelacji w części, od której uiszczenia powódka została zwolniona, tzn. 3'478,00 zł oraz wynagrodzenie biegłego w wysokości 1;446,23 zł.