

Sygnatura akt III C 952/15

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

S., dnia 5 sierpnia 2020r.

**Sąd Rejonowy Szczecin-Centrum w Szczecinie III Wydział Cywilny w następującym składzie:**

Przewodnicząca: sędzia Grażyna Sienicka

Protokolantka: praktykantka Apolonia Maciaszek

**po rozpoznaniu w dniu 5 sierpnia 2020r.**

**w S. na rozprawie**

**sprawy z powództwa A. P.**

**przeciwko (...) Publicznemu Szpitalowi (...) im. prof. T. P. (...) w S.**

o zapłatę

1. **oddala powództwo;**

2. **zasądza od powódki A. P. na rzecz pozwanego (...) Publicznego Szpitala (...) im. prof. T. P. (...) w S. kwotę 3.617 (trzech tysięcy sześciuset siedemnastu) złotych tytułem zwrotu kosztów procesu.**

Sędzia Grażyna Sienicka

Sygn. akt III C 952/15

## UZASADNIENIE

**w postępowaniu zwykłym**

W dniu 18 sierpnia 2015r. powódka A. P. wniosła o zasądzenie od pozwanego (...) Publicznego Szpitala (...) im. prof. T. S. PUM w S. kwot:

1. 50 000 złotych tytułem zadośćuczynienia wraz z ustawowymi odsetkami od kwot:

30 000 złotych od dnia 7 czerwca 2014r.

20 000 złotych od dnia doręczenia odpisu pozwu

2. 6 822 złotych tytułem odszkodowania wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 7 czerwca 2014r.

3. Ustalenia odpowiedzialności pozwanego za dalsze, mogące powstać w przyszłości skutki zdarzenia.

W uzasadnieniu żądania pozwu wskazano, że powódka została przyjęta do Kliniki (...) celem wykonania operacji kręgosłupa. Po wykonaniu zabiegu podjęto decyzję o jej wypisie w dniu 17 maja 2014 roku. Przed wypisaniem ze szpitala zlecono wykonanie badania RTG, na które oczekiwała bez opieki i wskutek utraty przytomności doznała uszczerbku na zdrowiu w postaci urazu zębów, który szacuje na 10%.

W odpowiedzi na pozew pozwany wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie kosztów procesu wg norm przepisanych.

W uzasadnieniu swojego stanowiska pozwany wskazał, że zarówno zabieg, jak i okres pooperacyjny przebiegł bez powikłań, opieka została zapewniona na należytych poziomach, zaś upadek pozwanej nie był spowodowany postępowaniem personelu medycznego, które było zgodne z aktualną wiedzą medyczną, kondycją powódki i brak jest przesłanek pozwalających na przyjęcie, że szpital ponosi odpowiedzialność za zdarzenie szkodowe.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny.

5 maja 2014 roku A. P. otrzymała skierowane do szpitala na oddział neurochirurgiczny z rozpoznaniem bólu kręgosłupa.

11 maja 2014 roku została przyjęta do (...) Publicznego Szpitala (...) im. prof. T. S. w S., w celu wykonania leczenia operacyjnego, ze wstępnym rozpoznaniem zespołu korzeniowego S1 prawostronnego.

A. P., podczas rozmowy z doktorem L. S., przeprowadzonej przed operacją, uskarżała się na dolegliwości związane z bólem dolnego odcinka kręgosłupa z promieniowaniem do kończyny dolnej. Te dolegliwości były związane ze znacznym uszkodzeniem jednostki ruchowej L5/S1. Skarżyła się na trudności w poruszaniu, co utrudniało jej normalne funkcjonowanie.

12 maja 2020r. przeprowadzono leczenie operacyjne opisane w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego jako: „F., foraminotomia i dyscektomia prawostronna L5/S1. S. międzytrzonowa (poliwęglan) oraz stabilizacja przemasadowa (E.) L5/S1”. Zapis ten oznacza, że podczas operacji odbarczono kanał kręgowy i jego struktury nerwowe na poziomie L5 i S1 kręgosłupa z następową stabilizacją kręgosłupa międzykręgową oraz tylną.

Operującym był doktor L. S., specjalista neurochirurg, który jednocześnie był lekarzem prowadzącym. Zakres operacji był nieduży i dotyczył jednego poziomu kręgosłupa.

Stan pooperacyjny A. P., kilka godzin po operacji był dobry, podobnie jak następnego dnia - był z nią logiczny kontakt, ustąpiły przedoperacyjne dolegliwości bólowe, parametry były prawidłowe i stan ten pozwolił aby została spionizowana. Następnie przeprowadzano okresową rehabilitację pooperacyjną – również w standardowym zakresie.

Pierwszego dnia po operacji A. P., podczas chodzenia, opierała się na chodziku, w kolejnych dniach chodziła samodzielnie, czasami używając chodzika a czasami bez niego, nie zgłaszała żadnych dolegliwości. Stan pacjentki nie wzbudzał obaw wśród personelu szpitala, po operacji przeniesiono ją do sali ogólnej z uwagi na brak podstaw do pozostawienia jej w sali o intensywnym nadzorze.

A. P. była odwiedzana w szpitalu przez B. B., jej narzeczonego oraz swojego partnera.

Podczas wizyt B. B. A. P. skarżyła się na złe samopoczucie, płakała, leżała, nie mogła się ruszać. W jej obecności A. P. wstała z łóżka dopiero dzień przed wypisem ze szpitala.

Na oddziale neurochirurgii przyjęte jest, że jeżeli chory nie wymaga ciągłego nadzoru, jest chorym swobodnie chodzącym po korytarzu, do toalety, wówczas zazwyczaj pielęgniarki decydują się na luźniejszy nad nim nadzór. O tym, czy chory wymaga stałej opieki, czy nie decyduje pielęgniarka widząc w danym dniu chorego i w razie dostrzeżonych, niepokojących symptomów - zawiadamia lekarza. Zakres nadzoru nad pacjentami, w tym nad A. P., jest warunkowany kondycją chorego. Gdyby A. P. zgłaszała jakieś dolegliwości, to nadzór byłby uzależniony od tego, jaki byłby wynik badania oraz przeprowadzonej diagnostyki, niezbędnej w świetle dolegliwości zgłaszanych przez pacjentkę.

Doktor L. S. oceniał stan A. P. bardzo dobrze – nie skarżyła się ona na żadne dolegliwości, podawała, że dolegliwości przedoperacyjne ustąpiły – ustąpiły przedoperacyjne dolegliwości bólowe, określone w karcie informacyjnej, w części zatytułowanej Epikryza, jako dolegliwości korzeniowe. Stan pacjentki nie wymagał dodatkowych działań diagnostycznych po operacji.

16 maja 2014r. doktor L. S. zapisał w rubryce „Przebieg choroby”: „Stan ogólny b. dobry – chora zgłosiła chęć wyjścia do domu w dniu jutrzejszym. Parametry prawidłowe. Rana gojąca się prawidłowo. Chodząca samodzielnie, bez dolegliwości.”

L. S. widział A. P. na korytarzu, w towarzystwie innej pacjentki, gdy swobodnie rozmawiała i była w bardzo dobrej kondycji. Gdyby A. P. zgłaszała dolegliwości, na przykład w postaci zawrotów głowy, czy inne, wówczas doktor L. S. nie wyraziłby zgody na jej wcześniejszy wypis. Stan chorej przed wypisem doktor L. S. oceniał min. na podstawie dokumentacji pielęgniarskiej, jaka jest prowadzona i obejmuje regularne pomiary tętna, ciśnienia i bilansu płynów w pierwszych dobach po operacji.

Standardowo, w przypadku leczenia, jakiemu poddano A. P., nie wykonuje się badań obrazowych po operacji, za wyjątkiem zleconego przez lekarza prowadzącego badania rtg.

W karcie przebiegu choroby, w dniu 16 maja 2014r. , doktor L. S. zamieścił wpis o treści: „Chora wyraża chęć wyjścia do domu w dniu jutrzejszym. Parametry prawidłowe. Rana gojąca się prawidłowo, chodząca samodzielnie bez dolegliwości.”, zaś

w dniu 17 maja 2014r. : „Stan chorej bardzo dobry, chodząca samodzielnie, wypis w dniu dzisiejszym. Zdjęcie szwów w trybie ambulatoryjnym. Zaplanowano badanie Rtg co do ustawienia kręgosłupa LS i konstrukcji stabilizującej”.

Dowód: historia choroby, k. 50,

skierowanie do szpitala, k. 52,

zgoda na zabieg, k. 55,

ankieta przedoperacyjna, k. 56,

przebieg choroby, k. 57 – 62,

zeznania świadka L. S., k. 88-91,

zeznania świadka E. A., k. 91-94,

zeznania świadka B. B., k. 119-120.

Wypis A. P. był planowany po siedmiu dobach od operacji, co jest procedurą standardową.

Z uwagi na dobry stan zdrowia, na prośbę pacjentki, lekarz operujący, będący jednocześnie lekarzem prowadzącym, wyraził zgodę na wypis ze szpitala w piątej dobie.

W sobotę 17 maja 2014 roku, doktor L. S. przyjechał do szpitala celem wypisania ze szpitala (...) i innej pacjentki. W tym dniu nie pełnił dyżuru i nie nadzorował oddziału – przyjechał wyłącznie w celu wypisania ww. pacjentek. Doktor zlecił wykonanie kontrolnego i rutynowego badania Rtg kręgosłupa obu pacjentek przygotowywanych do wypisu.

Ze względu na to, że pracownia Rtg znajduje się na innym poziomie niż oddział neurochirurgii, obie pacjentki odprowadziła na badanie pielęgniarka E. A., która wówczas pełniła dyżur.

A. P. czuła się dobrze, nie zgłaszała żadnych dolegliwości, drogę z oddziału do gabinetu Rtg przebyła w całości samodzielnie. Pielęgniarka E. A. zapytała obie pacjentki czy są w stanie pozostać bez niej przed gabinetem Rtg i z uwagi na akceptację z ich strony - pozostawiła je przed drzwiami pracowni diagnostycznej, zawiadamiając o tym techników. Pacjentki nie zgłaszały, by podczas oczekiwania na wykonanie badania konieczna była obecność pielęgniarki i deklarowały, że samodzielnie wrócą na oddział.

W trakcie oczekiwania na badanie A. P. zasłabła i upadła, uszkadzając zęby. Po powrocie na miejsce, w którym pozostawiła pacjentki, pielęgniarka E. A. zastała przytomną A. P. leżącą na podłodze. O zdarzeniu zostali poinformowani: lekarz dyżurny i doktor L. S..

Lekarz badający A. P. po upadku nie stwierdził odchyień w jej stanie neurologicznym i stanie ogólnym. Chora była przytomna, w logicznym kontakcie, bez ubytków neurologicznych sugerujących uszkodzenie układu nerwowego. Nie było oznak złego samopoczucia, zawrotów głowy i zaburzeń świadomości. Odstąpiono od bań TK głowy.

Badanie stomatologiczne wykazało uszkodzenie przednich zębów szczęki górnej, a ze względu na ból szczęki podano środki przeciwbólowe i uspakajające, a lekarz poinformował pacjentkę o konieczności pozostania w klinice do momentu wykonania konsultacji stomatologicznej, która nie mogła odbyć się tego samego dnia, ponieważ zdarzenie miało miejsce w sobotę, kiedy w szpitalu nie ma stomatologa.

Po około dwóch godzinach od zdarzenia A. P., po rozmowie ze S. J. (1), lekarzem dyżurnym, na własne życzenie i za zgodą lekarza dyżurnego opuściła szpital.

W Księżce Raportów Pielęgniarskich w dniu 17 maja 2014 roku zapisano: „Pacjentka przed wyjściem do domu, lek. prowadzący zalecił wykonanie Rtg odc L/S. Chorą zwieziono windą badanie. Pacjentka czuła się dobrze, nie zgłaszała żadnych dolegliwości. Pozostawiłam chorą przed pracownią informując o tym techników. Po ok. 10 minutach schodząc po pacjentkę zastałam ją leżącą na podłodze (przytomna, w kontakcie). Chora powiedziała, że chwilę przed upadkiem poczuła się słabo. Posadzono chorą na ławce. Dolegliwości ze strony kręgosłupa, rąk, nóg nie zgłaszała. U. dwie jedyńki (zęby)

i ruszające się jedyńki i 1 dwójka po prawej stronie. Wykonano Rtg kręgosłupa i przewieziono chorą na wózek na oddział. Powiadomiono lek. dyżurnego. Podano 25 mg H. p.os i p/ból (ból zębów) 2 ml P.. Pomimo zaistniałej sytuacji, po uspokojeniu, ok. godz 13<sup>00</sup> chora zgłosiła chęć wyjścia do domu. Po uzgodnieniu z lek. dyżurnym pacjentka została wypisana.”

Dowód: dokumentacja fotograficzna, k. 22-23,

przebieg choroby, k. 57 – 62,

zeznania świadka L. S., k. 88-91,

zeznania świadka E. A., k. 91-94,

zeznania świadka S. J. (1), k. 117-119.

Dalsze postępowanie zostało uzależnione od wskazań konsultujących stomatologów. Rana pooperacyjna została wygojona prawidłowo. Zalecono kontrolę w P. Poradni Neurochirurgicznej, wskazano edukację ćwiczeń izometrycznych wzmacniających mięśnie przykręgosłupowe, kontynuację ćwiczeń, dalsze leczenie stomatologiczne wg zaleceń stomatologa.

Dowód karta informacyjna leczenia szpitalnego, k. 49.

W (...) Publicznym Szpitalu (...) im. prof. T. S. w S. nie ma regulaminu i wewnętrznych ustaleń co do tego, czy każdorazowo należy pytać pacjentów o możliwość samodzielnego pójścia na badanie. Jeżeli pacjent jest sprawny ruchowo, to sam przemieszcza się po szpitalu – może np. wyjść z oddziału, pójść do bufetu. Nie wszyscy pacjenci wiedzą do której pracowni należy się udać, dlatego czasami są sprowadzani przez pielęgniarkę. W takich sytuacjach pielęgniarka nie zawsze wraca po pacjenta.

Dowód: zeznanie świadka S. J. (2), k. 117-119

Zabieg operacyjny był przeprowadzony zgodnie ze sztuką medyczną, proces pionizacji

i uruchamiania A. P. był zgodny z zasadami po tego rodzaju po zabiegach. W opisie przebiegu zabiegu operacyjnego nie stwierdzono powikłań, które opóźniają pionizację. Nie było przeciwwskazań do samodzielnego poruszania się A. P., w tym konieczności, by przemieszczała się na wózku inwalidzkim.

Okres hospitalizacji po zabiegu jaki przeszła A. P. jest sprawą indywidualną każdego pacjenta. Jeżeli nie ma powikłań śródoperacyjnych, a pacjent nie ma innych obciążeń zdrowotnych, to wypis do domu może nastąpić już nawet następnego dnia przy samodyscyplinie pacjenta i kontakcie z placówką, gdzie był przeprowadzany zabieg. Przy tego typu zabiegach, jakiemu poddano A. P., jeżeli nie ma powikłań, pacjent może pionizowany już następnego dnia, zaś pełna sprawność ruchowa powinna powrócić po upływie około 6 tygodni do 3 miesięcy. W przebiegu pooperacyjnym występują dolegliwości bólowe związane z zabiegiem a ustępują dolegliwości związane z chorobą.

Po prawidłowo przeprowadzonym zabiegu bez innych obciążeń zdrowotnych i bez powikłań w przebiegu zabiegu operacyjnego pacjent nie wymaga pomocy innych osób przy czynnościach takich jak poruszanie się, wstawanie, siadanie itp.

Proces pionizacji i uruchamiania A. P. w ciągu pierwszych pięciu dni przebiegał prawidłowo i był zgodny z zasadą jak najwcześniejszej aktywizacji chorego ze szczególnym uwzględnieniem pionizacji co jest podyktowane dążeniem do uniknięcia powikłań zatorowo-zakrzepowych u pacjenta po operacji oraz tendencją do prewencji występowania powikłań ortostatycznych, niepożądanych dezaktywacji czynności mięśni i szeroko pojętych deregulacji balansu ciała, które mogą skutkować zaburzeniami równowagi i w konsekwencji upadkami chorego.

Typowe jest, że po tego typu zabiegach pacjenci mają dostęp do leków przeciwbólowych, ponieważ po zabiegu bardzo często występują dolegliwości. Typowym zaleceniem lekarzy neurochirurgów jest konieczność nieprzeciążania kręgosłupa w początkowym okresie po operacji.

W usprawnianiu chorych po operacjach w obrębie kręgosłupa obowiązuje zasada jak najwcześniejszej aktywizacji chorego ze szczególnym uwzględnieniem pionizacji. Fizyczna obecność pielęgniarki przed gabinetem Rtg

Dowód: opinia medyczna instytutu naukowo - badawczego, k. 298-303,

uzupełniająca opinia medyczna instytutu naukowo badawczego, k. 333-334,

opinia biegłego z zakresu rehabilitacji medycznej, k. 191-194.

Rozważania.

Powództwo podlegało oddaleniu w całości, jako nieuzasadnione.

Podstawą prawną żądania powódki był przepis art. 415 k.c. formułujący ogólną regułę deliktu, według której, kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę obowiązany jest do jej naprawienia. Przesłankami tej odpowiedzialności są: szkoda, czyn sprawcy noszący znamiona winy oraz związek przyczynowy pomiędzy tymże czynem a szkodą. Kodeks nie definiuje pojęcia winy, niemniej jednak w oparciu o doktrynę na gruncie niniejszej sprawy uznać należy, że wina ujęta w sposób normatywny, sprowadza się najogólniej do możliwości postawienia sprawcy zarzutu niewłaściwego zachowania się. W dotychczasowym orzecznictwie Sądu Najwyższego dominuje pogląd, że szpitale (podmioty lecznicze) odpowiadają za szkody związane z ich działalnością na zasadzie winy (np. wyroki SN z 11 maja 2005 r., III CK 652/04, z 24 października 2013 r., IV CSK 64/13, z 20 marca 2014r. , II CSK 296/13, z 14 stycznia 2016 r., I CSK 1031/14).

Zgodnie natomiast z art. 444 § 1 k.c., w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu koszty. Natomiast art. 445 § 1 k.c. pozwala w takich wypadkach na

przyznanie poszkodowanemu odpowiedniej sumy tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę, czyli szkodę niemajątkową, wyrażającą się w doznanym bólu, cierpieniu, ujemnych doznaniach psychicznych.

Postępowanie dowodowe przeprowadzone w niniejszej sprawie nie potwierdziło twierdzeń powódki. Z dokumentacji medycznej zgromadzonej w aktach sprawy jednoznacznie wynika, że już pierwszego dnia po operacji kontakt z A. P. nie był utrudniony, był logiczny, chora wskazywała na ustąpienie przedoperacyjnych dolegliwości bólowych, w następnych dniach znajdowała się w stanie dobrym i bardzo dobrym, chodziła samodzielnie, również przy użyciu balkonika, nie miała dolegliwości powodujących konieczność rozszerzenia diagnostyki czy objęcia jej dodatkowym nadzorem. Powyższe potwierdzają także zeznania świadków E. A. i L. S. – lekarza prowadzącego i jednocześnie operatora. Świadek L. S. wskazał, że powódka po operacji podawała ustąpienie dolegliwości przedoperacyjnych, a w dniu wypisu była w bardzo dobrym stanie i nie zgłaszała jakichkolwiek dolegliwości, np. zawrotów głowy. E. A. zeznała natomiast, że A. P. wprost mówiła, że czuje się dobrze, nie ma dolegliwości i dlatego prosi o wcześniejszy wypis ze szpitala.

Właśnie ta ostatnia kwestia, zdaniem Sądu, bezsprzecznie świadczy o tym, że samopoczucie powódki było dobre – gdyby A. P. czuła się źle, miała jakiegokolwiek niepokojące dolegliwości, to przecież nie prosiłaby lekarza prowadzącego o wcześniejszy wypis ze szpitala. Co więcej, w dniu wypisu A. P. poruszała się samodzielnie, nie miała żadnych problemów z przejściem do pracowni radiologii celem wykonania badania Rtg. Z zeznań pielęgniarki E. A. wynika, że asystowała A. P. i innej chorej głównie po to, by wskazać drogę do odpowiedniego gabinetu, usytuowanego na innej kondygnacji niż oddział neurochirurgii. Tego typu praktykę potwierdzają zeznania S. J. (1), który wskazał, że chorzy nie zawsze wiedzą gdzie jest odpowiedni gabinet i dlatego są sprowadzani przez pielęgniarkę, przy tym nie zawsze jest tak, że pielęgniarka wraca po pacjenta. Z zeznań E. A. wynika nadto, że samopoczucie pacjentek było dobre, żartowały i nie miały nic przeciwko pozostawieniu ich przez dyżurującą pielęgniarkę.

Co istotne, jak zeznał świadek S. J. (2), w pozwanym szpitalu nie ma regulaminu i wewnętrznych ustaleń co do tego, czy za każdym razem należy pytać pacjentów o możliwość samodzielnego dotarcia do gabinetu celem wykonania badania. Również żaden przepis prawa nie obliguje personelu medycznego do stałej obecności przy każdym pacjencie w każdych okolicznościach – wyznacznikiem w tym zakresie jest stan chorego, ustalany na podstawie obserwacji personelu. W ocenie Sądu stan zdrowia powódki nie obligował do stałej obecności przy niej personelu medycznego, skoro tego samego dnia, na własną prośbę, miała wrócić do domu. Powódka nie wykazała przy tym, by do upadku doszło z winy szpitala, np. na śliskiej i niezabezpieczonej podłodze (art. 6 k.c.). Nadto kwestia braku miejsca siedzącego przed gabinetem nie została wykazana, albowiem z zapisu pielęgniarki, uczynionego w dniu 17 maja 2014 roku w Książce Raportów Pielęgniarskich wynika, że po upadku przed gabinetem, posadzono chorą na ławce. Zapis ten nie był w procesie kwestionowany i świadczy o tym, że miejsce siedzące w pobliżu jednak było, co potwierdzają zeznania świadka E. A., która powiedziała, że pomogła powódce wstać i usiadły na ławce (k. 92).

Sąd natomiast uznał za nieprzydatne zeznania B. B., bowiem konfrontacja jej zeznań z dokumentacją medyczną, w tym zapisami czynionymi na podstawie obserwacji chorej podczas pobytu na oddziale, zeznaniami pozostałych świadków, a także zasadami logicznego rozumowania, wskazuje na to, że świadek nie posiada pełnej wiedzy w zakresie samopoczucia pozwanej i relacjonuje jej stan w sposób, jaki pozwana demonstrowała go podczas wizyty swojego gościa.

Jak wskazano w stanie faktycznym, powódka zgłaszała ustąpienie dolegliwości przedoperacyjnych, poruszała się samodzielnie i zgłosiła chęć wcześniejszego niż planowane opuszczenia ze szpitala. Zapisy w dokumentacji szpitalnej, czynione na podstawie obserwacji lekarzy i pielęgniarek nie potwierdzają dramatycznej kondycji pozwanej w dniu 17 maja 2014r. Oczywiście, w ocenie sądu, jest, że pozwana odczuwała dolegliwości bólowe, poruszała się ostrożnie, korzystała z balkonika, jednakże stan ten jest oczywisty

w przypadku osoby, która była poddana interwencji chirurgicznej. Żadne jednak okoliczności nie wskazują aby jej stan odbiegał od normy w znaczeniu negatywnym. Relacja B. B., która podczas odwiedzin w szpitalu widziała udręczoną przyjaciółkę, jest odmienna od relacji pracowników szpitala i zapisów w dokumentach medycznych – z których wyłania

się obraz pacjentki, która po przeprowadzonej operacji boryka się z jej skutkami w tym bólem, trudnościami ze wstawaniem z łóżka, obawą przed upadkiem czy samodzielnym chodzeniem, jednak pozostaje w granicach normy ustalonej dla analogicznych przypadków i nie zgłasza żadnych niepokojących dolegliwości, które powodowałyby konieczność zwiększenia nad nią nadzoru czy zlecenia dodatkowej diagnostyki.

Trudno przyjąć za zgodne z rzeczywistością, że dzień przed opuszczeniem szpitala była w bardzo złym stanie i nie mogła wstać z łóżka, skoro następnego dnia doktor L. S. widział ją na korytarzu, gdy poruszała się samodzielnie, swobodnie rozmawiała z inną pacjentką i miała dobre samopoczucie, co potwierdzono zapisami w karcie choroby.

Również opinia medyczna instytutu naukowo – badawczego potwierdziła, że zabieg operacyjny był przeprowadzony zgodnie ze sztuką medyczną, a proces pionizacji i uruchamiania powódki był zgodny z zasadami tego rodzaju po zabiegach. W opisie przebiegu zabiegu operacyjnego nie stwierdzono powikłań, które opóźniają pionizację.

Co istotne, nie było przeciwwskazań do samodzielnego poruszania się A. P., w tym nie było konieczności, by przemieszczała się na wózku inwalidzkim. W opinii wskazano, że po prawidłowo przeprowadzonym zabiegu, bez innych obciążeń zdrowotnych i bez powikłań w przebiegu zabiegu operacyjnego, pacjent nie wymaga pomocy innych osób przy czynnościach takich jak poruszanie się, wstawanie, siadanie itp. Zarówno instytut naukowo – badawczy, jak i biegły z zakresu rehabilitacji medycznej uznali, że typowe jest, że po tego typu zabiegach pacjenci mają dostęp do leków przeciwbólowych, ponieważ po zabiegu bardzo często występują dolegliwości, a typowym zaleceniem lekarzy neurochirurgów jest konieczność nieprzeciążania kręgosłupa w początkowym okresie po operacji.

Sąd nie zgodził się przy tym z uzupełniającą opinią biegłego z zakresu rehabilitacji medycznej, w zakresie, w jakim biegły wskazał, że skoro pielęgniarka asystowała powódce w drodze do pracowni RTG, to powinna towarzyszyć jej także w czasie oczekiwania na wykonanie badania (k. 246). Twierdzenie to pozostaje w wyraźnej sprzeczności z treścią opinii pierwotnej, w której ten sam biegły wskazał, że fizyczna obecność pielęgniarki nie zapobiegłaby upadkowi chorej, jedynym rozwiązaniem byłoby użycie wózka inwalidzkiego, jednak zwrócił uwagę, że chora miała być wypisana w tym dniu i do zdarzenia mogło dojść już po otrzymaniu wypisu i opuszczeniu szpitala (k.192). Takie rozbieżności w ocenie podkreślają znaczenie indywidualnej oceny stanu każdego pacjenta, o której mowa w opinii biegłego neurochirurga i które podkreślał w swoich zeznaniach doktor L. S..

Sąd pominął dowód z uzupełniającej opinii biegłych zgłoszony w piśmie z dnia 15 czerwca 2012r. , jako nieistotny dla rozstrzygnięcia sprawy i zmierzający jedynie do przedłużenia postępowania albowiem zarzuty, które miałyby być uzasadnione w ten sposób powinny być zgłoszone już w piśmie wszczynającym postępowania. Sąd pominął również dowód z opinii stomatologa, psychologa i psychiatry, jako nieistotne dla rozstrzygnięcia sprawy w związku z ustaleniem, że pozwany nie ponosi odpowiedzialności za następstwa upadku powódki.

W niniejszym postępowaniu powódka nie wykazała również, że proces jej diagnostyki, leczenia czy opieki szpitalnej był nieprawidłowy, przeciwnie, z opinii instytutu naukowo – medycznego wynika, że zabieg operacyjny został przeprowadzony zgodnie ze sztuką medyczną, a proces pionizacji i uruchamiania powódki był zgodny z zasadami przy tego rodzaju zabiegach.

Dodatkowo, zarzut pełnomocnika powódki, zgłoszony w wystąpieniu poprzedzającym zamknięcie rozprawy, dotyczący nieczytelności dokumentacji medycznej, nie był zgłaszany wcześniej, stąd uznać należy, że był spóźniony.

Przy uwzględnieniu opisanych wyżej okoliczności Sąd uznał żądanie pozwu za nieuzasadnione.

Rozstrzygając o kosztach procesu Sąd miał na względzie, wyrażoną

w art. 98 § 1 k.p.c. , zasadę odpowiedzialności stron za wynik procesu, zgodnie z którą strona przegrywająca spór ma obowiązek zwrócić przeciwnikowi koszty jakie poniósł on w związku ze skierowaniem sprawy na drogę sądową.

Na zasądzoną kwotę kosztów procesu składają się wynagrodzenie pełnomocnika wysokości 3 600 zł oraz 17 zł. opłaty skarbowej od pełnomocnictwa.

Wysokość wynagrodzenia pełnomocnika ustalono na podstawie § 6 pkt 6 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu Dz. U. z 2002r. , nr 163, poz. 1349 ze zm.).

Sędzia Grażyna Sienicka

## ZARZĄDZENIE

S., dnia 17 września 2020 r.

1. Odnotować.
2. Odpis wyroku wraz z uzasadnieniem doręczyć pełnomocnikowi powódki.
3. Opublikować orzeczenie w Portalu Orzeczeń. Sądu Rejonowego Szczecin – Centrum w Szczecinie
4. Wszyć k. 302.
5. Wykonać zarządzenie w terminie 7 dni.
6. Przedłożyć akta z pismem lub za 21 dni.

Sędzia Grażyna Sienicka