

**sygn. akt I C 702/15**

**Dnia 25 stycznia 2018 roku**

**Sąd Okręgowy w Nowym Sączu I Wydział Cywilny w składzie następującym:**

Przewodniczący : SSO Paweł Poręba

Protokolant : st. sekr. sąd. Bożena Zaremba

**po rozpoznaniu w dniu 25 stycznia 2018 roku w Nowym Sączu na rozprawie**

**sprawy z powództwa D. P.**

przeciwko **Szpitalowi (...) w N.**

o zapłatę

**I. oddala powództwo,**

**II. przyznaje ze Skarbu Państwa Sądowi Okręgowemu w Nowym Sączu na rzecz adw. M. P. wynagrodzenie za nieopłaconą pomoc prawną udzieloną powodowi z urzędu w kwocie 8.856 zł (osiem tysięcy osiemset pięćdziesiąt sześć złotych) ) brutto w tym kwotę 1.656 zł podatku od towarów i usług ,**

**III. nie obciąża powoda kosztami procesu ,**

**IV. nie opłaconymi kosztami sądowymi obciąża Skarb Państwa.**

Sygn. akt I C 702/15

## UZASADNIENIE

wyroku Sądu Okręgowego w Nowym Sączu

z dnia 25 stycznia 2018 roku

W pozwie z 19 czerwca 2015 r. powód D. P. domagał się ( k. 1-4 ) zasądzenia na jego rzecz od pozwanego Szpitala (...) w N.:

1. kwoty 300.000 zł wraz z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia 8 kwietnia 2015 roku do dnia zapłaty tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę;
2. renty z tytułu utraty częściowej zdolności do pracy i zmniejszenia się widoków na przyszłość w wysokości 1.000 zł miesięcznie, płatnej do 10-go dnia każdego miesiąca, z ustawowymi odsetkami w razie uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat, począwszy od dnia wytoczenia powództwa.

W uzasadnieniu pozwu powód podał, że w lipcu 2012 r. został potrącony przez samochód w efekcie czego doznał urazu głowy ze stłuczeniem mózgu, złamania trzonu kości udowej prawej i trzonu kości piszczelowej lewej. Nieprzytomny w stanie ogólnym ciężkim został przyjęty w dniu 30 lipca 2012 roku do leczenia na Oddziale Intensywnej Terapii u strony pozwanej, tj. Szpitala (...) w N.. W dniu przyjęcia do szpitala stwierdzono w głowie powoda istnienie krwiaka przymózgowego po stronie prawej wykonano u trepanopunkcję, ewakuowano krwiak. Z uwagi na to, że po kontrolnym badaniu głowy nadal stwierdzono obecność krwiaka, dnia 31 lipca 2012 roku wykonano kraniotomię z usunięciem krwiaka podtwardówkowego. W tym czasie powód cały czas pozostawał na leczeniu w oddziale strony pozwanej. Następnie po ustabilizowaniu stanu ogólnego skierowano powoda do operacyjnego leczenia złamanych kończyn

dolnych. U powoda 13 sierpnia 2012 roku zastosowano unieruchomienie złamań kończyn dolnych - po złamanej stronie kości udowej za pomocą wyciągu szkieletowego a po stronie złamania podudzia za pomocą gipsu. Powód przebywał u strony pozwanej do dnia 12 listopada 2012 roku.

Zdaniem powoda personel medyczny strony pozwanej wskutek niewłaściwego leczenia złamanych kończyn dolnych przyczynił się do powstania martwicy tkanek miękkich podudzia lewego oraz wystąpienia ropowicy podudzia.

Powód twierdził, iż doznana martwica i ropowica były wynikiem niewłaściwego i nieadekwatnego procesu leczenia.

Powikłania, jakie wystąpiły zostały w jego ocenie spowodowane tym, że po wykonanym zabiegu nastawienia złamania uda wadliwie zastosowano gips, co w efekcie przyłożyło się do powstania wyżej wymienionej martwicy i ropowicy podudzia. W dniu 3 września 2012 roku konsylium lekarskie strony pozwanej podjęło decyzję o amputacji kończyny dolnej lewej na wysokości uda, która w konsekwencji nie doszła do skutku, z uwagi na zmianę szpitala przez powoda. Dalsza hospitalizacja prowadzona była bowiem w Wojewódzkim Szpitalu (...) J. D. w P., gdzie wyciszono proces zapalny, wygojono rany, a rzeczona decyzja o amputacji kończyny dolnej okazała się być zbędna.

Niewłaściwie przeprowadzone leczenie kończyn dolnych powoda spowodowało, że aktualnie porusza się on przy pomocy kul i nigdy nie odzyska pełnej sprawności. Posiada on orzeczony znaczny stopień niepełnosprawności.

Obecnie powód kontynuuje leczenie w Poradni przy Szpitalu w P.. Dalej powód podał, że za pośrednictwem pełnomocnika pismem z dnia 26 marca 2015 roku wezwał stronę pozwaną do dobrowolnej zapłaty zadośćuczynienia oraz wniósł o przyznanie mu renty. Strona pozwana pismem z dnia 30 marca 2015 roku poinformowała powoda, że jego żądania kieruje do ubezpieczyciela, tj. (...) S.A. Kolejno ubezpieczyciel strony pozwanej pismem z dnia 8 kwietnia 2015 roku wezwał powoda m.in. do przedłożenia dokumentacji lekarskiej w innych placówkach służby zdrowia niż ubezpieczony. Po uzupełnieniu dokumentacji, ostatecznie pismem z dnia 8 maja 2015 roku powód został poinformowany o braku podstaw do uznania odpowiedzialności strony pozwanej za zaistniały stan rzeczy.

Jako podstawę odpowiedzialności strony pozwanej powód powołał art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c. Natomiast żądanie zasądzenia zadośćuczynienia i renty oparł na podstawie art. 444 k.c. i art. 445 k.c.

W kwestii wysokości zadośćuczynienia i renty D. P. podniósł, że domaga się zasądzenia na jego rzecz kwoty 300.000 zł tytułem zadośćuczynienia oraz płatnej comiesięcznie renty w wysokości 1. 000 zł z tytułu utraty zdolności do pracy i zmniejszenia widoków na przyszłość, bowiem jest osobą młodą ( w dacie pozwu miał 22 lata ) a mimo to nie jest w stanie samodzielnie funkcjonować, prowadzić gospodarstwa domowego i podejmować aktywności fizycznej i społecznej adekwatnej do swojego wieku. Ma on ograniczone możliwości ruchowe kończyn dolnych, porusza się o kulach. Ponadto u powoda orzeczono znaczny stopień niepełnosprawności, a jego jedynym źródłem utrzymania jest zasiłek w łącznej wysokości 529 zł miesięcznie.

W ocenie powoda gdyby personel medyczny strony pozwanej zastosował właściwe leczenie kończyn dolnych powoda, ten odzyskałby pełną sprawność ruchową, o czym był wielokrotnie zapewniany przez lekarzy z Wojewódzkiego Szpitala (...) J. D. w P.. Zarzucił powód, iż zamiast zastosowanego gipsu celem unieruchomienia kończyn dolnych winien być zastosowany wyciąg szkieletowy.

Kwota tytułem zadośćuczynienia jest zdaniem powoda uzasadniona nie tylko obecnym jego stanem zdrowia, ale również rozmiarem cierpień fizycznych i psychicznych powoda związanych z doznanym urazem, wyłączeniem z życia społecznego, ograniczeniami w relacjach interpersonalnych, stresem pourazowym, częstotliwością pobytów w placówkach szpitalnych, niemożliwością powrotu do stanu zdrowia przed wypadkiem.

Ponadto bacząc na doznaną przez powoda szkodę niezaprzeczalnie zmniejszyły się jego widoki na przyszłość i częściowo utracił on zdolność do pracy. Z uwagi na ograniczoną ruchliwość i poruszanie się o kulach powód utracił szansę na wykonywanie znacznej części zawodów, w stosunku do możliwości zatrudnienia przed szkodą.

Na koniec powód podał, że żąda uznania wymagalności swoich roszczeń od dnia 8 kwietnia 2015 roku, tj. po upływie określonego terminu stronie pozwanej pismem z dnia 26 marca 2015 roku.

Powód wniósł ( k. 1/2 ) o przeprowadzenie kompleksowej opinii przez biegłych lekarzy z zakresu ortopedii, chirurgii ortopedycznej i rehabilitacji celem zbadania prawidłowości diagnozowania i leczenia oraz zachodzenia błędu medycznego. W przypadku ustalenia potwierdzającego odpowiedzialność szpitala powód wniósł o opinię w przedmiocie ustalenia stopnia niepełnosprawności i trwałego uszczerbku na zdrowiu będącego skutkiem błędów i nieprawidłowości w leczeniu oraz czy zachodzi potrzeba wydania dalszych opinii.

W odpowiedzi na pozew ( k. 36-40 ) Szpital (...) w N. wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego wg norm przepisanych. Uzasadniając swoje stanowisko strona pozwana podała, że nie zgadza się z zarzutami zawartymi w pozwie, uznając je za nieprawdziwe i nieuzasadnione.

Strona pozwana przyznała, że powód w dniu 30 lipca 2012 r. został przyjęty w SOR z wypadku komunikacyjnego, nieprzytomny, z urazami wielonarządowymi, gdzie został zbadany i następnie ze względu na stan zagrażający życiu skierowany do dalszego leczenia w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Na tym oddziale powód przebywał od dnia 30 lipca 2012 r. do 26 sierpnia 2012 r. W tym dniu powód został przekazany do dalszego leczenia na Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej pozwanego szpitala, gdzie był leczony do dnia 12 listopada 2012 r.

W wyniku wypadku powód doznał: stłuczenia jąder podkorowych płatów skroniowych i mostu; krwiaka przymózgowego w okolicy skroniowej prawej; złamania trzonu kości udowej prawej i kości piszczelowej lewej; martwicy tkanek miękkich podudzia lewego; licznych otarć naskórka i stłuczenia tkanek miękkich.

W dniu przyjęcia powoda do jednostki pozwanego na Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii w stanie bardzo ciężkim, podjęto zabiegi ratujące życie. Ponieważ stan powoda uniemożliwiał zaopatrzenie chirurgiczne złamań kończyn dolnych, do unieruchomienia złamania kości udowej prawej zastosowano wyciąg, a złamanie podudzia lewego unieruchomiono szyną gipsową udową. W pierwszej kolejności podejmowano czynności ratujące życie powoda między innymi wykonując trzykrotnie operację ewakuacji krwawienia śródczaszkowego. W chwili, gdy stan powoda uległ na tyle poprawie i stabilizacji, przy dalszym leczeniu na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, w dniu 13 sierpnia 2012 r. wykonano operacyjne zespolenie złamania kości udowej prawej i kości piszczelowej lewej.

Strona pozwana zarzuciła, iż urazy jakich doznał powód w wypadku komunikacyjnym i jego stan zdrowia uniemożliwiały od razu operacyjne leczenie złamań. Wystąpiły komplikacje w postaci odleżyn na lewym pośladku i prawej kończynie dolnej i kości krzyżowej oraz infekcje tkanek miękkich podudzia lewego.

Zabiegi zespolenia złamań kończyn dolnych zostały przeprowadzone niezwłocznie po uzyskaniu poprawy ogólnego stanu zdrowia powoda, w sposób prawidłowy, z dołożeniem należytej staranności, zgodnie z wiedzą i sztuką medyczną i zachowaniem zasad reżimu sanitarno-epidemiologicznego.

Powikłanie w postaci infekcji tkanek miękkich podudzia lewego prowadzące do rozległej martwicy tkanek miękkich jakie wystąpiła u powoda po operacyjnym zespoleniu złamań, było wynikiem urazów wielonarządowych jakich doznał powód w wypadku i związanego z tym spadku odporności, rozległych stłuczeń tkanek miękkich, a nie nieprawidłowości w podejmowanych działaniach przez personel medyczny pozwanego szpitala.

W dniu 26 sierpnia 2012 r. powód z Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii w stanie ogólnym stabilnym został przekazany do dalszego leczenia do Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej. Ponieważ pomimo intensywnego leczenia infekcji podudzia, usunięcia tkanek martwiczych i zastosowania antybiotykoterapii celowanej, objawy martwicy podudzia lewego utrzymywały się i pojawiła się ropowica podudzia lewego, w dniu 3 września 2012 r. konsylium lekarskie podjęło decyzję o konieczności amputacji kończyny dolnej lewej na wysokości uda, do której jednak nie doszło.

Przed ostateczną decyzją o amputacji kończyny, pozwany szpital podejmował próby ratowania powoda przed tak radykalnym zabiegiem. W dniu 29 sierpnia 2012 r. przeprowadzono konsultację telefoniczną ze szpitalem w P., gdzie odmówiono hospitalizacji powoda z powodu braku miejsc. Podobnie fiaskiem zakończyła się konsultacja pozwanego szpitala w sprawie hospitalizacji powoda i leczenia w Komorze Hiperbarycznej w Centrum (...) w S. w dniu 7 września 2012 r., tym razem z powodu słabego kontaktu i braku współpracy pacjenta (ze względu na zły stan neurologiczny).

W tej sytuacji w jednostce pozwanego szpitala w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej zastosowano w dniach 23 – 28 września 2012 r. miejscową ozonoterapię, a następnie po ponownej konsultacji ze Szpitalem w P., ustalono na dzień 12 listopada 2012 r. termin przekazania powoda do dalszego leczenia w tej placówce.

Strona pozwana nie zgodziła się z twierdzeniem powoda, iż doszło do zaniedbania i błędu medycznego przez personel medyczny pozwanego szpitala.

Z ostrożności procesowej strona pozwana zakwestionowała również wysokość żądania powoda i zarzuciła, że powód, mimo ciężącego na nim obowiązku, nie przedstawił należyście stanu faktycznego, na skutki którego się powołuje oraz żadnego dowodu na poparcie swoich żądań co do twierdzeń dot. uchybień w procesie diagnozowania i leczenia jak i wysokości roszczeń dochodzonych pozwem, mimo, że był do tego obowiązany na mocy art. 6 k.c.

Strona pozwana podniosła, że w okresie od 1 stycznia 2012r. do 31 grudnia 2012 r. korzystała z ochrony ubezpieczeniowej udzielanej przez (...) S.A., a to w związku z polisami Nr (...), (...) i (...).

Strona pozwana przyznała również, że w marcu 2015 r. powód zwrócił się do niej z żądaniem zapłaty odszkodowania. Przeprowadzone wówczas postępowanie wyjaśniające w pozwanym szpitalu nie wykazało nieprawidłowości ani błędów medycznych w działaniu personelu medycznego i roszczenie powoda nie zostało uznane. Równocześnie pozwany szpital wskazał, że zgłosił zdarzenie będące podstawą roszczeń powoda i przedmiotem niniejszego sporu do (...) S.A, który odmówił uznania roszczeń za zasadne.

Strona pozwana wniosła ( k. 39 ) o przeprowadzenie kompleksowej opinii przez biegłych lekarzy z zakresu anestezjologii, chirurgii, chorób wewnętrznych, ortopedii, chirurgii ortopedycznej, bakteriologii i toksykologii celem zbadania prawidłowości diagnozowania i leczenia powoda, zachodzenia błędu medycznego, zakażenia bakteryjnego, czy doszło do naruszenia reżimu sanitarno –epidemiologicznego. W przypadku ustalenia potwierdzającego odpowiedzialność szpitala strona pozwana wniosła o opinię w przedmiocie ustalenia stopnia niepełnosprawności i trwałego uszczerbku na zdrowiu będącego skutkiem błędów i nieprawidłowości w leczeniu oraz niepełnosprawności będącego skutkiem urazów wielonarządowych jakich powód doznał w wypadku komunikacyjnym.

Postanowieniem z dnia 29 czerwca 2015 r. powód został zwolniony od kosztów sądowych w całości i ustanowiony został dla niego pełnomocnik z urzędu (k. 19).

Na rozprawie z dnia 10 grudnia 2015 roku ( k. 73 od 00:36:19 ) strona pozwana podtrzymała wniosek o przeprowadzenie kompleksowej opinii na okoliczność jak w odpowiedzi na pozew.

Powód wniosek ten poparł ( k. 73 od 00:40:41 ).

Przed Sądem Strony nie zawarły ugody.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 30 lipca 2012 r. powód D. P. i jego kolega – T. Z. zostali potrąceni przez samochód, gdy szli poboczem drogi w P..

W wyniku potrącenia powód stracił przytomność i został przewieziony do Szpitala (...) w N., gdzie trafił na (...) z urazami wielonarządowymi. Tam powód został zbadany i następnie ze względu na stan zagrażający jego życiu

skierowany został do dalszego leczenia stacjonarnego w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpitala (...) w N..

W Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii powód przebywał w okresie od dnia 30 lipca 2012 r. do 26 sierpnia 2012 r.

W dniu 26 sierpnia 2012 r. powód został przekazany do dalszego leczenia na Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej pozwanego szpitala, gdzie był leczony do dnia 12 listopada 2012 r.

W wyniku wypadku u powoda zdiagnozowano: stłuczenia jąder podkorowych płatów skroniowych i mostu; krwiak przymózgowy w okolicy skroniowej prawej; złamanie trzonu kości udowej prawej i kości piszczelowej lewej; martwica tkanek miękkich podudzia lewego; liczne otarcia naskórka i stłuczenia tkanek miękkich.

**Dowód:** / karta informacyjna leczenia szpitalnego z 12 listopada 2012 r. , k. 12 – 15; diagnostyka obrazowa na płytach CD, k. 43; karty informacyjne i historia choroby na oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, k. 44; historia choroby na oddziale Chirurgii Urazowo Ortopedycznej, k. 44;

w aktach szkody (...) - wyjaśnienia lekarza W. S. z 7 kwietnia 2015 r.; stanowiska komisji do spraw skarg pacjentów z 13 kwietnia 2015 r.; protokół ze spotkania komisji /.

W dniu przyjęcia powoda do Szpitala (...) w N. na Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii w stanie bardzo ciężkim, podjęto zabiegi ratujące życie.

Powód był utrzymywany w stanie śpiączki farmakologicznej i był wentylowany.

Wobec stwierdzenia w dniu 30 lipca 2012 r. w badaniu TK głowy obecności krwiaka przymózgowego po prawej stronie wykonano trepanopunkcję i ewakuowano płynny krwiak.

Po kontrolnym badaniu TK głowy stwierdzono nadal obecność krwiaka i w dniu 31 lipca 2012 r. wykonano kraniotomię z usunięciem krwiaka podtwardówkowego.

Z uwagi na dalsze utrzymywanie się krwiaka przymózgowego wykonano kontrolną kraniotomię w dniu 3 sierpnia 2012 r.

Po poprawie i ustabilizowaniu stanu ogólnego powoda skierowano do operacyjnego leczenia złamań kończyn dolnych.

W dniu 06 sierpnia 2012 r. w trakcie konsultacji chirurgicznej stwierdzono ochłodzenie, błądź lewego podudzia i stopy. Wykonano badanie przepływu sposobem D..

W dniu 13 sierpnia 2012 r. wykonano otwarte nastawienie złamania uda prawego ze stabilizacją płytką (...) nasadową oraz śródszpikowe zespolenie kości piszczelowej lewej gwoździem ryglowanym.

Po zespoleniu powód nadal przebywał w leczeniu na Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii ze względu na utrzymujący się wciąż stan ciężki.

Po operacyjnym zespoleniu złamań wystąpiło u powoda powikłanie w postaci infekcji tkanek miękkich podudzia lewego, co doprowadziło do rozległej martwicy tkanek miękkich.

W dniu 16 sierpnia 2012 r. wykonano konsultację kontrolną ran pooperacyjnych, usunięto dren R. z lewego podudzia, wysłano koniec drenu na badanie bakteriologiczne.

W dniu 19 sierpnia 2012 r. stwierdzono pojawiające się objawy martwicy w okolicy podudzia lewego.

W dniu 22 sierpnia 2012 r. stwierdzono ropowicę podudzia lewego, wykonano wówczas nacięcie podudzia i ewakuację zropiałego krwiaka.

Urazy jakich doznał powód w wypadku komunikacyjnym i jego stan zdrowia uniemożliwiający od razu operacyjne leczenie złamań, spowodował wystąpienie komplikacji w postaci odleżyn na lewym pośladku i prawej kończynie dolnej i kości krzyżowej oraz infekcji tkanek miękkich podudzia lewego.

W badaniu kontrolnym TK głowy z dnia 25 sierpnia 2012 r. stwierdzano obecność resztkowego wchłaniającego się krwiaka o średnicy 10 mm i wycofywanie się zmian w obrębie mózgu powoda.

Około 20 sierpnia 2012 r. rozpoczął się u powoda proces wybudzania ze śpiączki.

W trakcie pobytu powoda w Szpitalu (...) w N. na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii były wykonywane badania bakteriologiczne.

Wykonany w dniu 20 lipca 2012 r. wymaz z gardła wykazał obecność bakterii staphylococcus ureus i Streptococcus viridans.

Posiew z rurki intubacyjnej z dnia 03 sierpnia 2012 r. wykazał obecność bakterii acinetobacter baumannii.

Posiew z rurki tacheostomicznej z dnia 10 sierpnia 2012 r. wykazał obecność bakterii pseudomonas aeruginosa.

Posiew z drenu redona z dnia 14 sierpnia 2012 r. wykazał obecność bakterii acinetobacter baumannii i candida spp.

Posiew z końcówki drenu z rany operacyjnej podudzia lewego z dnia 16 sierpnia 2012 r. wykazał obecność bakterii enterobacter cloacae ssp cloacae.

Posiew z rurki tacheostomicznej z dnia 16 sierpnia 2012 r. wykazał obecność bakterii proteusz mirabilis.

Wymaz z rany z dnia 19 sierpnia 2012 r. wykazał obecność bakterii acinetobacter baumannii.

Posiew z rurki intubacyjnej z dnia 03 sierpnia 2012 r. wykazał obecność bakterii acinetobacter baumannii i pseudomonas aeruginosa.

Wobec powoda stosowano w związku z tym antybiotykoterapię celowaną.

**Dowód:** / karta informacyjna leczenia szpitalnego z 12 listopada 2012 r. , k. 12 – 15; diagnostyka obrazowa na płytach CD, k. 43; karty informacyjne i historia choroby na oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, k. 44, w szczególności badania TK Głowy; badania laboratoryjne, karty pielęgnacji chorego, karty pielęgnacji odleżyn, karty obserwacji i zaleceń lekarskich /.

W dniu 26 sierpnia 2012 r. powód z Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii w stanie ogólnym stabilnym, ale bez kontaktu słownego został przekazany do dalszego leczenia do Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej.

Podczas pobytu na tym oddziale były wykonywane wobec powoda czynności pielęgnacyjne polegające na myciu, karmieniu przez sondę, nacieraniu, oklepywaniu, odsysaniu, obracaniu na bok. Zmieniano powodowi opatrunki na podudziu.

Leczono także intensywnie odleżynę powoda przez miejscowe opatrunki i stosowanie maści.

W dniu 27 sierpnia 2012 r. do badań bakteriologicznych pobrano wymaz z rany nogi lewej który wykazał obecność bakterii enterobacter cloacae ssp cloacae.

W dniu 31 sierpnia 2012 r. do badań bakteriologicznych pobrano wymaz z tkanki nogi lewej który wykazał obecność bakterii enterobacter cloacae ssp cloacae i bakterii acinetobacter baumannii.

W dniu 31 sierpnia 2012 r. wykonano u powoda zabieg polegający na nacięciu ropowicy i wycięciu tkanek miękkich podudzia lewego.

W dniach 4, 5, 8, 10, 11, 12, 14, 17 i 19 września 2012 r. wykonano u powoda zabiegi polegające na zmianie opatrunku podudzia lewego.

**Dowód:** / historia choroby na oddziale Chirurgii Urazowo Ortopedycznej , k. 44, w szczególności: badania laboratoryjne, karty pielęgnacji chorego, karty pielęgnacji odleżyn, karty obserwacji i zaleceń lekarskich; karty znieczuleń, protokoły pielęgniarki operacyjnej ; /.

Ponieważ pomimo intensywnego leczenia infekcji podudzia, usunięcia tkanek martwiczych i zastosowania antybiotykoterapii celowanej, objawy martwicy podudzia lewego utrzymywały się i pojawiła się ropowica podudzia lewego w dniu 3 września 2012 r. zebrało się konsylium lekarskie pozwanego szpitala.

Konsylium uznało, że zachodzi u powoda stan zagrożenia życia.

Z uwagi na ciężki stan ogólny powoda podjęło decyzję o konieczności amputacji kończyny dolnej lewej na wysokości uda.

O diagnozie powiadomiono rodzinę powoda.

**Dowód:** / historia choroby na oddziale Chirurgii Urazowo Ortopedycznej , k. 44, w szczególności: konsylium lekarskie z dnia 3 września 2012 r. /.

Przed ostateczną decyzją o amputacji kończyny, pozwany szpital podejmował próby ratowania powoda przed tym zabiegiem.

W dniu 07 września 2012 r. powód był konsultowany przez pozwanego szpital z Centrum (...) w S. celem dalszego leczenia w tej placówce.

Wynik konsultacji stanowił, iż z uwagi na stan neurologiczny powoda, tj. brak kontaktu i brak współpracy podczas sesji hiperbarycznych z personelem nadzorującym leczenie tlenem hiperbarycznym w komorze jest niemożliwe. Dlatego w (...) w S. nie zakwalifikowano powoda do dalszego leczenia i powód powrócił na Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej Szpitala (...) w N.

Proponowano leczenie powoda miejscową ozonoterapią.

W dniach 20, 21, 25, 27 września 2012 r. wykonano w pozwanym szpitalu u powoda ozonoterapię.

Od 05 października 2012 r. rozpoczęto rehabilitację powoda.

W dniu 01 października 2012 r. do badań bakteriologicznych pobrano wymaz z rany nogi lewej który wykazał obecność bakterii enterobacter cloacae ssp cloacae, scinetobacter baumannii i staphylococcus ureus.

W dniu 09 października 2012 r. do badań bakteriologicznych pobrano wymaz z rany nogi lewej który wykazał obecność bakterii enterobacter cloacae ssp cloacae i staphylococcus ureus.

Stosowano wobec powoda antybiotykoterapię celowaną.

**Dowód:** / historia choroby na oddziale Chirurgii Urazowo Ortopedycznej , k. 44, w szczególności: badania laboratoryjne, karty pielęgnacji chorego, karty pielęgnacji odleżyn, karty obserwacji i zaleceń lekarskich; karty

znieczuleń, protokoły pielęgniarki operacyjnej ; wynik konsultacji z (...) w S. z 07 września 2012 r., wyniki badań bakteriologicznych /.

Po konsultacji z SP Wojewódzkim Szpitalem (...). J. D. w P., ustalono na dzień 12 listopada 2012 r. termin przekazania powoda do dalszego leczenia w tamtejszej placówce.

Faktycznie w dniu 12 listopada 2012 r. przewieziono powoda do SP Wojewódzkiego Szpitala (...). J. D. w P..

W dniu 16 listopada 2012 r. SP Wojewódzkim Szpitalu (...). J. D. w P. usunięto gwóźdź śródszpikowy wraz ze śrubami blokującymi lewej kości piszczelowej z jednoczesną radykalną resekcją martwiczej części trzonu. Wykonano stabilizację systemem zewnętrznym (...) oraz plastikę wiórami gąbczastymi mrożonymi z udziałem czynnika (...). Dokonano próby pokrycia przeszczepu kostnego metodą T..

Następnie w trakcie gojenia ran i po wyciszeniu stanu zapalnego powód został wypisany w dniu 17 grudnia 2012 roku do domu z zaleceniem zmiany opatrunków przez pielęgniarkę środowiskową. Zalecono poruszanie na wózku inwalidzkim bez obciążania kończyn dolnych, usprawnienie stawów biodrowych, kolanowych oraz skokowych i stóp.

Po około dwóch tygodniach u powoda pojawiły się dolegliwości bólowe i doszło do przesunięcia dystalnej stabilizacji (...) po stronie przyśrodkowej.

**Dowód:** / karta informacyjna leczenia szpitalnego z 12 listopada 2012 r. k. 12 – 15; karta informacyjna leczenia szpitalnego w SP Wojewódzkim Szpitalu (...). J. D. w P.: z dnia 17 grudnia 2012 r. k. 109, z dnia 02 kwietnia 2013 r., k. 76; historia choroby, k. 114-118; wyniki badań, k. 119-123, k. 126-129; /.

W okresie od marca 2013 do lipca 2015 r. powód przebywał okresowo na leczeniu w Wojewódzkim Szpitalu (...) J. D. w P.. Trafił tam z rozpoznaniem: stan po zmiążdżeniu lewego podudzia ze złamaniem wieloodłamowym kości piszczelowej, z obnażeniem z tkanek miękkich 2/3 środkowych trzonu kości piszczelowej i jej martwicą, zapaleniem oraz porażeniem nerwu strzałkowego.

W trakcie pobytów we wskazanym czasie powód był wielokrotnie leczony operacyjnie.

Powód leczyl się też w (...) w Wojewódzkim Szpitalu (...) J. D. w P..

**Dowód:** / karty informacyjne leczenia szpitalnego w SP Wojewódzkim Szpitalu (...). J. D. w P.: z dnia 17 grudnia 2012 r. k. 109; z dnia 02 kwietnia 2013 r., k. 76, z dnia 14 października 2013 r. k. 99, z dnia 16 maja 2014 r., k. 91, z dnia 07 listopada 2014 r., k. 77-78; z 13 kwietnia 2015 r. k. 79-80; z dnia 20 maja 2015 r. k. 81-82, z dnia 03 lipca 2015 r. k. 86-87; wyniki badań k. 83-85; karta pacjenta, k. 88; historia z poradni, k. 89-90, k. 130-132; skierowanie do poradni, k. 93, k. 96 /.

W okresie od 1 stycznia 2012r. do 31 grudnia 2012 r. pozwany szpital korzystał z ochrony ubezpieczeniowej udzielanej przez (...) S.A., a to w związku z polisami Nr (...), (...) i (...).

**Dowód:** / polisy ubezpieczeniowe, k. 53 – 56 /.

Powód za pośrednictwem pełnomocnika listem adwokackim z dnia 26 marca 2015 roku wezwał stronę pozwaną do dobrowolnej zapłaty zadośćuczynienia w kwocie 300 000 zł oraz wniósł o przyznanie mu renty w kwocie 1000 zł miesięcznie. W piśmie tym powód zarzucił, iż personel medyczny pozwanego szpitala podjął niewłaściwe procedury medyczne, gdyż po operacji zastosowano gips celem unieruchomienia kończyn dolnych co w efekcie przyczyniło się do martwicy w okolicy podudzia lewego oraz wystąpienia ropowicy podudzia. Powód twierdził, iż o tych błędach informowali go lekarze leczący go w Wojewódzkim Szpitalu (...) J. D. w P..

Z uwagi roszczenie powoda strona pozwana pismem z dnia 30 marca 2015 roku skierowała żądania do ubezpieczyciela, tj. (...) S.A.



Ubezpieczyciel strony pozwanej pismem z dnia 8 kwietnia 2015 roku wezwał powoda m.in. do przedłożenia dokumentacji lekarskiej w innych placówkach służby zdrowia niż ubezpieczony. Po uzupełnieniu dokumentacji, ostatecznie pismem z dnia 8 maja 2015 roku powód został poinformowany (...) S.A, o braku podstaw do uznania odpowiedzialności strony pozwanej za zaistniały stan rzeczy. (...) S.A. powikłanie pod postacią martwicy i zakażenia tkanek miękkich podudzia lewego było wynikiem rodzaju urazu zmiążdżeniowego ze stłuczeniem skóry a nie sposobu podjętego leczenia, w tym okresowego unieruchomienia kończyny w opatrunku gipsowym.

**Dowód:** / list adwokacki - wezwanie do zapłaty z 26 marca 2015 r. , k. 8 – 9; pismo strony pozwanej z 30 marca 2015 r. k. 10; pismo (...) z 8 maja 2015 r. k. 11;

akta szkody nr PL (...) – dołączone do akt: pismo (...) z 8 maja 2015 r. k. 11;

Powodowi znany jest sprawca jego potrącenia z dnia 30 lipca 2012 r. i dotychczas D. P. nie dochodził od sprawcy ww. wypadku żadnych roszczeń.

**Dowód:** / zeznań powoda D. P. od 00:08:07 k. 247/2 – 248.

Aktualnie powód ma 25 lat, mieszka z rodzicami i rodzeństwem w P. w domu, który należy do jego matki. Powód posiada wykształcenie zawodowe w zawodzie murarza, a do czasu wypadku z dnia 30 lipca 2012 r. odbył jedynie staż jako pomocnik na budowach. Zarabiał ok. 1.000 zł miesięcznie.

Obecnie powód nie pracuje i nie jest zarejestrowany jako osoba bezrobotna.

Posiada orzeczenie o umiarkowanej niepełnosprawności wydane do 30 marca 2018 r. i otrzymuje rentę z ZUS w kwocie 870 zł netto oraz zasiłek pielęgnacyjny w kwocie 153 zł miesięcznie. Rentę ma przyznaną do marca 2018 r.

Z otrzymywanych pieniędzy powód kupuje leki oraz opatrunki na nogę, a także dokłada się do zakupu żywności.

D. P. nie posiada żadnego majątku i nie ma oszczędności. Powód nie pozostaje w związku uczuciowym. Na co dzień gra na komputerze, słucha muzyki, ogląda telewizję.

Do jego obowiązków należy posprzątać po sobie i w domu.

Ukończył kurs rzeźbiarstwa.

Jest samodzielny w zakresie czynności samoobsługowych, sam także robi niewielkie zakupy. Potrafi ugotować i wykonać czynności domowe.

Powód porusza się przy pomocy dwóch kul łokciowych.

Na prawym udzie powierzchni bocznej ma bliznę o długości około 24cm po zabiegu operacyjnym. Na przedniej powierzchni uda posiada bliznę kwadratową o wym. 6x14cm po pobraniu przeszczepów skórnych. Podobną bliznę o wym. 5x1 cm ma na lewym udzie. Powód ma nogę lewą o 2 cm krótszą od nogi prawej. Nad prawym łukiem brwiowym posiada także dwie blizny pourazowe o długości 2cm.

Powód nie leczy się psychiatrycznie.

Swój stan zdrowia konsultuje natomiast u lekarzy w P. średnio co pół roku. Powód nie posiada prawa jazdy, dlatego na konsultacje jeździ z siostrą i z bratem.

Aktualnie obserwuje się u powoda znaczący zanik mięśni w obrębie podudzia lewego stawu skokowego w końskim ustawieniu. Z uwagi na przebyty wieloletni stan zapalny oraz cechy atrofii zabieg operacyjny korekcji lewego stawu skokowego jest całkowicie przeciwwskazany. W razie nawrotu stanu zapalnego w obrębie podudzia lewego celowa jest konsultacja powoda z placówkami w O. lub w W.. Analiza RTG podudzia lewego ze stopą wskazuje na zasadność

używania przez powoda kortazy typu W.. Rozważana jest także nadal amputacja podudzia lewego z następczym zaprotegowaniem.

W oparciu o informacje uzyskane lekarzy w Wojewódzkim Szpitalu (...) J. D. w P. powód postanowił wystąpić z niniejszą sprawą.

**Dowód:** / opinia C. U. z 30 sierpnia 2017 r. k. 189 – 193; opinia uzupełniająca C. U. z dnia 24 listopada 2017 r. k. 217; orzeczenie o niepełnosprawności z dnia 12 lutego 2015 r., k. 95; zeznania powoda D. P. od 00:08:07 k. 247/2–248 oraz od 00:09:27 k. 71/2-72; historia zdrowia i choroby z dnia 08 grudnia 2017 r., k. 245 /.

Powód D. P. w związku z wypadkiem komunikacyjnym z dnia 30 lipca 2012 r. doznał urazu wielomiejscowego z następującymi obrażeniami ciała: urazu czaszkowo-mózgowego z stłuczeniem jąder podkorowych płatów skroniowych, mostu, krwiakiem przymózgowym w okolicy skroniowej prawej, złamaniem trzonu kości udowej prawej i kości piszczelowej lewej z rozległym stłuczeniem tkanek miękkich z następową martwicą w obrębie podudzia lewego.

Po przyjęciu powoda do pozwanego szpitala przeprowadzono w pełni prawidłową kompleksową diagnostykę radiologiczną i prawidłowo wyznaczono priorytety postępowania leczniczego, a mianowicie odbarczenie krwiaków przymózgowych, prowadzenie wentylacji mechanicznej z przeciwdziałaniem obrzękowi mózgu z jednoczasowym prowadzeniem bilansu płynów, wypełnieniem łożyska naczyniowego i antybiotykoterapią w związku z licznymi zranieniami na ciele, a także ostrą niewydolnością oddechową oraz stwierdzonymi złamaniami.

Prawidłowo do czasu ustabilizowania się stanu powoda odroczone interwencję chirurgiczną z zakresu chirurgii urazowej w obrębie kończyn dolnych do dnia 13 sierpnia 2012 r. wykonując zaopatrzenie złamań kości udowej i kości piszczelowej.

Obrażenia tkanek miękkich w obrębie podudzia, które wystąpiły w momencie urazu mechanicznego prowadzącego do złamania podudzia zostały powikłane procesem martwicznym, którego normalną konsekwencją jest nadkażenie drobnoustrojami bytującymi na skórze i w otoczeniu.

W pozwanym Szpitalu (...) w N. prowadzono prawidłowe postępowanie zmierzające do usunięcia tkanek martwicznych co umożliwiło proces gojenia. Mając na uwadze zaawansowany stan pourazowy w obrębie podudzia mimo heroicznej postawy lekarzy z Oddziału Chirurgii Ortopedyczno-Urazowej pozwanego szpitala oraz z Oddziału ze Szpitala w P. z uwagi na pierwotnie wyjściowo ciężki uraz tkanek miękkich podudzia lewego rokowanie wyleczenia zmian w obrębie podudzia lewego w zakresie tkanek miękkich jest niekorzystne. Również stosowano przetwory krwi z uwagi na ciężki stan pourazowy powoda.

Nie stosowano u powoda gipsu pełnego, w szczególności na udo prawe zastosowano tylko wyciąg zanim możliwym było przeprowadzenie docelowego zabiegu repozycji i stabilizacji gwoździem śródszpikowym, a podudzie lewe było również zabezpieczone na wyciągu i dodatkowo unieruchomiono łuską gipsową co nie jest opatrunkiem gipsowym pełnym.

Zasadą w leczeniu urazu wielomiejscowego jest zaopatrzenie narządów o znaczeniu krytycznym dla przeżycia pacjenta, a w przypadku powoda był to uraz czaszkowo-mózgowy. W drugiej kolejności podjęto i przeprowadzono leczenie definitywne urazów kończyn dolnych w całej złożoności klinicznej tego problemu.

Martwica która wystąpiła u powoda była wyłącznie następstwem ciężkiego urazu bezpośredniego którego powód doznał w wypadku komunikacyjnym, a twierdzenie o zastosowaniu opatrunku gipsowego zamkniętego w niczym nie znajduje potwierdzenia.

Z punktu widzenia przeżycia powoda i minimalizacji jego inwalidztwa najważniejszym było leczenie urazu czaszkowo-mózgowego, przy współistniejącym złamaniu kości udowej i podudzia ze zmiażdżeniem tkanek miękkich, co w istocie

nadawało postępowaniu medycznemu wymiar heroicznym w rozumieniu wykonania ponadprzeciętnych czynności, przy nikłych szansach na uratowanie życia powoda.

Amputacja podudzia lewego była jednym z wariantów prawidłowego postępowania leczniczego zmniejszającego ryzyko posocznicy, jest również przyjętą w naukach medycznych metodą leczenia następstw ciężkich urazów, którą może brać pod uwagę zespół leczący i nie stanowi to podstawy dla twierdzenia o nieprawidłowości leczenia.

Diagnostyka i leczenie powoda w związku z następstwami wypadku z dnia 30 lipca 2012r. były w pełni prawidłowe i nacechowane oczekiwaną starannością. Obserwowany obecnie stan kliniczny u powoda jest wyłącznym następstwem ciężkiego wyjściowego stanu klinicznego po urazie wielomiejscowym jakiego doznał w wyniku wypadku komunikacyjnym w dniu 30 lipca 2012 r.

Nie został popełniony przez lekarzy pozwanego szpitala jakikolwiek błąd w diagnozowaniu i leczeniu powoda na którymkolwiek z etapów leczenia. Stan powoda w związku z krytycznym wypadkiem był skrajnie ciężki i gdyby popełniono błąd nie udałooby się uratować życia powoda.

Wyhodowane bakterie z materiału pochodzącego od powoda w trakcie w pełni prawidłowego monitorowania jego stanu bakteriologicznego wynikały wyłącznie ze skolonizowania drobnoustrojami bytującymi w powietrzu, na skórze powoda jego organizmu w związku z licznymi obrażeniami ciała, których doznał, otarciami naskórka, prowadzoną długotrwałe wentylację mechaniczną, nadkażeniem, urazu zmiążdżeniowego podudzia lewego, którym w żaden sposób nie było możliwości zapobiec. Nie istnieje również na świecie żaden ośrodek, w którym byłoby możliwe nie wystąpienie zakażeń jakie stwierdzono u powoda.

Stwierdzone powikłania zakaźne były wyłącznym następstwem urazu wielomiejscowego, któremu uległ powód.

Niepełnosprawność czy trwałego uszczerbek na zdrowiu u powoda nie jest skutkiem błędów i nieprawidłowości w leczeniu w pozwanym szpitalu.

Niepełnosprawność i trwały uszczerbek na zdrowiu powoda są wyłącznym następstwem wypadku z dnia 30 lipca 2012 r.

**Dowód:** / opinia C. U. z 30 sierpnia 2017 r. k. 189 – 193; opinia uzupełniająca C. U. z dnia 24 listopada 2017 r. k. 217;

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie dokumentów dołączonych do akt, których prawdziwość nie była kwestionowana przez strony i nie budziła wątpliwości Sądu, a także na podstawie dowodów z opinii biegłego instytutu i zeznań powoda.

Sporządzone w sprawie: opinia C. U. z 30 sierpnia 2017 r. ( k. 189 – 193 ) oraz opinia uzupełniająca z dnia 24 listopada 2017 r. ( k. 217 ) były kompletne, fachowe i rzetelne, a przez to odpowiadały celowi, dla którego zostały przeprowadzone.

Nie odmawiając słuszności stanowisku, że ocena stanu prawnego należy do Sądu uznać należało, że dowód z opinii jest dowodem w pełni miarodajnym do czynienia istotnych okoliczności faktycznych – tj. ustalenia indywidualnego charakteru użytków gruntu i identyfikacji gruntu.

Dowód z opinii biegłego ma charakter szczególny, ponieważ jego celem jest dostarczenie sądowi wiadomości specjalnych niezbędnych do rozstrzygnięcia sprawy. Dlatego nie można go zastąpić inną czynnością dowodową (np. przesłuchaniem świadka) czy zaniechać jego przeprowadzenia z powodu posiadania wiedzy specjalnej przez sędziego wchodzącego w skład sądu orzekającego. Jeżeli więc do miarodajnej oceny zasadności roszczenia niezbędne są wiadomości specjalne, to pominięcie wniosku strony o przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego uzasadniałoby nawet zarzut naruszenia art. 217 § 2 k.p.c. ( tak: wyrok SN z dnia 29 listopada 2006 roku II CSK 245/06, publ. LEX nr 233063 ).

Dodać też trzeba, iż Sąd nie jest opinią biegłego związany i powinien ocenić ją jak każdy dowód, na podstawie kryteriów zgodności z zasadami logiki, doświadczenia życiowego i wiedzy powszechnej, poziomu wiedzy biegłego, podstaw teoretycznych opinii, a także sposobu motywowania oraz stopnia skuteczności wyrażonych w niej wniosków, bez wkraczania jednakże w sferę wiedzy specjalistycznej (por. wyrok z dnia 15 listopada 2000 roku, IV CKN 1383/00, publ. LEX nr 52544; wyrok SN z dnia 7 kwietnia 2005 roku, II CK 572/04, publ. LEX nr 151656).

W świetle stanowiska judykatury zadaniem biegłego nie jest ustalenie stanu faktycznego sprawy, lecz naświetlenie i wyjaśnienie przez sąd okoliczności z punktu widzenia posiadanych przez biegłego wiadomości specjalnych przy uwzględnieniu zebranego i udostępnionego biegłemu materiału sprawy (por. wyrok SN z dnia 11 lipca 1969 roku, I CR 140/69, publ. OSNC 1970/5/85; uzasadnienie wyroku SN z dnia 19 grudnia 2006 roku, V CSK 360/06, publ. LEX nr 238973).

Utrwalony jest też pogląd, że biegły jest źródłem informacji w zakresie wiedzy specjalistycznej i wypowiada się tylko w odniesieniu do okoliczności wchodzących w zakres jego wiadomości specjalnych, jednakże opinia biegłego może być również źródłem materiału faktycznego sprawy, jakkolwiek w ograniczonym zakresie a na jej podstawie możliwe jest dokonanie ustalenia tylko okoliczności będących przedmiotem wiedzy biegłego.

Dlatego Sąd na wniosek powoda i strony pozwanej dopuścił dowód ( k. 73 od 00:42:06 ) z opinii biegłego instytutu na okoliczność jak w tezie dowodowej, uzależniając zlecenie opinii od wpłacenia zaliczki na koszt dowodu. Strona pozwana uiściła zaliczkę ( k. 133 ).

Wprawdzie pierwotnie wykonanie opinii zlecono (...) Uniwersytetowi Medycznemu ( k. 73 od 00:42:06 i k. 136), ale placówka ta odmówiła opiniowania z uwagi na nadmiar przyjętych zleceń ( k. 137 ).

Dlatego zlecenie skierowano do C. U. ( k. 149 ) zgodnie z pisemnym wnioskiem powoda z dnia 20 stycznia 2016 r. i strony pozwanej z dnia 22 stycznia 2016 r. ( k. 142, k. 143 w zw. z k. 137 ).

Biegły instytut (...) w K. w sposób jednoznaczny i stanowczy, wskazał, że całkowicie nie akceptowalne jest stwierdzenie, iż postępowanie strony pozwanej przyczyniło się w jakikolwiek sposób do powstania następstw opisanych w treści opinii.

Sąd podziela wnioski opinii, że zasadą w leczeniu urazu wielomiejscowego jest zaopatrzenie narządów o znaczeniu krytycznym dla przeżycia pacjenta, a w przypadku powoda był to uraz czaszkowo-mózgowy.

W drugiej kolejności podjęto i przeprowadzono leczenie definitywne urazów kończyn dolnych.

Zgodzić się należy z wnioskami specjalistów C. U. w K. z zakresu nauk medycznych sporządzających opinię, iż martwica która wystąpiła u powoda była wyłącznie następstwem ciężkiego urazu bezpośredniego, którego powód doznał w wypadku komunikacyjnym z dnia 30 lipca 2012 r.

Z punktu widzenia przeżycia powoda i minimalizacji jego inwalidztwa najważniejszym było leczenie urazu czaszkowo-mózgowego, przy współistniejącym złamaniu kości udowej i podudzia ze zmiążdżeniem tkanek miękkich. Stan powoda w związku z krytycznym wypadkiem był bowiem skrajnie ciężki, powód pozostawał w stanie śpiączki farmakologicznej i gdyby popełniono błąd nie udałooby się uratować jego życia.

Ostatecznie brak jest jakiegokolwiek niepełnosprawności czy trwałego uszczerbku na zdrowiu u powoda, które byłyby skutkiem błędów i nieprawidłowości w leczeniu w pozwanym szpitalu. Niepełnosprawność i trwałe uszczerbek na zdrowiu są zaś wyłącznym następstwem wypadku z dnia 30 lipca 2012 r.

Powyższe wnioski jako przekonujące i jednoznaczne zostały przez Sąd podzielone w całości oraz stanowiły podstawę ustaleń i rozstrzygnięcia w sprawie.

Diagnostyka i leczenie powoda w związku z następstwami wypadku z dnia 30 lipca 2012r. były w pełni prawidłowe i nacechowane oczekiwaną starannością. Obserwowany obecnie stan kliniczny u powoda jest wyłącznym następstwem ciężkiego wyjściowego stanu klinicznego po urazie wielomiejscowym jakiego doznał w wyniku wypadku komunikacyjnym w dniu 30 lipca 2012 r.

Nie został popełniony przez lekarzy pozwanego jakiegokolwiek błąd w diagnozowaniu i leczeniu powoda na którymkolwiek z etapów leczenia. Stan powoda w związku z krytycznym wypadkiem był skrajnie ciężki i gdyby popełniono błąd nie udało się uratować życia powoda.

Wyhodowane bakterie z materiału pochodzącego od powoda w trakcie w pełni prawidłowego monitorowania jego stanu bakteriologicznego wynikały wyłącznie ze skolonizowania drobnoustrojami bytującymi w powietrzu, na skórze powoda jego organizmu w związku z licznymi obrażeniami ciała, których doznał, otarciami naskórka, prowadzoną długotrwałe wentylację mechaniczną, nadkażeniem, urazu zmiążdżeniowego podudzia lewego, którym w żaden sposób nie było możliwości zapobiec.

Stwierdzone powikłania zakaźne były wyłącznym następstwem urazu wielomiejscowego, któremu uległ powód.

Strona pozwana do opinii z 30 sierpnia 2017 r. nie złożyła zarzutów ( k. 194 w zw. z k. 201-202 ).

Powód w zarzutach do opinii ( k. 200 ) podkreślił, iż opinia nie jest miarodajna dla oceny czy brak jest podstaw do przyjęcia odpowiedzialności strony pozwanej za błąd w diagnozowaniu i leczeniu. Zdaniem powoda opinia budzi wątpliwości. Powód zarzucił, iż powikłania jakie u niego wystąpiły zostały spowodowane tym, że po wykonanym zabiegu nastawienia złamania uda wadliwie zastosowano gips, co przyłożyło się do powstania martwicy i ropowicy podudzia. Zastrzegł przy tym powód, iż są to jego subiektywne odczucia z uwagi na informacje jakie otrzymał od lekarzy leczących go później w Wojewódzkim Szpitalu (...) J. D. w P..

Nie zgodził się też powód ze stanowiskiem biegłych jakoby postawa lekarzy pozwanego szpitala była heroiczna skoro konsylium lekarskie w dniu 3 września 2012 r. podjęło decyzje o amputacji kończyny dolnej lewej na wysokości uda.

W ocenie Sądu zarzuty powoda są nieskuteczne i nie osłabiają rzetelności opinii.

W opinii uzupełniającej z dnia 24 listopada 2017 r.( k. 217 ) biegli C. U. w K. wyjaśnili, iż nieakceptowane jest stwierdzenie jakoby postępowanie pozwanego szpitala w jakiegokolwiek sposób przyczyniło się do następstw opisanych w treści opinii.

U powoda nie stosowano gipsu pełnego. W szczególności na udo prawe zastosowano tylko wyciąg zanim możliwym było przeprowadzenie docelowego zabiegu repozycji i stabilizacji gwoździem śródszpikowym, a podudzie lewe było również zabezpieczone na wyciągu i dodatkowo unieruchomiono je łuską gipsową, która nie jest opatrunkiem gipsowym pełnym.

Biegli powtórzyli, iż zasadą w leczeniu urazu wielomiejscowego jest zaopatrzenie narządów o znaczeniu krytycznym dla przeżycia pacjenta, a w przypadku powoda był to uraz czaszkowo-mózgowy. W drugiej kolejności podjęto i przeprowadzono leczenie definitywne urazów kończyn dolnych w całej złożoności klinicznej tego problemu.

Martwica która wystąpiła u powoda była wyłącznie następstwem ciężkiego urazu bezpośredniego którego powód doznał w wypadku komunikacyjnym, a twierdzenie o zastosowaniu opatrunku gipsowego zamkniętego w niczym nie znajduje potwierdzenia.

Z punktu widzenia przeżycia powoda i minimalizacji jego inwalidztwa najważniejszym było leczenie urazu czaszkowo-mózgowego, przy współistniejącym złamaniu kości udowej i podudzia ze zmiążdżeniem tkanek miękkich, co w istocie nadawało postępowaniu medycznemu wymiar heroicznym w rozumieniu wykonania ponadprzeciętnych czynności, przy nikłych szansach na uratowanie życia powoda.

Amputacja podudzia lewego była jednym z wariantów prawidłowego postępowania leczniczego zmniejszającego ryzyko posocznicy, jest również przyjętą w naukach medycznych metodą leczenia następstw ciężkich urazów, którą może brać pod uwagę zespół leczący i nie stanowi to podstawy dla twierdzenia o nieprawidłowości leczenia.

Strona pozwana do opinii uzupełniającej nie złożyła zarzutów ( k. 229-230).

Również powód nie składał zarzutów do opinii uzupełniającej ( k. 233 ), a wniósł jedynie o przesłuchanie w charakterze świadka T. K. (1) – lekarza z Wojewódzkiego Szpitala (...) J. D. w P. na okoliczność, iż informował on powoda o uchybieniach strony pozwanej, co skłoniło ostatecznie powoda do złożenia pozwu w niniejszej sprawie.

Strona pozwana wniosła o oddalenie tego wniosku dowodowego ( k. 236 ) zarzucając, iż dowód ten jest spóźniony i nieuprawdopodobniony merytorycznie, że nie mógł być złożony wcześniej

Na rozprawie z dnia 25 stycznia 2018 r. Sąd wniosek powoda o przesłuchanie świadka T. K. (1) oddalił ( k. 247/2 od 00:07:04 ) uznając, że wniosek ten jest spóźniony a mógł być złożony wcześniej, a nadto że jest nieprzydatny, gdyż okoliczność na jaką miał zeznawać świadek w sprawie nie ma znaczenia dla rozstrzygnięcia.

W ocenie Sądu w świetle dokumentacji medycznej z Wojewódzkiego Szpitala (...) J. D. w P. bezspornie wynika ( k. 76-82, k. 86-87, k. 91-105 ), że lekarz T. K. (2) wielokrotnie diagnozował i konsultował powoda przed złożeniem pozwu w niniejszej sprawie. Zatem powód miał możliwość powołania tego świadka w pozwie, tym bardziej, że pozew opiera się na zarzucie o stosowaniu gipsu pełnego na lewą nogę.

W świetle opinii biegłych subiektywne przekonanie powoda o słuszności swoich żądań i subiektywne przekonanie o wadliwości procesu leczenia w pozwanym szpitalu również nie ma znaczenia, podobnie jak nie ma znaczenia czy T. K. (1) rzeczywiście mówił powodowi o takich nieprawidłowościach.

T. K. (1) mógłby przy tym zeznawać jedynie w charakterze świadka na okoliczność faktów a nie jako ekspert co do oceny stosowanego leczenia.

Na marginesie stwierdzić trzeba, że powód reprezentowany przez profesjonalnego pełnomocnika procesowego nie wnosił o nową opinię.

Sąd orzekający w niniejszej sprawie podziela przy tym prezentowany w orzecznictwie pogląd, że samo niezadowolenie strony z niekorzystnej dla niej opinii biegłego samo z siebie nie uzasadnia dopuszczenia kolejnej opinii innego biegłego, w tym samym przedmiocie. Podkreślenia wymaga, iż to od uznania sądu zależy czy w sprawie istnieją wątpliwości, których opinia biegłego nie wyjaśniła, co prowadzić powinno do powołania kolejnego biegłego. Konieczność taka zajdzie w przypadku gdy sporządzona w sprawie opinia ze względu na swoje wady (niekompletność, niezupełność, sprzeczność) jest nieprzydatna dla ustalenia istotnych dla rozstrzygnięcia faktów. Zatem potrzeba powołania kolejnego biegłego powinna być podyktowana okolicznościami sprawy, stosownie do treści art. 286 k.p.c., a nie wynikać z samego niezadowolenia strony z dotychczas złożonej opinii ( tak: wyrok SN z dnia 4 sierpnia 1999 roku, sygn. akt I PKN 20/99, publ. OSNAPiUS 2000, nr 22, poz. 807 wyrok SN z dnia 10 stycznia 2001 roku, sygn. akt II CKN 639/99, publ. LEX nr 53135; postanowienie SN z dnia 19 sierpnia 2009 roku, III CSK 7/09, publ. LEX nr 533130).

Dowód z opinii biegłego zgodnie z dyspozycją z art. 278 § 1 k.p.c. nie służy bowiem ustalaniu okoliczności faktycznych, lecz ocenie faktów (których wykazywanie zasadniczo spoczywa na stronach) przez pryzmat wiadomości specjalnych. Podstawowym celem opinii jest więc ułatwienie sądowi poczynienia oceny materiału dowodowego i twierdzeń stron, weryfikowania faktów i powiązań między nimi. Do dokonywania wszelkich ustaleń w procesie powołany jest zaś sąd, a nie biegły ( tak: wyrok SN z dnia 20 stycznia 2015 roku, V CSK 254/14, publ. LEX nr 1652706 ).

Dowód z opinii biegłego nie służy też uzupełnianiu twierdzeń strony o faktach bądź do czynienia ustaleń w zakresie faktów możliwych do ustalenia na podstawie innych środków dowodowych ( tak: wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 13 września 2012 roku, III AUa 519/11, publ. LEX nr 1220780 ).

Z tych wszystkich względów Sąd opinie C. U. z 30 sierpnia 2017 r. ( k. 189 – 193 ) i z dnia 24 listopada 2017 r. ( k. 217 ) podzielił.

Jako wiarygodne w pełni Sąd ocenił zeznania powoda od 00:08:07 k. 247/2– 248 oraz od 00:09:27 k. 71/2-72 ) co do jego sytuacji rodzinnej, zawodowej i majątkowej. Były one bowiem szczerze i wewnętrznie spójne. Powód zeznał również, że jego przekonanie co do zasadności wytoczenia niniejszej sprawy wynikało z informacji jakie uzyskał od lekarzy z P..

Godzi się zauważyć w tym miejscu, iż podstawowym zadaniem sądu orzekającego, wyrażającym istotę sądownictwa jest rozstrzygnięcie kwestii spornych w warunkach niezawisłości, na podstawie własnego przekonania sędziego przy uwzględnieniu całokształtu zebranego materiału ( tak: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 lutego 1996 roku, II CRN 173/95, publ. Lex nr 1635264).

Skuteczne przedstawienie zarzutu naruszenia przez sąd art. 233 k.p.c. wymaga wykazania, że sąd uchybił zasadom logicznego rozumowania, lub doświadczenia życiowego, to bowiem jedynie może być przeciwstawione uprawnieniu sądu do dokonania swobodnej oceny dowodów. Nie jest natomiast wystarczające przekonanie strony o innej niż przyjął wadze (doniosłości) poszczególnych dowodów i ich odmiennej ocenie niż ocena sądu ( tak: orzeczenia Sądu Najwyższego: z dnia 5 sierpnia 1999 r., II UKN 76/99, publ. OSNAPiUS 2000, Nr 19, poz. 732; z dnia 10 kwietnia 2000 r., V CKN 17/2000, publ. OSNC 2000, Nr 10, poz. 189; z dnia 10 stycznia 2002 r., II CKN 572/99, publ. Lex nr 53136; z dnia 27 września 2002 r., II CKN 817/00, publ. Lex nr 56096).

Ocena dowodów polega na ich zbadaniu i podjęciu decyzji, czy została wykazana prawdziwość faktów, z których strony wywodzą skutki prawne. Celem sądu jest tu dokonanie określonych ustaleń faktycznych, pozytywnych bądź negatywnych, i ostateczne ustalenie stanu faktycznego stanowiącego podstawę rozstrzygnięcia ( tak: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 24 października 2003 r., II CK 75/02). Na sądzie orzekającym ciąży obowiązek dokonania oceny wszechstronnej, w czym mieści się wymaganie rozważenia wszystkich dowodów mających znaczenie dla przedmiotu sprawy oraz kierowania się w ocenie regułami logiki i doświadczenia życiowego nakazującego uwzględniać wzajemne związki między poszczególnymi faktami ( tak: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 lutego 2005 r., II CK 385/04).

Dodatkowo należy zaznaczyć, iż zgodnie z art. 3 k.p.c. obowiązek przedstawienia dowodów spoczywa na stronach, jednak ciężar udowodnienia faktów mających istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy obciąża stronę, która z faktów tych wywodzi skutki prawne ( art. 6 k.c. ).

Artykuł 6 k.c. zawiera jedynie ogólną zasadę rozkładu ciężaru dowodu i określa reguły dowodzenia, nie stanowi natomiast samodzielnej podstawy rozstrzygnięcia, gdyż tę tworzy przepis prawa materialnego, który także konkretyzuje rozkład ciężaru dowodu. Ciężar dowodu w postępowaniu cywilnym z reguły spoczywa na powodzie. Zasadniczo powinien on dowieść wystąpienia faktów tworzących jego prawo podmiotowe będące źródłem roszczeń oraz faktów uzasadniających jego odpowiedź na zarzuty pozwanego, natomiast pozwany dowodzi faktów uzasadniających jego zarzuty przeciwko roszczeniu powoda - fakty tamujące oraz niweczące (wyroki SN: z dnia 20 grudnia 2006 r., IV CSK 299/06, LEX nr 233051; z dnia 29 września 2005 r., III CK 11/05, LEX nr 187030). Reguły rozkładu ciężaru dowodu mają charakter gwarancyjny, wskazując stronę, która poniesie negatywne konsekwencje nieudowodnienia faktów mających dla rozstrzygnięcia istotne znaczenie.

Zgodnie z dyspozycją art. 232 k.p.c. to strony są obowiązane wskazywać dowody dla stwierdzenia faktów, z których wywodzą skutki prawne. Sąd może dopuścić dowód niewskazany przez stronę.

Z art. 232 k.p.c. wynika zasada, że to strony, a nie sąd, powinny przedstawiać materiał pozwalający poczynić ustalenia faktyczne, z których wywodzą skutki prawne. Sąd nie jest odpowiedzialny za wynik procesu (wyrok SN z dnia 7

października 1998 r., II UKN 244/98, OSNAPiUS 1999, nr 20, poz. 662), jak również nie jest jego rzeczą zarządzanie dochodzenia w celu uzupełnienia lub wyjaśnienia twierdzeń stron i wykrycia środków dowodowych pozwalających na ich udowodnienie, sąd nie jest też zobowiązany do przeprowadzenia z urzędu dowodów zmierzających do wyjaśnienia okoliczności istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy (wyrok SN z dnia 17 grudnia 1996 r., I CKU 45/96, OSNC 1997, nr 6-7, poz. 76).

Nie jest więc rzeczą Sądu poszukiwanie za stroną dowodów przez nią niewskazanych, mających na celu udowodnienie jej twierdzeń (co wyraźnie podkreślił Sąd Najwyższy w wyroku z 17 grudnia 1996 roku, I CKU 45/96, publ. OSNC 1997/6-7/76).

Działanie Sądu z urzędu może prowadzić do naruszenia prawa do bezstronnego Sądu i odpowiadającego mu obowiązku przestrzegania zasady równego traktowania stron (art. 32 ust. 1 i art. 45 ust. 1 Konstytucji RP) – tak: wyrok SN z dnia 12 grudnia 2000 roku, V CKN 175/00 z aprobowaną glosą W. B., publ. OSP 2001/7/8/116).

Działanie Sądu z urzędu powinno ograniczać się tylko do sytuacji szczególnych, gdy strona działa bez fachowego pełnomocnika i dodatkowo jest nieporadna (por. np. uchwałę SN z dnia 19 maja 2000 roku, III CZP 4/00, publ. OSNC 2000/11/195, postanowienie SN z dnia 28 września 1999 roku, II CKN 269/99, publ. Prokuratura i Prawo 2000, nr 2, poz. 27, wyrok SN z dnia 9 września 1998 roku, II UKN 192/98, publ. OSNAP 1999/17/556). Z zasady nie dotyczy to więc np. przedsiębiorcy, którego profesjonalizm powinien obejmować także sferę funkcjonowania w obrocie prawnym.

W okolicznościach niniejszej sprawy Sąd uznał zatem, iż nie ma podstawy do dopuszczenia dowodów z urzędu, gdyż obie strony działały przez profesjonalnych pełnomocników procesowych a postępowanie wydłużało się w czasie.

Sąd inicjatywa dowodowa należała do stron postępowania, a strony doskonale wiedziały jakie okoliczności podlegają dowodzeniu.

W ocenie Sądu brak podstaw do kwestionowania powyższych ustaleń

### **Sąd zważył co następuje:**

Powództwo nie było uzasadnione.

Powód wskazywał, że odpowiedzialność pozwanego Szpitala (...) w N. wynika z art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c.

Zgodnie z przepisem art. 430 k.c. 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 powierzonych jej czynności.

Wspomniany przepis opiera się na odpowiedzialności zwierzchnika na zasadzie ryzyka - odpowiedzialność za skutek. Dla wykazania zasadności odpowiedzialności na podstawie art. 430 k.c. konieczne jest wystąpienie następujących przesłanek:

- szkody wyrządzonej osobie trzeciej przez podwładnego,
- winy podwładnego oraz
- wyrządzenia szkody przy wykonywaniu przez podwładnego powierzonych mu czynności, czyli wykazanie normalnego związku przyczynowego pomiędzy działaniem lub zaniechaniem a powstałą szkodą.

Źródłem podporządkowania może być ustawa, umowa, a nawet stosunki faktyczne. Stosunkiem podporządkowania obejmuje się też działania zatrudnionych w zakładzie pracy fachowców, którym przysługuje stosunkowo szeroki zakres samodzielności w podejmowaniu decyzji, np. w odniesieniu do działania lekarza w zakresie diagnozy i terapii (tak: wyrok SA we Wrocławiu z dnia 2 marca 2012 roku I ACa 123/12, publ. LEX nr 1238466, wyrok SA w Lublinie z dnia 4 lipca 2013 roku I ACa 215/13, publ. LEX nr 1342293). Pomimo, iż w ramach zawartej umowy lekarz dysponuje



znaczną samodzielnością w zakresie prowadzonego leczenia pacjentów, występuje w jego relacjach ze szpitalem pewien stosunek podporządkowania. To, że lekarz był fachowcem ze znacznym stopniem samodzielności, nie uwalnia szpitala od odpowiedzialności.

W wyroku z dnia 12 maja 1999 roku, II CKN 325/98, (niepubl.), gdzie stosunek podporządkowania opierał się na relacji pracownika i pracodawcy, Sąd Najwyższy uznał, że odpowiedzialność pracodawcy z art.430 k.c. nie jest wyłączona, jeżeli wyrządzający szkodę osobie trzeciej pracownik ma szeroki zakres samodzielności w powierzonych mu czynnościach pracowniczych. Natomiast w wyroku z dnia 18 sierpnia 2006 roku do sygn. I ACa 620/06, Sąd Apelacyjny w Katowicach uznał, że odpowiedzialność zakładu opieki zdrowotnej opiera się właśnie na reżimie odpowiedzialności z art.430 k.c.

Sąd orzekający w niniejszej sprawie poglądy te podziela.

Podkreślić trzeba, iż ciężar dowodu (art. 6 k.c.) winy podwładnego, powstania szkody i jej wysokości obciąża poszkodowanego.

Orzecznictwo wskazuje, że do przyjęcia winy osoby, o której mowa w art. 430 k.c., nie jest potrzebne wykazanie, iż osoba ta naruszyła przepisy dotyczące bezpieczeństwa życia i zdrowia ludzkiego; wystarczy, jeżeli wina tej osoby polega na zaniechaniu zasad ostrożności i bezpieczeństwa, wynikających z doświadczenia życiowego i okoliczności danego wypadku ( tak: wyrok SN z dnia 30 kwietnia 1975 r., II CR 140/75, niepubl.).

Skoro zakład leczniczy ponosi odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przez lekarza, to zachowanie lekarza musi być obiektywnie bezprawne i subiektywnie zawinione.

Obowiązkiem całego personelu medycznego (np. tego u strony pozwanej) jest dołożenie należytej staranności w leczeniu każdego pacjenta.

Konstrukcja ta pozwala zerwać personalną więź między działaniem lub zaniechaniem prowadzącym do powstania szkody a zarzutem niewłaściwego zachowania się, poprzestając, na ustaleniu, że niewątpliwie zawinił organ lub któryś z pracowników pozwanego. Wina zostaje odniesiona do dostrzeżonych wadliwości w działaniu zespołu ludzi lub funkcjonowaniu określonej struktury organizacyjnej.

Kierownicy zakładów opieki zdrowotnej oraz inne osoby udzielające świadczeń zdrowotnych są obowiązani do podejmowania działań zapobiegających szerszeniu się zakażeń i chorób zakaźnych przez ocenę ryzyka wystąpienia zakażenia związanego z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych; monitorowanie czynników alarmowych i zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywanych świadczeń; opracowanie, wdrożenie i nadzór nad procedurami zapobiegającymi zakażeniom i chorobom zakaźnym związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, stosowanie środków ochrony indywidualnej i zbiorowej w celu zapobieżenia przeniesieniu na inne osoby biologicznych czynników chorobotwórczych; wykonywanie badań laboratoryjnych oraz analizę lokalnej sytuacji epidemiologicznej w celu optymalizacji profilaktyki i terapii antybiotykowej; prowadzenie kontroli wewnętrznej w zakresie realizacji tych działań ( tak: wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 17 maja 2013r. V ACa 274/13, publ. LEX nr 1362689).

Gdy osoba sprawcy szkody nie jest ustalona, lecz daje się określić z pewnością jako należąca do grona podwładnych danego zwierzchnika, wówczas mamy do czynienia z winą anonimową (bezimienną). Badanie przesłanek odpowiedzialności ograniczone zostaje wówczas do ustalenia „winy” sprawcy, bez oceny strony psychicznej podwładnego (nieustalonego).

Przenosząc powyższe na grunt niniejszej sprawy, w ocenie Sądu, stwierdzić należy, iż powód nie wykazał przesłanek odpowiedzialności strony pozwanej z art. 430 k.c.

Po pierwsze powód nie wykazał przesłanki winy.

Kodeks cywilny przyjmuje dualistyczną koncepcję winy, polegającą na tym, że wina łączy w sobie element obiektywny, tj. niezgodność działania sprawcy z określonymi regułami postępowania – czyli każde zachowanie niezgodne bądź z przepisami prawa lub też, w stosunku do lekarza, naruszenie obowiązujących reguł wynikających z zasad wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii zawodowej lub zachowanie sprzeczne z powszechnie obowiązującymi zasadami współżycia. Element subiektywny winy wyraża się w niewłaściwym nastawieniu psychicznym sprawcy (w postaci umyślności lub nieumyślności) i może – w zakresie dotyczącym techniki medycznej wyrażać się w niewiedzy lekarza, nieostrożności w postępowaniu, nieuwadze bądź też niedbalstwie polegającym na niedołożeniu pewnej miary staranności. Zachowanie lekarza musi być obiektywnie bezprawne i subiektywnie zawinione.

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

Przypisanie takiej winy wymaga zatem określenia standardu poprawnego działania takiej struktury, który będzie miernikiem staranności, jakiej należy wymagać stosownie do art. 355 k.c. i porównaniu z tym standardem działań, które rzeczywiście miały miejsce.

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 leczenia, a przede wszystkim nie narażenie pacjentów na pogorszenie stanu zdrowia.

Pojęcie bezprawności należy rozumieć szeroko jako sprzeczność z obowiązującym porządkiem prawnym, przez który należy rozumieć nie tylko ustawodawstwo, ale również obowiązujące w społeczeństwie zasady współżycia społecznego, wśród nich mieści się zapobieganie zakażeniom szpitalnym (tak: wyrok SN z dnia 10 lutego 2010 roku sygn. VCSK 287/09, publ. LEX nr 786561).

Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz.U. z 2016 r, poz. 2173) zakłady lecznicze (szpitale) obowiązane są do wdrożenia i zapewnienia funkcjonowania systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych.

Naruszenie procedur medycznych mających na celu ochronę pacjenta przed zakażeniem szpitalnym świadczy o braku należytej staranności.

Jeżeli naruszenie tego obowiązku powoduje zakażenie pacjenta bakterią, która wywołuje rozstrój zdrowia, to zakład leczniczy odpowiada za doznaną przez powoda krzywdę, chyba że przeprowadzi dowód, że szkoda ta jest następstwem innych okoliczności, za które nie ponosi odpowiedzialności (tak: wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 24 października 2013 roku I ACa 839/13, publ. orzeczenia.kraków.gov.pl)

Z poczynionych w sprawie ustaleń na podstawie opinii C. U. w K. z 30 sierpnia 2017 r. (k. 189 – 193) i z dnia 24 listopada 2017 r. (k. 217) wynika zaś, że cały proces leczenia powoda w pozwanym szpitalu miał prawidłowy przebieg i kolejność podjętego leczenia była słuszna.

Bezspornym w sprawie było, że u powoda w pozwanym szpitalu zdiagnozowano uraz wielomiejscowy.

W takiej sytuacji zasadą jest, że w pierwszej kolejności zaopatrzeniu podlegają narządy o znaczeniu krytycznym dla przeżycia pacjenta, a w przypadku powoda był to uraz czaszkowo-mózgowy. Z punktu widzenia przeżycia powoda i minimalizacji jego inwalidztwa najważniejszym było więc leczenie urazu czaszkowo-mózgowego, przy współistniejącym złamaniu kości udowej i podudzia ze zmiążdżeniem tkanek miękkich. Prawidłowo zatem do czasu ustabilizowania się stanu powoda odroczone interwencję chirurgiczną z zakresu chirurgii urazowej w obrębie kończyn dolnych do dnia 13 sierpnia 2012 r. wykonując zaopatrzenie złamań kości udowej i kości piszczelowej. Zatem dopiero w drugiej kolejności – po ustabilizowaniu się stanu zdrowia powoda - podjęto i przeprowadzono leczenie definitywne

urazów kończyn dolnych. Martwica która następnie wystąpiła u powoda była wyłącznie następstwem ciężkiego urazu bezpośredniego którego powód doznał w wypadku komunikacyjnym. Jak wynika z poczynionych ustaleń twierdzenie powoda o zastosowaniu opatrunku gipsowego zamkniętego w niczym nie znajduje potwierdzenia. Nie stosowano bowiem u powoda gipsu pełnego, w szczególności na udo prawe zastosowano tylko wyciąg zanim możliwym było przeprowadzenie docelowego zabiegu repozycji i stabilizacji gwoździem śródszpikowym, a podudzie lewe było również zabezpieczone na wyciągu i dodatkowo unieruchomiono łuską gipsową co nie jest opatrunkiem gipsowym pełnym.

Zgodnie z art. 1 pkt. 33 cytowanej już ustawy z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi ( t.j. Dz.U. z 2016 r, poz. 2173 ) zakażenie szpitalne to zakażenie, które wystąpiło w związku z udzieleniem świadczeń zdrowotnych, w przypadku gdy choroba:

a) nie pozostawała w momencie udzielania świadczeń zdrowotnych w okresie wylegania albo

b) wystąpiła po udzieleniu świadczeń zdrowotnych, w okresie nie dłuższym niż najdłuższy okres jej wylegania.

W tzw. procesach medycznych, gdzie przedmiotem oceny są procedury medyczne, ustalenie w sposób pewny związku przyczynowego pomiędzy postępowaniem lekarza a powstałą szkodą jest najczęściej niemożliwe, gdyż w świetle wiedzy medycznej w większości wypadków można mówić tylko o prawdopodobieństwie wysokiego stopnia, a rzadko o pewności, czy wyłączności przyczyny. Na powstanie szkody ma lub może mieć wpływ wiele czynników i należy tylko ustalić, w jakim stopniu prawdopodobieństwa wobec innych czynników pozostaje zaniedbanie lekarza. Podkreśla się, że żądanie absolutnej pewności związku przyczynowego nie byłoby ani realne, ani uzasadnione ( tak: wyrok SN z dnia 17 października 2007 roku, sygn. akt II CSK 285/07).

W wyroku z dnia 27 lutego 1996 roku, II CKN 625/97 Sąd Najwyższy stwierdził, że: "w procesach lekarskich sąd może, po rozważeniu całokształtu okoliczności sprawy, uznać za wystarczający wysoki stopień prawdopodobieństwa, nie wymagając ścisłego i pewnego udowodnienia, jaką drogą jego organizm został zainfekowany, taki bowiem dowód – ze względu na właściwości procesów biologicznych – często nie jest możliwy do przeprowadzenia. Zatem, jeśli brak możliwości ścisłego udowodnienia związku przyczynowo - skutkowego pomiędzy zakażeniem a szkodą w postaci rozwoju choroby, będący wynikiem obecnego stanu wiedzy medycznej, winien zostać rozważony na płaszczyźnie art. 6 i art. 361 § 1 k.c. Powyższe ograniczenia dowodowe i charakter spraw, w których występują skutkują także swoistym przemieszczeniem ciężaru dowodu”.

W przypadku nierealnego wymogu ścisłego udowodnienia, jakimi drogami infekcja przedostała się do organizmu, jeżeli strona pozwana twierdzi, iż mimo ustalonego stanu rzeczy infekcja pochodzi z innych źródeł, ciężar dowodu przesuwa się na pozwanego (por. też. wyrok SN z dnia 17 października 2007 roku, sygn. akt II CSK 285/07).

Sąd orzekający w niniejszej sprawie podglądy te podziela.

Uwzględniając powyższe należy podkreślić, iż wprawdzie do zakażenia powoda doszło podczas jego pobytu w pozwanym szpitalu w okresie od 30 lipca 2012 r. jednak jak wynika z opinii ( k. 193 ) wyhodowane bakterie z materiału pochodzącego od powoda w trakcie w pełni prawidłowego monitorowania jego stanu bakteriologicznego wynikały wyłącznie ze skolonizowania drobnoustrojami bytującymi w powietrzu, na skórze powoda jego organizmu w związku z licznymi obrażeniami ciała, których doznał, otarciami naskórka, prowadzoną długotrwałą wentylacją mechaniczną, nadważeniem urazu zmiążdżeniowego podudzia lewego. Nie było możliwości im zapobiec. Nie istnieje bowiem żaden inny ośrodek medyczny, w którym byłoby możliwe nie wystąpienie zakażeń, które stwierdzono u powoda. Stwierdzone powikłania zakaźne były wyłącznie następstwem urazu wielomiejscowego , któremu uległ powód.

Mając powyższe na uwadze należało uznać, że personel medyczny pozwanego szpitala nie ponosi winy organizacyjnej w zakażeniu powoda bakterią (choćby w postaci niedbalstwa, czy nieostrożności),

Wina organizacyjna zakładu leczniczego może przejawiać się w zaniedbaniach w zakresie organizacji, bezpieczeństwa, higieny i opieki nad chorym. Ta wina musi być - w ramach odpowiedzialności deliktowej – udowodniona ( tak: wyrok SN z dnia 25 stycznia 2001 roku IV KKN 232/00, publ. LEX nr 52527 ).

Powód twierdząc, że personel pozwanego szpitala w związku z jego pobytem w szpitalu naruszył obowiązek staranności, obowiązany był zatem wykazać ( art. 6 k.c. ), że szkoda wyrządzona przez personel jest obiektywnie wynikiem naruszenia przez niego wymaganej staranności. Pomyślnie przeprowadzenie tego dowodu mogłoby stanowić podstawę do ustalenia niedbalstwa, którego w takiej sytuacji procesowej obciąża przeprowadzenie przeciwdowodu stwierdzającego, że w tej (ustalonej) sytuacji nie było możliwe zachowanie większej staranności. Nie wymaga dowodzenia, że podstawowym obowiązkiem zakładu leczniczego jest zapewnienie odpowiedniego standardu świadczonych usług, a oprócz umiejętności i biegłości zawodowej także troski o chorego i staranności. Wina organizacyjna zakładu leczniczego może przejawiać się w zaniedbaniach w zakresie organizacji, bezpieczeństwa, higieny i opieki nad chorym.

W ocenie Sądu powód winy organizacyjnej pozwanego szpitala wykazał.

Powód nie udowodnił także ( art. 6 k.c. ), aby stronie pozwanej można było przypisać inne jeszcze błędy w procesie medycznym skutkujące odpowiedzialnością pozwanego szpitala.

Powtórzyć trzeba, iż z punktu widzenia przeżycia powoda i minimalizacji jego inwalidztwa najważniejszym było leczenie urazu czaszkowo-mózgowego, przy współistniejącym złamaniu kości udowej i podudzia ze zmiążdżeniem tkanek miękkich.

Powód w niniejszej sprawie nie wykazał ( art. 6 k.c. ), aby został popełniony przez lekarzy pozwanego jakikolwiek błąd w jego diagnozowaniu i leczeniu na którymkolwiek z etapów leczenia.

Stan powoda w związku z krytycznym wypadkiem był skrajnie ciężki i gdyby popełniono błąd nie udało się uratować jego życia. Jeśli natomiast chodzi o zarzuty dotyczące zakażenia powoda, to wskazać należy, iż wyhodowane bakterie z materiału pochodzącego od powoda w trakcie w pełni prawidłowego monitorowania jego stanu bakteriologicznego wynikały wyłącznie ze skolonizowania drobnoustrojami bytującymi w powietrzu, na skórze powoda jego organizmu w związku z licznymi obrażeniami ciała, których doznał, otarciami naskórka, prowadzoną długotrwałe wentylację mechaniczną, nadkażeniem, urazu zmiążdżeniowego podudzia lewego, którym w żaden sposób nie było możliwości zapobiec. Stwierdzone powikłania zakaźne były wyłącznym następstwem urazu wielomiejscowego, któremu uległ powód.

Także obrażenia tkanek miękkich w obrębie podudzia, które wystąpiły w momencie urazu mechanicznego prowadzącego do złamania podudzia zostały powikłane procesem martwiczym, którego normalną konsekwencją jest nadkażenie drobnoustrojami bytującymi na skórze i w otoczeniu. Sąd ustalił, że w pozwanym szpitalu prowadzono prawidłowe postępowanie zmierzające do usunięcia tkanek martwiczych i umożliwiające proces gojenia.

W niniejszej sprawie powód nie wykazał także – w ocenie Sądu - przesłanki szkody wyrządzonej przez stronę pozwaną.

W zakresie tej przesłanki ustalony stan faktyczny jednoznacznie dowodzi bowiem, że brak jest jakiegokolwiek niepełnosprawności czy trwałego uszczerbku na zdrowiu u powoda, które byłyby skutkiem błędów i nieprawidłowości w leczeniu w pozwanym szpitalu.

Z całą stanowczością stwierdzić należy, że niepełnosprawność i trwałe uszczerbek na zdrowiu powoda są wyłącznym następstwem wypadku (potrącenia) z dnia 30 lipca 2012 r.

Konsekwencją niewykazania przesłanki winy i szkody jest także niewykazanie przesłanki zaistnienia związku przyczynowego między nimi.

Wskazać należy, iż na podstawie art. 361 § 1 k.c. zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła.

Adekwatny związek przyczynowo – skutkowy na podstawie art. 6 k.c. podlega udowodnieniu przez poszkodowanego.

W orzecznictwie Sądu Najwyższego przyjęto reguły, które w praktyce w sposób znaczący złagodziły konsekwencje ciężaru dowodowego, spoczywającego na stronie powodowej w ramach tzw. procesów medycznych. Uznaje się, że granice wyznaczające możliwości dowodowe stron na płaszczyźnie art. 361 § 1 k.c. wyznacza aktualny stan wiedzy medycznej. Nie wymaga się, aby związek przyczynowy pomiędzy postępowaniem lekarza a powstałą szkodą został ustalony w sposób pewny.

W wyroku z dnia 14 października 1974 roku, zapadłym w sprawie II CR 415/74 (niepubl.) Sąd Najwyższy uznał, że jeżeli w sprawie ustalono, że stan sanitarny szpitala był wyjątkowo zły i mógł doprowadzić do infekcji a zakażenie rzeczywiście nastąpiło, prawdopodobieństwo związku przyczynowego między złym stanem sanitarnym a zainfekowaniem organizmu jest tak duże, że można przyjąć, iż powód spełnił swój obowiązek wynikający z art. 6 k.c. Nie można bowiem stawiać powodowi nierealnego wymogu ścisłego udowodnienia, jakimi drogami infekcja przedostała się do organizmu. Dlatego w sytuacji, jeżeli strona pozwana twierdzi, że mimo ustalonego stanu rzeczy infekcja pochodzi z innych źródeł, ciężar dowodu przesuwają się z powoda na pozwanego.

W wyroku z dnia 12 stycznia 1977 roku, II CR 671/76, (niepubl.) Sąd Najwyższy uznał za wystarczające udowodnienie związku przyczynowo - skutkowego z dostateczną dozą prawdopodobieństwa. Wysokiego stopnia prawdopodobieństwa wymagał natomiast Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 27 lutego 1998 roku, II CKN 625/97 (PiM z 1999 r., Nr 3, poz. 130) oraz z dnia 4 listopada 2005 roku, V CK 182/05, (niepubl.). W wyroku z dnia 6 listopada 1998 roku, III CKN 4/98, (PiM 1999, nr 3, poz. 135) Sąd Najwyższy uznał natomiast, że wystarczający jest stopień prawdopodobieństwa wysokiego, graniczącego z pewnością (podobnie: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 lutego 1998 roku sygn. akt II CKN 625/97; wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 09 lutego 2000 roku sygn. akt I ACa 69/00).

Z powyżej przytoczonych przykładów rysuje się ugruntowane stanowisko, że w tzw. „procesach lekarskich” Sąd może, po rozważeniu wszystkich okoliczności sprawy, uznać za wystarczający znaczny stopień prawdopodobieństwa.

W tego rodzaju sprawach powszechnie stosowanym i aprobowanym przez orzecznictwo jest dowód prima facie, gdzie ustalony zespół okoliczności faktycznych uzasadnia przyjęcie adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy hospitalizacją danego pacjenta w szpitalu, a niedołożeniem przez pracowników tej placówki należytej staranności w przestrzeganiu reżimu sanitarnego, a późniejszym zachorowaniem poszkodowanego (vide: wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 09 lutego (...). sygn. akt I ACa 69/00).

By skorzystać jednak z instytucji tzw. dowodu prima facie opartego na konstrukcji domniemań faktycznych (art. 231 k.p.c.) zwalnającej stronę ponoszącą ciężar dowodu od zmuszenia do wykazania wszystkich etapów związku przyczynowego między pierwotnym zdarzeniem sprawczym a szkodą, wymagane jest wysokie prawdopodobieństwo istnienia pierwszego i kolejnych zdarzeń sprawczych, pozwalających traktować je, jako oczywiste (tak: wyrok SN z dnia 2 czerwca 2010 roku III CSK 245/09, publ. LEX nr 611825).

W tych sprawach linia obrony strony przeciwnej polega głównie na osłabianiu wspomnianego prawdopodobieństwa - przede wszystkim przez dowodzenie, że zaistniały inne prawdopodobne przyczyny infekcji, względnie, że konkretne warunki w jakich - według twierdzeń poszkodowanego - doszło do zarażenia, wykluczały taką możliwość.

Nie wymaga się, aby związek przyczynowo - skutkowy pomiędzy wadliwym zastosowaniem określonej procedury medycznej a szkodą miał charakter bezpośredni. W orzeczeniu Sądu Najwyższego z dnia 26 stycznia 1946 roku przyjęto, że do pomyślenia jest związek przyczynowy między szkodą a zdarzeniem, jeżeli zdarzenie to pośrednio stworzyło warunki przychylne albo ułatwiło powstanie zdarzenia innego lub nawet szeregu innych zdarzeń, z których

ostatnie stało się bezpośrednią przyczyną szkody (PiP 1946, nr 7, s. 114). Podobne stanowisko zajął Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 21 czerwca 1976 roku, IV CR 193/76, ( publ. OSPiKA 1977, z. 6, poz. 106).

Sąd orzekający w niniejszej sprawie poglądy te podziela.

W świetle opinii C. U. w K. z 30 sierpnia 2017 r. ( k. 189 – 193 ) przyjąć należało, iż po przyjęciu powoda do pozwanego szpitala przeprowadzono w pełni prawidłową kompleksową diagnostykę radiologiczną i prawidłowo wyznaczono priorytety postępowania leczniczego, a mianowicie odbarczenie krwiaków przymózgowych, prowadzenie wentylacji mechanicznej z przeciwdziałaniem obrzękowi mózgu z jednoczesowym prowadzeniem bilansu płynów, wypełnieniem łożyska naczyniowego i antybiotykoterapią w związku z licznymi zranieniami na ciele, a także ostrą niewydolnością oddechową oraz stwierdzonymi złamaniami. Prawidłowo do czasu ustabilizowania się stanu powoda odroczone interwencję chirurgiczną z zakresu chirurgii urazowej w obrębie kończyn dolnych do dnia 13 sierpnia 2012 r. wykonując zaopatrzenie złamań kości udowej i kości piszczelowej. Obrażenia tkanek miękkich w obrębie podudzia, które wystąpiły w momencie urazu mechanicznego prowadzącego do złamania podudzia zostały powikłane procesem martwiczym, którego normalną konsekwencją jest nadkażenie drobnoustrojami bytującymi na skórze i w otoczeniu. W pozwanym Szpitalu (...) w N. prowadzono prawidłowe postępowanie zmierzające do usunięcia tkanek martwiczych umożliwiającego proces gojenia. Mając na uwadze zaawansowany stan pourazowy w obrębie podudzia mimo heroicznej postawy lekarzy z Oddziału (...)Urazowej pozwanego szpitala oraz z Oddziału ze Szpitala w P. z uwagi na pierwotnie wyjściowo ciężki uraz tkanek miękkich podudzia lewego rokowanie wyleczenia zmian w obrębie podudzia lewego w zakresie tkanek miękkich jest niekorzystne. Również stosowano przetwory krwi z uwagi na ciężki stan pourazowy powoda.

Reasumując, skoro powód nie wykazał zasady odpowiedzialności pozwanego szpitala w niniejszej sprawie to powództwo należało w całości oddalić przy zastosowaniu art. 430 k.c.

Mając powyższe na względzie Sąd orzekł jak w pkt I sentencji wyroku.

Sąd przyznał pełnomocnikowi powoda ustanowionemu z urzędu ( k. 19 w zw. z k. 32 ) wynagrodzenie ze środków Skarbu Państwa w kwocie 8.856 zł brutto. Podstawą takiego rozstrzygnięcia był art. 29 ust. 1 ustawy 26 maja 1982 r. Prawo o adwokaturze (t.j. Dz.U. z 2017 r. poz. 2368 ze zm.) oraz § 2 ust. 3 w zw. § 6 pkt 7 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu (t.j. Dz.U. z 2013 r. poz. 461 ze zm.).

O kosztach procesu Sąd orzekł jak w pkt. III wyroku na podstawie art. 102 k.p.c..

Mając na uwadze wynik sprawy, na zasadzie art. 98 k.p.c. powoda obciążałby zwrot kosztów procesu stronie pozwanej.

Powód korzystał wprawdzie w sprawie ze zwolnienia od kosztów sądowych ( k. 19 jednak okoliczność zwolnienia od kosztów sądowych nie zwalnia od obowiązku zwrotu kosztów procesu przeciwnikowi na wypadek przegrania sprawy ( art. 108 ustawy z 28 lipca 2015 roku o kosztach sądowych w sprawach cywilnych ( tekst jednolity Dz.U. 2016 poz. 623 ).

Składając powództwo w takiej sprawie i działając przez profesjonalnego pełnomocnika procesowego z urzędu powód powinien zatem teoretycznie liczyć się z ryzykiem procesowym i na podstawie miernika przeciętnie rozumującego człowieka logicznie przewidywać, iż na wypadek niepowodzenia jego argumentacji żądanie zawarte w pozwie nie będzie uwzględnione.

W ocenie Sądu jednak mimo młodego wieku istnieje podstawa do przyjęcia, że powód z uwagi na tragiczne dla niego skutki wypadku drogowego z dnia 30 lipca 2012 r. jest osobą nieporadną. W szczególności powód w wyniku wypadku jest trwale niepełnosprawny i ma nikłą szansę na pełną samodzielność w przyszłości. Nie może pracować w wyuczonym zawodzie murarza i póki co nie ma widoków na pracę w ramach zakładu pracy chronionej.

Sąd ocenił zatem, że istnieje podstawa do nie obciążania powoda kosztami procesu na zasadzie art. 102 k.p.c.

W ocenie Sądu zachodzi bowiem „szczególnie uzasadniony wypadek”, o którym mowa w art. 102 k.p.c.

Sąd orzekający w niniejszej sprawie podziela zaś pogląd, iż sposób skorzystania z art. 102 k.p.c. jest suwerennym uprawnieniem jurysdykcyjnym sądu i do jego oceny należy przesądzenie, czy wystąpił szczególnie uzasadniony wypadek, który uzasadnia odstępianie, a jeśli tak, to w jakim zakresie, od generalnej zasady obciążania kosztami procesu strony przegrywającej spór ( tak: wyrok SN z dnia 3 lutego 2010 roku, II PK 192/09, publ. LEX nr 584735, wyrok SN z dnia 27 maja 2010 roku, II PK 359/09, publ. LEX nr 603828, postanowienie SN z dnia 19 października 2011 roku, II CZ 68/11, publ. LEX nr 1044004, postanowienie SN z dnia 20 kwietnia 2012 roku, III CZ 17/12, publ. LEX nr 1164739, postanowienie SN z dnia 25 marca 2011 roku, IV CZ 136/10, publ. LEX nr 785545, postanowienie SN z dnia 15 czerwca 2011 roku, V CZ 23/11, publ. LEX nr 864028, postanowienie SN z dnia 19 stycznia 2012 roku, IV CZ 118/11, publ. LEX nr 1169157; postanowienie SN z dnia 26 stycznia 2012 roku, III CZ 10/12, publ. OSNC 2012, nr 7-8, poz. 98; postanowienie SN z dnia 9 lutego 2012 roku, III CZ 2/12, publ. LEX nr 1162689 oraz postanowienie SN z dnia 15 lutego 2012 roku, I CZ 165/11, publ. LEX nr 1170214).

Subiektywnie przekonanie powoda o słuszności swojego żądania – jak to ma miejsce w niniejszej sprawie - które jednak podlegało oddaleniu także uzasadnia zastosowanie art. 102 k.p.c.

Nieopłaconymi kosztami sądowymi w tym niepokrytymi wydatkami Sąd obciążył Skarb Państwa na zasadzie art. 113 ustawy z 28 lipca 2015 roku o kosztach sądowych w sprawach cywilnych ( tekst jednolity Dz.U. 2016 poz. 623 ).

SSO Paweł Poręba